

# 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)

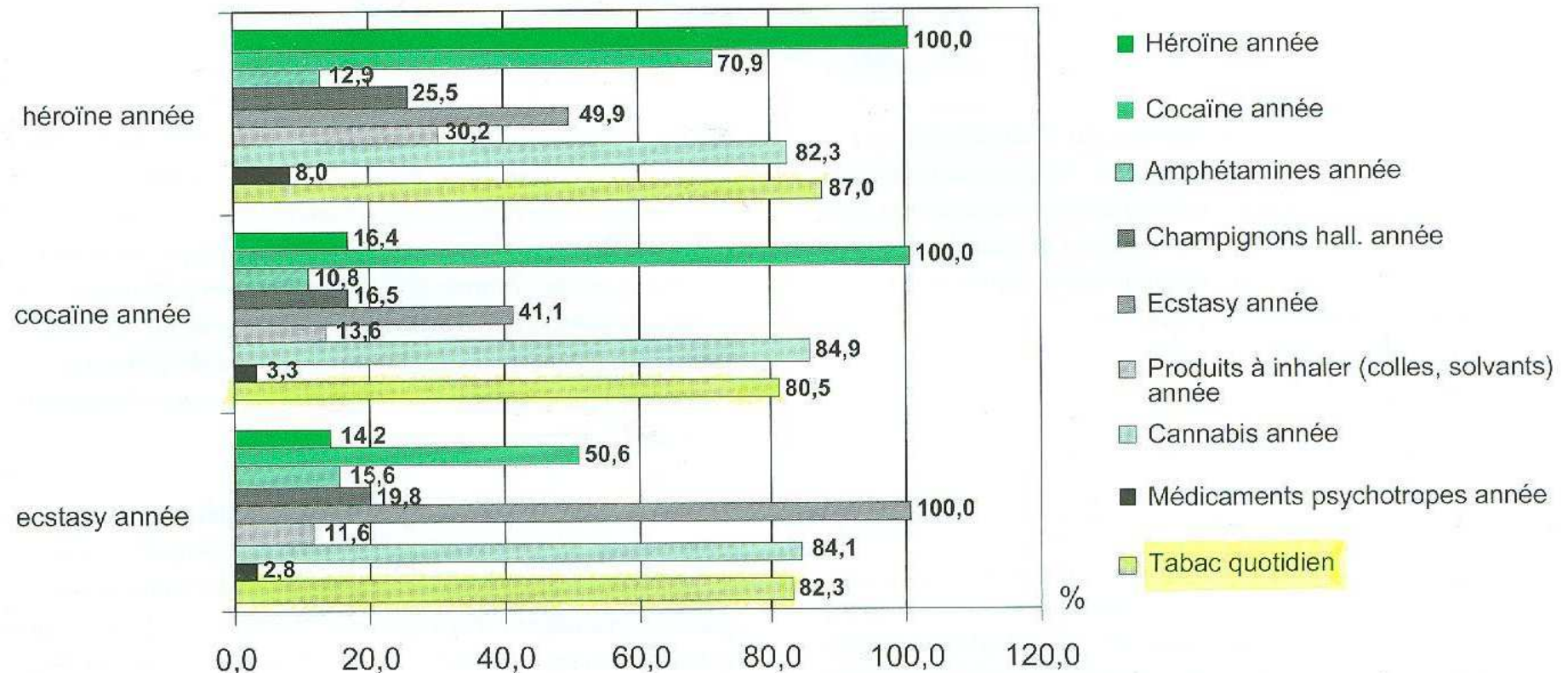


Figure 3. – Consommations dans l'année associées aux consommations d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy (Baromètre Santé, INPES, exploitation OFDT).

- \* 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)

# 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<sup>ère</sup> 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

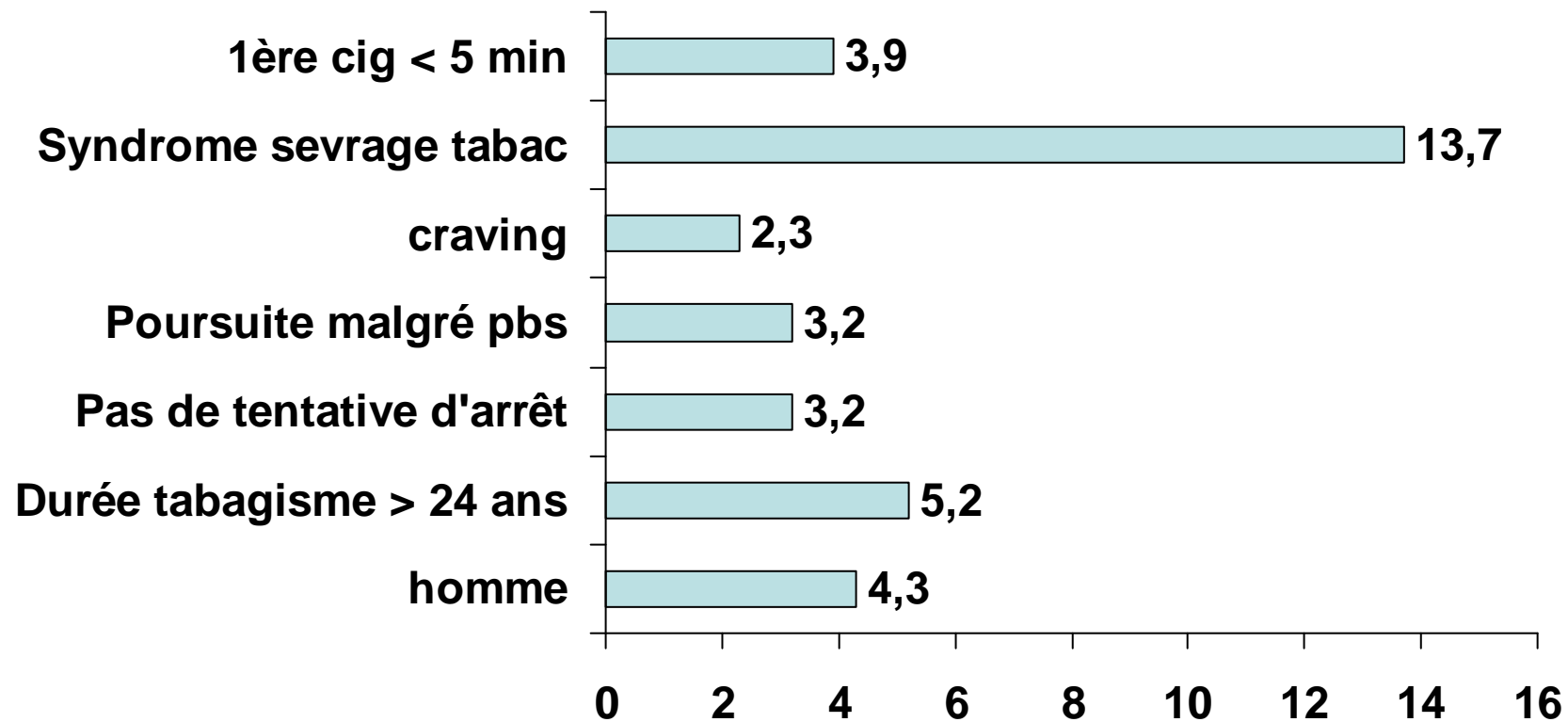
## - *En population générale:*

- 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

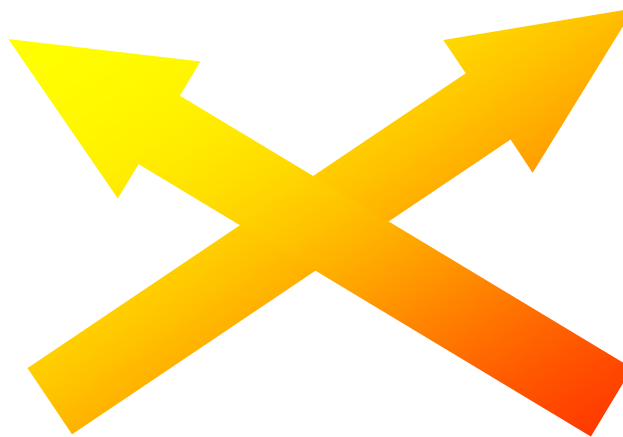


envie  
de boire

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 À 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	- $\geq 1$ 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  $\leq 20$  %      Narguilé = « Bang »
  - huile :  $\Delta 9$  THC  $\leq 60$  %

### 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 ( $\geq 7$ ) « Short-Tabac Test » ( $>4$ )
	Adolescent :	HONC ( $\geq 2$ )
CANNABIS	1ère ligne :	Adulte : CAST ( $\geq 3$ )
		Adolescent : ADOSPA ( $\geq 3$ )
	2ème ligne :	ALAC ( $\geq 4$ )
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  $\geq 3$  ADOSPA  $\geq 3$
  - \* tabac : HONC (jeune)  $\geq 2$ , FTND (adulte)  $\geq 7$
  - \* alcool : DETA  $\geq 3$  AUDIT  $> 9$
- comorbidité psychiatrique

Informé sur les risques des consommations et les bénéfices de l'arrêt. Conseiller l'arrêt.

Informé sur les modalités de l'aide à l'arrêt, proposer 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  $\geq 12$ , D  $\geq 8$ , 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  $\geq 1$  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** ( $\geq 10$  % ?) 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  $\geq 7$  %, tabac  $\geq 15$  % 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