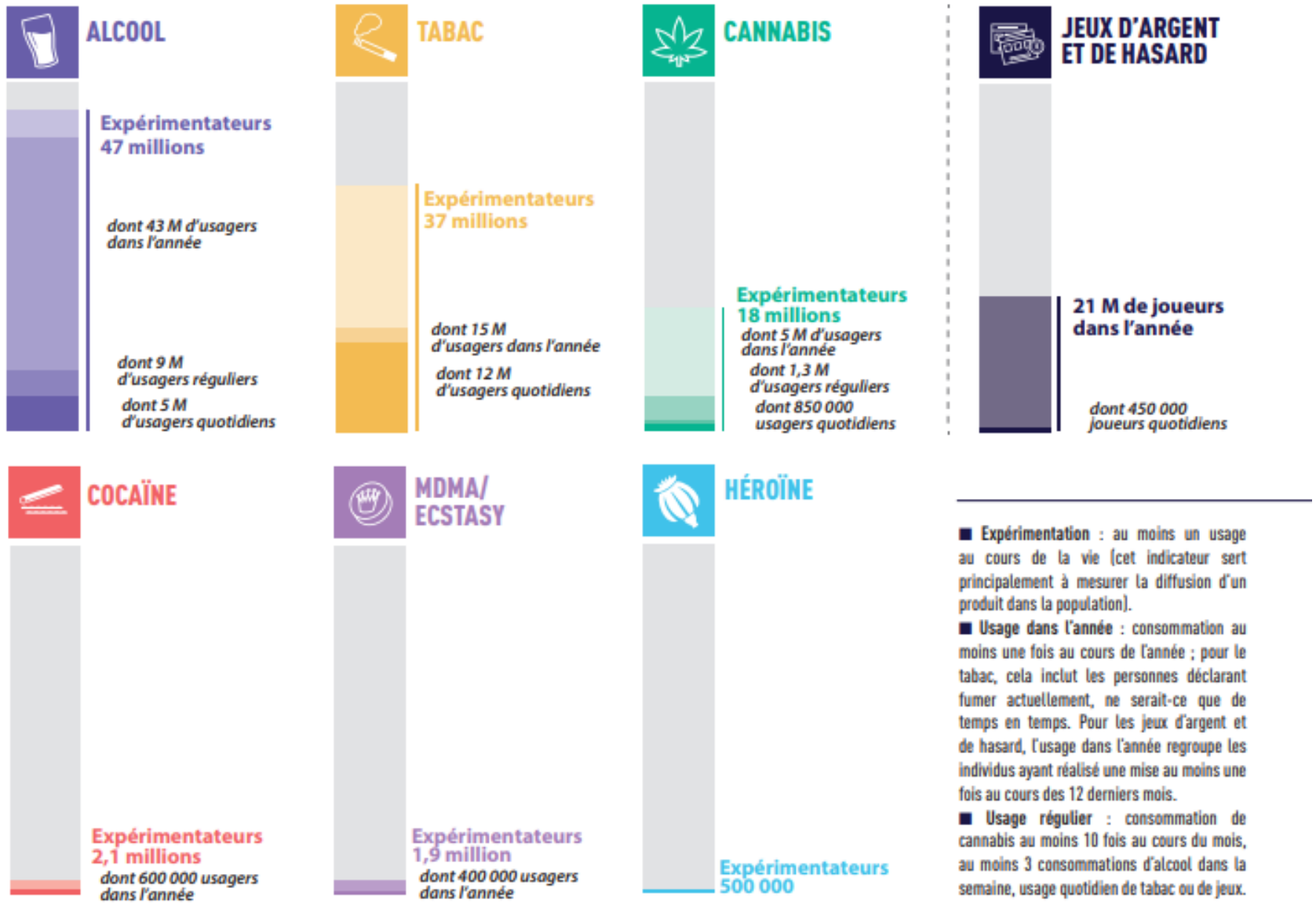
ADDICTION

Premières demandes de prise en charge

Dr Geneviève LAFAYE

Psychiatre Addictologue

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives parmi les 11-75 ans et de joueurs parmi les 18-75 ans, en France



■ **Expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

■ **Usage dans l'année** : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps. Pour les jeux d'argent et de hasard, l'usage dans l'année regroupe les individus ayant réalisé une mise au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

■ **Usage régulier** : consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois, au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine, usage quotidien de tabac ou de jeux.

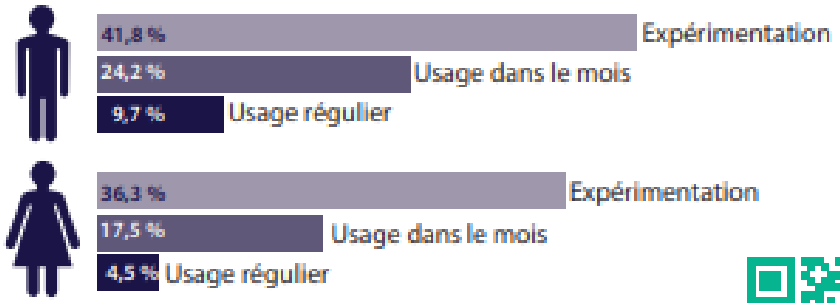
Source : Estimations de l'OFDT qui se fondent sur les données les plus récentes issues des enquêtes Baromètre Santé (SpF), ESCAPAD (OFDT) et EnCLASS (HBSC, ESPAD).

CANNABIS

Usages et consommations

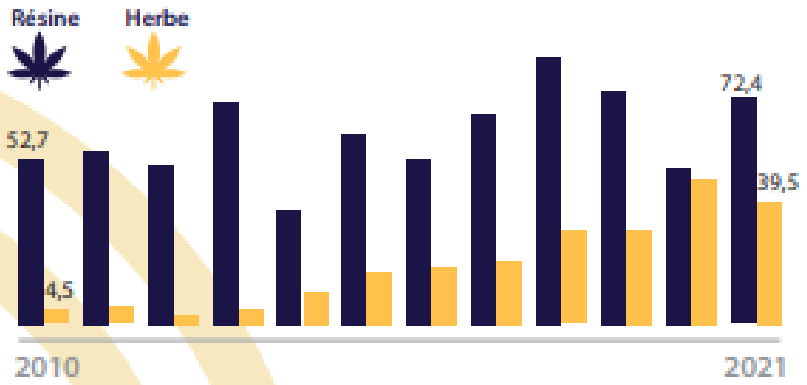
46 % des adultes de 18 à 64 ans ont expérimenté le cannabis et **11 %** sont des usagers dans l'année (données Baromètre Santé 2020, SpF). [18]

Usages à 17 ans en 2017 [2]



Réponses publiques

Évolution des saisies d'herbe et de résine en tonnes (données OCRTIS/OFAST 2021)



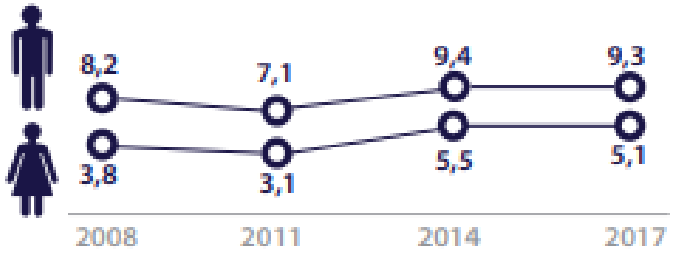
101 771 plants saisis en 2021, 54 728 en 2010.

Conséquences socio-sanitaires

Un conducteur testé positif au cannabis a **1,65** fois plus de risque d'être responsable d'un accident mortel, **x18** chez les conducteurs au-delà du seuil légal d'alcoolémie. [3]

27 300 amendes forfaitaires délictuelles (AFD) pour usage de stupéfiants entre septembre et décembre 2020, dont 98 % pour le cannabis. [19]

Évolution de la part (en %) des usagers problématiques (selon le CAST) à 17 ans, entre 2008 et 2017 [2]



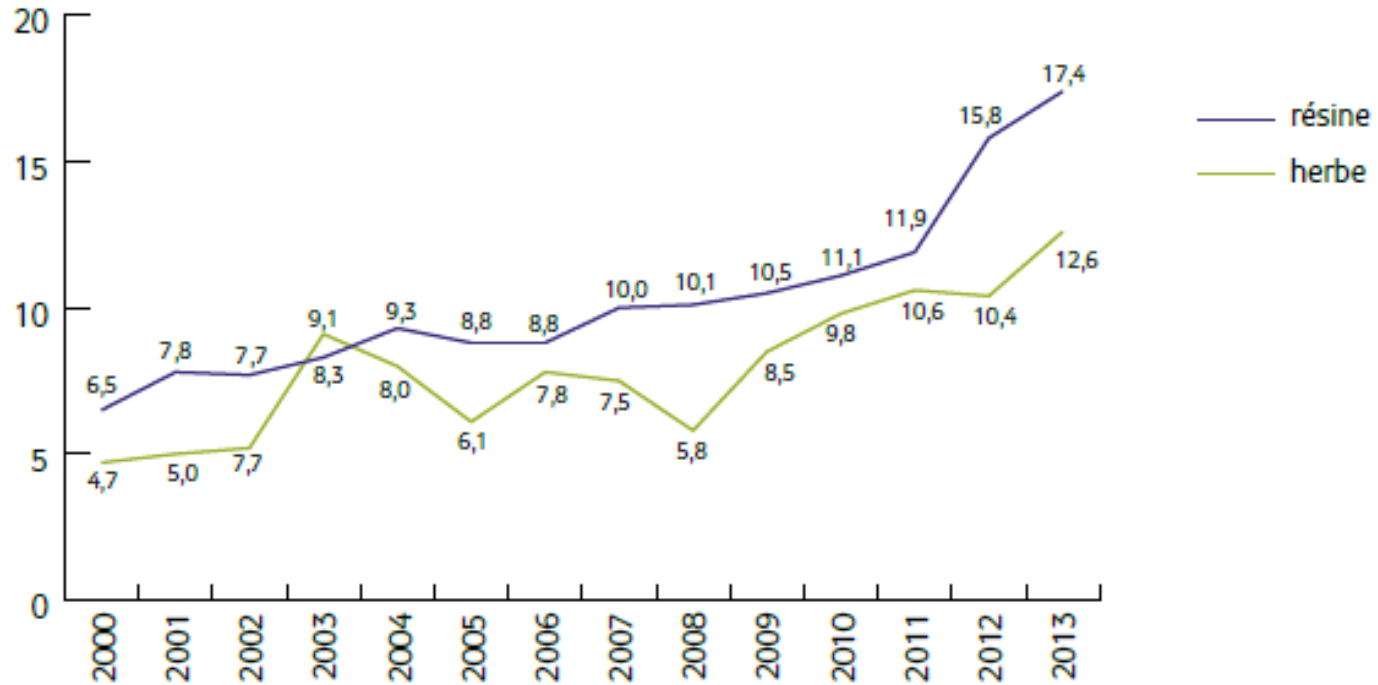
Offre et marché

150 000 à 200 000 consommateurs adultes (18-64 ans) ont eu recours à l'autoculture dans l'année (données Baromètre Santé 2017, SpF). [20]

Au cours des douze derniers mois :
- **38 %** des usagers quotidiens ont effectué au moins un achat dans un point de deal,
- **37 %** se sont fait livrer au moins une fois à domicile (données OFDT à paraître).

1,2 milliard d'euros de chiffre d'affaires estimé (a minima) du cannabis en 2017. [21]

Graphique 2 - Évolution de la teneur en THC des saisies analysées en France dans la résine et l'herbe de cannabis de 2000 à 2013



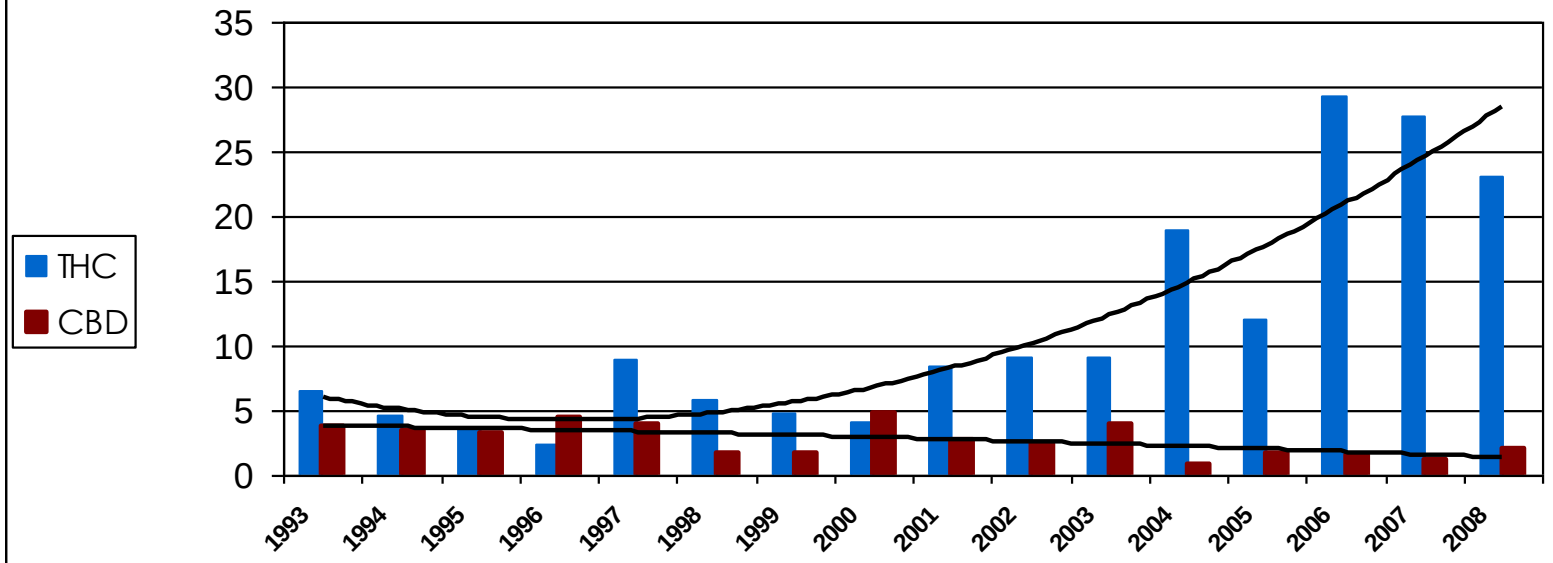
Source : INPS, Fichier STUP (2000-2013)

JOURNAL OF FORENSIC SCIENCES
September 2010, Vol. 55, No. 5

Potency Trends of Δ^9-THC and Other Cannabinoids in Confiscated Cannabis Preparations from 1993 to 2008*

Zlatko Mehmedic,[1] M.Sc.Pharm.; Suman Chandra,[1] Ph.D.; Desmond Slade,[1] Ph.D.; Heather Denham,[1] B.A.; Susan Foster,[1] B.A.; Amit S. Patel,[2,3] Ph.D.; Samir A. Ross,[1,4] Ph.D.; Ikhlas A. Khan,[1,4] Ph.D.; and Mahmoud A. ElSohly,[1,5] Ph.D.

Echantillons de résine de cannabis USA (n = 464)



COCAÏNE

Usages et consommations

5,6 % des 18-64 ans ont expérimenté la cocaïne (2017), 8,0 % des hommes et 3,2 % des femmes.
1,6 % sont des usagers dans l'année en 2017, **1,1 %** en 2014 (données Baromètre Santé 2017, SpF). [22]

2,8 % des 17 ans ont expérimenté la cocaïne en 2017. [2]

Chez les 15-64 ans, le nombre de consommateurs de crack/cocaïne basée entre 2010 et 2019 est passé de 12 800 à 42 800. [28]

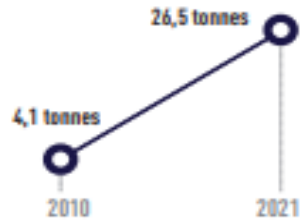
Formes de la cocaïne et du crack

Réponses publiques

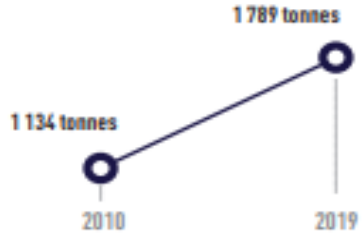
10 000 personnes prises en charge en CSAPA, dont **2/3** pour consommation sous forme de poudre et **1/3** sous forme basée (2019). [24]

54 % des personnes vues en CAARUD ont consommé de la cocaïne basée dans le mois, contre **32 %** en 2015 (2019). [25]

Saisies en France en tonnes (données OCRTIS/OFAST)



Production mondiale estimée en tonnes [26]



MDMA/ ECSTASY

Usages et consommations

5 % des 18-64 ans ont expérimenté la MDMA/ecstasy, 7,3 % des hommes et 2,7 % des femmes (données Baromètre Santé 2017, SpF). [22]

3,4 % des 17 ans ont expérimenté la MDMA/ecstasy en 2017. [2]

Formes de la MDMA/ecstasy

Réponses publiques

1 454 085 comprimés d'ecstasy saisis en 2021, 663 595 en 2010 (données OSIRIS, OCRTIS/OFAST).

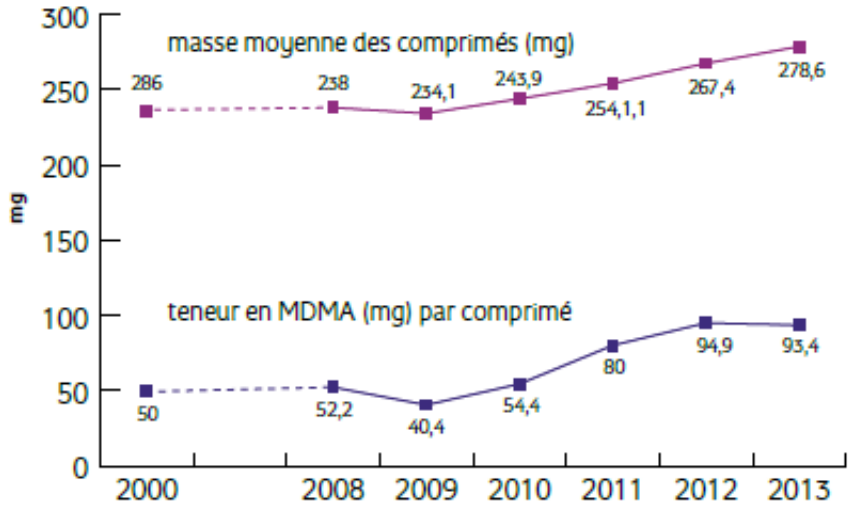
Offre et marché

Le **prix courant** du comprimé d'ecstasy en 2021 est de **10 euros**, comme en 2015 (données OCRTIS/OFAST).

MDMA/Ecstasy

- « En concurrence » avec la cocaïne
- Expérimentation -> 2,4% chez les jeunes de 17 ans en 2011
- En hausse selon les 1ers résultats du baromètre santé 2014
- Très disponible au sein de l'espace festif
- Dosages élevés, en hausse

Graphique 1 - Évolution de la teneur moyenne en MDMA par comprimé d'ecstasy et de la masse totale moyenne d'un comprimé (2000 à septembre 2013)



Du fait de la raréfaction des comprimés, les dernières moyennes ont été calculées sur un faible nombre de données.

Source ; INPS, Fichier STUPS, 2008-2013, SINTES (2000-2007)

NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHESE (NPS)

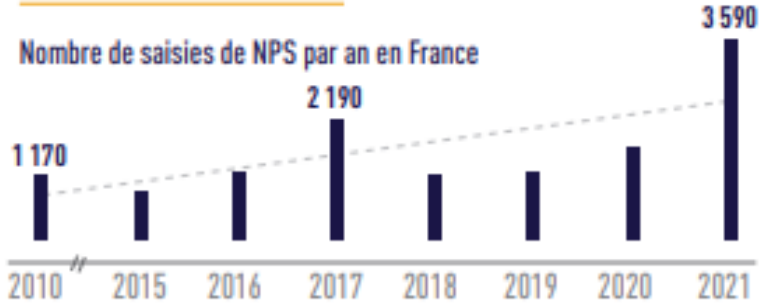
Usages et consommations

1,3 % des 18-64 ans ont expérimenté les cannabinoïdes de synthèse et **0,3 %** déclarent avoir consommé un autre NPS (données Baromètre Santé 2017, SpF). [22]

3,8 % des 17 ans pensent avoir pris un NPS, **12 %** d'entre eux ont été en mesure de le citer, en majorité un cannabinoïde de synthèse. [2]

Réponses publiques

Nombre de saisies de NPS par an en France



(données du Service commun des laboratoires des douanes et base STUPS, exploitation OFDT)

Offre et marché

368 NPS répertoriés en France depuis 2008, dont 35 en 2021 (SINTES, exploitation OFDT).
897 NPS répertoriés en Europe (données EDND 2020, EMCDDA).

Substances les plus observées (données EWS, exploitation OFDT) :
- cathinones dont la 3-MMC ;
- cannabinoïdes de synthèse ou agonistes synthétiques des récepteurs aux cannabinoïdes (ASRC) ;
- opioïdes et benzodiazépines de synthèse dont l'ocfentanil, l'U-47700, l'étizolam et le clonazolam ;
- psychédéliques qui forment l'ensemble de NPS le plus important en nombre de molécules, comme les dérivés du LSD (1P-LSD) et de la kétamine (2-FDCK).

10 % des NPS répertoriés en France sont vus plus de 5 fois dans les saisies chaque année.

MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

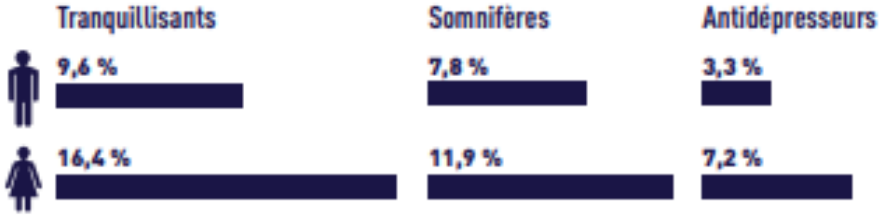
Usages et consommations

- **En population générale (15 ans et plus)** (données EGBS 2017, CNAM, exploitation OFDT)

21 % de la population a bénéficié d'un remboursement pour un médicament psychotrope au moins une fois dans l'année en 2017 : 15 % pour un anxiolytique, 9 % pour un antidépresseur, 6 % pour un hypnotique.

- **À 17 ans** [2]

Expérimentation de médicaments psychotropes (%)



- **Chez les personnes vues en CAARUD** [25]

4 usagers sur 10 en 2019 déclarent avoir consommé des benzodiazépines dans le mois (usage thérapeutique ou non ; prescrit ou non).

Prix des principales drogues en 2021* (en euros, pour 1 gramme sauf mention contraire)

Produit		Prix 2021 en euros	Commentaire
Cannabis	Herbe	Prix courant : 8-10 Prix bas : 5 Prix haut : 15	Prix courant de l'herbe (dite zamal) à La Réunion : 5 €/g. Importante variabilité du prix en fonction de la qualité présumée et du contexte d'achat (point de vente, livraison). Tarif dégressif si achat de plusieurs grammes. Livraison à partir de 50 € : 5 g d'herbe ou 6 g de résine.
	Résine	Prix courant : 6-8 Prix bas : 5 Prix haut : 8-10	Des produits du cannabis plus concentrés en THC que l'herbe ou la résine issus de modes d'extraction ou de préparation spécifiques sont rapportés : « wax », « moonrock », « dry », « filtré x2 », « filtré x3 », etc. Leurs prix peuvent s'établir entre 20 € et plus de 50 €/g.
Cocaïne		Prix courant : 50-70 Prix bas : 40 Prix haut : 90	Le prix courant indiqué est établi à partir des prix rapportés en livraison. Fluctuation importante selon les réseaux de trafics et les modes d'achats (livraison, point de vente) ; 150 €/g à la Réunion. Ventes au demi-gramme (30-40 €) observées dans les 8 sites métropolitains ; ventes en unité fractionnée pour 20 € voire 10 € qui se multiplient. Vente pérenne de cocaïne basée uniquement à Paris et en Seine-Saint-Denis (SSD) : 12-15 €/ galette de crack dans la rue ; 20-30 € en points de vente fixes.
Héroïne		Prix bas : 10 Prix haut : 50	Pas de prix courant car fluctuations importantes selon les régions. Vente en unité fractionnée (pour 50 €, 20 € ou 10 €) à Lyon et Lille. Prix bas rapportés en métropoles lyonnaise, lilloise et messine. Pas de points de vente fixes et pérennes observés en PACA, Bretagne, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et à Paris (où le marché de l'héroïne est principalement alimenté par des usagers-revendeurs).
Médicaments revendus	BHD (Subutex®)	Prix courant : 2-5 (cachet de 8 mg) Boîte de 7 : 10-20	Fluctuations selon les territoires. Prix pour la boîte relevés uniquement en Auvergne-Rhône-Alpes et à Toulouse.
	Méthadone	Prix courant : 5 (fiole de 60 ou 40 mg)	Pas de prix rapporté à Bordeaux et Toulouse.
	Sulfate de morphine (Skénan®)	Prix courant : 5-10 (gélule de 100 ou 200 mg)	Prix variable selon les territoires et les périodes de l'année (du fait des restrictions de prescriptions).
Amphétamines		Prix courant : 15 Prix bas : 10 Prix haut : 20	Tarif dégressif à l'achat de plusieurs grammes. Ces prix concernent les produits vendus sous le nom d'amphétamine ou de « speed » (mélange caféine + amphétamine).
Kétamine		Prix courant : 40 Prix bas : 30 Prix haut : 50	Pas de prix rapporté à Paris et en Seine-Saint-Denis.
MDMA	Poudre/cristal	Prix courant : 40-50	Tarif dégressif à l'achat de plusieurs grammes. Vente au demi-gramme (20 €). 10 € le « parachute » (petite quantité emballée dans un papier à cigarette prête à être ingérée).
	Ecstasy (comprimé)	Prix courant : 10	Prix dégressif à l'achat de plusieurs comprimés.
3-MMC		Prix courant : 40 Prix bas : 10-20 Prix haut : 50	Prix rapportés dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Variabilité en fonction du contexte d'achat (livraison ou espace festif). Les prix bas sont valables pour achat via Internet.
LSD		Prix courant : 10 (buvard ou goutte)	Prix dégressif si achat plus important.

* Des prix sont rapportés pour d'autres substances, notamment des médicaments comme le Lyrica® ou certaines benzodiazépines mais leur faible nombre ne permet pas d'établir un prix courant (prix le plus fréquemment rapporté).

Des profils types?

- Distinction produits licites/illicites, drogues « dures »/« douces » artificiels
- En dehors de certains produits (alcool, tabac, cannabis), consommation de produits non rectilignes
  - Retard de prise de en charge
- L'interaction de consommations de SPA et de facteurs de vulnérabilité peuvent être à l'origine d'une consommation problématique
- **PAS DE PROFIL TYPE**
  - Evolution liée aux nouveaux modes de consommations et « démocratisation » de certaines substances
- **MAIS NECESSITE D'IDENTIFIER LES PATIENTS <u>VULNERABLES</u>**

Avant la « demande », l'évaluation GLOBALE

- **TOUTES les consommations (et non seulement celles identifiées comme problématiques)**
  - Mode d'entrée
  - Quantité, fréquence, durée
  - Motivations qui poussent à la consommation, avec qui, quand, comment, la dernière fois
  - Produit de prédilection mais questionner TOUS les autres produits consommés

- **Traitements antérieurs mis en place**
  - Durée de l'arrêt (1 sem, 3 mois, 6 mois…)
  - Conséquences de ces arrêts
  - Tentatives de contrôle ou arrêt

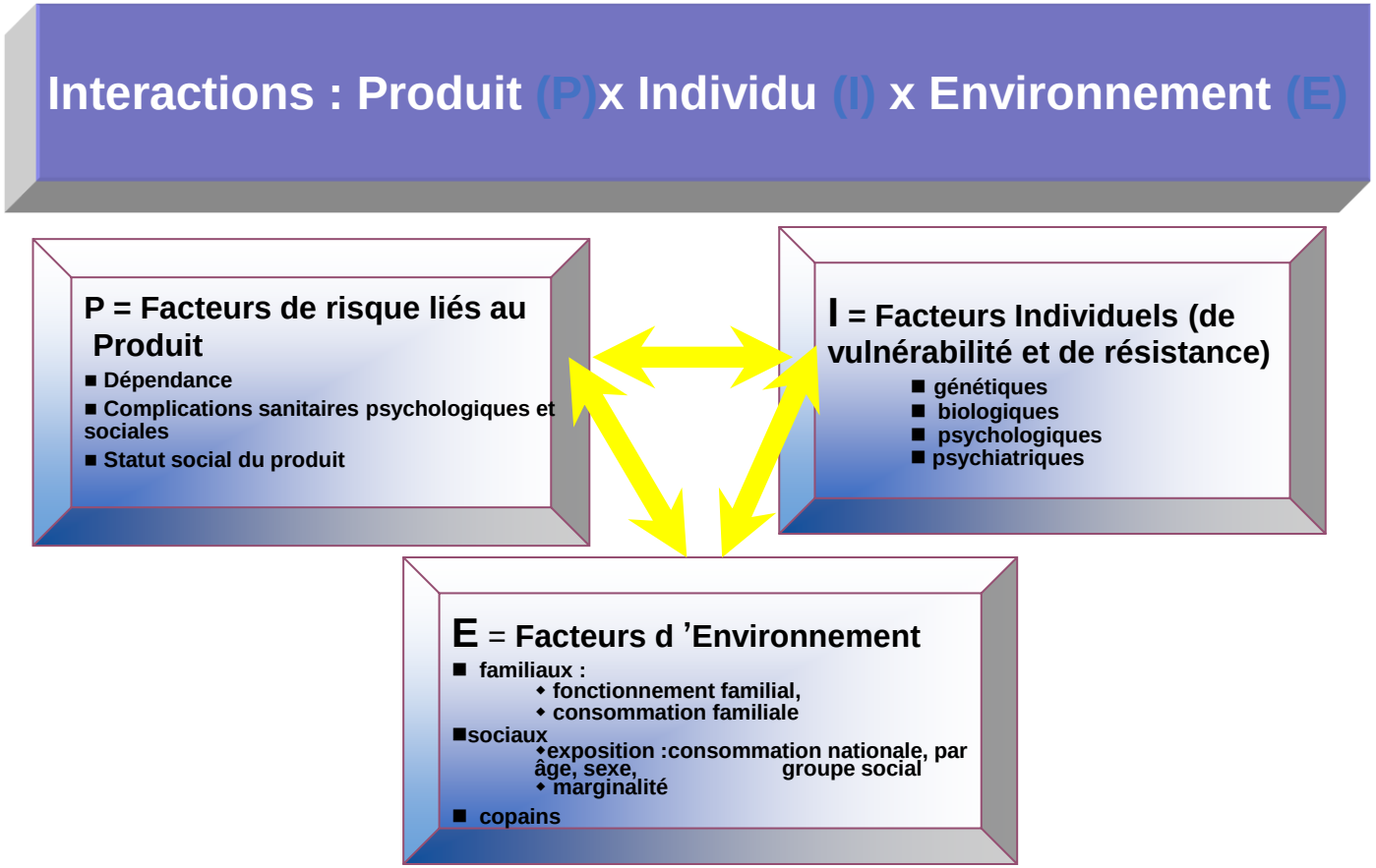
- **ATCD Médico-Psychiatriques personnels et familiaux**

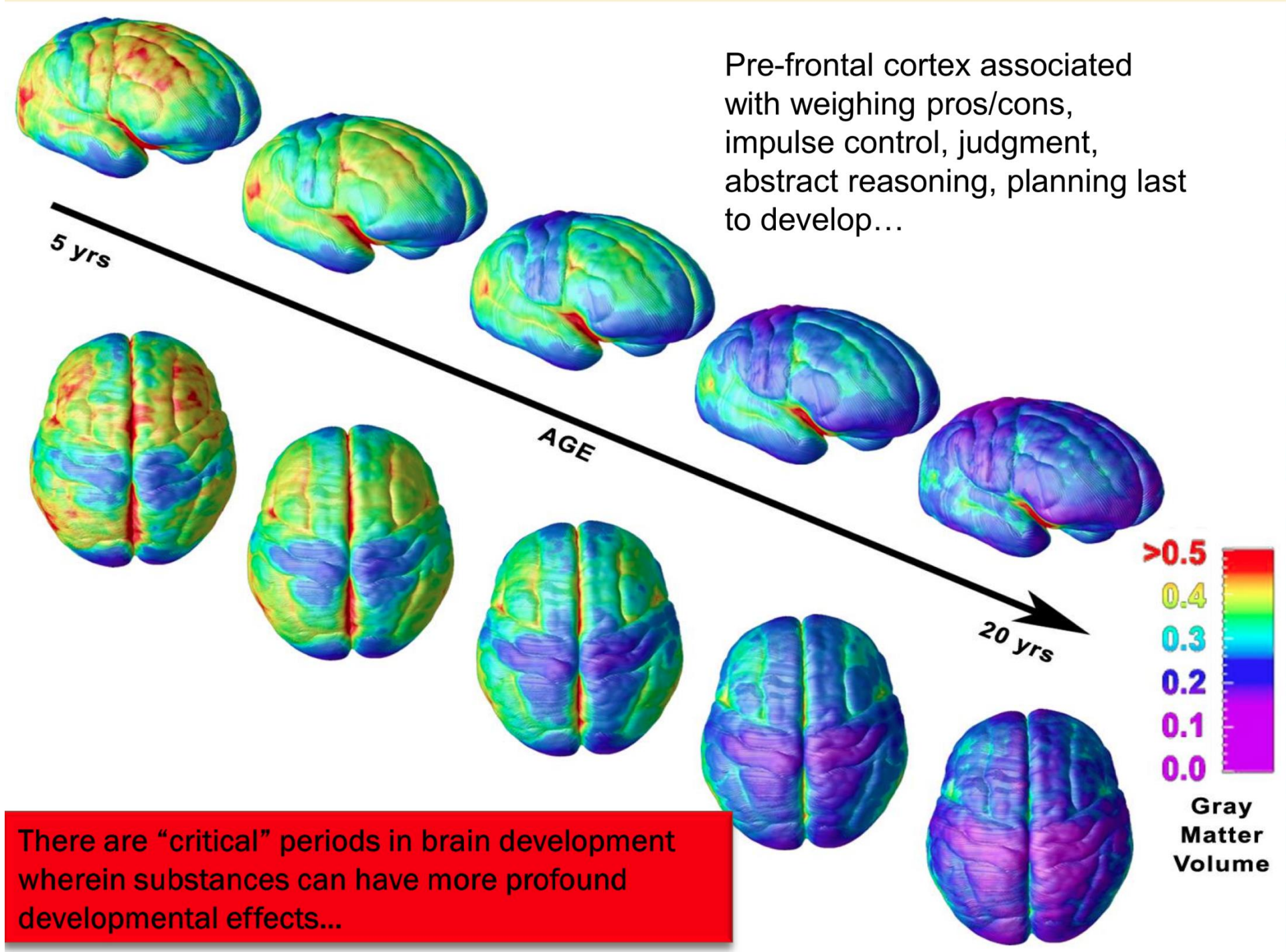
- **Evaluation des fonctions cognitives**

- **Motivations/Obstacles à la prise en charge**

- **Préférences de prise en charge** (ind/groupe; position/trt)

Facteurs de risque et de gravité

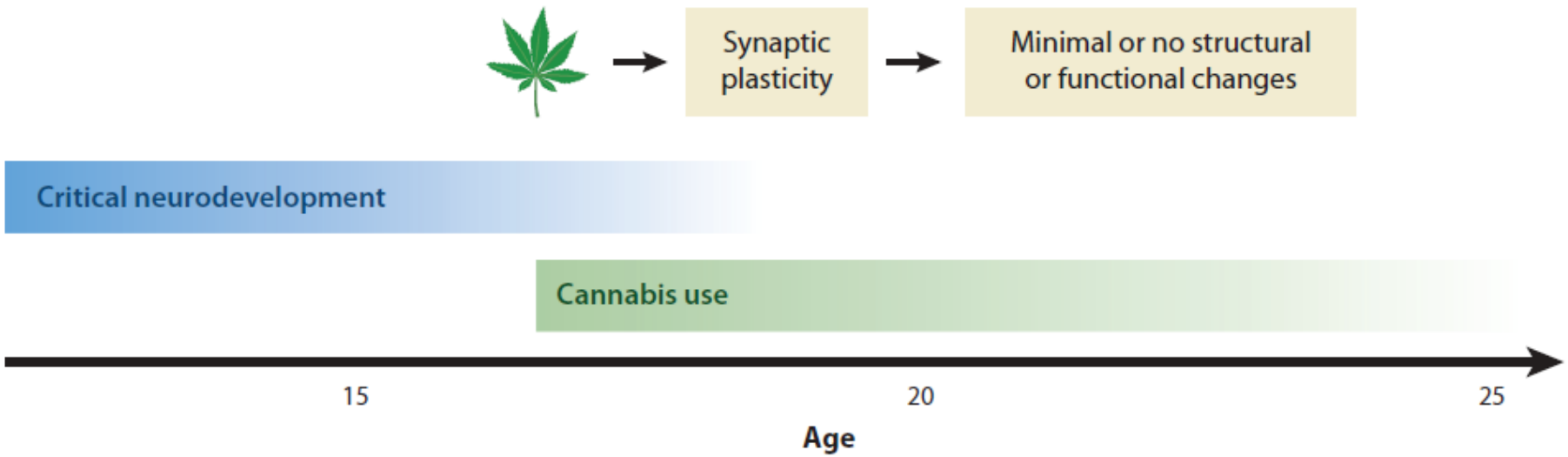



Pre-frontal cortex associated with weighing pros/cons, impulse control, judgment, abstract reasoning, planning last to develop…
5 yrs
AGE
20 yrs
>0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0.0
Gray Matter Volume
There are “critical” periods in brain development wherein substances can have more profound developmental effects…

Epidemiological, Neurobiological, and Genetic Clues to the Mechanisms Linking Cannabis Use to Risk for Nonaffective Psychosis

Ruud van Winkel[1,2] and Rebecca Kuepper[1]

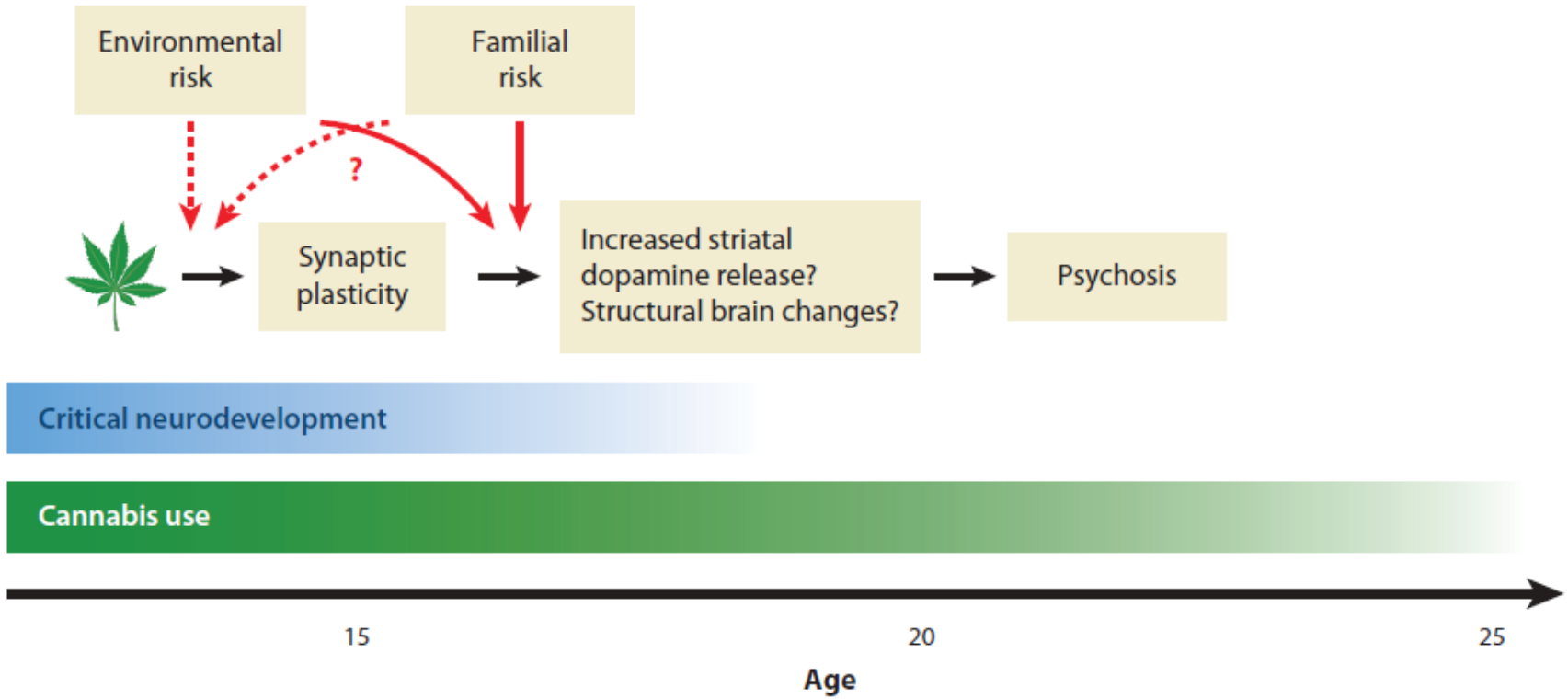
Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. 10:767–91



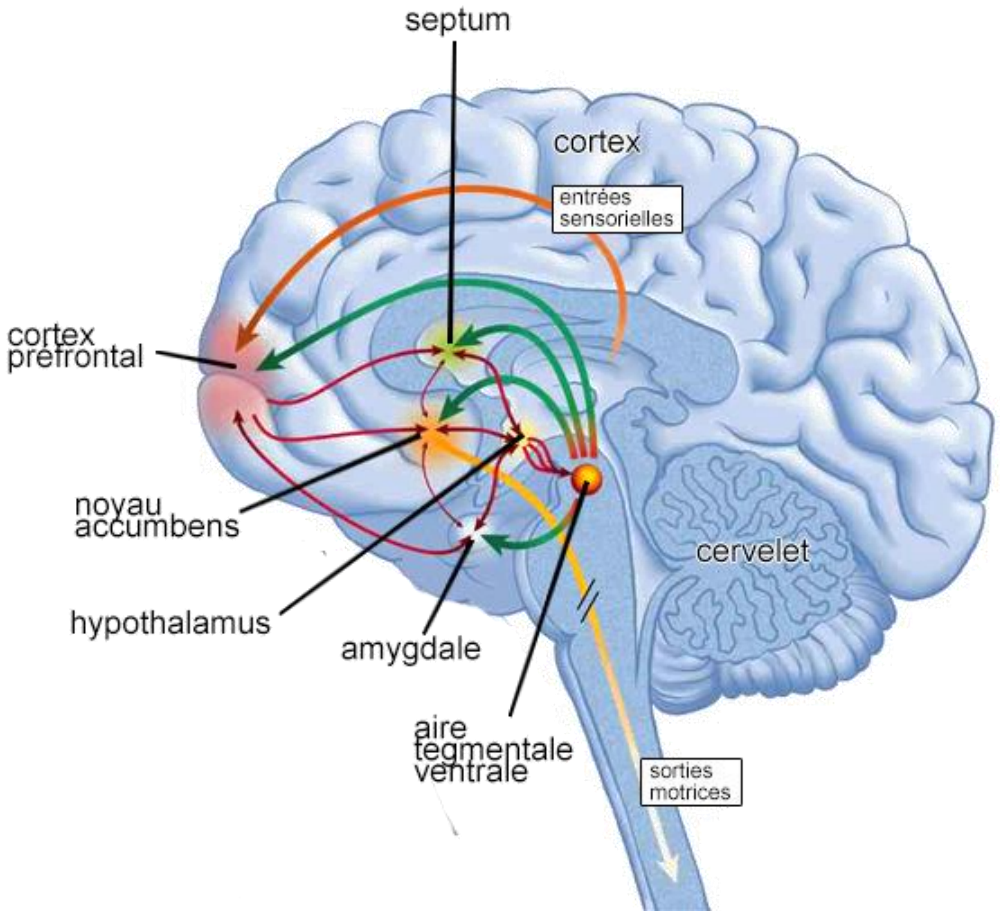
Epidemiological, Neurobiological, and Genetic Clues to the Mechanisms Linking Cannabis Use to Risk for Nonaffective Psychosis

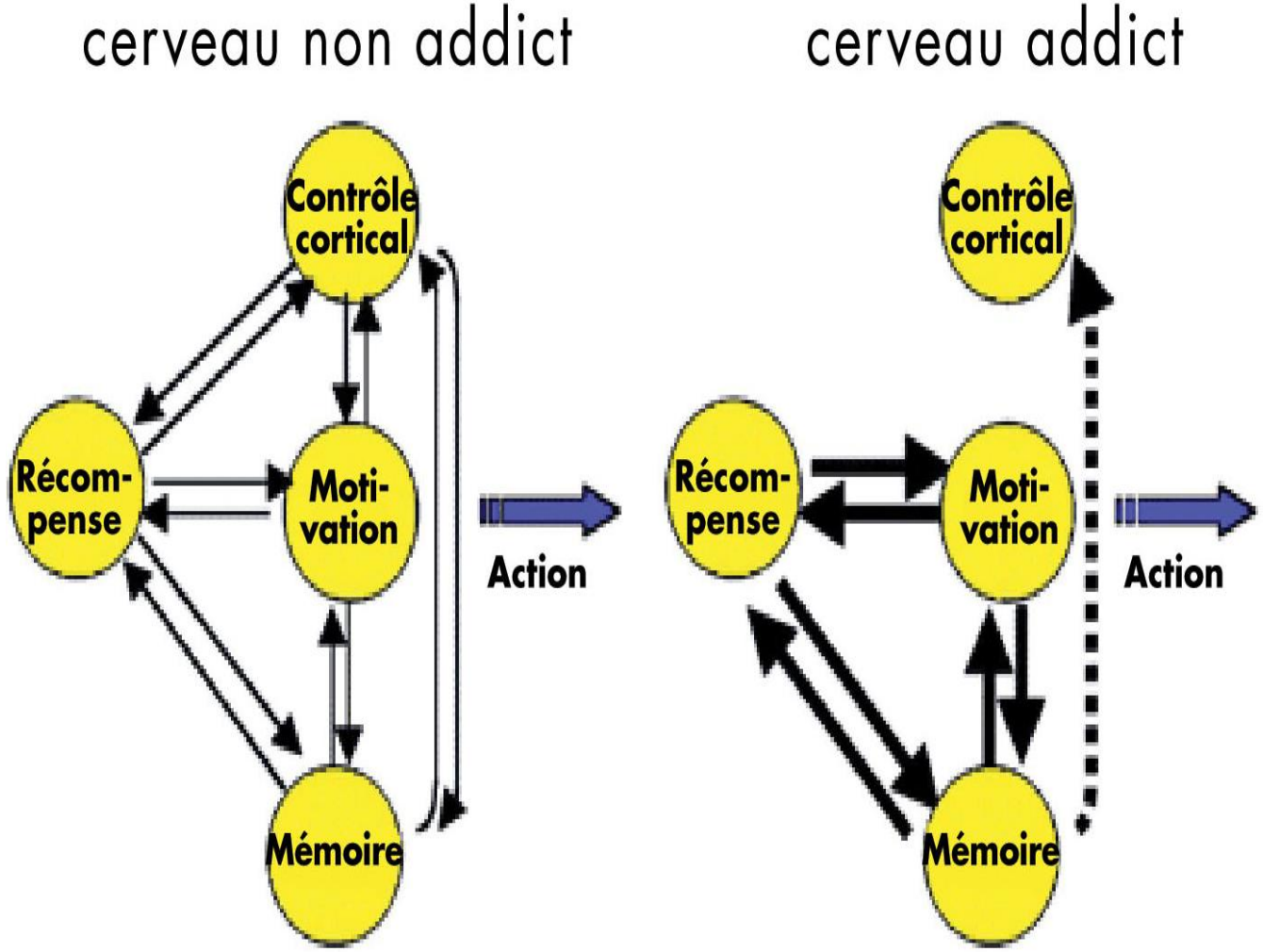
Ruud van Winkel[1,2] and Rebecca Kuepper[1]

Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. 10:767–91



Favoriser une meilleure compréhension de l'addiction





N. Volkow J. Clin. Invest 2003 ; 111 : 1444-1451

DSM-V
Trouble de l'usage des substances psychoactives

Utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une dégradation ou à une détresse cliniquement significative

1. **Incapacité de remplir des obligations majeures** au travail, à l'école ou à la maison.
2. Usage dans des **situations** dans lesquelles celui-ci est physiquement **dangereux**.
3. Usage poursuivi malgré des **problèmes sociaux ou interpersonnels persistants** ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
4. **Tolérance** :
   - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
   - Effet diminué lors de l'usage continu.
5. **Sevrage** :
   - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
   - Substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
6. Substance prise en **quantité plus importante** et pendant une **période plus longue** que prévue.
7. Désir persistant, **effets infructueux pour arrêter ou contrôler** l'usage de la substance.
8. Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets
9. Importantes **activités** sociales, professionnelles ou de loisir sont **arrêtées ou réduites** à cause de l'usage de la substance.
10. Usage de la substance poursuivi malgré l'existence de **problèmes physiques** ou **psychologiques** persistants ou récurrents.
11. Existence d'un **craving** ou d'un **désir fort** ou d'une **pulsion** à consommer.

Modéré : 2-3 critères positifs **Sévère : 4 critères positifs ou plus**

Outils de repérage plus difficile à utiliser dans le cadre de polyconsommation

Monitorage des substances

Troubles cognitifs et addiction

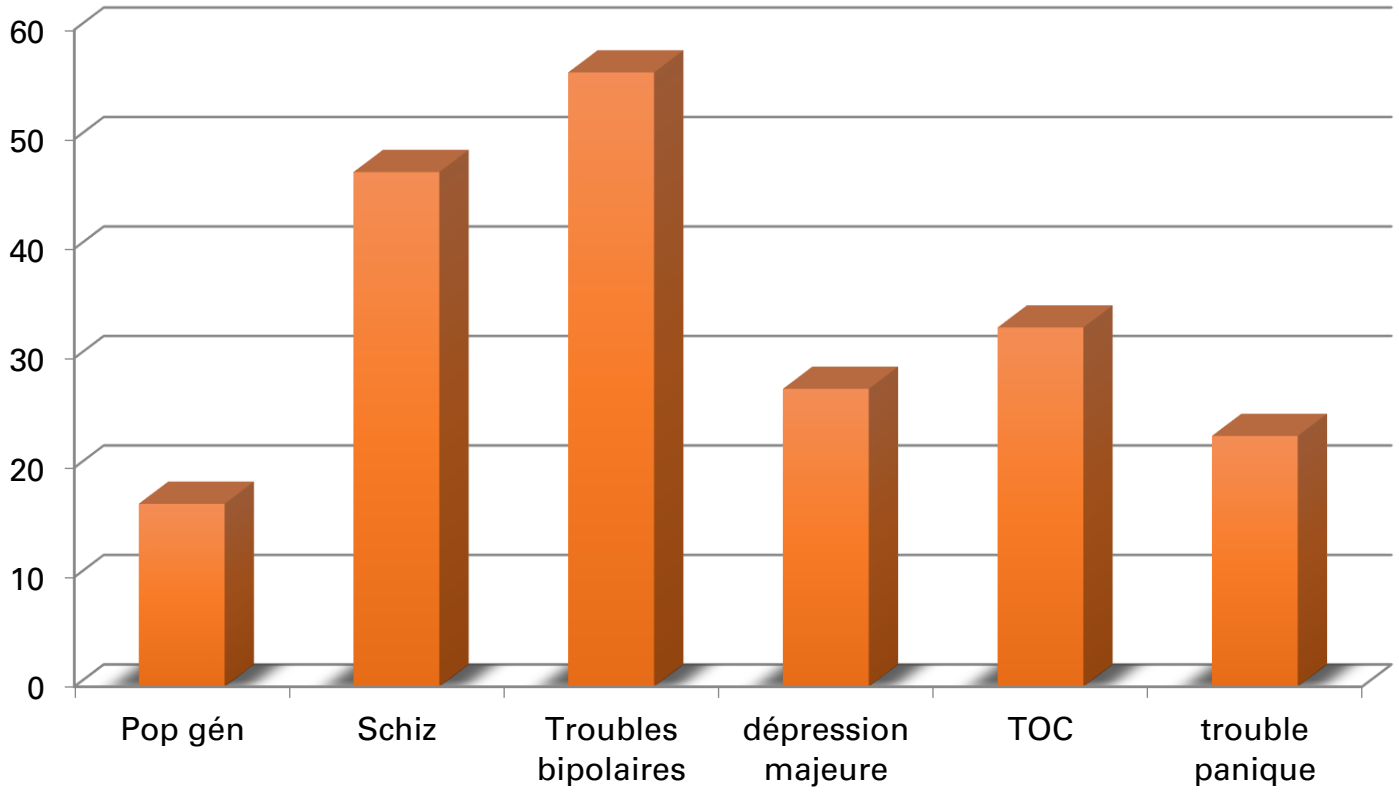
- **Frein à la prise en charge**
  - Oubli d'informations pertinentes (Becker, 1984; Sanchez-Craig,1982; Teichner, 2002; Godding, 1992)
  - Réduction des capacités d'acquérir des stratégies de coping dans la TCC (Kiluk, 2011)
  - Capacités réduites d'apprentissage de nouvelles habilités et stratégies (Bates, 2013; Smith, 1991)
  - Associés aux mécanismes de négation sur les consommations qui empêchent le traitement (Rinn, 2002)

- **Moindre motivation au changement** (Bates, 2013; Smith, 1991)
  - associée aux déficits des fonctions exécutives (Le Berre, 2012)

- **Moins bonne adhésion au traitement**
  - Réduction du suivi de traitement et une moindre auto-efficacité (Bates, 2006)
  - Prises de risque prédisant un moindre suivi du traitement (Carroll , 2011)
  - Déficits d'inhibition associés à la rechute, déficits exécutifs associés à l'interruption du traitement (Noel, 2001)

- Perception des soignants : Moindre attention et motivation des patients (Goldman, 1995)

Prévalence vie-entière (NSDUH, 2013)

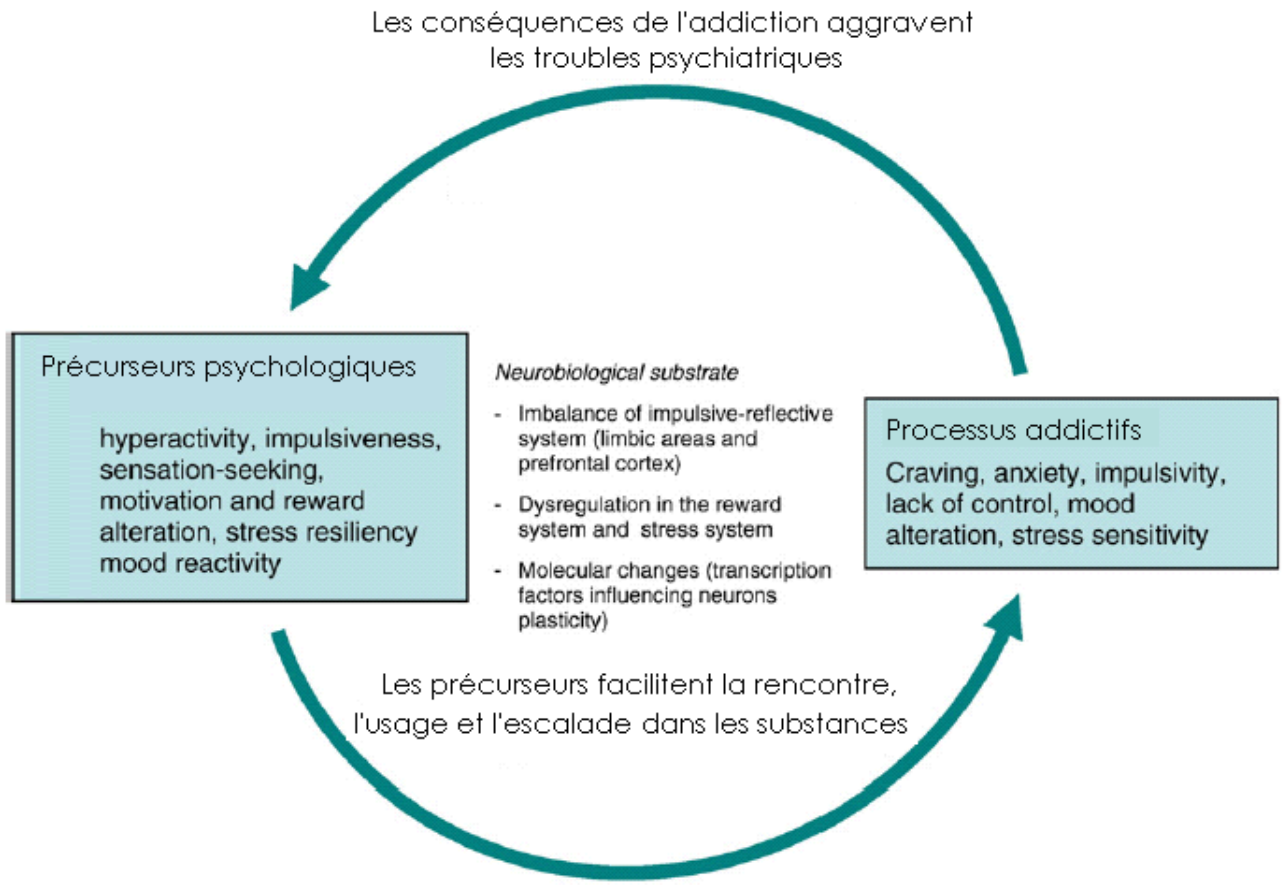


Robert Drake, Mary Brunette, Kim Mueser, Lindy Fox, Doug Noordsy
APA, 2004

Patients souffrant de troubles psychiatriques
-> 20 à 30 % de SUD (hors tabac)

Patients traités pour une addiction
-> 40 à 50% de troubles mentaux

Modèle des liens addictions-troubles psychiatriques



Pani et al. 2010

Comorbidités sous diagnostiquées et sous traitées

Pronostic alourdi (Vornik et al, 2006)

- Symptômes cliniques plus sévères
- Vulnérabilité plus importantes aux risques environnementaux
- Décompensations plus fréquentes
- Hospitalisations plus fréquentes
- Rechutes plus longues
- Risque de suicide plus important

Traitement complexe (Chang et al, 2012)

- Confusion diagnostique fréquente
- Engagement dans les PEC difficile
- Moindre observance
- Interactions médicaments/SPA
- Mauvaise réponse aux traitements
- Troubles cognitifs +++
- Déni potentiel des soignants, représentations, manque de formation

AJOUTE AU PRONOSTIC DU TROUBLE PSYCHIATRIQUE
LES CONSEQUENCES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES DE L'ADDICTION

Situations complexes

- Retard diagnostic fréquent

- Nombreux processus synergiques
  - Modifications des symptômes
  - Diminution de l'efficience des traitements
  - Pronostic plus défavorable
  - Evolution chronique

- Requièrent une combinaison de soins psychiatriques et addictologiques

- Déni potentiel des soignants, représentations, manque de formation

Casas et al, 2014

Clivage historique addictologie / psychiatrie

- Formation et culture différentes
- En addictologie, émergences de structures initialement **médico-sociales** (somaticiens, educateurs, AS)
  - CSST (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes) et CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie)
  - CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)
- Principes de PEC
  - **Anonymat**
  - **Gratuité des soins**
  - **VOLONTARIAT**
- Présence médicale faible
- Médicalisation dans les années 90
  - Apparition du SIDA, touchant particulièrement les toxicomanes
- Psychiatrisation reste faible (rapport OFDT en 2005: 5,5% de psy dans les CSAPA)
- **Universitarisation tardive**

MALGRE UNE GRANDE PROXIMITE ETHIOPATHOGENIQUE

Demande souvent non corrélée à la situation clinique

Intervention à « contre-courant »

- Banalisation/minimisation des consommations
- Déni ou faible perception des risques
- Perception des côtés positifs de ces consommations
  - Socialisation parmi ses pairs
  - Soulagement des tensions
  - Potentiel hédonique (stimulant/tabac; euphorisant,désinhibant/alcool; « planant »/cannabis…)
- Mais réalité clinique
  - Consommation ayant des conséquences psychologiques, somatiques, familiales, professionnelles…
- Réintroduire le niveau de consommation dans une vision globale
  - **« Compréhension » de l'addiction**

Traitement efficace seulement si volontaire?

- Une motivation extérieure est souvent nécessaire en début de prise en charge

- Occasion ++ de débuter un suivi
  - Sanctions
  - Incitation par la famille
  - Pression de l'employeur
  - Problème judiciaire
  - « Avertissement » d'un médecin…

Place de l'entourage

- Souvent à l'origine de la demande
- Souvent à l'origine d'une demande URGENTE
  - suite à la dégradation d'une situation: Relations familiales ou événement qui rend visible la situation
- Recevoir, écouter, expliquer…Encourager attitudes d'aide et de soutien de l'entourage
- Approche familiale efficace par rapport aux techniques individuelles *(Williams et Chang, 2000)*
- **Urgence relationnelle plutôt que diagnostique**
  - **Aborder le problème dans une autre temporalité et ainsi le sortir de l'urgence**

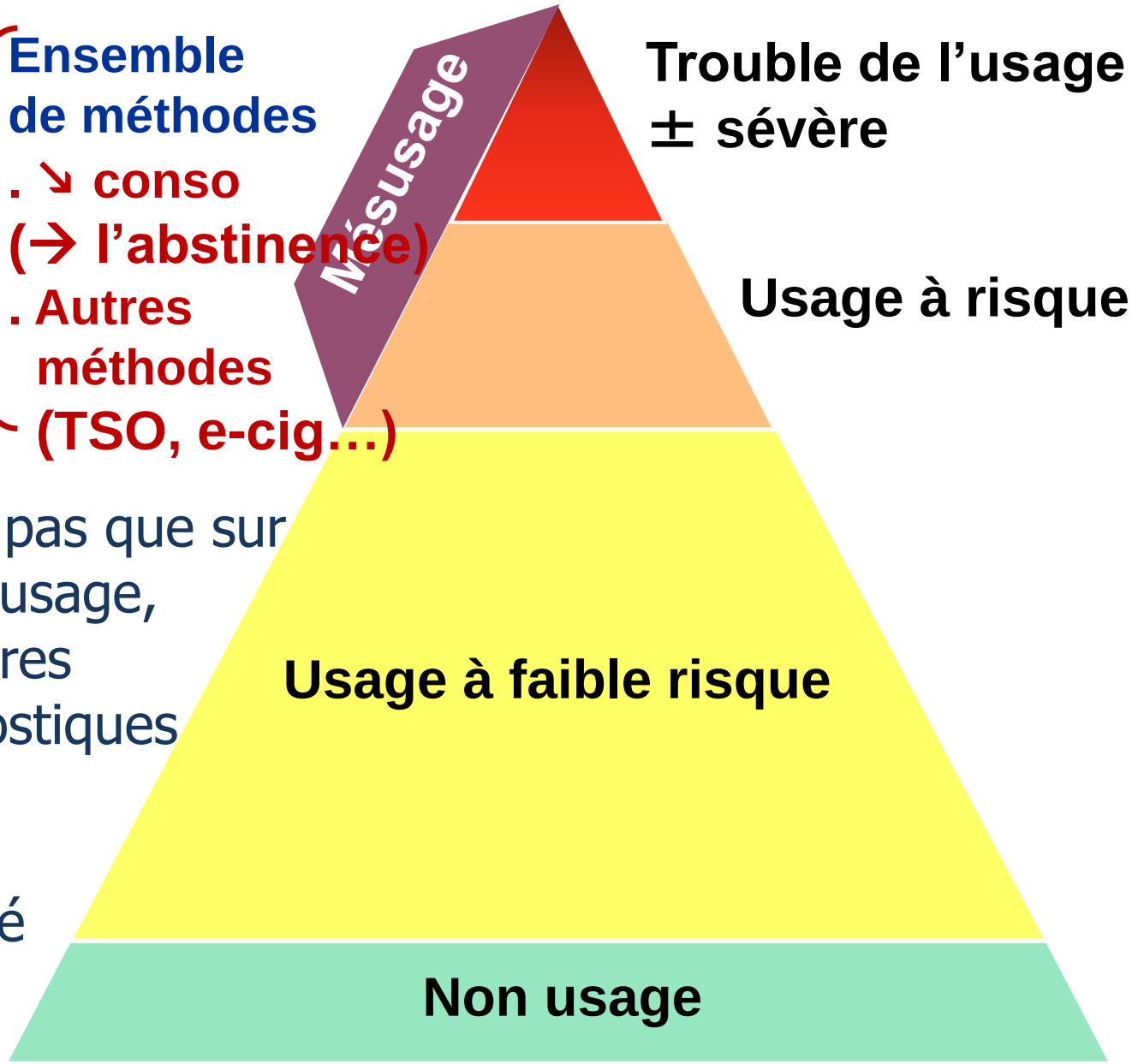
Un seul objectif

Réduction des risques et des dommages

Ensemble de méthodes
. ↘ conso
(→ l'abstinence)
. Autres méthodes (TSO, e-cig…)

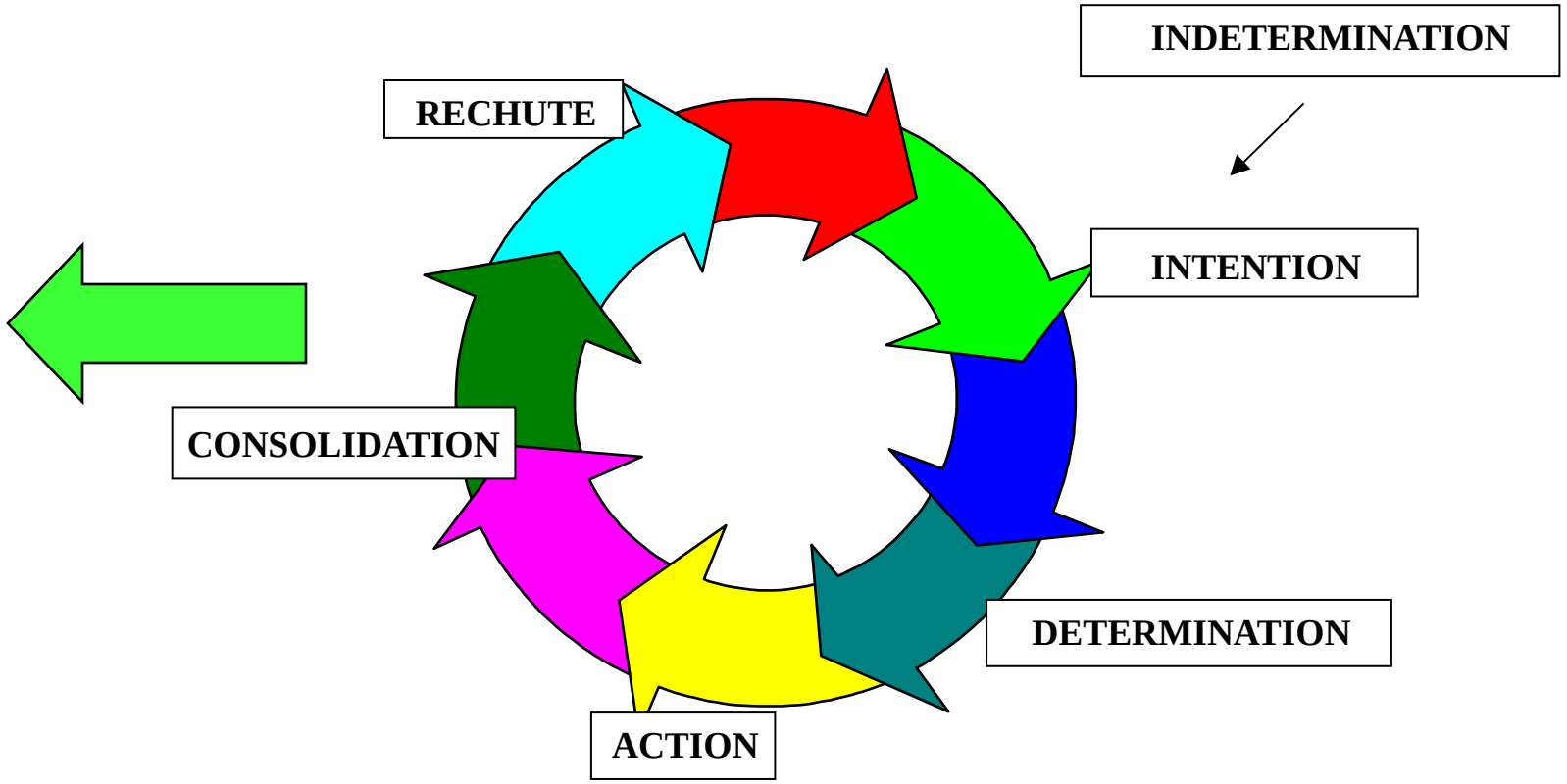
qui ne repose pas que sur la catégorie d'usage, mais sur d'autres facteurs pronostiques et le choix du patient à un moment donné

Situations de consommation

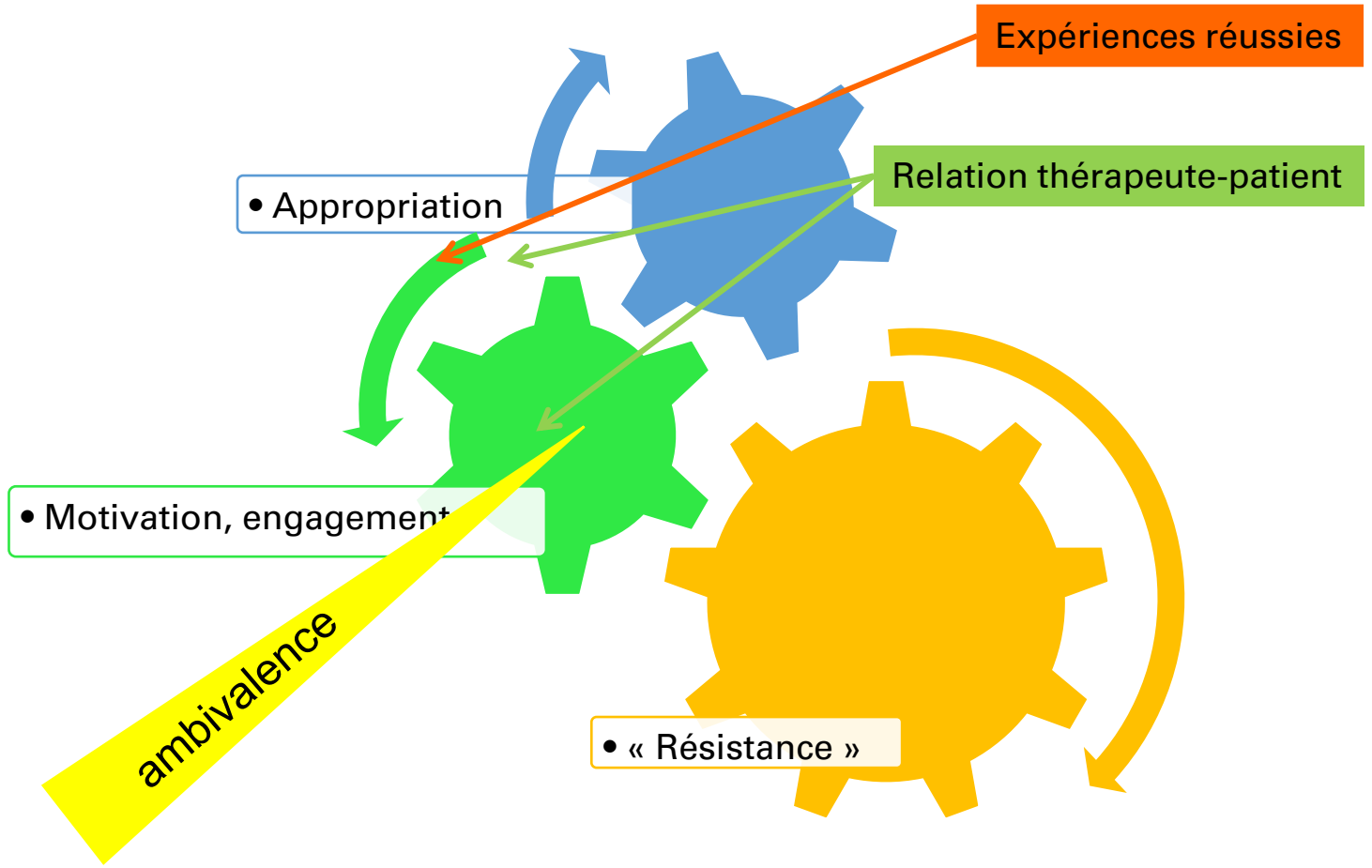


Modèle trans-théorique de changement

Modèle de Prochaska et DiClemente



Comment on change?



Du repérage aux soins

Le temps du repérage

Le temps de la demande

Le temps de l'évaluation

Le temps du soin

Adapter le parcours de soins aux usagers

REPERAGE : TROUBLE LIE A L'USAGE D'UNE SUBSTANCE

- Perte de contrôle
- Efforts infructueux
- activités sociales réduites
- Difficultés obligations
- Problèmes médicaux ....
- Tolérance
- craving

STRUCTURES DE SOINS

- CSAPA
- Consultations Hospitalières d'Addictologie
- Liaison Intra-Hospitalière
- Hospitalisations

EVALUATION

- Demande
- Med-psycho-soc Addictologique
- Comorbidités
- Motivation
- Analyse fonctionnelle

SOINS AMBULATOIRES +/- HOSPITALISATION

- Contrôle, sevrage, substitution,
- Prévention de la rechute...
- Restructuration cognitive
- Relaxation...
- Accompagnement familial
- Groupes : Parole, socialisation Médiation corporelle...

Différents niveaux de soins

PREMIER RECOURS

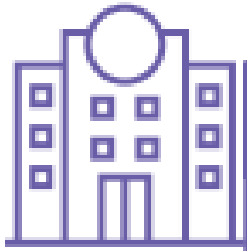
- Médecine générale (et autres professionnels de santé pharmaciens, IDE)
  - **Repérage**
  - **Faire émerger la demande**
  - **Coordination** des intervenants
  - Suivi au long cours
- Difficultés
  - Rémunération pour les actes longs (EM, TCC)
  - Formation à l'addictologie
  - Réseaux et pluridisciplinarité

SOINS SPECIALISES EN AMBULATOIRE

CSAPA

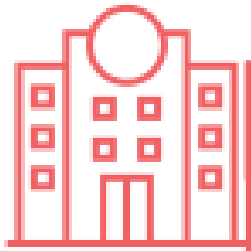
- Equipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux)
- Soins et changements de comportements face aux SPA
- PEC dépendantes de la « culture » d'origine

Prise en charge médico-sociale en 2019



400 CSAPA
Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

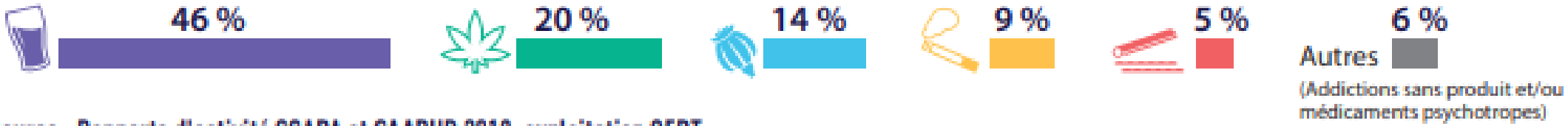
Personnels : 4 800 équivalents temps plein
File active : 314 000 usagers



150 CAARUD
Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues

Personnels : 950 équivalents temps plein
File active : 92 500 usagers

Répartition des patients vus en CSAPA selon le produit ou la conduite addictive posant le plus de problème



Source : Rapports d'activité CSAPA et CAARUD 2019, exploitation OFDT

Addictologie hospitalière

NIVEAU 1 - PROXIMITE

Equipes de liaison (**ELSA**)

Sevrages simples dans des services non spécialisés

Améliorer la culture addictologique des équipes soignantes

NIVEAU 2 -RECOURS

Structures assurant
- sevrages simples
- Suivis ambulatoire

Consolidation de sevrage
- HDJA
- SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en

NIVEAU 3 – EXPERTISE REGIONALE

Sevrages complexes

Evaluation et PEC des patients complexes, comorbides

Elaboration de projet thérapeutique multidisciplinaire sur le court, moyen, long terme

Coordination des actions entre les différentes structures référentes

Particularités de PEC des comorbidités

- Grande **hétérogénéité** des présentations cliniques

- Pas d'approche thérapeutique unique mais **combinaisons de traitements** et approches thérapeutiques variées souvent difficiles à mettre en place dans les structures addictologiques et psychiatriques classiques

- Nécessité d'une **approche globale** du patient
  - Psychiatrique, addictologique, somatique, sociale, éducative…

- **MANQUE DE CONSENSUS** sur les modalités de PEC des troubles co-occurents

Prise en charge intégrée intégrée

- Développés depuis le début des années 1990

- Ces programmes nécessitent :
    - beaucoup de flexibilité dans les modalités de soins, les équipes spécifiquement entraînées
    - prise en compte globale des besoins du patient et de la continuité des soins pendant une longue période, généralement plusieurs années

Soins intégrés

INTEGRATION DE PROGRAMMES

Centralisation des soins avec approche thérapeutique globale

- Même équipe **pluridisciplinaire** (médecin coordonnateur psychiatre addictologue)
- **Même lieu**
- **Simultanée**

Permet d'éviter les contradictions entre soignants et dispersion des informations

Meilleure visibilité sur l'évolution des troubles et sur la part de responsabilité de chacune des pathologies lors d'épisodes aigus

Dispositif plutôt centré sur des **soins ambulatoires**

Risque de priver certains patients d'une PEC spécifique ne pouvant être offerte que dans un système de soins classique

INTEGRATION DES SYSTEMES

Prise en charge globale mais

- Soins assurés par équipes de différents services (addictologiques, psychiatriques, somatiques)
- Soins séquentiels ou simultanés

Dispositif de coordination entre les équipes

Chaque équipe met son expertise au service du patient

Poids de l'articulation des services reposant sur le patient en conservant la rigidité et le manque d'adaptabilité des systèmes de soins

Risque de « doublon », complexification de la PEC ou perte d'information

Modèle le plus répandu et le plus facilement applicable

Carences actuelles

Vision cloisonnée et indépendante entre l'addictologie et la psychiatrie malgré des facteurs de vulnérabilité communs, génétiques ou environnementaux

- Manque d'intérêt pour les pathologies addictives dans le champ de la psychiatrie générale
- Manque de formation des professionnels en addictologie à la psychopathologie et nosographie psychiatrique
- Peu d'élaboration et de formation à la PEC globale des patients comorbides

Outils thérapeutiques limités

- Pas d'efficacité synergique et globale des stratégies thérapeutiques médicamenteuses et psycho-sociales testées
- Absence de recommandation : Pas suffisamment d'accent sur l'aspect interactif, dynamique et évolutif de la coexistence des troubles
- Manque de structures de soins ambulatoires et résidentiels pour répondre aux besoins

Peu de recherche comparativement à la prévalence de ces troubles

- Facteurs ethiopathogéniques
- Essais cliniques ciblant les patients comorbides
- Référentiel clinique relatif aux pathologies duelles centré sur les interactions entre troubles psychiatriques et addictologiques? (TB/alcool; cannabis/SCZ)

Principes de prise en charge à long terme

- UN clinicien référent
  - Doit introduire une **continuité** et créer une ALLIANCE THERAPEUTIQUE
    - Au niveau du suivi
    - Au niveau de l'histoire du patient avec le(s) produit(s)
    - Autres tentatives thérapeutiques
- Doit être empathique, disponible et accessible
  - Confiance, compréhension, apprentissage privilégiés
  - Se servir du « négatif », PAS DE RETOUR A LA PAGE BLANCHE
- Approche étape par étape en phase avec le stade de changement
- **Approche globale**
  - Medicale, familiale, professionnelle, sociale…
- Réseaux de soutien

Psychothérapies

- Entretien motivationnel +++
- Thérapies cognitivo-comportementales individuelles ou de groupe
  - Apprentissage de compétence (coping), résolution de problèmes
  - Estime de soi
  - Gestion des émotions négatives
  - Prévention de rechute, identification des situations à risque
  - Faciliter relations interpersonnelles (gestion des critiques, compléments)
- Thérapies familiales
- Thérapies psychodynamiques…

Traitement pharmacologique

- Traitement des comorbidités psychiatriques si besoin

- Traitement du sevrage
  - Spécifique de chaque substance
  - Traitement généralement symptomatiques avec molécules non addictogènes

- Traitement avec pour objectif la réduction de la consommation ou le maintien de l'abstinence
  - Spécifique de la substance
  - Traitements de substitution seulement pour tabac et opiacés

Sevrage en hospitalisation?

- En cas de première demande de sevrage, indication à un sevrage ambulatoire
- CI à un sevrage ambulatoire si
  - Comorbidités somatiques et/ou addictologiques
  - Polyconsommation (sauf tabac)
  - Complications de sevrage
  - Echec de plusieurs sevrages ambulatoires
- La situation sociale et/ou familiale n’est pas une indication de sevrage en hospitalisation en soi même si elle participe à la décision thérapeutique

Le sevrage ne change pas le comportement à long terme

- Peut être réalisé même chez un patient n'ayant pas pour objectif l'abstinence
- Avantage de permettre une « fenêtre » sans produit
- Peut permettre de dynamiser la prise en charge
- Permet une évaluation plus objective des comorbidités psychiatriques
- MAIS INSUFFISANT POUR ABSTINENCE A LONG TERME

En libéral ?

Point fort

- Flexibilité/disponibilité
- Moins stigmatisant
- Patients vus plus précocement, travailler l'orientation, moins d'« errance »

Limites et difficultés

- « Médecine générale, psychiatrie générale »
  - Nécessité de formation des professionnels, travail sur les représentations
- « Instabilité » des patients (suivi irrégulier, sortie prématurée)
- Surveillance accrue (moyens humains)
- Pluridisciplinarité
- Temps +++

Quelle place pour le libéral?

- Favoriser les interactions avec le réseau de soins local
  - Projets à élaborer en fonction de l'appétence des équipes et des ressources locales
  - Impact du développement de la téléconsultation

- Dépistage systématique des conduites addictives
  - Echelles de dépistage
  - Objectiver les consommations et leurs conséquences (ethylotest/ethylomètre, bilans biologiques, dosage toxiques urinaires…)

- Information et meilleure compréhension de l'addiction, abord « scientifique » (troubles cognitifs, comorbidités)

- Carences dans le repérage et surtout prise en charge des consommations précoces
  - Identifier les profils à risque +++

- Addictions et médecine générale 2022 - CMG (lecmg.fr)

Merci de votre attention