

Sevrage tabagique et co-addictions

Dr Audrey Schmitt

CHU de Clermont-Ferrand



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE

Introduction

- **Problème majeur de santé publique entrant dans le cadre des polyconsommations** (Audition Publique HAS, 02/07, “Abus, dépendances et polyconsommations: stratégies de soins”)
- **Problème fréquent en pratique tabacologique courante et responsable de difficultés multiples** (résultats du sevrage, stratégies thérapeutiques, association fréquente de troubles psychiatriques).
- **Comment optimiser la prise en charge du sevrage tabagique chez le polyconsommateur de SPA?**

Définition/Concepts

- **Polyconsommation/Polyexpérimentation:**
 - consommation d'au moins 2 SPA.
 - Conso peuvent s'associer (simultané ou concomitant) ou se succéder dans le temps (séquentiel).
 - Conso d'un produit peut prédominer ou pas.
 - Catégories d'usage peuvent être différentes selon produits.
- **Polytoxicomanie:** association de SPA avec au moins un produit illicite et souvent formes graves (abus et/ou dépendance).
- **Polyaddiction:** abus ou dépendances multiples (~polydépendance).

Données épidémiologiques

- Forte coprévalence dépendance **tabac** et conso et/ou dépendance au **cannabis ou alcool**.

Population générale:

- * **8 % des 15-64 ans** consomment au moins 2 des 3 SPA principales (Tabac–alcool–cannabis).
- * Consommation maximale **entre 20 et 24 ans : 11 %**
- * **13 %** des jeunes de 17 ans.
- * **Diminution à partir de 25 ans** de l'usage de Tabac + Cannabis, Tabac + Alcool + Cannabis, Alcool + Cannabis. **Sauf TABAC + ALCOOL.**

Consommateurs de drogues illicites:

Usage du Tabac > 80 % (dépendance) quelque soit le « cocktail » de SPA

Source: Costes et al 2007

CONSOMMATION DANS L'ANNEE ASSOCIEES AUX CONSOMMATIONS D'HEROINE, DE COCAINE ET D'ECSTASY (Baromètre Santé, INPES, exploitation OFDT)

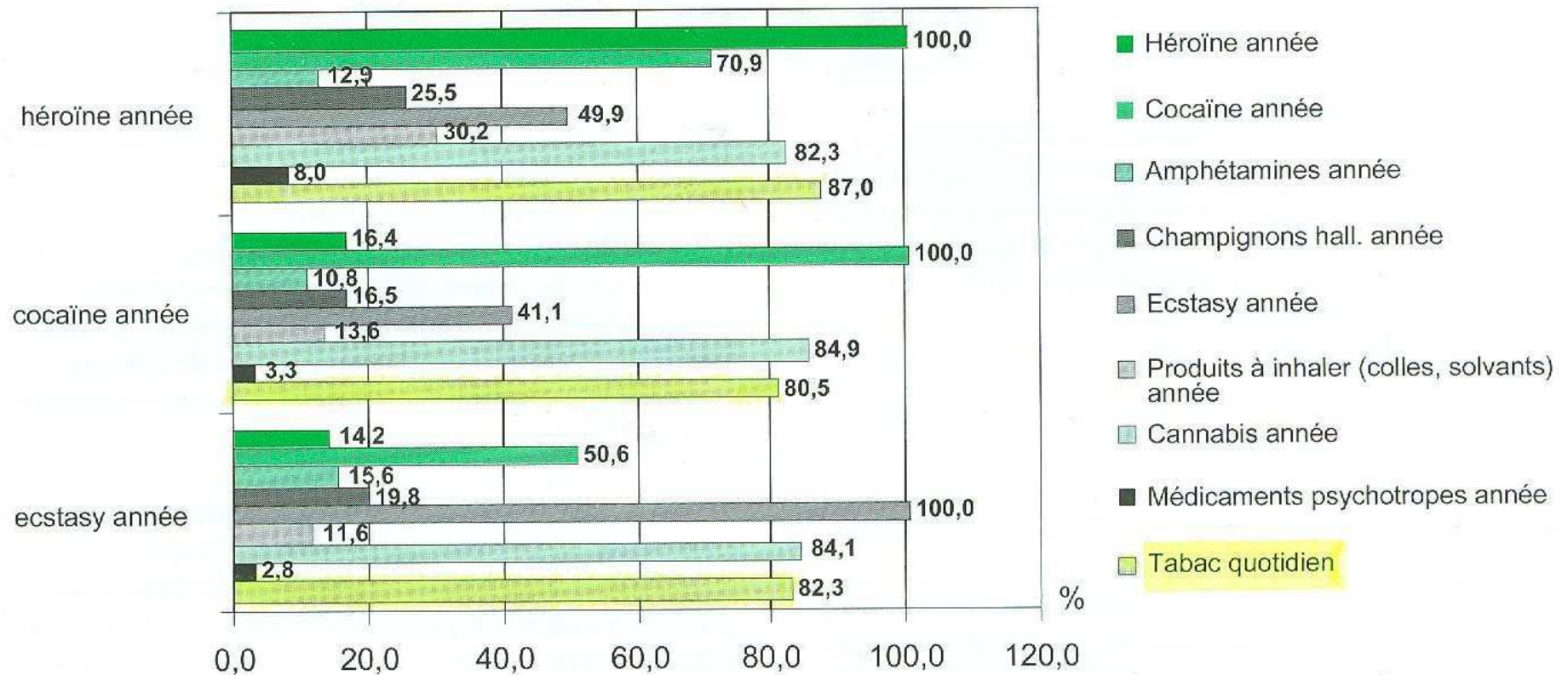


Figure 3. – Consommations dans l'année associées aux consommations d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy (Baromètre Santé, INPES, exploitation OFDT).

- * dépendance en tabac (et alcool) de **80 % des héroïnomanes**
- * **80 % des alcoolodépendants** sont fumeurs (dépendants),
- * fumeurs **5 fois plus de risque** (vs NF) de consommer une autre SPA (cannabis surtout).

Modalités d'entrée dans la polyaddiction

- **SIMULTANEE OU SUCCESSIVE:**
 - *1ère phase* : alcool + tabac (social)
 - *2ème phase* : cannabis (groupe de pairs)
 - *3ème phase* : autres SPA (relation parents – enfants)

(Delile 2007)
- **Rapidité d'installation des dépendances et polyconsommation très variables selon les individus**
(vulnérabilité génétique et environnementale : famille).

(Ridenour et al 2006, Anney et al 2007, Bierut et al. 1998)
- **Renforcement réciproque de la dépendance à chaque substance en cas de consommation associée**

(Reynaud M. Traité d'Addictologie, 2006)

Chronologie des codépendances

- Dans la majorité des cas, T (conso et installation de la dépendance) **précède** développement conso et dépendance aux autres substances potentiellement addictives (Cannabis, Alcool, Opiacés, Cocaïne).
 - ⇒ Tabagisme = **terrain favorisant** ces consommations et dépendances?

Facteurs de risques communs

- **Individu** : Neurobiologie et génétique avec forte interaction entre gène et environnement, événement de vie, personnalité, comorbidité psychiatrique
- **Environnement** : famille, amis = pairs, relations sociales
- **Mode de consommation** : précocité, autothérapeutique, recherche d'ivresse.

*(Reynaud M. Traité d'Addictologie, 2006;
Disney et al 1999)*

Facteurs de risques individuels

La présence d'une comorbidité psychiatrique

- ✓ Troubles des conduites/hyperactivité avec déficit de l'attention
- ✓ Troubles de l'humeur
- ✓ Troubles anxieux
- ✓ Troubles des conduites alimentaires

Sources: BARROW S. GDR 1999 ; FERGUSSON DM. 1994 ; WHITEMORE EA. 1997.

« Intérêts » de l'usage concomitant

- Fonction de **maximalisation** des effets
(alcool+opiacés, benzo+opiacés)
- Fonction **d'équilibrage** des effets
(ex. neutralisation: cocaine+alcool)
- Fonction de **maîtrise des effets négatifs**
(atténuation forte montée ou adoucissement descente avec benzo/opiacés ou cannabis)

REPERAGE des Polyconsommations

- En toute occasion ++ **CHEZ LE FUMEUR**
- Anamnèse, examen clinique (conséquences), **QUESTIONNAIRES**
 - * **ASI (Addiction Severity Index)**: test d'évaluation générale de la sévérité de la consommation de la substance et de ses conséquences.
 - * Selon la substance
 - . **Alcool** : **DETA- CAGE, AUDIT**
 - . **Cannabis**: **CAST, ADOSPA, ALAC**
 - . **Tabac** : **FTND, MINI FTND, HONK**
- Marqueurs d'imprégnation – dépendance
 - * **Alcool**: **CDT** (spécifique, sensible)
 - * **Cannabis**: **cannabinoïdes** (urines : qualitatif ; plasma : quantitatif)
 - * **Tabac**: **COE, cotinine** (plasma, urine, salive)
- **Rechercher aussi mésusage de médicaments ou autres drogues illicites** (prise en compte globale des différentes conduites addictives)

Source: Raynaud et al. 2007

Caractéristiques cliniques des polyaddictions

- Principales coaddictions impliquant le tabac:
 - **TABAC + ALCOOL**
 - **TABAC + CANNABIS**
 - **TABAC + ALCOOL + CANNABIS.**
- **Comorbidités psychiatriques** (70 % ; jeunes : THDA)
- Début **précoce**, conduites d'excès, recherche d'**ivresse**
- Aspect **autothérapeutique** de l'usage

- FDR associés à dépendance plusieurs SPA illicites chez alcoolodépendants: atcd dépression, précocité conso et **dépendance tabagique.**

TABAC ET ALCOOL

Epidémiologie en population générale

- **Alcool = 1^{ère} co-dépendance associée au tabagisme**
- Plus forte prévalence du tabagisme chez les consommateurs d'alcool.
- Plus forte proportion de consommateurs d'alcool chez les fumeurs.
- Association **dose-dépendante**: gros fumeurs boivent + que petits fumeurs; gros buveurs fument + que petits buveurs. Situation intermédiaire des anciens fumeurs.
- Chez alcoolodépendants: **70 à 80%** Tabagisme

Sources: Bien, revue littérature, 1990; Carmody 1985; Hughes 1995; Aubin 1999

Epidémiologie

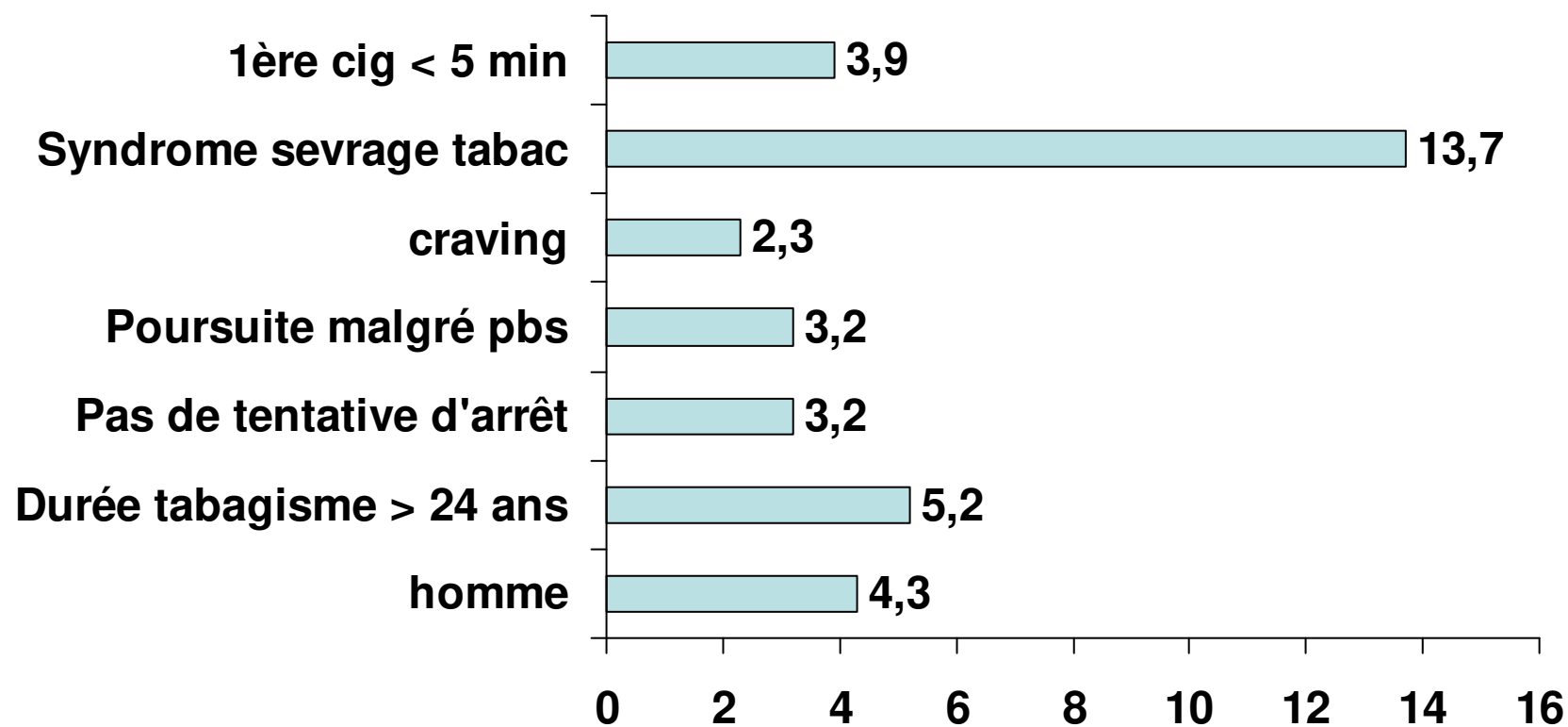
- *En population générale:*

- risque **alcoolodépendance x 4** si :
 - au moins 30 cig/j
 - dépendance nicotinique *(John 2003)*
 - x 2 chez F < 20 cig/j *(Hughes 1995)*
 - varie de **15%**(actuelle) à **35%** (atcd) chez gros fumeur.

- *En population clinique :*

- **chez alcooliques:** conso Tabac + importante, degré dépendance tabac + important. *(Marks 1997)*
- **Chez alcoolique fumeur:** dépendance à l'alcool + marquée que non fumeur. *(Daepfen 2000)*

Facteurs liés à l'alcoolodépendance population générale



Source: John 2003 Addiction

OR

MORTALITE ALCOOL/TABAC

- consommation **précoce** d'alcool favorise tabagisme (et réciproquement)
- **Alcool et tabac : 1ères causes de mortalités évitables.**
- 102 000 décès prématurés par an en 1990 (*Aubin HJ 1999*)
- Analyse des causes de DC des alcooliques (étude de suivi sur 10 à 20 ans):
 - **51%** des DC liés au **tabac**
 - **34%** des DC attribués à l'**alcool**. *(Hurt 1996)*

Mécanisme d'association alcool/tabac

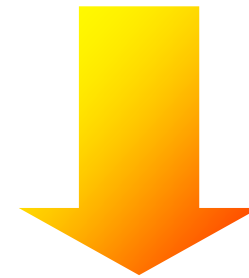
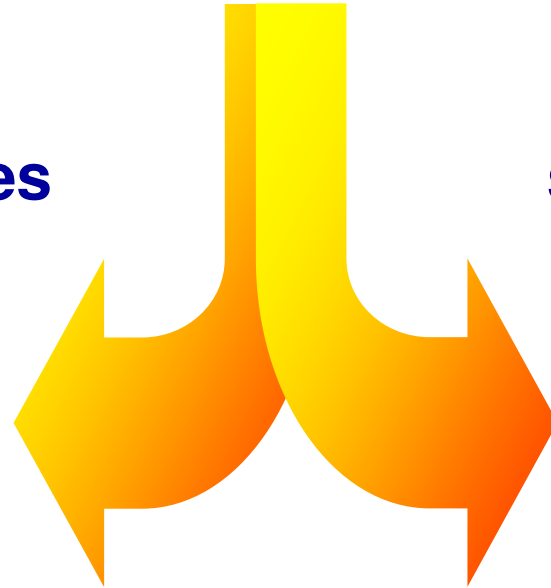
- **facteurs génétiques partagés**
- **interactions neurobiologiques:** voie dopaminergique mésolimbique (système de récompense) joue un rôle lors de la prise d'alcool et de tabac mais aussi opiacés, amphétamines et cocaïne.
- **facteurs psychologiques**
- **conditionnements comportementaux partagés et croisés**

Sources: Lopez 2001 Addction Biol, Salayette 2002 Alcohol Clin Exp Res, Drobos 2002 Alcohol Clin Exp Res, Chi 2003 Alcohol Clin Exp Res , Rose 2002 Alcohol Clin Exp Res, Sobell 2002 Alcohol Clin Exp Res

Signaux partagés

signaux spécifiques

signaux spécifiques

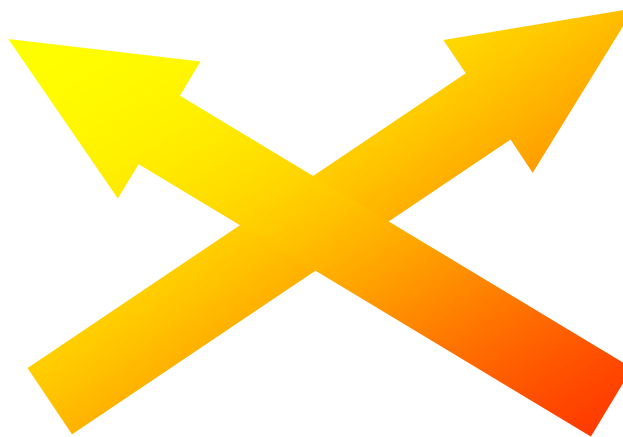


envie
de boire

envie
de fumer



boire



fumer

Influence de l'arrêt de l'alcool sur la consommation de tabac chez les patients alcoolodépendants

- **stabilité**
 - **du nombre de cigarettes**
 - **de la cotinine**
 - *gros fumeurs (plus de 30 cig/j)*: fument moins de cigarettes mais consomment la même quantité de nicotine.
 - *petits fumeurs (moins de 30 cig/j)*: Le sevrage d'alcool entraîne une augmentation du nombre de cigarettes sans augmentation de l'absorption de nicotine.
- ⇒ **Donc pas d'incidence du sevrage d'alcool.**

Faut-il proposer un sevrage tabagique aux patients alcoolodépendants ?

3 mythes

- Ils ne désirent pas cesser de fumer**
- Ils sont incapables de cesser de fumer**
- Ils prendraient le risque de rechuter dans l'alcool**

Capacité à arrêter de fumer

Les patients alcoolodépendants sont-ils capables d'arrêter de fumer ?

Par rapport aux non alcooliques :

- *Abstinence alcool < 1 an*
 - Chances **réduites** (jusqu'à 1/3)
- *Abstinence alcool \geq 1 an*
 - Chances **identiques**

Sources: Bobo 1998 Addiction, Hugues 2003 Alcohol Clin Exp Res

Risque de rechute alcool

L'arrêt du tabac risque-t-il de compromettre l'abstinence alcoolique ?

- Le sevrage tabagique n'entraîne pas d'augmentation de la consommation d'alcool à cours, moyen et long terme.

(Carmelli 1993, Hugues 1992)

- Arrêt du tabac : pronostic alcoologique **identique ou meilleur** *(Kalman 1998 Subst Use Misuse, Sobell 2002 Alcohol Clin Exp Res, Cooney 2002 Alcohol Clin Exp Res)*

- De quoi meurent les patients alcoolodépendants ?

Alcool 34%

Tabac 51% *(Hurt 1996 JAMA)*

Les obstacles à l'arrêt du tabac

- **consommation d'alcool déclenche les envies compulsives de fumer**
- **forte dépendance tabagique**
- **précarité sociale**

Quel est le meilleur moment pour envisager le sevrage tabagique ?

APRES?

- Engagement alcool > tabac
- priorité alcool sur tabac > 50%
- engagement à l'arrêt du tabac augmente avec la durée de l'abstinence alcoolique
- Taux de succès de l'arrêt du tabac plus faibles lors de la première année d'abstinence alcoolique

Sources: Stotts 2003 Drug Alcohol Dep, Hughes 2002 Alcohol Clin Exp Res, Sobell 2002 Alcohol Clin Exp Res

Quel est le meilleur moment pour envisager le sevrage tabagique ?

PENDANT?

Dogme antérieur : d'abord le sevrage d'alcool puis ... tabac ?!

- ⇒ Cependant les études montrent que le sevrage de tabac ne compromet pas le sevrage d'alcool.
- ⇒ Les patients OH sevrés de tabac et d'alcool en même temps ont de meilleurs pronostics alcoologiques que les patients OH sevrés qui continuent de fumer (*Bobo, 1987*).
- ⇒ Actuellement reconsidération du problème dans les équipes d'alcoologie mais **pas de consensus sur le moment et les traitements à appliquer.**
- le sevrage simultané reste rare. Attitude thérapeutique adaptée en fonction de la **motivation du patient** (*Gillet, 1999*).

Quel est le meilleur moment pour envisager le sevrage tabagique ?

- **Fumeur Alcoolo-dépendant : sevrage tabagique corrélé à sevrage alcoolique préalable ou simultané** (fréquence des troubles anxio-dépressifs).

(Perriot J. Rev Mal Respir 2006)

- **Si Patient motivé : prise en charge simultanée de sevrage alcoolique et tabagique possible** (++) si conditionnement réciproque) ... résultats moins bons globalement MAIS :

- * L'alcoolisation favorise la rechute tabagique.
- * L'abstinence tabagique favorise le maintien dans l'abstinence alcoolique.

(Conférence de Consensus : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant 1999, Perriot et al Tabacologie et Sevrage Tabagique 2003)

Arrêt du tabac chez les patients alcoolodépendants: Conclusions

- Forte dépendance tabagique
- Mortalité : tabac > alcool
- Plus de la moitié envisage d'arrêter de fumer
- L'arrêt du tabac ne compromet pas le pronostic alcoolologique
- Taux de succès: - abstinence < 1 an : réduit
- abstinence > 1 an : identique
 - Quand ? Prendre en compte la maturation motivationnelle
- Pas de traitement spécifique (Nicotine, TCC, Zyban, Champix)
- Programmes tabacologiques auprès des alcooliques :
 - Motivationnels, aide à l'arrêt

2 Conseils efficaces

- La définition d'une date d'arrêt tabac, prévue à l'avance,
 - la **diminution de la consommation d'alcool** au moment du sevrage tabagique
 - l'alcool lève les inhibitions
 - L'alcool risque de majorer la prise de poids au moment du sevrage
 - l'effet synergique de alcool et tabac sur le relargage en dopamine au sein de la voie mésolimbique de la récompense.
- ⇒ Ces effets multiplicatifs pourraient expliquer leur pouvoir addictif particulièrement important lors d'une consommation conjointe.

TABAC ET CANNABIS

Pharmacocinétique du cannabis

- 15 à 50 % du $\Delta 9$ THC présent dans la fumée passent dans le sang (pipe à eau > joint)
- Absorption rapide : 7 à 10 mn après inhalation
- Effet maximum ressenti 20 à 30mn après inhalation
- Persistance des effets pendant 2 à 3 h (jusqu' à 5 à 12 h)
- Concentrations sanguines dose-dépendantes
- Lipophile (cerveau +++) d' où une élimination lente
- Métabolite inactif détecté jusqu' à 4 semaines dans les urines
- Franchissement de la barrière hémato-placentaire ($\Delta 9$ THC foetal \geq sang maternel)
 - Variabilité individuelle +++
métabolisation rapide chez les fumeurs réguliers (Lemberger et coll. 1971)

Diagnostic d'usage nocif

*Le diagnostic d'usage nocif de cannabis se fait sur l'existence de **troubles de gravité croissante survenant chez un sujet consommateur régulier ou intensif** :*

- 1) Troubles de la concentration et de la mémoire
- 2) Chute des performances scolaires et des investissements relationnels
- 3) Syndrome a-motivationnel avec perte des intérêts, et / ou troubles psychiatriques manifestes

Dépendance

- **Pouvoir addictif faible:** Un consommateur sur 10 évolue vers la dépendance
- **Prévalence dépendance (USA):**
 - **5 %** en population générale
 - **10 à 15 %** chez les expérimentateurs.
- **dépendance psychique forte.**
- **dépendance physique faible :**
 - Tolérance démontrée sur les animaux, \$ de sevrage provoqué par l'administration d'un antagoniste des R CB1
 - **\$ de sevrage clinique** : Irritabilité, humeur dépressive, agitation, insomnie, rêves étranges, perte d'appétit, irritabilité à l'hôpital, agressivité à l'extérieur (semblable à celui observé à l'arrêt de la nicotine)

RISQUES LIÉS A LA CONSOMMATION DE CANNABIS

CONSOMMATION AIGUË

Ivresse cannabique

Délire

Anxiété

Agressivité

Accident de la circulation

Accident du travail

CONSOMMATIONS RÉGULIÈRES

Risques somatiques :

Pulmonaire : bronchite, emphysème, cancer

Cardiovasculaire

Immunitaire

Embryofœtopathie

Risques psychologiques et psychiatriques :

Altération cognitive (attention, mémoire)

relationnelle

Syndrome amotivationnel

États délirants

Risques sociaux :

Désinsertion sociale et scolaire

Problèmes judiciaires

*Source: Rapport « usage nocif »
- Documentation Française –
Expertise collective INSERM*

Troubles psychiatriques : usage régulier

- **\$ amotivationnel** : déficit de l'activité professionnelle ou scolaire, pauvreté idéatoire, indifférence affective (*Deniker et coll 1979*)
- **Troubles anxieux X 2** (conso hebdo) (*Patton et al 2002*)
- **Troubles dépressifs X 4**, augmentation du risque de passage à l'acte +++ (conso quot) (*Patton et al 2002*)

Tabac et cannabis

- Co-consommation tabac-cannabis **fréquente** (« pétard, joint », narguilé)
- Consommations corrélées avec **renforcement réciproque** par augmentation de la dépendance à chaque produit.
- Tabac très addictogène (FD 20 % MD 40 %), **cannabis peu addictogène**(FD 10 % MD 20 %)
- **Toxicité accrue de la fumée**
- Essentiel de la consommation **entre 17 et 34 ans** (17-24 ans)

Sevrage problématique

- **motivation à l'arrêt imparfaite**
- registre de **polyconsommation**
- **prise en charge non codifiée**
- **déficit en médicaments addictolytiques
(dépendance au cannabis)**
- **suivi souvent long**
- **facteurs de sévérité (fortes consommations).**

En pratique

EVOQUER L'USAGE ET POSER LA QUESTION CHEZ TOUT FUMEUR

Contexte clinique évocateur bronchopulmonaire, ORL, infectieux, etc...

Notions associées - forte consommation tabagique et inhalation de fumée
polyconsommation de « drogues licites ou illicites »

- âge inférieur à 35 ans, sexe masculin
- situation scolaire, socioprofessionnelle, judiciaire compliquées
- antécédents d'ivresse cannabique, attitudes antisociales, troubles psychologiques ou psychiatriques.

CARACTERISER CETTE CONSOMMATION

- Usage à risque** - en situation de dommage possible (conduite automobile)
- Usage nocif** - dommages physiques, psychologiques, socio-affectifs
- Dépendance** - perte de contrôle de la consommation (fortes consommations, consommations quotidiennes, démêlées judiciaires).

QUANTIFIER LA CONSOMMATION (ESCAPAD 2003)

Usage quotidien	- tous les jours, dernier mois	5-10 %
Usage régulier	- $\geq 10 \leq 29$ fois, dernier mois	6-10 %
Usage répété	- 1 à 9 fois, dernier mois	20-25 %
Usage occasionnel	- 1 à 9 fois, 12 derniers mois	6-12 %
Expérimentation	- ≥ 1 fois, pas dans les 12 mois	40-50 %

RECHERCHER DES FACTEURS DE SEVERITE

L'individu

- usage précoce
- usage autothérapeutique
- répétition de la consommation
- conduites d'excès (ivresse cannabique) répétées
- polyconsommations (alcool, autres drogues)

Le produit

- quantité prise (effets corrélés à la concentration plasmatique)
- nature du produit
 - herbe : $\Delta 9$ THC < 10 %
 - résine : $\Delta 9$ THC ≤ 20 % Narguilé = « Bang »
 - huile : $\Delta 9$ THC ≤ 60 %

L'environnement et le contexte

- précarité sociale et psychologique
- démêlées judiciaires

LES OUTILS DISPONIBLES

CLINIQUE imprégnation cannabique
terrain
conséquences toxiques

MARQUEURS TABAC ET CANNABIS CO expiré (++)
CANNABIS dosage urinaire qualitatif 50 µg/ml
quantitatif

TESTS MOTIVATION A L'ARRET
Richmond (tabac)
Prochaska Di Clemente
Echelles visuelles analogiques

ETAT ANXIO-DEPRESSIF
Test HAD (BDI)
Tests de bipolarité

TABAC	Adulte :	FTND (≥ 7) « Short-Tabac Test » (>4)
	Adolescent :	HONC (≥ 2)
CANNABIS	1ère ligne :	Adulte : CAST (≥ 3)
		Adolescent : ADOSPA (≥ 3)
	2ème ligne :	ALAC (≥ 4)
ALCOOL	DETA	(= 3 Pb alcool)
	AUDIT	(>9 = abus ; >13 = dépendance).

ALGORITHME D'INTERVENTION FACE AU CO-CONSOMMATEUR DE TABAC ET CANNABIS

Toujours repérer les consommations et proposer une aide à l'arrêt

Identifier le niveau et la sévérité des consommations

Recherche d'une consommation problématique :

- Infraction pénale (cannabis et/ou alcool), non respect de la législation (tabac)
- consommation précoce (< 15 ans)
- co-consommations ou poly-consommations (alcool, autres)
- conséquences psychologiques et/ou somatiques et/ou sociales
- difficultés socio-économiques, scolaires, professionnelles
- tests de repérage évocateurs d'une consommation problématique
 - * cannabis : CAST ≥ 3 ADOSPA ≥ 3
 - * tabac : HONC (jeune) ≥ 2 , FTND (adulte) ≥ 7
 - * alcool : DETA ≥ 3 AUDIT > 9
- comorbidité psychiatrique

Informez sur les risques des consommations et les bénéfices de l'arrêt. Conseillez l'arrêt.

Informez sur les modalités de l'aide à l'arrêt, proposez une aide en reparlant. Discours empathique et disponibilité.

Toujours renforcer les non ou ex consommateurs

En cas de demande d'aide à l'arrêt prendre en charge ou orienter ?

Evaluer la situation addictologique et psychologique :

- clinique (nocivité), antécédents (facteurs de sévérité)
- tests psychométriques
 - repérage d'une consommation problématique (ADOSPA, CAST-HONC, FTND - DETA, AUDIT,)
 - motivation à l'arrêt (RICHMOND)
 - état anxio-dépressif (HAD : A ≥ 12 , D ≥ 8 , BDI, tests de bipolarité)
 - avis spécialisé
 - conseil d'arrêt et information sur les risques.

Et son niveau de compétence pour assurer la prise en charge.

- situations hautement problématiques
 - orienter vers une structure spécialisée (centre expert en tabacologie, CSST)
- prise en charge
 - TCC et suivi étalé dans le temps (> 12 mois)
 - compensation du manque et contrôle du « craving »
 - prévention des effets secondaires du sevrage (troubles anxio-dépressifs, etc)
 - stratégie de prévention de la reprise
- **solutionner** les problèmes psychopathologiques, addictologiques et socio-économiques associés

Traitement de la dépendance au cannabis

- Pas de consensus actuel
- De **l'intervention brève** à la prise en charge globale
- **Entretien motivationnel, TCC, thérapies familiales**
- **Traitement symptomatique lors du sevrage:** pdt 10 à 15 jrs, éviter les anxiolytiques de type BZD, préférer Atarax* ou NRL (type Tercian* ou Nozinan*)
- Prise en charge des **comorbidités associées** (psychiatrique +++)
- Intérêt du neurontin (metaanalyse , revue cochrane, 2014)

Tabac et Cannabis: en résumé

- **CONSOMMATION ET DEPENDANCE.**
 - L'initiation au tabac et au cannabis se fait à l'adolescence.
 - Tabac fortement addictogène par rapport au cannabis
 - Renforcement réciproque des deux comportements d'addiction.
 - Réelle toxicité propre du cannabis (psychologique, cardiovasculaire, etc...).
- **PRISE EN CHARGE SOUVENT DIFFICILE** (Ambivalence décisionnelle)
 - * Consommation de cannabis résiduelle : abstinence tabagique durable possible ?
 - * Usage récent de cannabis : faible taux d'arrêt du tabagisme.
 - * Sevrage cannabique plus difficile chez le fumeur persistant.
- **FACTEURS PRONOSTIQUES DU SEVRAGE**
 - * Difficultés psycho-sociales
 - * Consommation d'alcool associée
 - * Initiation cannabique précoce
- **PROPOSER SEVRAGE SIMULTANE OU CANNABIQUE EN PREMIER.**

Pistes intéressantes

- Nefazodone 1: Diminution de l'anxiété et des douleurs musculaires (arrêt de la commercialisation suite aux hépatites fulminantes)
- Mirtazapine (NORSET®) 2: Bien toléré avec une amélioration de la thymie. Effet mitigé sur le sommeil.
- Les antidépresseurs ayant un profil noradrénergique sérotoninergique pourraient avoir un intérêt dans le sevrage. Plus d'essais sont nécessaires
- 1- Haney et al. Psychopharmacology(Berl.), 2003
- 2- Frewen et al. (présenté au CPDD, 2007)

Pharmacothérapie: THC oral

- 2 essais publiés:
 - Oral THC (50 mg/j): diminution de l'anxiété, de l'insomnie, du craving, de l'anorexie et de la perte de poids
 - Oral THC (30 mg ou 90mg/j)
 - 30 mg: diminution des signes de sevrage
 - 90 mg: signes similaires aux jours de consommation

- 1- Haney et al. Neuropsychopharmacology, 2004
- 2- Budney et al. Drug and Alcohol Dependence, 2007

Donc: Effet favorable sur tous les symptômes du sevrage (doses > 30 mg/j) sans signes d'ivresse cannabique

Essais médicamenteux

- Aucune pharmacothérapie spécifique validée dans le syndrome de sevrage
- Conclusion: plus d'effets secondaires que d'effets bénéfiques sauf pour le THC oral (à confirmer) et éventuellement le mirtazapine.

Tabac, Alcool et Cannabis

- **Début précoce et usage chronique = signe de gravité** favorisant l'usage d'autres SPA (« Cannabis = tremplin à l'usage d'autres SPA »).
- En tout cas, polyconsommation de prise en charge difficile.
- Troubles psychiatriques fréquents.
- **Usage de cannabis après sevrage alcoolique favorise rechute alcoolique.**

Gillet C. Alcool Addictol 2007, Reynaud M. Cannabis et Santé 2004.

cocaine: complications

- Psychiatrique
 - Pharmacopsychose
 - Paranoïa
 - Anxiété, dépression, tr cognitifs
- Somatiques
 - ORL
 - Infections
 - Cardiaques
 - AVC épilepsie

Cocaine et depression

- Prévalence vie entiere des episodes depressifs majeurs: 25 à 61%
- Nécessaire de savoir si l'EDM est secondaire à la prise de produit ou primaire
- Dépression comorbide: conséquences négatives dans l'engagement et le succès thérapeutique

Cocaine et sevrage

- Aucun traitement validé en pop générale
- Patients psychiatriques: double peine
- Prise en charge très difficile
- Augmentation des traitements de substitution
- Augmentation des traitements antidépresseurs mais problème chez patients schizophrènes et bipolaires
- La question de la ritaline?????

CAS PARTICULIERS

- **ADOLESCENTS:**
 - à 18 ans 80 % ont expérimentés ≥ 1 SPA (28 % G, 15 % F usagers de 2 SPA)
 - 7 à 10 % nécessiteraient prise en charge (mésusage) mais non vus !!!
- **FEMMES ENCEINTES**
 - **URGENCE MEDICO-OBSTETRICALE** avec prise en charge partenariale
 - **contexte psycho-social sanitaire et suivi obstétrical médiocre**
- **POPULATION AU TRAVAIL**
 - **développement de l'usage du cannabis** (≥ 10 % ?) sur les postes à risques
 - **rôle essentiel du médecin du travail** (aptitude, repérage, intervention)

CAS PARTICULIERS

- « **SENIORS** »:
 - facteurs **sociaux** (isolement, vie en institutions),
 - **déficit de motivation** et faible perception d'un bénéfice à changer de comportement (alcool : mésusage ≥ 7 %, tabac ≥ 15 % en moyenne ; H > F).
 - Conséquences somatiques, psychiques, **accidents domestiques**.
- **Cocaïne et addictions sans produits** (jeu patho et TCA)
- **Conso drogues illicites (héroïne)** → comorbidité psy.
(orientation psy)

SYNTHESE

- **FUMEURS CO-CONSOMMATEURS DE SPA = « FUMEURS DIFFICILES »** (diminution du taux de réussite du sevrage pour tous les types d'associations).
- **LA PRISE EN CHARGE EST PLUS COMPLEXE:**
 - * consommateurs de T + C plus jeunes
 - * pathologies somatiques, troubles anxio-dépressifs et antécédents de TS (T + A, T + A + C) plus fréquents.
 - * antécédents d'expérience de SPA illicites plus fréquents.
- * durée de la SNTD plus longue pour obtenir l'abstinence tabagique
- * recours plus fréquent aux IRS
- * intervention d'un autre addictologue et/ou psychiatre.
- **FREQUENCE DE L'USAGE D'AUTRE(S) SPA CHEZ LE FUMEUR:**
repérage via le statut de fumeur, **rôle traceur du tabagisme.**

AVENIR

- Partenariats d'interventions, réseaux
- Protocoles spécifiques de prise en charge
- Programmes de prévention cohérents
- Recherche sur mécanismes impliqués