

Réunion d'échanges de pratiques



Les polytoxicomanies

Dr Philippe ROLLAND

Médecin ANPAA43 Brioude

Dr Antoine GERARD

Médecin coordonnateur RESAAD 43

Cas clinique n°1

- Jeune 15 ans ½ adressé par ses parents.
- 2^{nde}, pensionnaire, exclusion pour trafic de cannabis « il n'a pas de problèmes. »
- 2^{ème} d'une fratrie de 7, hypersensible.
- Il continue le cannabis (1 à 2 joints/jour, 6 le WE et quelques douilles)
- Il préfère qu'on n'en parle pas à ses parents sinon il ne pourrait plus faire aucune sortie les WE.

Les pistes de travail

- Le début :
 - les symptômes précédant éventuellement la consommation.
 - les principales modifications (individuelles et familiales) apparues depuis le début de la consommation.
- Le type de consommation (quel usage ?) et l'équilibre psychique (facteurs de risque individuels).
- La dynamique familiale et le cadre social et environnemental.

Principales caractéristiques des types de consommation de cannabis

Conso.	Festive (qq g, occas.)	Autott. (20 à 60 g / mois)	Toxico. (> 60 g / mois)
Effet recherché	Euphorisant	Anxiolytique	Anesthésiant
Mode social de conso.	En groupe	Solitaire ++ (groupe)	Solitaire et groupe
Scolarité	normale	Décrochage	Exclusion
Activités sociales	conservées	limitées	marginalisation
FdR familiaux	absents	absents	présents
FdR individuel	absents	présents	présents

Facteurs de risque Individuels :

Facteurs de Gravité

- Présence de traits de personnalité
 - Faible estime de soi, timidité, autodépréciation, réactions émotionnelles excessives (ou l'inverse), difficultés à réagir face à certains événements, difficultés à avoir des relations stables.
- Dimensions de tempérament
 - Niveau élevé de recherche de sensations, de recherche de nouveauté, de réactivité émotionnelle, un faible évitement du danger, un faible niveau de sociabilité.
- Troubles du comportement précoces
 - Troubles graves et persistants du sommeil dans la petite enfance.
- Événements de vie traumatique
 - Deuil, rupture, maltraitance, abus sexuels, maladie grave.
 - « ceux qui ont manqué de tout » et « ceux qui n'ont manqué de rien »
- Présence d'une maladie psychiatrique
 - Hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire...
 - Trouble de la personnalité antisociale ou borderline

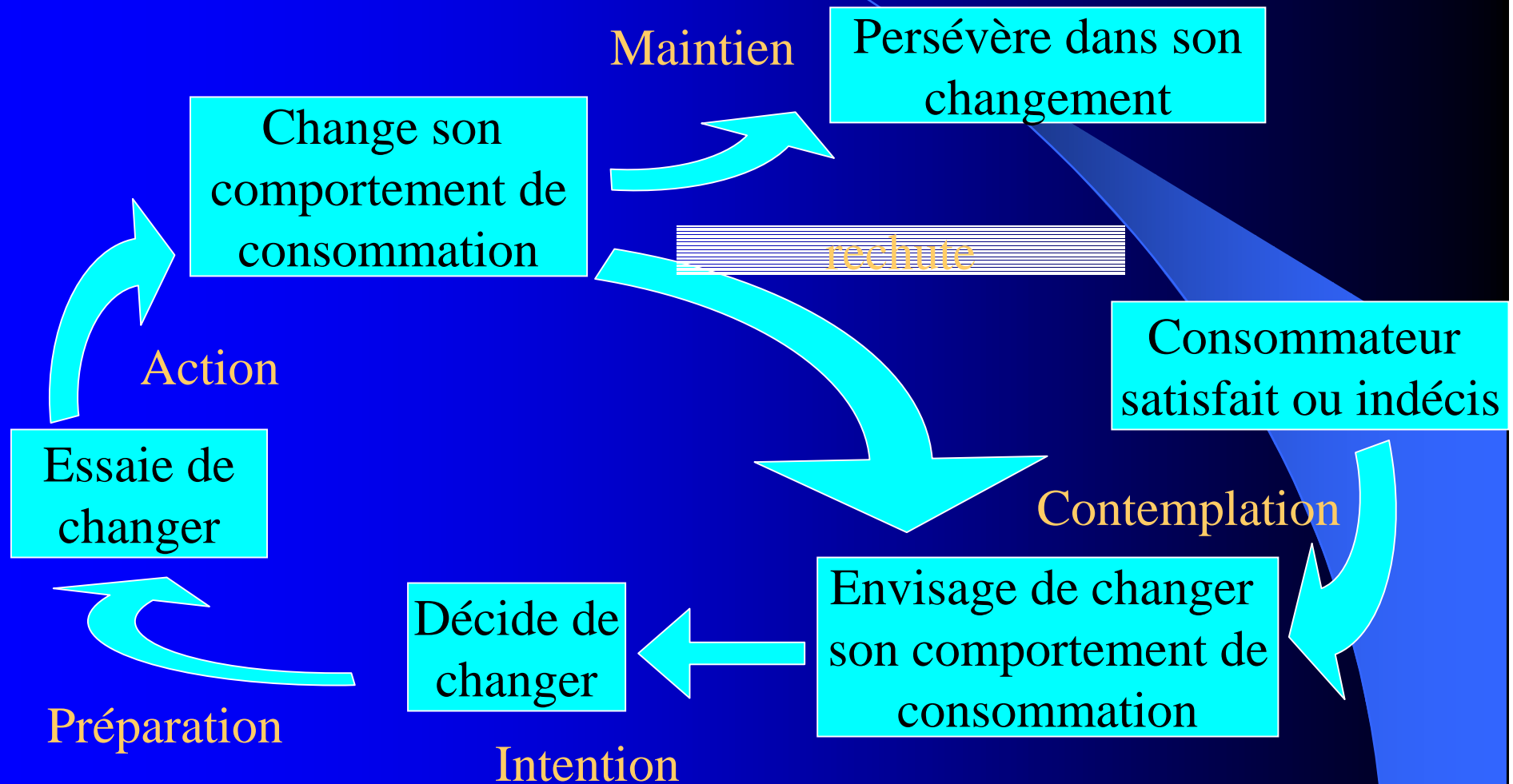
Cas clinique n°3

- Monsieur D., 30 ans, tabac et cannabis depuis l'âge de 14 ans, héroïne à 16 ans.
- A 25 ans, 18 mois de prison ferme pour trafic et usage de stupéfiants. Découverte VHC +.
- Sortie de prison : Néocodion (60 cp tous les 2 jours), début alcool et cannabis (4 à 6 joints /jour).

Les pistes de travail

- Le début...
- Quelle première ficelle tirer...
- L'hépatite C

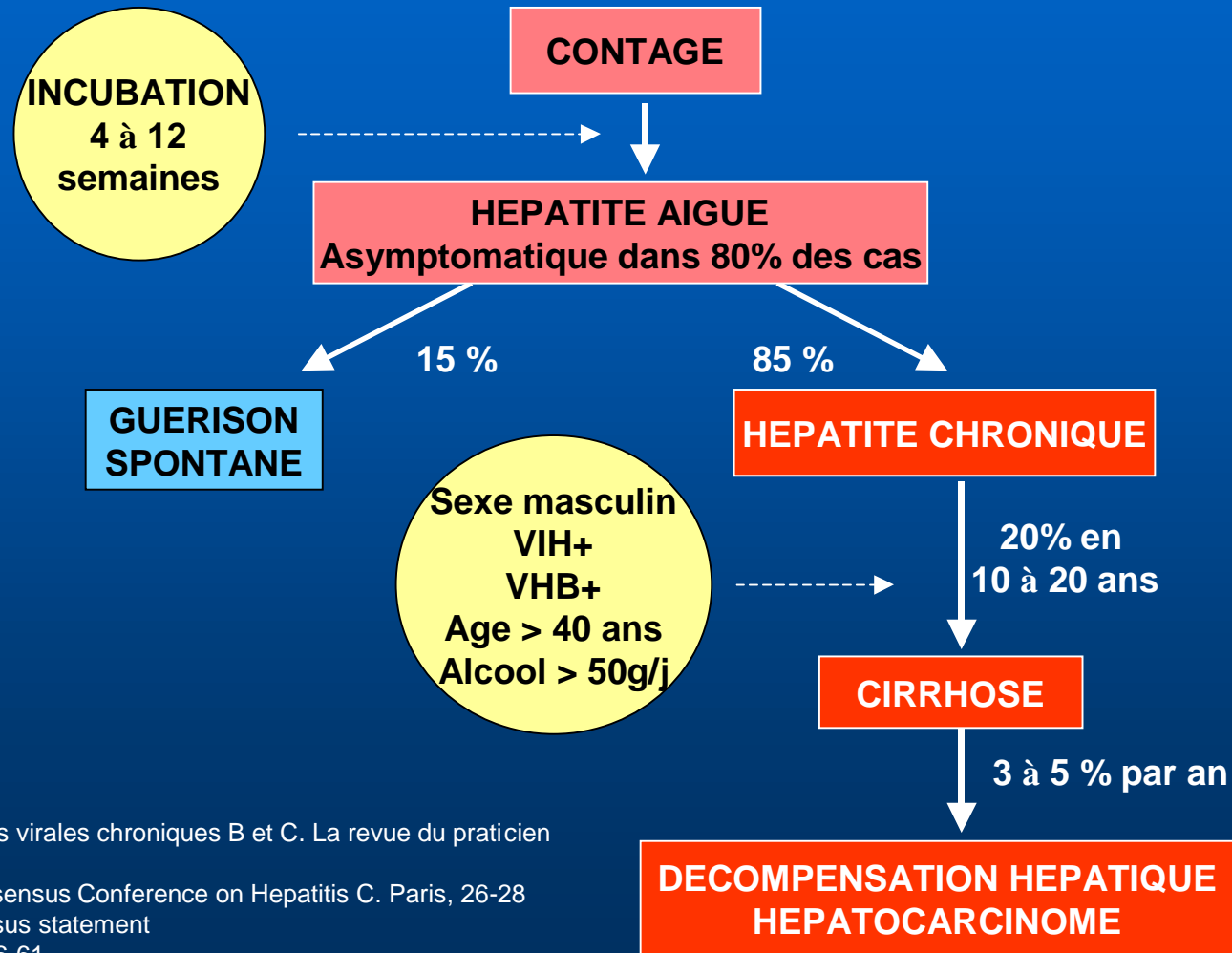
Le processus de changement



Toxicomanie et VHC

- OFDT : 170 000 à 190 000 UD.
- 59,8% des UD ayant consommé leur drogue par voie nasale et/ou IV sont VHC +.
- Forte prévalence liée à partage de seringues, du petit matériel pour préparation, du matériel d'inhalation nasale.
- 27% des UD se déclarent à tort VHC -.

Evolution naturelle de l'hépatite C



- (1) Castera L et al. Hépatites virales chroniques B et C. La revue du praticien 2001 ; 51 : 1247-57
- (2) EASL International Consensus Conference on Hepatitis C. Paris, 26-28 February 1999. Consensus statement J Hepatol 1999 ; 30 : 956-61
- (3) Hépatites virales, dépistage, prévention, traitement, Editions INSERM

Arbre décisionnel suite à un dépistage du VHC

**Dépistage :
Test ELISA Anti VHC**

Négatif

**Pas d'infection VHC
(sauf Immunodéprimés)**

Positif

**PCR qualitative
(ARN VHC)**

Négative

Guérison probable

Positive

**Infection chronique VHC
Génotype + charge virale avant tt**

Cas clinique n°2

- Femme 36 ans, pb financiers.
- Polytoxicomanie entre 18 et 25 ans.
- Travail dans la restauration.
- Fille de 5 ans, fils de 18 ans (1er mari violent).
- Vit avec le fils de son compagnon et son compagnon.
- Son compagnon s'énerve vite...
- « sous héroïne il peut dire ce qu'il veut cela me passe au-dessus ».
- Héroïne depuis 3 mois, 2 g/jour en sniff, cocaïne le WE, 3 ou 4 joints par jour.

Les pistes de travail

- Le début...
- Le couple et la famille...
- Les produits :
 - Un traitement de substitution opiacé ? (durée de conso, aspect professionnel, social...)
 - Les autres drogues ?

Les Objectifs des MSO

- Répondre à court terme à la souffrance physique et morale, parfois dans l'urgence
- Prendre en charge la dépendance aux opiacés
- Permettre l'accès aux soins médicaux des comorbidités et des dommages induits
- Gérer les situations particulières (femmes enceintes, détention, précarité, situations irrégulières, etc.)
- Maintenir l'insertion ou favoriser la réinsertion en permettant l'accès à un(e) assistant(e) social(e)

Modalités de prise en charge

- **Information du patient** (les effets des MSO et les risques ,...).
- **Cadre du soin** (Il est fondamental de le définir).
- **Secret professionnel** (Il doit être formellement réaffirmé au patient)
- Les **choix thérapeutiques** sont faits et discutés en toute sincérité avec le patient.
- **L'initialisation du traitement** justifie des consultations longues.

La méthadone est particulièrement indiquée en cas

- De **dépendance sévère** ;
- De **difficultés à renoncer à l'injection** ;
- De **pathologie psychiatrique associée**, notamment les troubles anxieux sévères ; polyconsommations (alcool, BZD, cocaïne, etc .) ;
- De patients dépendants des opiacés pour lesquels un **traitement antalgique morphinique** est nécessaire.

Méthadone

- Durée de la première prescription : 7 jours maximum, avec une délivrance quotidienne.
- Dose initiale : 10 à 40 mg/j.
- Paliers d'augmentation : 5 à 10 mg maximum par palier de 1 à 3 jours, sans jamais excéder par semaine 50 % de la dose initiale.
- Prise quotidienne unique, plutôt matinale, par **voie orale**.

Initialisation de la BHD

- Risques de défaillance respiratoire en cas d'injection IV et/ou d'association à des BZD, +/- alcool.
- Dose initiale : 4 mg à 8 mg/j au vu des pratiques professionnelles.
- Augmentation de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours jusqu'à la dose optimale (maxi : 16 mg/j).
- Prise quotidienne, unique, sublinguale 10 minutes, à rappeler par le pharmacien.
- Le traitement initial est prescrit pour 1 ou 2 jours, avec délivrance quotidienne, ce qui nécessite la collaboration du pharmacien.

Liens patient - prescripteur - pharmacien

- **Choisi par le patient, le pharmacien doit être contacté par le prescripteur, par téléphone, devant le patient, avant toute prescription et doit s'engager sur les conditions de délivrance. Ses **coordonnées** seront inscrites sur l'ordonnance sécurisée.**
- Les contacts entre prescripteur et pharmacien doivent être réguliers.

ÉLÉMENTS DE QUALITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- un traitement inscrit dans **une prise en charge globale au long cours** : médicale, psychologique et sociale
- une **relation de confiance** qui fait une place au savoir de l'usager et évite les intrusions dans sa vie privée
- des **objectifs élaborés et partagés** entre le patient et les professionnels impliqués.
- une **adaptation des posologies fondée sur la clinique** et visant à obtenir un bien-être physique et psychologique optimal du patient.
- un **accompagnement psychologique et social**, adapté aux besoins individuels du patient.

Cas clinique n°4

- 15 ans, premier séjour en hôpital psy, premier neuroleptique (Haldol).
- 21 ans, stop tous traitements (neuroleptique, anti-dépresseur, stabilisateur d'humeur, somnifère, hypnotique, stimulant, ...), et suivis
- Coke, exta, speed, joint, pilules thai ...
- 24 ans, plus aucun contact avec la famille, 30 kg de moins, 5 heures de sommeil par semaine...
- 26 ans « Vous êtes enceinte ! ... de plus de 3 mois !!!! » Joie, Panique, Euphorie, Angoisse, ... sortie du cabinet médical ... première poubelle ...
- 1 jour plus tard, derrière la porte chez mes parents Aidez moi aidez mon bébé ! »

Les pistes de travail

- Le début...
- La grossesse
- La polyconsommation

GROSSESSE ET TSO

- Le TSO doit s'intégrer dans une **prise en charge périnatale et médico-psychosociale et en réseau ville-hôpital.**
- Une **prise en charge globale** diminue significativement la fréquence des complications périnatales, particulièrement de la prématurité, et favorise l'établissement d'un **lien parents-enfant plus solide.**
- La grossesse est clairement un moment privilégié pour la mise en place ou le renforcement d'un **soutien pluridisciplinaire** qui améliore le **pronostic périnatal** et la **qualité de vie.**

Polyconsommation : la polyexpérimentation

Touche 80 % des ados.

3 types d'expérimentation à cette période charnière :

Type 1 : OH-Tabac (produits licites)

Type 2 : OH-Tabac et THC (« image de drogue douce » tout en ayant le statut de produit illicite)

Type 3 : association avec des stimulants et/ou hallucinogènes (passage du cap « drogues dures »)

Raccourci : Tabac → THC → drogues « dures » ne semble pas tjrs pertinent, l'individu pourrait appartenir d'emblée à un groupe (« risque individuel », facteurs de vulnérabilités...)

Dangerosité : rejoint celle des usages à risque de chaque subst. prise individuellement.

Polyconsommation : l'usage concomitant

Association de plusieurs subst. pour en tirer un max de bénéfice. Une quarantaine d'association différentes de SPA ont été recensées.

Classification en fonction de la finalité

☞ **Fonction de maximalisation des effets :**

le THC amplifie et accélère la montée de l'ectasy, les BZD potentialisent les opiacés, ...

☞ **Fonction d'équilibrage des effets** (corrige ou adapte les effets aux fluctuations du contexte ou aux désirs...)

association LSD et ectasy : ajoute une composante empathogène à la fonction hallocinogène

☞ **Fonction de maîtrise des effets négatifs :**

opiacés + stimulants = atténuation de la montée,
BZD + psychostimulants = adoucir la descente

L'usage concomitant s'observe surtt dans le cadre de conso festives, stimulations, défoncé....

Danger toxiques et risques aigus, pb Dg reconnaître les subst consommées

La polyconsommation

- **La polyconsommation** : consommation régulière

3 grandes catégories :

- ☞ **Tabac chez les alcoolos dépendants :**

Fréquence +++ , risques sanitaires majeurs..

- ☞ **OH Tabac et THC chez les jeunes :**

encore « peu » de dépendance à l'alcool chez l'ado,
soit régulière quotidienne à visée anxiolytique et apaisante et / ou
soit fonction « défonce » de la fin de sem.

- ☞ **Polyconsommation chez les UD illicites :**

fréquence des subst le + svt impliquées: THC 53%, OH 40%, Héroïne 33%, BZD 27%, Coc 22

fréquence des associations: OH-THC 21%, Hér-THC 13%, Hér-Coc 12%, BZD-OH 10%,
BZD-THC et Coc-THC 7%, Hér-OH et Hér- BZD 5%

prévalence de l'alcoolos dépendance chez les usagers substitués de l'ordre de 30%

Danger toxiques et risques aigus, OD +++ , et tjrs prb Dg reconnaître les
subst consommées