

Prévenir, repérer, diagnostiquer et prendre en charge les addictions

Pr Philippe Nubukpo
Psychiatre des hôpitaux, Addictologue, PU-PH

Limoges le 25.10.2018

Objectifs

- **Savoir prévenir les addictions**
- **Savoir repérer les usages problématiques de substance ou un comportement problématique à l'aide de test de repérage**
- **Utiliser un style relationnel adapté (en groupe et en individuel)**
- **Connaitre les outils du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB).**
- **Connaître les principes de la réduction des risques et des dommages**

Plan

- **Prévention des addictions**
- **Repérage précoce des conduites addictives**
- **Diagnostiquer et prendre en charge une addiction**
- **La réduction des risques et des dommages**

I – Prévention des addictions

Qu'est ce que la prévention ?

- **La Charte d'Ottawa** (OMS, 1986) : trois niveaux de prévention.
- **La prévention primaire :**
 - “l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme”.
 - se situe en amont du processus, quand le risque existe mais n'a pas encore eu de conséquences tangibles.
 - Ex: prévention précoce.
- **La prévention secondaire :**
 - “prendre en charge le problème au tout début de l'apparition du trouble, qui peut ainsi être enrayeré”.
 - En l'occurrence, une action de prévention secondaire en direction des parents peut avoir des effets en termes de prévention primaire pour leurs enfants.
- **la prévention tertiaire**
 - enrayer les conséquences d'un comportement à risques.

Méthodes qui ont fait leur preuve en milieu scolaire

- **Développer les compétences psychosociales globales : affirmation de soi, estime de soi**
 - Programmes universels (jeu de rôle, mise en situation exercice pratique de promotion de la santé) + compétences spécifiques (gestion de la colère, gestion du stress, relation avec les pairs): jeux de rôle
- **Les approches par les pairs**
- **Renforcer et développer les compétences parentales**
 - Visites à domicile ; favoriser dès la grossesse des liens de qualité enfant/parent
- **Développer les compétences psychosociales des élèves et des parents**
 - Communication, gestion des conflits : mise en situation
- **Les interventions basées sur le développement de compétences** pour réduire l'usage de substances et pour améliorer la capacité de prise de décision et l'estime de soi

Méthodes qui ont fait leur preuve en milieu scolaire

- **Stratégies à composante multiple:**

- Renforcer les compétences psychosociales parents et enfants
- +volet communautaire : impliquer au niveau local, d'autres acteurs que l'école et la famille
 - Police, justice, tabacs, média

- **Interventions fondées sur l'entretien motivationnel**

- Ex : Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB)
- Aide à l'arrêt et la diminution

- **Volet psychothérapique** : thérapie cognitivo- comportementale (TCC), systémie

- **Techniques d'aide à distance** (TL, ordinateur...)

II-Repérage précoce des conduites addictives

Dépistage ou repérage précoce?

- **Dépistage :**
Identification dans la population des cas asymptomatiques
- **Dépistage ciblé :**
Identification limitée à une population à risque
- **Repérage précoce :**
Evaluation de patients chez qui des conséquences négatives de l'usage de substance commencent à apparaître

L'intervention brève (IB) en alcool: contenu

Expliquer le **risque** d'usage de substance (alcool)

Parler du **verre standard**

Evaluer l'intérêt de la **réduction** du point de vue du patient

Exposer des **méthodes** utilisables pour réduire la consommation

Proposer des **objectifs**, laisser le choix

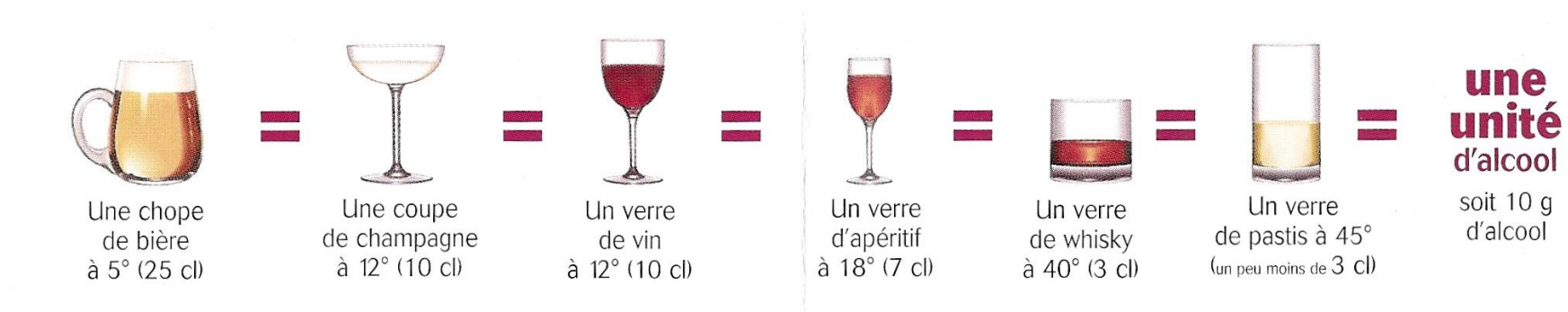
Donner la possibilité de **réévaluer** dans une autre consultation

Remettre **un livret ou un document écrit**

Dure entre 5 à 30 mn ; vise à provoquer une prise de conscience pour inciter un changement de comportement

Heather, N., 2010

Le risque alcool : Le verre standard



TAC : Total Alcohol Consumption
ou CDA : Consommation Déclarée d'Alcool (vs/j ou g d'alcool pur/j)

Alcool et risque associé aux niveaux de consommation

<i>Niveau de risque</i>	Consommation totale d'alcool (g / jour)	
	Homme	Femme
Risque faible	1 à 40	1 à 20
Risque modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Risque élevé	> 60 à 100	> 40 à 60
Risque très élevé	> 100	> 60

HDD : jours de forte consommation
(>60g/j pour un homme et 40g/j pour une femme)

La pratique de l' IB à visée motivationnelle

- **R** : **repérer** le problème alcool et le stade de motivation
- **E** : **empathie** (compréhension, absence de jugement)
- **A** : **avis**, à donner à la personne tant vis-à-vis des complications, de ses niveaux de consommation et ses risques : sans imposer
- **G** : **gestion** c' est-à-dire adapter l' information et les conseils selon le stade motivationnel
- **I** : **influence positive** : positiver et renforcer le sentiment d' efficacité personnelle du malade
- **R** : **responsabilité** : la personne reste responsable de son attitude

III- Diagnostiquer et prendre en charge

La démarche

- **Diagnostiquer l'addiction principale**
- **Rechercher les comorbidités :**
 - **addictives, psychiatriques, somatiques, antécédents de traumatismes psychiques**
- **Faire un bilan social**
- **Évaluer la motivation au changement**
- **Adapter la prise en charge au stade motivationnel**

Nécessité d'évaluer les consommations : Echelles d'évaluation

- CDA (verre standard), DETA, AUDIT,
- Handelsmann,
- CAST,
- Fagerström
- SOGT (south oaks gambling test)
- Game Stress Scale ou internet addiction disorder (Young, 1996) : 6/9
- Test de Tejeiro et Moran : 4/9
 - (DSM-5: d° de sévérité : moyen : 4-5; modéré: 6-7; sévère : 8-9)

Addiction et psychiatrie

- **Le double diagnostic Psychiatrie et addiction est fréquent :**
 - « Co-occurrence chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psycho active et d'un autre trouble psychiatrique »
- **On observe les tableaux suivants :**
 - **États psychotiques aigus :**
 - Cannabis, amphétamine, mauvais voyage au LSD
 - **Confusion mentale :**
 - Toutes les toxicomanies ; surdose ou sevrage
 - Hallucination (amphétamine); onirisme (barbiturique); stupeur (opiacés)
 - **Agitation –excitation :**
 - Alcool, barbiturique, cocaïne
 - **Ivresse pathologique et ébriété**
 - **Syndrome dépressif**
 - **schizophrénie et troubles bipolaire**

Comorbidités somatiques

- **Douleurs et addictions :**
 - sensibilité accrue à la douleur chez les patients addict aux opiacés
 - hors de nombreux médicaments antidouleur (codéine, pholcodéine, dextropropoxyphène, pentazocine...) vont se métaboliser en morphine et ont une affinité pour plusieurs récepteurs opiacés (γ, μ, κ)
 - Intérêt du néfopam (acupan*); chaque cas est particulier; ne pas sevrer!
 - il existe en France près de 75 spécialités pharmaceutiques de délivrance libre qui contiennent des opiacés naturels.
- **Infections : HIV, Hépatites B, C, A**
- **Foie et addictions :**
 - Les atteintes hépatiques modifient le métabolisme de la plupart des drogues : héroïne, cocaïne, ecstasy et aussi celui des TSO
- **ORL, poumons...**

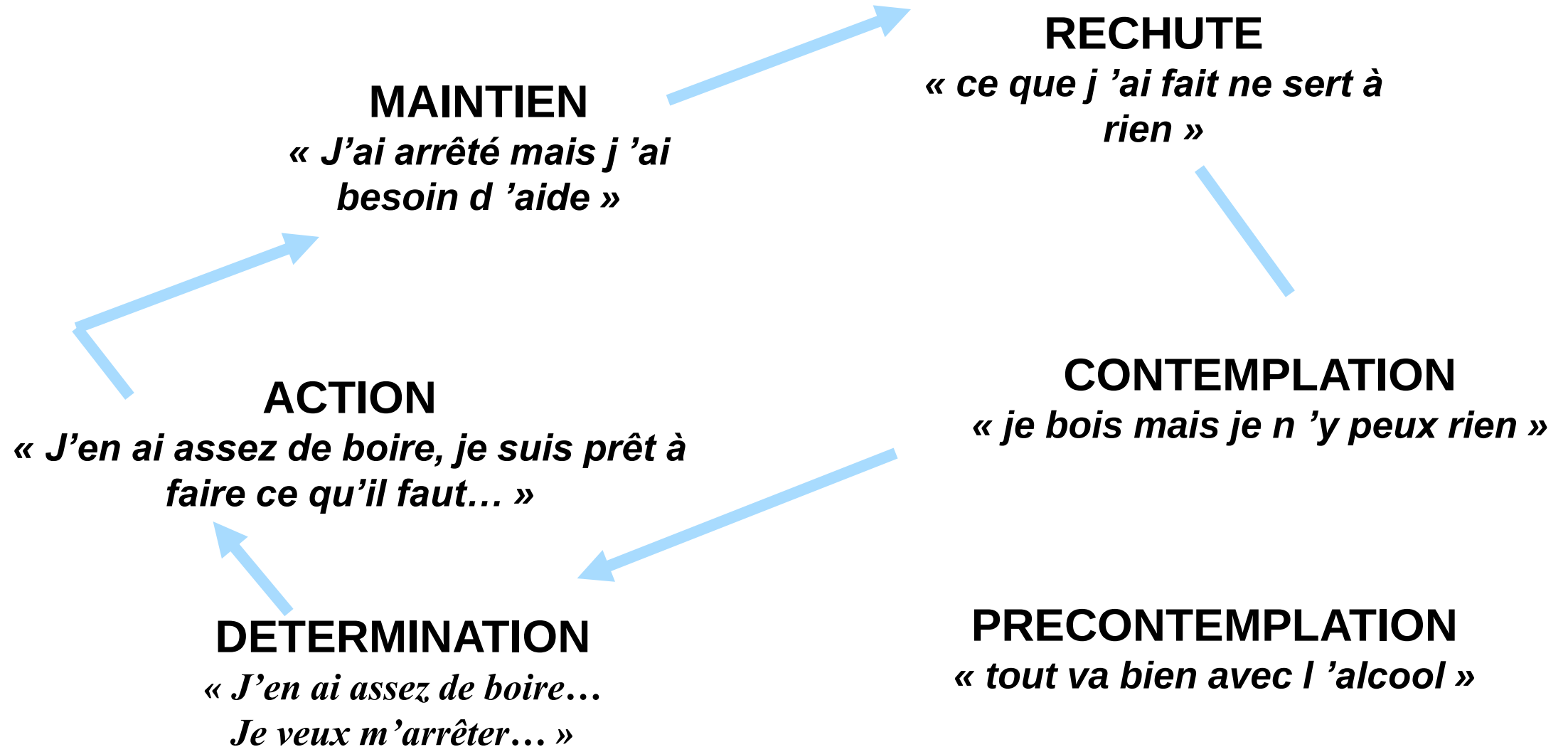
Prise en charge en Addictologie (suite)

Approche graduelle

- **Prévention**
- **Psychothérapies** : motivationnelle, TCC*, psychocorporelle, systémie etc.
- **Traitement médicamenteux**: **trois objectifs possibles**
 - **Sevrage**
 - **Consommation contrôlée**
 - **Substitution**
- **Réhabilitation**
- **Réduction des risques et des dommages (RDRD)**

Les stades du changement (approche motivationnelle) :

Modèle de PROCHASKA et DICLEMENTE



Motivation et prise en charge des addictions

- **Stade de contemplation :**

- thérapies motivationnelles (individuel/groupe)
- RPIB ou RPIUB

- **Stade d'action:**

- Sevrage
- Réduction de la consommation
- TCC et autres approches psychothérapeutiques et psychocorporelles
- Post cure : HJ ; SSR
- Place des médicaments : diazépam, baclofène, nalméfène,

- **Stade de maintien:**

- entretiens de soutien
- groupes d'entraide
- programmes de prévention de rechute dérivés des TCC (hôpital de jour)
- Place des médicaments : baclofène, nalméfène, naltrexone, acamprosate, disulfirane

Les traitements médicamenteux en addictologie

– Les traitements de substitution :

- **aux opiacés (TSO)**

- Méthadone (disponible en France dans les centres de soins depuis 1995)
- Buphrénorphine Haut Dosage (BHD) ou Subutex*, disponible en pharmacie d'officine depuis 1996
- Suboxone [BHD (subutex*) +naloxone (narcane*)]
- Héroïne (non possible en France),

- **Traitements de substitution nicotinique : TNS, varenicline (Champix*)**

– Les traitements réducteurs du craving et ou de la consommation alcool:

- alcool : naltrexone (Revia*), nalméfène (Selincro*), Baclofène (Lioresal*), acamprosate (Aprosal*), disulfiram (Espérial*)
- Pistes : epitomax*, gabapentine, abilify *

– Traitements de sevrage:

- Alcool: Substances gaba: diazépam (Valium*), antiépileptiques

– Traitements des intoxications :

- BZD : annexate*; opiacés : naloxone: narcane* naloxone* (intranasale)

Prévenir l'addiction aux jeux vidéo : Contrôle parental chez les plus jeunes

- Ordinateur dans un lieu de passage
- Logiciel de contrôle parental
- Encadrer les heures de jeu ou de connexion
 - Disponibilité H24 : NON car
 - Perte de repère temporel
- Eviter l'exposition précoce
- Parler des jeux avec les enfants
- Usage simultané d'alcool, cannabis et autres substances
- Vérifier la norme Pan European Game Information (PEGI)

Prévenir l'addiction aux jeux vidéo

 **Évaluez le contenu du jeu vidéo grâce à la norme P.E.G.I. 2.0:**

(Pan European Game Information)

Il s'agit d'un système d'évaluation européen des jeux vidéo.



Tout public



Tout public mais contenant des sons ou des scènes potentiellement effrayantes



Jeux contenant une forme de violence visible ou induite envers des personnes ou des animaux. Des scènes de nudité plus graphiques peuvent aussi être présentées.



Jeux se rapprochant d'une représentation proche de la réalité et pouvant contenir de la violence (bagarres, meurtres avec armes blanches, armes à feu, activités criminelles...) et des contacts sexuels. Un langage grossier, une atmosphère effrayante, la présence de drogues ou de discriminations peuvent également être présents.



Réservés à un public adulte. Ces jeux présentent des contenus réalistes, très violents ou pornographiques.

Réduction des Risques et des Dommages (RdRD)

- « *la RdRD concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique sans faire de l'arrêt de la consommation un préalable* ».

Une approche centrée sur

- La prévention des risques liés à la consommation
- La réduction des dommages chez les usagers quelque soit le type d'usage : récréatif, mésusage, dépendance
- Une démarche responsable de santé publique
- « *Prendre en compte la réalité sans a priori idéologique* »

Conclusion

Points clés ou messages à emporter :

- **Place importante de la prévention**
- **Importance du dépistage et du repérage précoce (RPIB)**
- **La prise en charge est au long cours en fonction des stades motivationnels**
- **L'approche motivationnelle : une révolution**
- **Place importante de la RDRD**

Références

- **Reynaud M. Traité d'Addictologie. Masson 2016; 2^e Ed; 899p**
- **Louis O. Psychiatrie pour le DE. Ed Frison –Roche**
- **Siebert C. et Le Neurès K. Les essentiels en IFSI Ed Masson**
- G. Bertschy. Pratique des traitements à la méthadone de (Ed Masson)
- Gibier L (2002)Prises en charge des usagers de drogues. doin Ed.341p
- GauS, Chong MY, Yang P, Yen CF et al. Pschiatry and psychosocial predictors of substance use disorders among adolescents. British Journal of Psychiatry.2007. N° 190:42-48
- Jeammet P. Les destinés de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1990; n° 38 :190-199
- ESCAPAD. Synthèse du rapport 2005.[http ://www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)
- Lamas C, Corcos M. Addictions et adolescence. In Lejoyeux M. Addictologie Masson 2009. p44-50
- D. Touzeau et C.Jacquot. Le traitement de substitution pour les usagers de drogue d (Ed Arnette)

Merci!