

ABC C Addictions
et
Médecine Générale

Pr J.HELENE-PELAGE

Dr Tony ROMUALD

20 mars 2015

Alcool

Aux Urgences

- Pipo 65 ans vient au cabinet, soutenu par sa femme, il semble en mauvaise posture ,vieilli prématurément, c'est un éthylique chronique (rhum + vin) qui depuis quelques jours a une intolérance digestive avec vomissement, selles fréquentes de coloration normale, urines foncées sub-ictère conjonctivale, abdomen souple dépressible mais hépatomégalie sensible, pli cutané
- Il se sent épuisé, les jambes ne le portent plus
- Il a perdu 9kgs en 5 mois, sa femme rajoute qu'il ne mange pas, il ne boit que de l'alcool
- TA 137/84
- ATCD: 2003 hémorragie digestive sous AINS - Anguillulose
 - Que faites-vous ?

Demande d'hospitalisation pour intolérance digestive chez un patient qui présente un tableau hépatite d'origine probablement éolique

ADRESSÉ AUX URGENCES

Retour à domicile

- Renvoyé à domicile à 3h du matin, sans courrier, pas de prise de sang faite avec une ordonnance (Quels médicaments ???)
- « J'ai oublié de l'apporter docteur ! » il ne vomit plus, mais il a toujours soif, il veut du vin, je ne lui donne pas d'alcool, en plus il voit des drôles de choses, il n'arrive pas à se lever, il est faible »
- TA 110/80 FC: 65/mn
- Que faites – vous ?

Pistes!

- Demande en urgences:
un bilan sanguin
- Ordonnance:
 - Seresta* 50 (oxazépam):
0.5/0.5/0.5
 - Princi B: 2c/j
Vitaminothérapie B1B6
- Conseils d'hydratation ?
- Vin ou pas vin ?
- Hb: 14.4 VGM 105
- Leuco :2700 PN : 432
Lympho : 1709 plaq:
143 000
- Cl creat 92ml/mn
- Lipasémie nle
- SGOT 129 SGPT130
- GGT:784
- Vit B9 et B12 en cours

Réseau addictions ? COREDAF ? Lequel choisir ?

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Quel est le contexte ?

- 15 millions d'européens et 10 millions de nord-américains sont dépendants
- A l'échelle mondiale, **un décès sur 25** était attribué à l'alcool
- Chez les Européens de 15 à 64 ans, l'alcool serait responsable d'1 décès sur 7 chez les hommes, et d'1 décès sur 13 chez les femmes [WHO, 2013]
- 3ème cause de mortalité **49 000 décès** en 2009 en France
- **2e cause de mortalité prématurée** en France et évitable en France après le tabac : 22 % des décès des 15-34 ans / 15 % des décès des 35-64 ans / 3 victimes sur 4 sont des hommes
- 1ere cause d'hospitalisation des français (37,4 milliards d'euros).
- **3,8 millions de français consommateurs à risque** (2010), moins de 150 000 d'entre eux consultent dans des centres spécialisés
- **Moins de 8% en Europe** et moins de 10.5% aux USA à recevoir un traitement approprié pour leur problème d'alcool.
- Deux tiers des patients abstinent traités pour leur alcoolo-dépendance rechutent dans les 12 mois [Mann, 2013].
- Sous-repérage de l'alcoolisation quotidienne
- Des dommages sociaux : **20 % délits, 50 % crimes**

Deux questions pour ouvrir le dialogue

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Combien de verres standard buvez-vous dans une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?



Description de la consommation d'alcool dangereuse, nocive et la dépendance à l'alcool ?

- **Consommation d'alcool à risque ou dangereuse**
 - > 4 verres par occasion
 - > 21 verres par semaine chez l'homme
 - > 14 verres par semaine chez la femme
 - Prise d'alcool dans certaines situations
- **Alcoolisation nocive ou « à problème »**
 - Dommages pour la santé, physique, psychique sociale
 - Consommation moyenne régulière d'alcool supérieure à 40 g par jour pour les femmes et supérieure à 60 g par jour pour les hommes (Rehm et al., 2004)
- **Alcoolodépendance**
 - Ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool devient prépondérante sur les autres comportements
 - Tolérance, sevrage, poursuite, perte de contrôle, désir puissant..

ALCOOL:

MAÎTRISEZ LES RISQUES

pas plus de:



pas plus de:



pas plus de:



et:



1 UNITÉ D'ALCOOL = 10 GRAMMES D'ALCOOL PUR, CE QUI REPRÉSENTE :



VIN
10 cl à 12°



BIÈRE
25 cl à 5°



CHAMPAGNE
10 cl à 12°



SPIRITUEUX
EN LONG DRINK
3 cl à 40° + soft



APÉRITIF
ANISÉ
2,5 cl à 45°



DIGESTIF
3 cl à 40°

Une unité d'alcool = un verre standard

1 verre \approx 10 g d'alcool pur (éthanol)



ballon de vin 12°
10 cl



coupe de champagne 12°
10 cl



verre de whisky 40°
3 cl



½ de bière 5°
25 cl



verre de rhum 50°
2,5 cl

Attention au degré alcoolique et au volume d'alcool ingéré !



Certaines bières peuvent titrer à 9°, 10°, voire 12° d'alcool

Et se présenter sous forme de canettes de 33cl 50cl ou plus

50 cl de bière à 10° = 4 unités d'alcool



Vin / Champagne (12°)
7 verres d'alcool



Porto / Pineau (20°)
11 verres d'alcool



Whisky /Pastis /
Vodka (40°)
22 verres d'alcool



Rhum (50°)
40 verres d'alcool

Les niveaux de risques de l'OMS (WHO 2010)

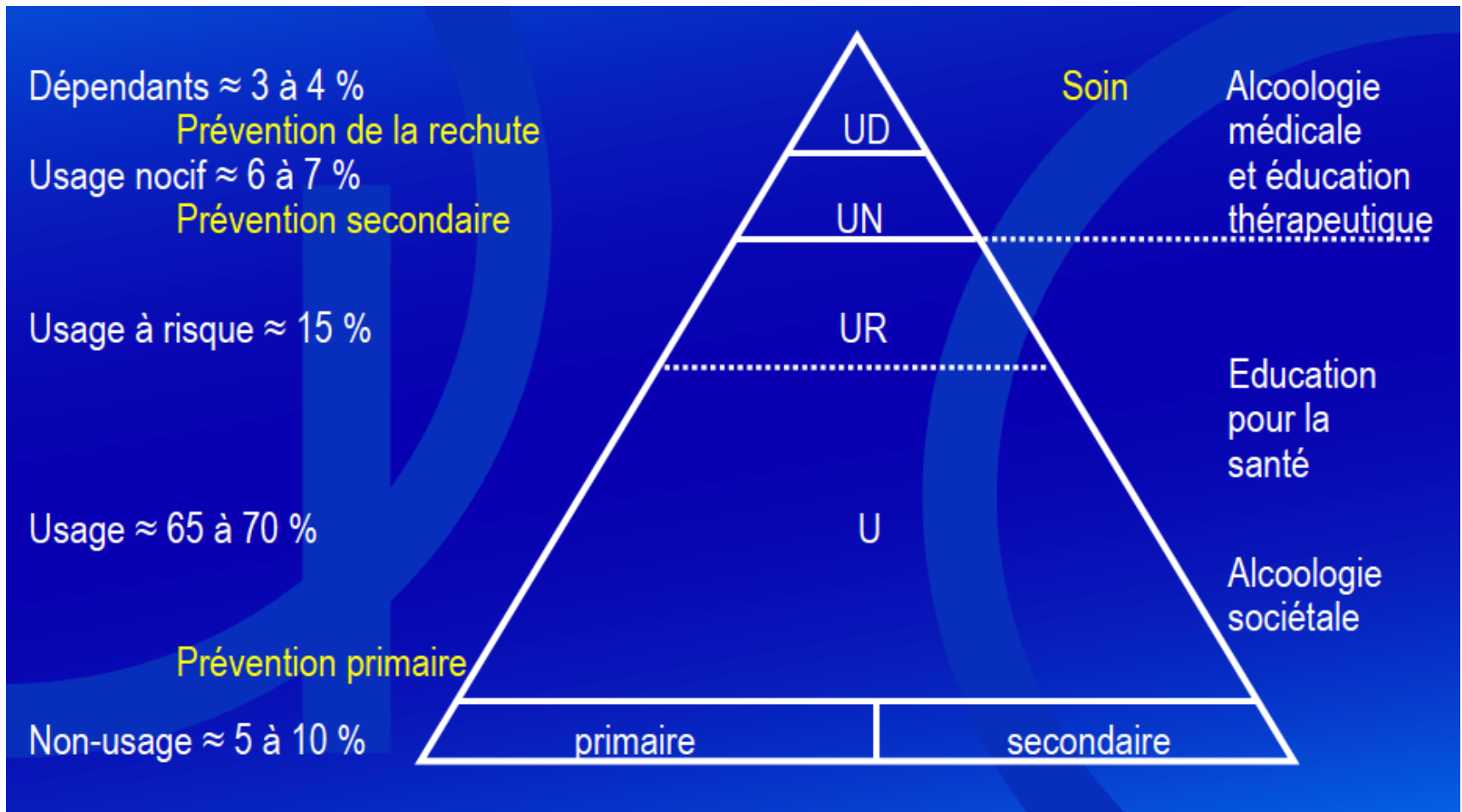
Risque d'avoir des problèmes lors d'un jour de consommation	Consommation totale d'alcool (g/L)	
	Hommes	Femmes
Faible	1-40	1-20
Moyen	41-60	21-40
Elevé	61-100	41-60
Très élevé	≥101	≥61

Niveaux de risques pour des problèmes aigus à l'occasion d'un jour de consommation.

Risque de maladies graves en cas de consommation quotidienne	Consommation totale d'alcool (g/L)	
	Hommes	Femmes
Faible	1-40	1-20
Moyen	41-60	21-40
Elevé	≥61	≥41

Niveaux de risques des maladies graves lors d'une consommation quotidienne d'alcool

Alcool le pyramide du risque (avant DSMV)



Trouble lié à l'usage d'alcool (DSMV)

critères	DSM-IV <i>dépendance</i>	DSM-IV <i>abus</i>	DSM5 <i>Trouble lié à l'usage d'alcool</i>
Désir persistant	X		X
Perte de contrôle	X		X
Temps passé	X		X
Tolérance	X		X
Syndrome de sevrage	X		X
Abandon des activités	X		X
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	X		X
Incapacité à remplir obligations majeures		X	X
Situations dangereuses		X	X
Problèmes judiciaires		X	
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux		X	X
Craving			X

DSM V

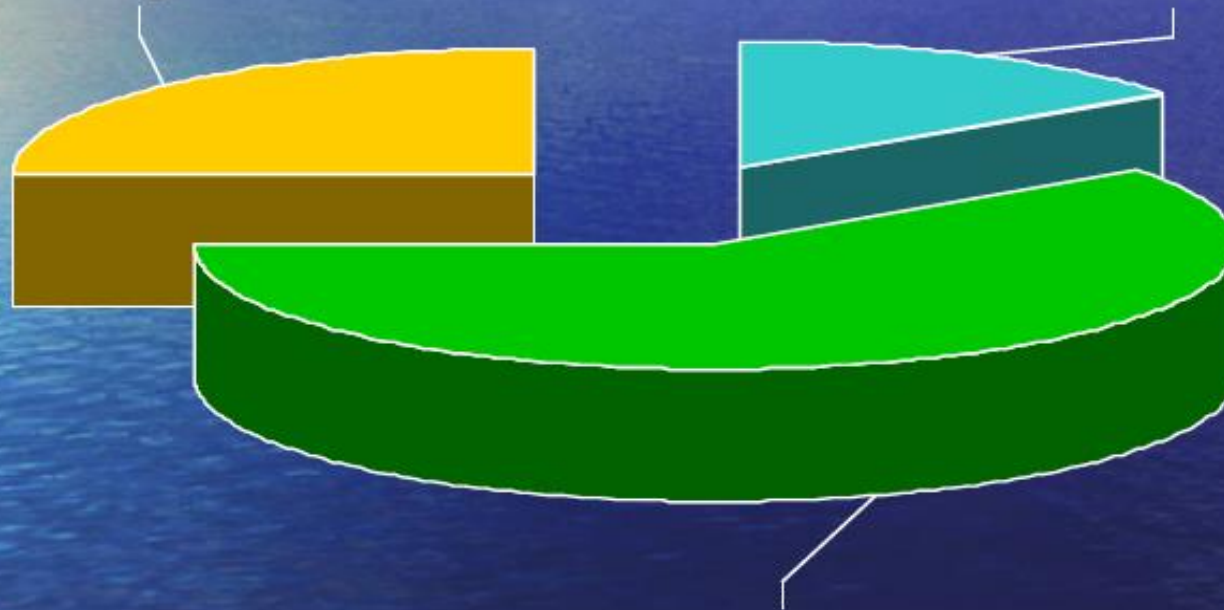
- 1.Utilisation répétée d'une substance dans des **situations où cela peut être physiquement dangereux**
- 2.Utilisation répétée conduisant à **l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison**
- 3.Substance souvent prise en **quantité supérieure ou sur un laps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

Légère : 2-3
Modérée : 4-5
Sévère ≥ 6

Les usages d'alcool

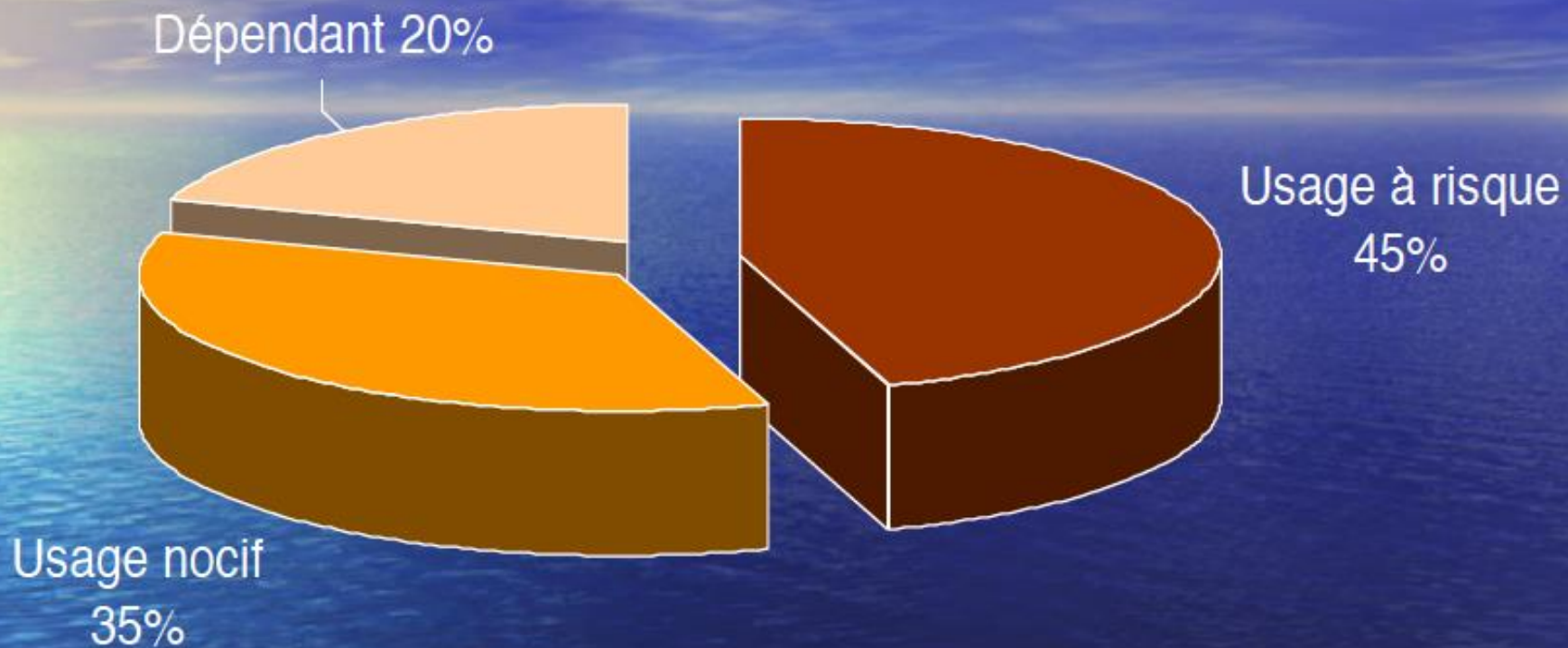
Mésusage 25%

Abstinence 15



Usage 60%

Les mésusages d'alcool



50 % de la mortalité liée à l'alcool concernent des non dépendants

Le repérage

- **Repérer, c'est distinguer les situations**
 - À faible risque
 - À risque
 - De dépendance
- **Les moyens du repérage précoce**
 - La clinique
 - La biologie
 - Les questionnaires

Le repérage précoce : comment ?

- **Evaluation de la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA)**
 - Les différentes boissons, sur 1 semaine
 - Notion de « verre standard »
- **Evaluation de l'abus-dépendance à l'alcool**
 - Questionnaire AUDIT (10 questions, autoadministrées),
 - Outil validé internationalement et préconisé par l'O.M.S.
 - Valeurs seuils
- **Préférer des questions «ouvertes»**
 - Que pouvez-vous me dire à propos de votre consommation d'alcool ?
 - Quelle place occupe les boissons alcoolisées dans votre alimentation ?

Repérage

	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<i>Clinique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conforme aux habitudes - Peut laisser l'initiative au patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles tardifs - Symptômes peu spécifiques
<i>Biologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conforme aux habitudes - Ne dépend pas du discours du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles tardifs - Très grande variabilité personnelle - Coût
<i>Questionnaires</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibles très précocement - Faible coût - Influencent les personnes qui les remplissent 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas dans les habitudes - Répétitivité - Nécessite de l'organisation

Les questionnaires

- **FACE**
 - 5 questions
 - Administré en face à face et par oral
 - **Hétéro-questionnaire**
- **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test)
 - 10 questions
 - En salle d'attente
 - **Auto-questionnaire**
- Intérêt
 - systématique:
 - Empêche la sélectivité
 - Pour ne pas stigmatiser

FACE

Score

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais 0 une fois par mois 1
ou moins 2 à 4 fois 2 2 à 3 fois 3 4 fois ou plus 4
par mois par semaine par semaine

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Un ou deux 0 trois ou quatre 1 cinq ou six 2 sept à neuf 3 dix ou plus 4

3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

Non 0 oui 4

4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

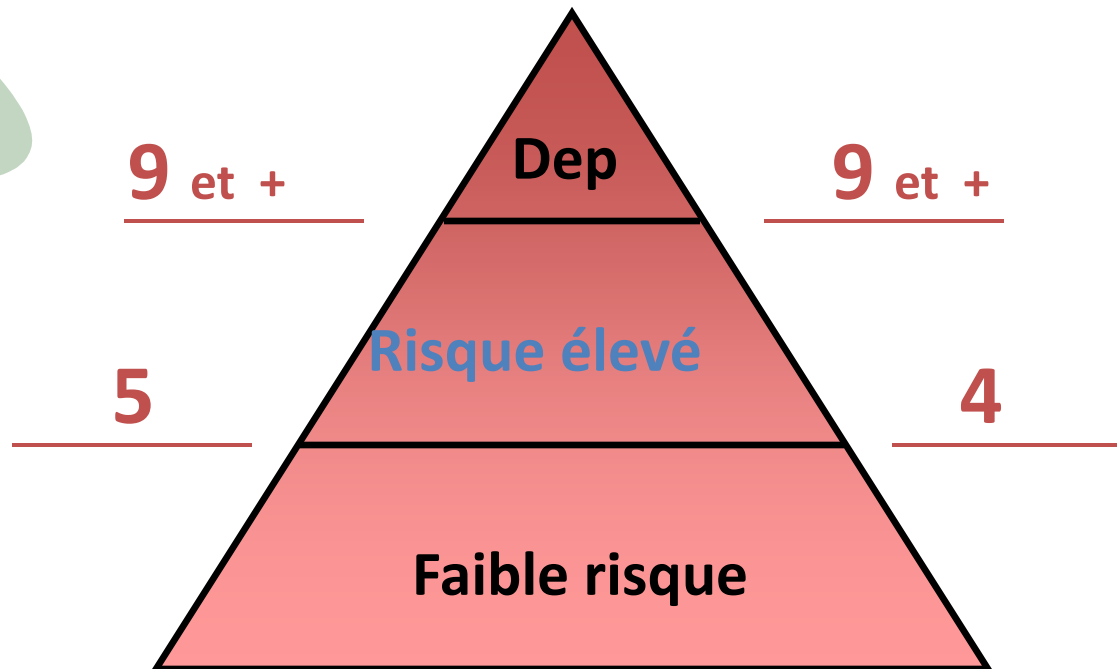
Non 0 oui 4

5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non 0 oui 4

FACE

Outils de repérage pas de diagnostic Interprétation

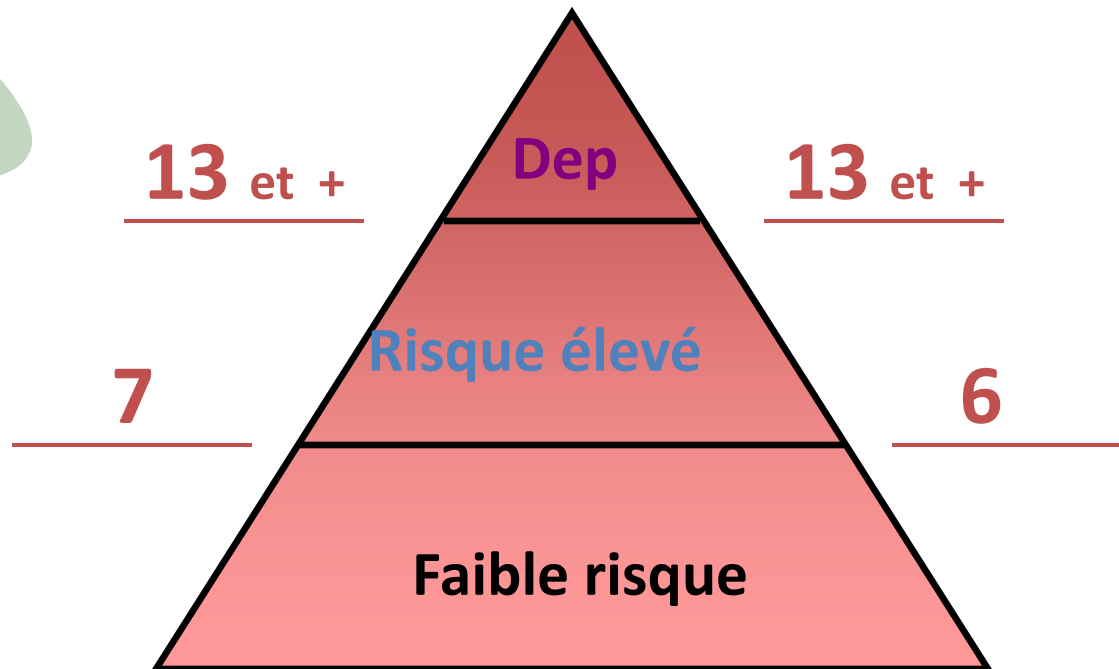


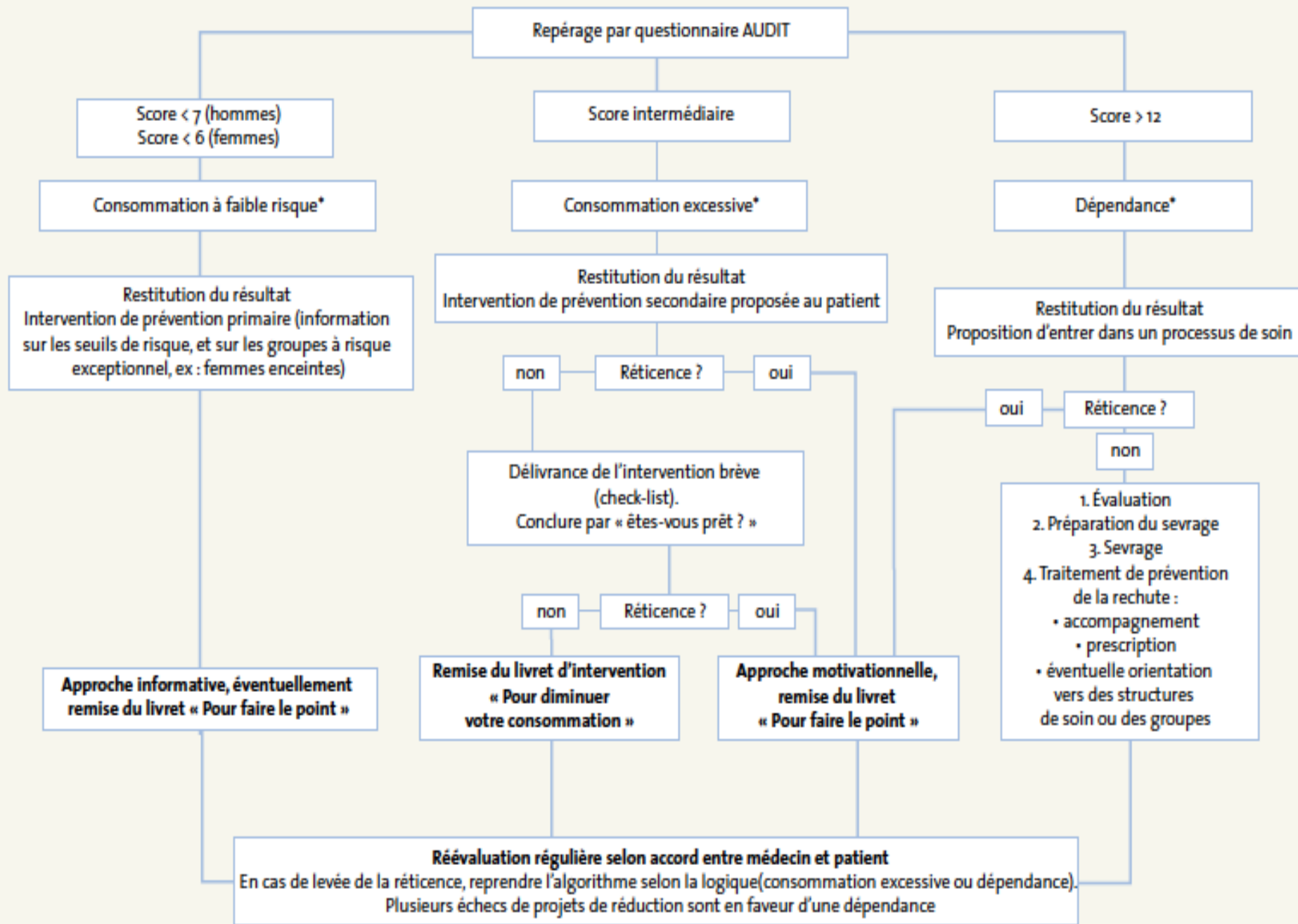
Questionnaire AUDIT

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
4 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
8 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

AUDIT

Interprétation





* Ces trois situations sont seulement probables après un questionnaire. La certitude est donnée par la clinique.

Le problème alcool : une question de quantité

Risques relatifs pour les pathologies associées au facteur de risque alcool	Femmes			Hommes		
	Consommation d'alcool en g/jour					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Troubles neuropsychiatriques						
Épilepsie	1,3	7,2	7,5	1,2	7,5	6,8
Troubles gastro-intestinaux						
Cirrhose du foie	1,3	9,5	13,0	1,3	9,1	13,0
Varices oesophagiennes	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Pancréatite aiguë et chronique	1,3	1,8	1,8	1,3	1,8	3,2
Troubles métaboliques et endocriniens						
Diabète	0,9	0,9	1,1	1,0	0,6	0,7
Cancers						
Cancers de la bouche et de l'oropharynx	1,5	2,0	5,4	1,5	1,9	5,4
Cancer de l'oesophage	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Cancer du larynx	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Cancer du foie	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6
Cancer du sein	1,1	1,4	1,6			
Pathologies cardiovasculaires (CVD)						
Hypertension	1,4	2,0	2,0	1,4	2,0	4,1
Coronaropathies	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	1,0
AVC ischémique	0,5	0,6	1,1	0,9	1,3	1,7
AVC hémorragiques	0,6	0,7	8,0	1,3	2,2	2,4
Arythmies cardiaques	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Pathologies survenant pendant la période périnatale						
Avortements spontanés	1,2	1,8	1,8			
Faible poids de naissance*	1,0	1,4	1,4	1,0	1,4	1,4
Prématurité*	0,9	1,4	1,4	0,9	1,4	1,4
Retard de croissance intra-utérin*	1,0	1,7	1,7	1,0	1,7	1,7

* Le risque relatif fait référence à la consommation d'alcool de la mère ; Source : Rehm et al. (2004).

Stratégies thérapeutiques actuelles ?

- **Une prise en charge difficile**
 - Une offre thérapeutique insuffisante et pas satisfaisante
- « Aide au maintien de l'abstinence après sevrage » (avec AMM)
 - **Naltrexone et Acamprosate** (diminue l'appétence à l'alcool).
 - Moins de 30% des patients traités par Acamprosate sont abstinents après 12 mois de traitement [Mann, 2004].
 - Deux tiers des patients traités par naltrexone ont consommé au moins une fois massivement de l'alcool dans les 16 mois suivant l'instauration du traitement [Anton, 2006].
 - **Disulfirame** (traitement aversif avec effet antabuse)
 - « Prévention des rechutes au cours de l'alcoolodépendance »
 - Nombreux effets indésirables. Arrêts fréquents
- **Baclofène** (RTU février 2014)
 - Aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients dépendants à l'alcool et en échec des autres traitements disponibles

La réduction de la consommation comme nouvel objectif

- **Nalméfène (SELINCRO 18mg)** septembre 2014
 - « Pour réduire la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool
 - Avec une consommation d'alcool à risque élevé (plus de 60 g d'alcool par jour chez l'homme et 40 g/jour chez la femme)
 - Ne présentant pas de symptômes physiques de sevrage
 - Ne nécessitant pas un sevrage immédiat ».
- **Baclofène** (RTU février 2014)
 - « Réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de la consommation telle que défini par l'OMS chez des patients alcoolodépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles ».

Bénéfices de l'abstinence

- Supprimer le symptôme
- Rendre visible la guérison
- Entrer dans un cercle vertueux
 - Le sevrage et l'abstinence permettent des améliorations somatiques psychiques et sociales elles-mêmes incitatrices du prolongement de l'abstinence.
- Atteindre le point d'efficacité optimale et définitive du traitement
- Ne pas poursuivre l'exposition d'un cerveau sensibilisé
- Evite d'exposer le patient à la prise d'alcool à la perte de contrôle qui suit et onc à la rechute
- Permettre la réparation neuronale et la récupération neurologique (amélioration des troubles cognitifs..)
- Amélioration le pronostic des comorbidités et favoriserait leur traitement (traitements psychotropes et alcool)

Bénéfices de la réduction

- Diminuer les risques liées à la consommation excessive dans une population
- Inclure un maximum de patients dans les programmes de soins
- Intégrer les étapes du changement dans le processus de soins
 - Considérer la réduction comme une étape dans le changement (accepter les étapes)
 - Réduction = évolution positive de la maladie
- Penser autrement l'amélioration du patient
 - Amélioration des Altérations émotionnelles interpersonnelles professionnelles
 - Amélioration de la santé physique
- Traiter la dépendance comme toutes les maladies chroniques
 - Progression étapes par étapes

Consommation contrôlée : En pratique

Je fixe les limites de ma consommation

- Par jour : maximum de verres par jour =
- Par occasion : maximum de verres par occasion =
- Par semaine : maximum de verres par semaine =
- Pas de boissons alcoolisées les jours suivants =

Journal de bord	Absence d'acool	Consommation		
Jour	Facile ou difficile a Tenir	Nombre de verres	Comment je me sens ? Qu'est-ce que j'attends de l'alcool ?	Comment je me sens après ? Commentaires

Le Sevrage

- **Hydratation suffisante A SURVEILLER : 2-3 litres d'eau per os par jour (eau, jus de fruits)**
- **Benzodiazépines à demi-vie longue : Diazépam VALIUM®, SERESTA**
 - De J1 A J3 : 1 - 1 - 1
 - De J4 a J5 : 1 - 0 - 1
 - De J6 à J7 : 0 - 0 - 1
- **Addictolytique pour maintien de l'abstinence**
 - **Acamprosate Aotal® 333mg** : 2 - 2 - 2 cp (si poids > 60kg) sinon 2 - 1 - 1
 - **Naltrexone REVIA : 1- 0 -0**
 - **BACLOFEN** : ½ - 1/2 - ½ pendant 7 jours puis 1-1-1 pendant 7jours ...
- **Vitamines B1 B6 : 1cp matin, midi et soir ;**
- **Traitement de la réduction de la consommation**
 - **SELINCRO 18 mg**
 - 1 Comprime deux heures avant une consommation excessive
 - **BACLOFEN** : ½ - 1/2 - ½ pendant 7 jours puis 1-1-1 pendant 7jours ...

Evaluation du sevrage

SCORE DE GRAVITE:ECHELLE DE CUSHMAN

SCORE	0	1	2	3
FREQUENCE CARDIAQUE	<80	80-100	100-120	>120
TA	<135	136-145	146-155	>156
TREMBLEMENTS	AUCUN	MAINS	MEMBRES SUPERIEURS	GENERALISES
SUEURS	AUCUNES	PAUMES	PAUMES ET FRONT	GENERALISEES
AGITATION	AUCUNE	DISCRETE	GENERALISEES ET INCONTROLABLES	HALLUCINATIONS
Total				

Cushman < 5 : Valium = 0

Cushman entre 5 et 7 : Valium toutes les 4 heures

Cushman > 7 : Valium toutes les 3 heures

Contre-indications au sevrage ambulatoire

- **Addictologiques :**
 - dépendance physique sévère
 - Polytoxicomanie
- **Somatiques :**
 - antécédents de crise convulsive généralisée ou de delirium tremens
 - pathologie somatique grave susceptible de décompenser
- **Psychiatriques :**
 - syndrome dépressif ou autre pathologie psychiatrique sévère associée
- **Sociales :** isolement social ou processus de désocialisation (SDF)

Stratégies thérapeutiques actuelles ?

- **Une prise en charge difficile**
 - Une offre thérapeutique insuffisante et pas satisfaisante
- « Aide au maintien de l'abstinence après sevrage » (avec AMM)
 - **Naltrexone et Acamprosate** (diminue l'appétence à l'alcool).
 - Moins de 30% des patients traités par Acamprosate sont abstinents après 12 mois de traitement [Mann, 2004].
 - Deux tiers des patients traités par naltrexone ont consommé au moins une fois massivement de l'alcool dans les 16 mois suivant l'instauration du traitement [Anton, 2006].
 - **Disulfirame** (traitement aversif avec effet antabuse)
 - « Prévention des rechutes au cours de l'alcoolodépendance »
 - Nombreux effets indésirables. Arrêts fréquents
- **Baclofène** (RTU février 2014)
 - Aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients dépendants à l'alcool et en échec des autres traitements disponibles

La réduction de la consommation comme nouvel objectif

- **Nalméfène (SELINCRO 18mg)** septembre 2014
 - « Pour réduire la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool
 - Avec une consommation d'alcool à risque élevé (plus de 60 g d'alcool par jour chez l'homme et 40 g/jour chez la femme)
 - Ne présentant pas de symptômes physiques de sevrage
 - Ne nécessitant pas un sevrage immédiat ».
- **Baclofène** (RTU février 2014)
 - « Réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de la consommation telle que défini par l'OMS chez des patients alcoolodépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles ».

Les structures de soins

- Soins et Prévention
 - Basse-Terre
 - **CSAPA Alcool (0590 81 18 83)**
 - **CSAPA-G (0590 80 93 80)**
 - Grande-Terre
 - **CSAPA-Raphael Schol (0590 83 63 47)**
 - **CHU-USLA (0590 89 15 41)**
 - Pointe-Noire
 - **Soins de suite Alcoologique-CHLD Beuperthuy : 21 lits (0590 80 59 05)**
 - Saint-Martin
 - **CSAPA-Sida les liaisons dangereuses (0590 87 01 17)**
- Coordination des soins, prévention, formation, information
 - **Réseau Addictions Guadeloupe (0590471700)**

Tabac

Pas tout à la fois Docteur !!! »

- Punchi 58 ans est amené par sa sœur, car cela ne peut plus durer, il casse tout dans la maison maternelle où il est hébergé à titre gracieux
- Quand il a trop bu, il est agressif
- Intoxication tabagique à 20 paquets années
- Il demande à faire un bilan et souhaite une cure de désintoxication alcoolique
- Il y a 2 ans vous aviez demandé de faire un doppler artériel des MI car suspicion d'une artériopathie, mais celle-ci n'a jamais été réalisé
- Que faites-vous ?

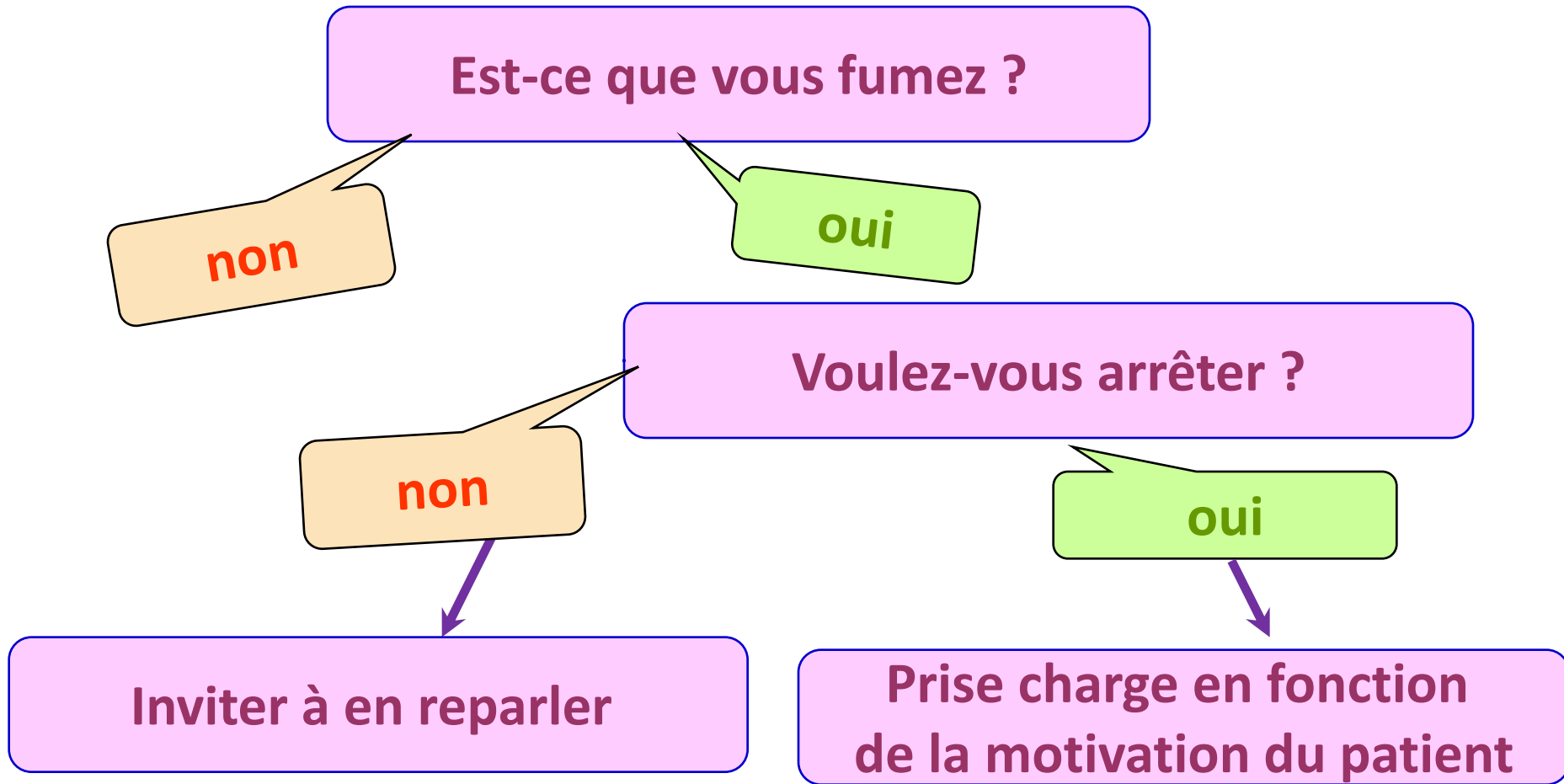
Peut-on faire par étapes ?

Existe-il des structures ambulatoires pour la prise en charge des tabagiques ?

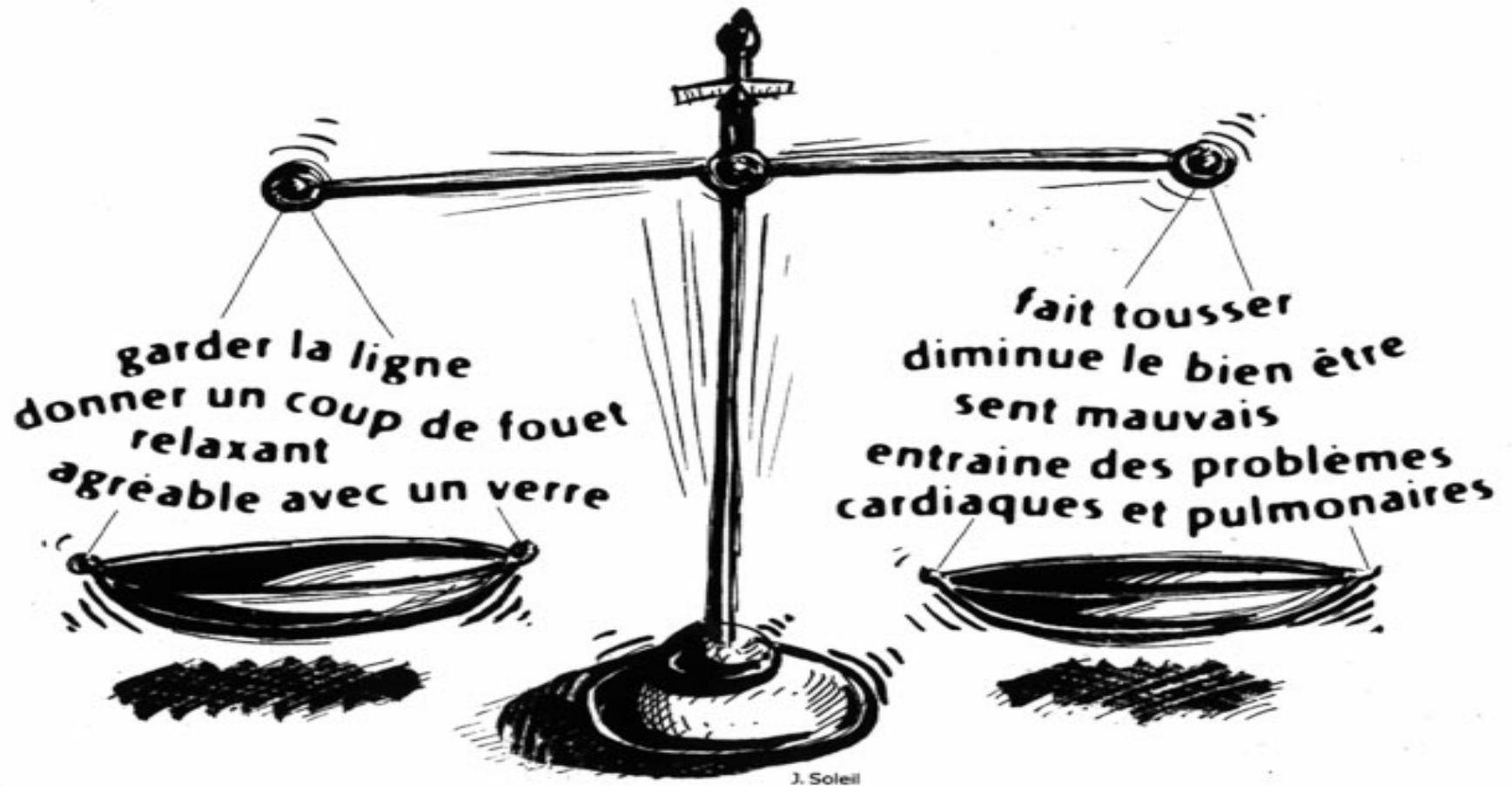
Quelle place du MG pour la prise en charge du tabac ?

SEVRAGE TABAGIQUE ET ALCOOLIQUE ?

Conseil minimal



Hésitants : peser le pour et le contre



Tabac : la roue du changement

Conseil minimal

PRE-INTENTION :
n'envisage pas l'arrêt
dans les 6 mois

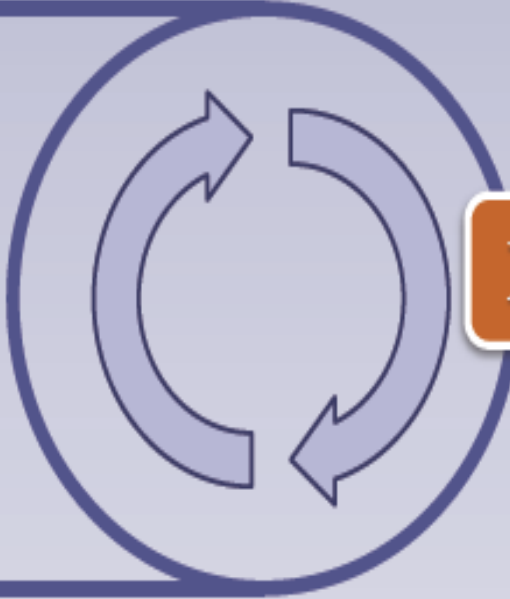
Conseil minimal

INTENTION :
envisage d'arrêter
dans les 6 mois

Consommateur
satisfait



RECHUTE



Motivation

PREPARATION :
envisage d'arrêter
dans le mois à venir

PERSEVERANCE :
arrêt depuis
plus de 6 mois



Aide au sevrage

ACTION :
arrêt depuis
moins de 6 mois

Aide au sevrage

Analyser tous les aspects du tabagisme

- ❖ Évaluer les motivations et les craintes à l'arrêt
- ❖ Évaluer les dépendances
 - Dépendance psycho-comportementale.
 - Dépendance physique à la nicotine.
- ❖ Rechercher d'éventuelles addictions associées (alcool, cannabis,...)
- ❖ Rechercher une éventuelle anxio-dépression

- ❖ Fixer une date d'arrêt par le patient (pas d'urgence)
- ❖ Mettre en place un plan pour prévenir les tentations (stratégie comportementale)
- ❖ Prendre en charge des co-morbidités**
- ❖ Prendre en charge des autres addictions**

Evaluation de la dépendance au tabac

- ❖ Evaluer le degré de dépendance physique à la nicotine:
 - Test de Fagerström
 - Mesure du taux de CO dans les poumons
 - Dosage de la cotininurie (sur prescription médicale)
- ❖ Evaluer les dépendances psychologiques et comportementales

Test de Fagerström

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes 3

Entre 6 et 30 minutes 2

Entre 31 et 60 minutes 1

Après 60 minutes 0

2. Trouvez-vous difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?

Oui 1

Non 0

3. A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il le plus difficile de renoncer ?

La première le matin 1

N'importe quelle autre 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins 0

11 à 20 1

21 à 30 2

31 ou plus 3

5. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

Oui 1

Non 0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

Oui 1

Non 0

0-4 peu ou pas dépendant
5-6 dépendant
7-10 très dépendant

Besoin physique

Dépendance
comportementale

Dépendance
psychologique

BUPROPION
= ZYBAN®

VARENICLINE
= CHAMPIX®

NICOTINE
Toutes formes

NICOTINE sous
forme de gommes,
tablettes ou inhaler

Thérapies Comportementales et
Cognitives
Relaxation
Exercice physique
Diététique

Envie et Besoin de FUMER

H-J AUBIN; P DUPONT; G LAGRUE: Comment arrêter de fumer (éd. Odile Jacob 2003)

3 outils de la substitution nicotinique

Timbres (patches)

Différents dosages

Formes orales

Gommes

Pastilles sublinguales

Pastilles à sucer

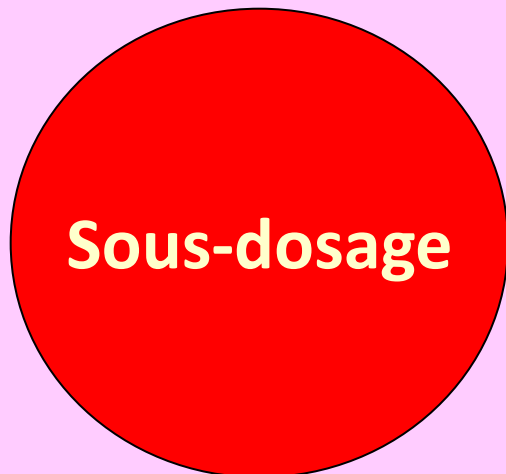
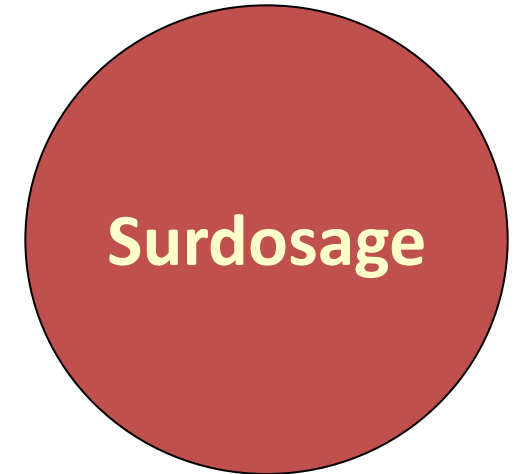
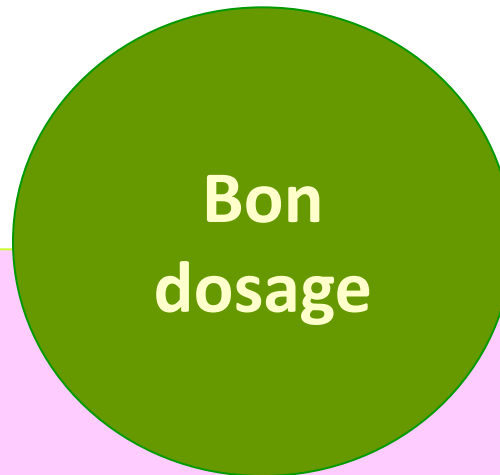
Inhaleurs

Forme nasale

**Spray nasal (non
vendu en France)**

Adapter la posologie à chacun

Envie de fumer
Énervement
Grignotage



Pas d'envie de fumer
Nausées
Tachycardie

BUPROPION (ZYBAN®)

- ❖ Sur prescription médicale
- ❖ A utiliser chez l'adulte de plus de 18 ans
- ❖ Le patient doit fixer une date d'arrêt et la prise de Bupropion doit débuter 1 à 2 semaines avant cette date.
- ❖ 2 comprimés par jour (7H-15H)
- ❖ Insomnie ++++

VARENICLINE (CHAMPIX®)

- ❖ Sur prescription médicale.
- ❖ Chez l'adulte de plus de 18 ans.
- ❖ Le patient doit fixer une date d'arrêt et la prise de Varénicline doit débuter 1 à 2 semaines avant cette date.
- ❖ Pas de CI en dehors de la grossesse et de l'allaitement
- ❖ Champix
 - ❖ De J1 a J3 : 1 – 0 – 0 (cp à 0,5 mg)
 - ❖ De J4 a J7 : 1 – 0- 1 (cp à 0,5 mg)
 - ❖ A partir de J8 : 1 – 0 -1 (cp a 1mg)
- ❖ Céphalées rêves anormaux nausées

LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES

❖ Thérapies Comportementales et Cognitives:
(*TCC*)

❖ Relaxation

❖ Exercices physiques

❖ Conseils ou consultations diététiques.

Réduction si arrêt impossible

❖ Certains fumeurs

- Ne veulent pas arrêter
- Ne réussissent pas

❖ Causes multiples

- Motivation faible
- Dépendance très forte
- Autres addictions (alcool, cannabis)
- Troubles anxio-dépressifs

Que pensez-vous Docteur ?

J'ai entendu dire que c'est nocif pour la santé ?

E-CIGARETTE

E-Cigarette : généralités

- Produit de plus en plus répandu en France qui remporte un franc succès depuis quelques années auprès des fumeurs.
- Elle est le plus souvent employée dans le but d'un sevrage tabagique.
- Près d'un million d'utilisateurs réguliers en France aujourd'hui
- Si l'E-cigarette apparaît moins nocive que la cigarette les études ne permettent pas encore d'assurer son innocuité.
- Règlementations européennes : Interdiction de vente aux mineurs, interdiction de publicité

E-cigarette : fonctionnement

- Le dispositif – ressemblant à une cigarette (mais parfois un stylo, une pipe, une clé USB...) – est généralement composé de 3 parties : la cartouche qui contient la nicotine (en général 20 mg), le vaporiseur, et une batterie Lithium-Ion
- La solution de nicotine, chauffée, génère une vapeur qui est inhalée, sans les inconvénients de la combustion de tabac et de ses composants toxiques
- Chaque fabricant utilisant ses propres parfums et additifs à la solution de nicotine
- La nicotine est toxique à court et à long terme (risques cardiovasculaires, troubles digestifs, troubles de la cognition et de la mémoire) éventuellement mortelle à forte dose. Son absorption par vapotage est cependant toujours moindre qu'avec la cigarette traditionnelle
- Les seules expositions au propylène glycol et à la glycérine relèvent du principe de précaution envers les hydrocarbures sans toxicité établie

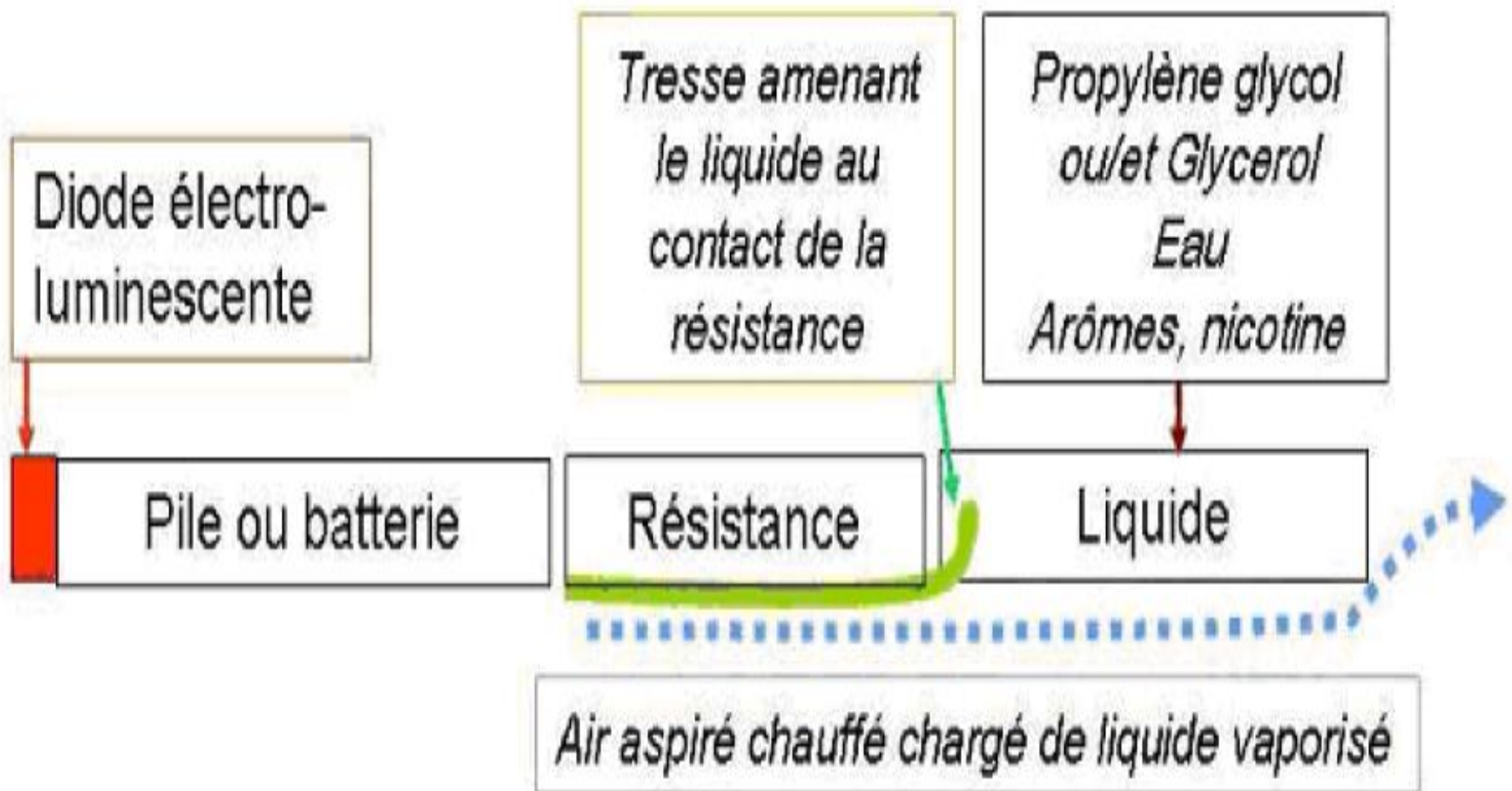


Figure 2 : Schéma d'une cigarette électronique

Principales motivations

- Moindre toxicité que le tabac (84 %),
- Substitution convenable au besoin de tabac (79%)
- En évitant les désagréments du sevrage (67 %),
- Aide au sevrage tabagique (77%) ou
- Aide au risque de rechute chez les ex-fumeurs (79 %),
- Moindre coût que le tabac (57%),
- Possibilité de faire face aux situations d'interdiction de fumer (39 %).

L'E-C dans le sevrage tabagique

- Elle peut effectivement aider quelques fumeurs à se passer de leur cigarette.
- L'addiction tabagique ne se résume pas à une addiction pharmacologique à la nicotine; il ne faut pas en oublier les aspects physiques, comportementaux et sociologiques
- Mais c'est aussi une « autre manière de fumer », moins dangereuse que de « brûler » le tabac ?
- Cela représente une réelle diminution du risque cardiovasculaire et cancérigène à long terme du tabagisme.

Les structures de soins Tabacologie

- Soins et Prévention
 - Basse-Terre
 - **CSAPA Alcool** (0590 81 18 83)
 - **CSAPA-G** (0590 80 93 80)
 - **Unité de Coordination en Tabacologie-CHBT** (0590 80 54 15)
 - Grande-Terre
 - **CSAPA-Raphael Schol** (0590 83 63 47)
 - **CHU-USLA** (0590 89 15 41)
 - Saint-Martin
 - **CSAPA-Sida les liaisons dangereuses** (0590 87 01 17)
- Coordination des soins, prévention, formation, information
 - **Réseau Addictions Guadeloupe** (0590 47 17 00)

Consultations jeunes consommateurs

Vertiges

- Christian 16 ans est amené en urgence par sa mère car il a des vertiges avec nausées, il n' a pas pu aller au lycée où il poursuit un BTS
- Patient que vous n'avez pas vu depuis 5 ans comme vous explique la mère il voit un autre médecin car il n' a pas la patience d'attendre
- Examen clinique IMC 19.9 Poids 59 kg T 1.72 TA 95/60 FC: 52
- Vous portez le diagnostic de VPB
 - Vous êtes étonnée car il n'a pas consulté son médecin traitant pourquoi ?
 - De plus vous percevez un certain malaise avec une mère présente qui répond à la place du patient, vous lui demandez s'il était d'accord pour cette consultation, il hoche la tête sans conviction

Quoi penser !!

- Vous pensez que ce vertige est secondaire à la consommation de toxique mais l'ambiance est peu favorable pour poser la question
- Vous demandez au jeune si vous pouvez le voir seul, la mère répond à sa place et décline l'offre
- Finalement vous donnez un traitement symptomatique par Tanganil* Vogalène *
- Qu'auriez-vous fait ?

« Je peux m'arrêter quand je veux »

- Tonino 28 ans sans qualification professionnelle vit chez ses parents, après une chute à scooter car il a des séquelles, une entorse grave du genou qui ne lui permet pas d'occuper un emploi. De plus il souffre d'une narcolepsie traitée par Modafinil (Modiodal*)
- Il est toujours entrain de se plaindre du manque de communication au sein du domicile familial, d'insomnie et depuis quelques jours il a un écoulement urétral qui salit son slip, il pense que c'est dû à « un chaud et froid » mais tout ceci est dit d'une voix monocorde cela manque de « peps »
 - Qu'en pensez-vous ?

Pistes

- Conduites à risque ?
- J'ai du mal à porter un diagnostic:
- Est- il déprimé ?
- Somnolent à cause de sa narcolepsie ?
- Ou bien effets secondaires du cannabis ?
- Je me décide à lui faire passer le questionnaire « CAST » (2)
- Dans un deuxième temps le mini GDS
 - CAST: Cannabis Abuse Screening Test
 - Mini GDS: Mini Geriatric Dépression Scale

MINI GDS / TEST DE DEPRESSION

Score de dépression :

- Vous sentez vous découragé ?
- Avez vous l'impression que votre vie est vide ?
- Êtes vous heureux la plus part du temps ?
- Pensez vous que votre situation est désespérée?

Résultat : coter un point pour chaque réponse OUI, un score de 0 correspond à une très faible probabilité de dépression, la probabilité de dépression augmente à mesure que le score total augmente.

Questions au spécialiste ?

- Quels sont les symptômes, les signes cliniques qui peuvent faire suspecter une intoxication ?
 - Au cannabis
 - Au crack
- Peut-on mourir avec une consommation importante ?
 - de cannabis
 - de crack

Les consultations jeunes consommateurs

- **Objectif**
 - Accueillir des jeunes consommateurs en questionnement sur leur consommation, ainsi que leur entourage.
 - Faire le point, éventuellement de proposer une aide, avant que la consommation ne devienne problématique.
 - Toutes les problématiques d'addiction peuvent être abordées dans ces lieux : l'usage d'alcool, de cannabis, la pratique de jeux vidéo ou de l'utilisation d'Internet.
- **Des lieux ouverts et confidentiels**
 - accueil gratuit et confidentiel.
 - Jeunes seuls ou accompagnés de leur parent ou d'un proche.
 - Les parents reçus avec ou sans le jeune concerné.
 - évaluation de la situation du jeune scolarité, les liens familiaux et amicaux, le mal-être éventuel, la santé bilan de sa consommation.
- **3 consultations jeunes consommateurs**
 - Grande-Terre (CSAPA du Coredaf) : **0590 90 38 79**
 - Basse-Terre (CSAPA-G de BT) : **0590 80 93 80**
 - Saint-Martin (CSAPA SLD) : **0590 87 01 17**
- **Une Consultation Jeune et Famille**
 - Grande-Terre (USLA-CHU) : **0590 89 15 4**

Le cannabis

Intoxication à une substance

- **Critère A**
 - La caractéristique essentielle : **développement d'un syndrome réversible spécifique dû à l'ingestion récente de (ou l'exposition à) cette substance.**
- **Critère B**
 - Les **changements comportementaux ou psychologiques** inadaptés, cliniquement significatifs, qui sont **associés à l'intoxication**, sont dus aux **effets physiologiques directs de la substance sur le système nerveux central** et se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.
- **Critère C**
 - Les symptômes **pas dus à une affection médicale générale**, et ne sont **pas mieux expliqués par un autre trouble mental.**
- Les modifications les plus courantes : perturbations de la **perception**, de la **vigilance**, de l'**attention**, de la **pensée**, du **jugement**, du **comportement psychomoteur**, du **comportement interpersonnel.**

Intoxication au cannabis

- présence de changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, pendant ou peu après l'utilisation de cannabis.
 - sensation de « **bien-être** »
- une **euphorie avec rires inappropriés** et **idées de grandeur**,
 - une **sédation**, une **léthargie**,
 - une **altération de la mémoire** à court terme,
 - des **difficultés à réaliser des tâches intellectuelles complexes**,
 - une **altération du jugement**,
 - des **distorsions des perceptions sensorielles**,
 - une **altération des performances motrices**
 - la **sensation que le temps passe lentement**.
- Au moins deux des signes dans les 2 heures qui suivent l'utilisation de cannabis : **conjonctives injectées, augmentation de l'appétit, bouche sèche, et tachycardie**.
- Pas dus à une affection médicale générale, et pas mieux expliqués par un autre trouble mental

Psychose cannabique

Trouble propre à la consommation de cannabis qui se manifeste par :

- des bouffées délirantes,
- des hallucinations visuelles,
- des crises d'angoisse,
- délires paranoïaques ...

- **Survient chez certaines personnes vulnérables;**
- **Intervient au moment de la consommation (psychose cannabique aiguë) ou après usage répété.**

Les risques liés à la consommation de cannabis

CONSOMMATION AIGÜE

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

Troubles psychotiques, de l'humeur

Risques sociaux :

Désinsertion sociale et scolaire

Problèmes judiciaires

Le syndrome de sevrage

- **3 - 4 jours après l'arrêt de la consommation chez certains usagers**
- **Symptômes :**
 - Irritabilité
 - Humeur dépressive
 - Agitation anxiété
 - Insomnie, rêves étranges
 - nausées, perte d'appétit
 - Irritabilité à l'hôpital
 - Agressivité à l'extérieur
 - douleur abdominale
 - insomnies
 - transpiration excessive
 - tremor musculaire
- **Disparaissent à la reprise de la consommation**
- **Pas de symptômes physiques spectaculaires mais effets comportementaux ou émotionnels**

Le syndrome amotivationnel

- Déficit de l'activité
- Asthénie intellectuelle et physique
- Perturbations cognitives
- Pensée abstraite et floue
- Difficultés de concentration et mnésiques
- Rétrécissement de la vie relationnelle
- Pose le diagnostic différentiel de certaines formes schizophréniques, troubles cognitifs



La cocaïne

Un homme « bien inséré »

- Fidel 48 ans marié , père de 6 filles bien inséré professionnellement, électricien dans un service d'état
- Vient ce jour accompagné par sa femme car il a des épisodes de crise d'angoisse sévère nécessitant une consultation médicale en urgence, la première fois ce malaise est survenu alors qu'il avait été faire la fête avec ses amis, il boit, il fume quelques joints cela le rend doux comme un agneau, il va se coucher sans faire d'histoire

Quel problématique ?

- Sa femme ne comprend plus rien, il ne peut pas dormir seul, il s'accroche à elle comme un enfant car il a des cauchemars , il n'ose plus fermer les yeux
- Il conduit de plus en plus mal, il a eu plusieurs accrochages, à tel point que la société a repris le véhicule de service
- Qu'en pensez-vous ?

QUELS SONT LES SIGNES D'ALERTE ?

Psychose , poly-consommation de toxiques , crack ?

Addictions et Grossesse

- Magdalena 20 ans est enceinte G2P2, mariée contre l'avis de ses parents à un dealer, la famille est inquiète mais n'ose pas intervenir car elle sent que leur fille est en danger, elle suspecte que leur fille consomme du crack
- Car appel de celle-ci à 4h du matin pour venir la récupérer à Pointe-à Pitre au niveau des cités de Mortenol
- Elle vient ce jour pour faire la déclaration de sa grossesse, elle ne se souvient pas de la date des dernières règles et elle vous dit avec une certaine indifférence qu'elle consomme du crack
 - Qu'en pensez-vous ?
 - Que faites –vous ?

Chlorhydrate de cocaïne

- Apparence physique sous forme de poudre blanche floconneuse et cristalline
- Peu soluble dans l'eau
- Saveur amère
- Obtenu à partir des feuilles de l'Erythroxylon Coca
- Souvent coupée à l'aide de sucre, de fécule de maïs, de poudre de talc, de laxatif, etc....
- Peut être mélangée à l'héroïne (SpeedBall)

Crack et Freebase

- **Obtenu par la transformation de la cocaïne mélangé avec du bicarbonate de soude (Crack), ou de l'ammoniaque (freebase).**
- **Fumée**
- **Injectée (crack)**



Effets psychotropes

- Euphorie, élation de l'humeur
- Hypervigilance
- Augmentation de l'énergie
- Impression d'une plus grande efficacité de la pensée, Idées de grandeur
- Augmentation de l'estime de soi
- Tachypsychie
- Excitation sexuelle
- Insomnie (Lowinson et al, 2004)

Intoxication à la cocaïne

- **Critères A et B**
 - sensation d'être « au top » et au moins une des manifestations
 - Euphorie avec augmentation de l'énergie, désir d'être en groupe, hyperactivité,
 - Fébrilité, hypervigilance, sensibilité interpersonnelle, besoin de parler,
 - Anxiété, tension, mise en alerte, idées de grandeur,
 - comportement stéréotypé et répétitif, colère, altération du jugement.
 - émoussement affectif avec fatigue ou tristesse et retrait social. **intoxication chronique :**
- **Critère C**
 - au moins 2 signes cliniques pendant ou peu après l'utilisation de cocaïne :
 - tachycardie ou bradycardie ; dilatation pupillaire ;
 - augmentation ou diminution de la pression artérielle ;
 - transpiration ou frissons ; nausées ou vomissements ;
 - perte de poids avérée ; agitation ou ralentissement psychomoteur ;
 - faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique ou arythmies cardiaques,
 - confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies, ou coma.
 - altération du fonctionnement social ou professionnel.
 - Si sévère convulsions, troubles du rythme cardiaque, hyperthermie décès.

Complications

- PSYCHIATRIQUES:
 - Pharmacopsychose, paranoïa
 - Anxiété
 - Dépression
 - Troubles cognitifs
 - Aggravation de la schizophrénie
- SOMATIQUES :
 - ORL
 - Douleurs thoraciques (Infarctus du myocarde, angor..)HTA
 - AVC, épilepsie
 - Infections (VIH, VHB, VHC)

Dépendance

- **Syndrome de sevrage**
 - hypersomnie, fatigue, anhédonie, anergie, ralentissement psychomoteur, tristesse, difficultés de concentration, appétit augmenté, envie d'euphorie cocaïnique importante
- **Craving : Très fort**
- **Tolérance**
- **Complications médicales, psychiatriques, sociales, légales**

Cocaïne : dépendance

- très intense et très contraignante « craving » très fort
- consommation répétitive, compulsive (les « binges »), mais discontinue
- les « binges »
 - toutes les 15 minutes, pendant 2 à 12 heures
 - consommation répétitive, ininterrompue avec augmentation progressive des doses
 - interruption par manque de crack ou épuisement physique
 - vécu d' intense euphorie
 - toutes les pensées sont focalisées sur la cocaïne
 - puis, périodes de « rémission » pendant 3 à 6 jours
- Pas de sevrage physique, Dépendance psychologique très forte
- trois phases :
 - la descente ou « crash » : juste après la fin de la consommation ; dure de 9h à 4 jours
 - le manque : dure de 1 à 10 semaines ; risque de rechute très fort
 - l' extinction : dure des mois ou des années ; « craving » occasionnel mais très intense

Cocaïne - Prise en charge médicamenteuse

- Traitement du sevrage
 - Traitement symptomatique des complications organiques
 - Traitement de l'anxiété
 - Benzodiazépines : efficaces à faibles doses sur l'anxiété, l'agitation et la prévention des crises comitiales
 - Les neuroleptiques sédatifs, tels que la loxapine, si grande agitation ou de délire de persécution, sur de courtes périodes
- Traitement du craving
 - MUCOMYST : 2 – 2 – 2 pendant 14 jours
- Maintien de l'abstinence
 - Topiramate (EPITOMAX) : jusqu'à 200 mg / jours
augmentation progressive

Addiction à la cocaïne

Altérations comportementales	Altérations cognitives
Altérations émotionnelles	Altérations familiales et relationnelles

Cocaïne - Prise en charge non médicamenteuse

- Approches motivationnels
 - Empathie
 - exploration de l'ambivalence
 - ne pas forcer la résistance
 - éviter l'affrontement
 - renforcer le sentiment d'efficacité personnel
 - renforcer la liberté de choix
 - lever les obstacles : symptômes de sevrage, absence de volonté...
- Thérapie comportementale et cognitive
- Approche communautaire
 - Aider le patient à réorganiser sa vie
 - Abstinance plus gratifiante que la consommation
 - Activités plaisantes non liées à la substance
 - Relations sociales
 - Réinsertion professionnelle
 - Impliquer l'entourage
 - Exercices à la maison (compétences sociales)

Les structures de soins

- Soins et Prévention
 - Basse-Terre
 - CSAPA-G (0590 80 93 80)
 - Grande-Terre
 - CSAPA-Coredaf : 0590 90 38 79
 - CHU USLA – Addictologie (Cs ext et int) : 0590 89 15 41
 - Pointe-Noire
 - USSUD -CHLD Beaugerthuy : 21 lits (0590 80 59 05)
 - Saint-Martin
 - CSAPA-Sida les liaisons dangereuses (0590 87 01 17)
- Réduction des risques
 - Grande-Terre
 - Caarud-Croix Rouge : 0590906252
- Coordination des soins, prévention, formation, information
 - Réseau Addictions Guadeloupe (0590 47 17 00)

Enquête crack Guadeloupe ORSAG

- 89% d'hommes
- Moyenne d'âge 38 ans /
- 60% scolarisés jusqu'au collège
- 60% de couverture sociale / 60% vivent seul
- 1/3 dans des squat ou dans le rue
- Début du crack a 24 ans
- 99% avait consommé du cannabis
- 65% 1ere roche gratuite donnée par un ami
- 73% des consommateurs pensent qu'il est tres dangereux
- 61% tabac/ 32% alcool
- Effets ressentis : bien-être 55%/effets négatifs 32%
- Hospitalisations : trauma /agressions/AVP/psychiatriques

MERCI