

# Alcool et conduites polyaddictives

MODULE 4

Jean-Dominique FAVRE

Psychiatrie, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, 101, avenue Henri Barbusse, 92141 Clamart Cedex.

## TABLE DES MATIÈRES

### TERMINOLOGIE

#### DONNÉES FRANÇAISES SUR LES POLYCONSOMMATIONS

- Enquête en milieu scolaire
- Enquête lors de l'appel pour la préparation à la défense
- Enquête sur la population générale
- Enquête sur les produits émergents liés à l'usage de produits psychoactifs
- Estimations des prises en charge

### AXES THÉRAPEUTIQUES

- Alcool et tabac
- Alcool et médicaments psychotropes
- Alcool et substances illicites

### UNE APPROCHE COMMUNE ?

Depuis quelques années, une approche conceptuelle unitaire des comportements de consommation de substances psychoactives, qu'elles soient licites, détournées de leur usage, ou illicites, se fonde sur des données épidémiologiques, cliniques, neurobiologiques, génétiques et psychopathologiques. La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) a ainsi été chargée de mettre en place le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté par le Comité interministériel du 16 juin 1999. Une réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux diverses substances et aux diverses modalités de consommation est actuellement menée, associant représentants institutionnels, experts des sciences biologiques et humaines, et praticiens.

Sous le terme de conduites addictives, cet article sera limité aux usages de substances psychoactives associés à une consommation d'alcool. Sous le terme générique d'addiction, une tendance actuelle tend à regrouper d'autres comportements dits addictifs (troubles des conduites alimentaires, troubles des conduites sexuelles, jeu et achats pathologiques, addiction au travail...), qui ne seront pas traités ici. L'approche simultanée de l'usage des divers toxiques paraît de plus en plus légitime, même si les difficultés persistent, en raison de la variété des modalités consommatoires et des habitudes des intervenants, cloisonnés le plus souvent dans une pratique spécifique. L'appréciation globale du phénomène est rendue nécessaire par la fréquence des polyconsommations chez le jeune, mais n'exclut pas l'évolutivité propre à une substance particulière. Enfin, l'évolution culturelle face aux usages de substances psychoactives remet en cause les frontières entre les produits licites et illicites, et pose plus largement la question de leur sens, tant individuel que social. Les

## CONTENTS

### Alcohol and multiple drug abuse

#### FRENCH DATA ON MULTIPLE DRUG USERS

- Survey of the school population
- Survey of investigation procedures for preparing defense briefs
- Survey of the general population
- Survey on emerging substance related to the use of psychoactive substances
- Estimations of management impact

#### THERAPEUTIC OPTIONS

- Alcohol and smoking
- Alcohol and psychotropic drugs
- Alcohol and illicit drugs

#### A COMMON APPROACH?

travaux épidémiologiques tentent de cerner les diverses consommations dans une population, qui est le plus souvent d'âge scolaire ; ils permettent d'apprécier un phénomène, voire de délimiter des groupes à risque et des situations à risque, mais rendent mal compte de la grande variabilité des consommations chez un même sujet au cours de sa vie, et plus encore du contexte psychopathologique. Ils montrent cependant que l'usage des substances psychoactives commence toujours par l'alcool, et que la précocité de l'expérimentation est corrélée à la fois aux autres expérimentations de substances, notamment illicites, et à l'installation des futures consommations problématiques d'alcool chez le jeune. En revanche, les études sur le passage vers une consommation nocive ou une dépendance à l'âge adulte sont rares et discordantes. Dans les domaines cliniques et thérapeutiques, les principales données concernent essentiellement la dépendance, même si un mouvement est en cours pour mieux cerner les usages à risque et les consommations nocives.

Nous évoquerons les différentes terminologies, les données issues d'études françaises récentes, qui permettent de cerner l'importance des polyconsommations chez les jeunes et chez les adultes, puis les aspects thérapeutiques des principales consommations problématiques associées.

## Terminologie

Les questions sémantiques sont, dit-on, typiquement françaises. Elles ont pourtant leur importance, et le domaine qui nous retient est actuellement l'objet d'une efflorescence, qui répond au dynamisme des réflexions et des actions. Le consensus n'est pas

fait sur l'ensemble des vocables, mais il faut délimiter l'emploi des termes les plus souvent utilisés dans la littérature récente.

Une définition provisoire du terme de drogue est proposée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) [1] : produit naturel ou synthétique, consommé en vue de modifier son état de conscience, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance, dont l'usage peut être légal ou non. Cette définition inclut : les stupéfiants (conventions ONU), les substances psychotropes (convention ONU 71), l'alcool, le tabac, les colles et solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse non encore classées. Les médicaments psychoactifs comprennent les quatre classes suivantes : hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (hors cadre de prescription médicale) et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colles, solvants, champignons hallucinogènes, substances de synthèse, médicaments détournés, etc.). En sont exclus les substances vitales, le café, le chocolat, les médicaments psychoactifs non utilisés pour modifier l'état de conscience.

Le mot drogue est fortement connoté de ses implications juridiques et toxicologiques. Celui de substance psychoactive est préféré en clinique. Il permet de marquer, dans l'usage, l'intentionnalité du sujet dans la recherche de l'effet psychoactif. Décrire la consommation d'une substance psychoactive demande de prêter attention aux variations qu'impriment l'âge, le sexe, la dangerosité pharmacologique de la substance, les modalités de consommation, la vulnérabilité individuelle, les complications sanitaires et sociales potentielles.

Le terme addiction, issu du droit français, a longtemps été utilisé par les anglophones pour désigner la dépendance. Sa déclinaison, sous l'angle des conduites addictives, cherche à mettre en exergue le comportement de consommation comme moteur entre le sujet, le produit et l'environnement. Goodman [2] propose en 1990 de regrouper sous le terme addiction un ensemble de conduites pathologiques qui ont en commun la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir et qui sont marquées par la dépendance à un produit ou à une situation, tels le jeu pathologique, les achats compulsifs, la boulimie et de façon plus contestée l'anorexie. Nous nous limiterons ici, sous le terme d'addiction, au mode d'utilisation pathologique d'un produit, entendant donc une potentialité addictive, et non seulement une dépendance. L'usage problématique de plusieurs substances pourrait donc être intitulé polyaddiction ou conduite polyaddictive.

La polyexpérimentation est le fait d'avoir déjà consommé au cours de sa vie plusieurs substances psychoactives. Le polyusage répété répond à des classes établies par les épidémiologistes, que nous décrivons plus loin. La polyconsommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives, que l'utilisation soit simultanée ou séquentielle. La polytoxicomanie renvoie à des associations de produits dont la consommation est problématique ; il serait préférable, quand cela est possible, de préciser celle-ci sous les termes d'usages nocifs multiples ou de dépendances multiples (ou polydépendance).

La délimitation des typologies actuelles ne sera pas reprise, puisqu'elle est traitée dans ce numéro. Mais elle ne résout pas la question des passages d'une modalité de consommation à l'autre. Tous les consommateurs de substances psychoactives ne connaissent pas une évolution vers la dépendance, et les risques évolutifs sont encore mal connus, sous l'influence des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux qui font la particularité et la complexité des conduites addictives. Les questions diagnostiques devront souvent être abordées en termes de risques immédiats et différés. Le pronostic sera d'autant plus

difficile qu'il nécessite une prise en compte globale au travers d'un produit, *a fortiori* de plusieurs, de la trajectoire de vie et de l'accompagnement thérapeutique.

Une place doit être faite à l'importante question des complications. Elles peuvent s'inscrire selon la substance dans le cadre de l'intoxication aiguë, des manifestations du sevrage, et des principales complications somatiques et psychiques de la dépendance. L'intrication de ces dernières avec la genèse des conduites addictives doit faire l'objet d'une recherche du moment de leur survenue dans l'histoire du sujet, qui est souvent délicate. Le caractère primaire (antérieur) ou secondaire (postérieur) de la conduite addictive par rapport à une pathologie psychiatrique permet en outre de définir des éléments pronostiques, globalement défavorables pour les formes secondaires. La comorbidité psychiatrique chez les sujets présentant des troubles liés à l'usage de substances psychoactives est importante (10 à 70 %), de même que l'usage de substances psychoactives chez les sujets présentant des troubles mentaux (de 20 à 50 %). Une mise au point sur les recherches américaines [3] relève qu'elle est largement sous-estimée en Europe et dans les lieux de soins pour ces malades, en lien avec l'hétérogénéité des cadres institutionnels, des cultures thérapeutiques et de la conception même des soins. Leur non prise en compte est nuisible à l'accompagnement thérapeutique des consommateurs nocifs ou dépendants, et leur influence pronostique péjorative est liée à la gravité de la consommation. Ce travail suggère le développement de traitements intégrés en lieu et place des traitements parallèles, mais donne peu d'indications précises en fonction du type de troubles.

On peut affirmer que les conduites polyaddictives présentent des risques sanitaires accrus et font poser des questions sur la chronologie des prises en charge. En revanche, il est impossible de savoir s'il s'agit d'un même processus. De plus, la polyconsommation occasionnelle ou habituelle laisse le plus souvent la place à l'usage préférentiel d'une substance, qui peut elle-même changer au cours de la vie du sujet (par exemple le remplacement de l'héroïne par l'alcool ou de l'alcool par les benzodiazépines (BZD)). Les consommations d'alcool et de tabac sont de loin celles qui induisent le plus de dommages sanitaires (alcool et tabac) et sociaux (alcool) ; elles ont en outre un fort potentiel de dépendance (alcool et tabac). L'expérimentation des substances illicites a tendance à s'étendre, mais leur impact est nettement plus faible.

## Données françaises sur les polyconsommations

La France commence, depuis quelques années, à se doter d'un dispositif épidémiologique permettant de visualiser les consommations de substances psychoactives. De plus, les efforts de standardisation permettent des comparaisons, voire la description de certaines dynamiques. Il est maintenant admis que l'initialisation des consommations se fait en moyenne vers 13 ans pour l'alcool, vers 14 ans pour le tabac et vers 15 ans pour les substances illicites. L'entrée dans la polyconsommation alcool-tabac-cannabis se fait vers 16-18 ans, surtout sur le mode des sorties, principalement en fin de semaine. La banalisation du cannabis, relevée dans tous les travaux tant épidémiologiques que sociologiques, amène à regrouper, au moins chez les jeunes, l'alcool, le tabac et le cannabis, en les opposant aux autres substances illicites. Ceci ne résout pas la question principale pour le clinicien, à savoir le repérage des indicateurs du passage à la consommation nocive et à la dépendance. Nous donnons ici les principaux éléments concernant les consommations associées dans les études épidémiologiques les plus récentes, mais aussi dans des travaux plus qualitatifs, ainsi que les données numériques estimées dans les dispositifs de soins.

## Enquête en milieu scolaire

L'enquête European school survey on alcohol and other drugs (ESPAD) s'est déroulée dans 30 pays européens en 1999. La partie française de cette étude a été exploitée conjointement par l'OFDT et l'Unité 472 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Les premiers résultats ont été publiés en 2000 [4] et le rapport complet doit l'être en 2001 [5]. Elle concerne 11 870 jeunes scolarisés de la 4<sup>e</sup> à la Terminale. Les garçons représentent 48 % et les filles 52 %. Leur âge moyen est de 16,7 ans ( $\pm 1,9$ ). Une partie du travail d'exploitation s'est intéressée au cumul des substances psychoactives alcool-tabac-cannabis.

### L'EXPÉRIMENTATION ET LA CONSOMMATION ACTUELLE DE PLUSIEURS SUBSTANCES

Dès l'âge de 14 ans, une majorité d'élèves (54 % des garçons et 55 % des filles) ont expérimenté au moins deux des trois substances ; à 19 ans, 83 % des garçons comme des filles.

A 14 ans, 13 % des garçons et 8 % des filles ont consommé les trois produits ; à 19 ans, 57 % des garçons et 48 % des filles.

Le taux d'expérimentation diffère selon les substances. La majorité des élèves ont pris de l'alcool ou du tabac, alors que l'expérience de l'ivresse ne concerne qu'1 élève sur 2, et l'essai du cannabis 1 élève sur 3.

Parmi les expérimentateurs d'alcool, 7 sur 10 sont des consommateurs actuels (ont consommé durant les 30 derniers jours), 6 sur 10 pour le cannabis, 5 sur 10 pour le tabac, 4 sur 10 pour l'ivresse.

Pour toutes les substances, le taux d'expérimentation et de consommateurs actuels parmi les expérimentateurs, augmente entre 14 et 19 ans. Cependant, ces augmentations sont nettement plus sensibles pour le cannabis et l'ivresse que pour l'alcool et le tabac.

La consommation d'alcool ou de cannabis ainsi que l'ivresse sont, avec l'âge, surtout le fait des garçons. Le tabagisme évolue de façon identique pour garçons et filles.

### LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE DE PLUSIEURS SUBSTANCES

Sont considérées comme consommations régulières, pour l'alcool et le cannabis, « au moins 10 consommations durant les 30 derniers jours », pour les ivresses « au moins trois ivresses durant les 30 derniers jours », pour le tabac « au moins 11 cigarettes par jour ».

Deux substances sont consommées régulièrement par 4 % des sujets (dont 39 % alcool et cannabis, 30 % tabac et cannabis et 32 % tabac et alcool). La prise régulière d'au moins deux produits passe de 2 % à 14 ans à 14 % à 19 ans pour les garçons, et de 0,3 % à 14 ans à 6 % à 19 ans pour les filles.

Trois substances sont consommées régulièrement par 0,9 % des sujets. A 19 ans, c'est le cas pour 2 % des garçons et 1 % des filles.

Les liaisons entre substances sont significatives pour tous, mais plus importantes pour les filles que pour les garçons. Le risque de consommer régulièrement du cannabis est cependant plus élevé chez les filles que chez les garçons qui consomment régulièrement de l'alcool ou du tabac.

## Enquête lors de l'appel pour la préparation à la défense

L'Enquête sur la Santé et les comportements lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) s'est déroulée pour la

première fois en mai 2000 et porte sur 13 957 sujets âgés de 17 à 19 ans : 5 053 garçons de 17 ans, 3 736 de 18 ans et 1 807 de 19 ans et 3 361 filles de 17 ans. Elle s'inscrit dans le cadre de la Journée d'appel de préparation à la défense, instituée par la loi du 28 octobre 1997, relative à la réforme du service national. Elle fait suite aux enquêtes effectuées auparavant par le Service de santé des armées dans les centres de sélection. Son intérêt est de compléter les recueils en milieu scolaire. Globalement, les résultats confirment ceux de l'enquête ESPAD. Cette enquête a été publiée par l'OFDT en 2000 [6]. Sur le même modèle que dans l'enquête ESPAD, les consommations associées alcool-tabac-cannabis ont été étudiées.

### LA POLYEXPÉRIMENTATION

Il s'agit ici d'avoir déjà consommé au cours de sa vie au moins 2 des 3 produits, mais il est impossible de préciser s'il s'agit ou non de consommation simultanée.

A 17 ans, 75,9 % des filles et 74,7 % des garçons ont expérimenté au moins deux produits. A cet âge, l'expérimentation des 3 produits est plus fréquente pour les garçons (46,9 % contre 35,8 %), tandis que les filles sont plus nombreuses à n'avoir expérimenté que l'alcool et le tabac. Pour les garçons, la polyexpérimentation augmente avec l'âge, pour atteindre 82,6 % à 19 ans (et 57,2 % pour la combinaison des 3 produits). Quels que soient l'âge et le sexe, l'expérimentation des 3 produits est plus fréquente que celle de 2 d'entre eux seulement : ces expérimentations semblent donc étroitement associées.

### LE POLYUSAGE RÉPÉTÉ

Les variations observées selon l'âge et le sexe sont plus nettes. A 17 ans, le polyusage répété est deux fois plus fréquent chez les garçons (12,4 % des filles, contre 23,4 % des garçons) ; pour les deux sexes, il concerne surtout le tabac et le cannabis. Le tabac est le principal dénominateur commun des polyusages répétés, quels que soient l'âge et le sexe. Pour les garçons, le polyusage répété croît entre 17 et 19 ans (il atteint à cet âge 34,1 %).

## Enquête sur la population générale

L'enquête 1999/2000 du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) en population générale porte sur un échantillon de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans, interrogées sur leurs consommations par téléphone. Les premiers résultats viennent d'être publiés en 2001 [7]. Une question ouverte, sur l'ensemble des substances consommées, a été posée pour recueillir les consommations simultanées et les situer dans le temps.

### LA POLYEXPÉRIMENTATION

Les hommes déclarent en moyenne avoir expérimenté deux fois plus de substances illicites que les femmes (0,6 contre 0,3) ; cette expérimentation augmente puis diminue avec l'âge (0,4 en moyenne entre 15 et 19 ans ainsi qu'entre 35 et 44 ans, 0,6 entre 20 et 25 ans). Le nombre moyen de substances expérimentées (hors tabac et alcool) est faible dans le cas du cannabis : ses expérimentateurs déclarent en moyenne avoir déjà essayé 1,4 substances illicites (donc 0,4 substances différentes du cannabis), ce qui montre qu'en avoir déjà consommé n'est que rarement associé à d'autres expériences. Ce nombre est beaucoup plus élevé pour les autres substances et en particulier pour l'héroïne et l'ecstasy (plus de la moitié des 8 substances étudiées). Parmi les expérimentateurs de substances illicites, 18,9 % déclarent en avoir pris ensemble au moins 2, et dans 90 % des cas il s'agit d'alcool et de cannabis.

### LA POLYCONSOMMATION RÉPÉTÉE

Elle désigne le fait d'avoir déclaré un usage répété pour au moins 2 de ces 3 produits : tabac (fumer quotidiennement),

alcool (au moins 3 fois par semaine sur la dernière semaine), cannabis (au moins 10 fois par an).

Elle concerne 14,7 % de la population de 15 à 44 ans. Au-delà, l'usage du cannabis devient pratiquement inexistant. L'association alcool-tabac est la plus fréquente (8,7 %), puis viennent tabac-cannabis (3,9 %), alcool-tabac-cannabis (1,7 %) et alcool-cannabis (0,4 %). Ceux qui ont expérimenté le moins de substances psychoactives (hors alcool, tabac et cannabis) sont les polyconsommateurs exclusifs de tabac et d'alcool (0,2 en moyenne), tandis que les autres en ont essayé une en moyenne. Les trois quarts des polyconsommateurs répétés déclarent avoir déjà pris plusieurs produits psychoactifs de façon concomitante : il s'agit dans 90 % des cas d'alcool et de cannabis, et d'alcool et/ou de cannabis avec un autre produit dans le reste des cas (ces autres produits étant le plus souvent de la cocaïne ou de l'ecstasy). Les médicaments n'entrent que rarement dans la composition des mélanges, et les autres drogues illicites sont très rares.

Sur l'ensemble des 12-75 ans consommant alcool et tabac, on compte 28,2 % de fumeurs quotidiens et 19,3 % de buveurs quotidiens. Lorsque l'on croise ces deux populations, 5,3 % fument et boivent quotidiennement à la fois. En effet, le tabagisme quotidien baisse avec l'âge, alors qu'inversement la consommation quotidienne d'alcool est davantage le fait des plus âgés. Quant aux buveurs hebdomadaires (qui consomment donc de l'alcool au moins une fois par semaine), ils représentent 58,7 % de la population. Lorsque l'on croise ces deux populations, 18,3 % fument et boivent au moins une fois par semaine.

## Enquête sur les produits émergents liés à l'usage de produits psychoactifs

L'enquête TREND 2001 est un dispositif d'observation en cours de développement, en milieu urbain et en milieu festif, cherchant à identifier et à décrire les phénomènes émergents liés à l'usage de produits psychoactifs. Elle vient d'être publiée par l'OFDT [8]. Elle décline l'usage des principales substances illicites, et notamment leurs associations, qui toutes vont dans le sens d'une potentialisation des effets de « défonce » ou d'une atténuation des symptômes de la « descente ». Concernant les associations, deux points méritent d'être soulignés : la consommation souvent méconnue de produits ne correspondant pas à ce que croit prendre le consommateur, notamment par la présence simultanée de plusieurs produits dans un conditionnement, et la large présence de l'alcool, qui joue un rôle non négligeable dans la survenue de complications et dans leur gravité.

### LES OPIACÉS

L'héroïne voit sa diffusion en milieu urbain se stabiliser après plusieurs années de décroissance ; la voie intraveineuse est en recul au profit des voies nasale et pulmonaire. On note une augmentation dans l'espace festif à petite échelle ; elle y est surtout fumée ou sniffée, et une utilisation pour adoucir la descente des stimulants et des hallucinogènes apparaît.

La buprénorphine (BHD) haut dosage a été prescrite à 76 000 personnes en 2000. Ses mésusages, liés au nomadisme médical et au trafic, sont l'utilisation de la voie injectable (génératrice d'abcès), et les associations, responsables de décès, à l'héroïne, à la cocaïne, au cannabis, aux BZD et à l'alcool.

La consommation des sulfates de morphine (Skénan®, Moscontin®) sont en nette diminution.

La méthadone a été prescrite à 10 000 personnes en 2000. Ses mésusages sont le plus souvent des associations à la cocaïne ou au crack, à l'alcool et aux BZD.

Le Néo-codion®, produit codéiné, est volontiers associé à l'alcool, au cannabis et aux médicaments, mais son emploi a fortement diminué.

Le rachacha est une décoction de têtes de pavot, utilisé dans l'espace techno, qui a un effet relaxant ou planant, et qui est surtout pris pour adoucir la descente des stimulants ou des hallucinogènes.

### LES STIMULANTS

La cocaïne est en augmentation depuis 1996 : elle peut être synthétique ou naturelle, ou sous forme de crack (chlorydrate transformé en base). Les effets recherchés sont un accroissement de communicabilité et des performances, ou des effets de régulation (l'association avec alcool réduit l'excitation de la cocaïne et l'ivresse de l'alcool ; avec l'ecstasy, elle masque les effets hallucinogènes, atténue la montée et prolonge les effets ; avec le LSD, elle équilibre les effets et adoucit la descente). Pour gérer la descente des effets de la cocaïne sont employés les opiacés, les BZD et le cannabis.

Les amphétamines-speed sont souvent associées à l'alcool pour diminuer l'ivresse, au cannabis, au LSD et à l'ecstasy en descente pour relancer les effets, à la kétamine pour réduire les hallucinations.

L'utilisation de l'ecstasy augmente dans l'espace urbain et se stabilise dans l'espace techno. Les associations sont fréquentes : LSD, cannabis ou alcool, cocaïne, amphétamines, protoxyde d'azote, kétamine, BZD et opiacés.

### LES HALLUCINOGENES

Le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD) est souvent associé au cannabis, à l'ecstasy, à la cocaïne ou au speed. Son usage augmente dans l'espace techno depuis les années 90.

Les champignons hallucinogènes sont parfois associés au LSD.

La kétamine, le gamma OH (GHB) et le protoxyde d'azote sont souvent associés à l'ecstasy, au LSD ou à la cocaïne.

### LES MÉDICAMENTS DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE

Le flunitrazépam et le diazépam atténuent les symptômes du manque et réduisent l'anxiété. À fortes doses, le flunitrazépam peut induire une euphorie avec une levée des inhibitions (épisodes violents) et une amnésie antérograde. Ils sont employés pour gérer la descente de l'ecstasy et des amphétamines, ou pour majorer la défonce avec l'alcool ou les opiacés.

Le trihexyphénydyle est un anticholinergique antiparkinsonien de synthèse. Son surdosage peut entraîner des effets atropiniques (bouche sèche, constipation, mydriase, élévation de la pression intra-oculaire, tachycardie, rétention urinaire, glaucome aigu), une confusion, des hallucinations et une dépression respiratoire. Il est souvent pris associé à l'alcool.

### Estimations des prises en charge

Le rapport de l'OFDT « Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances 2001 » est en instance de publication [1]. Il fait le point sur les différents enjeux des consommations de substances psychoactives et récapitule les données disponibles par produit concernant les demandes de traitement.

### POUR L'ALCOOL

En 1998, la file active de consultants dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) était de l'ordre de

80 000 personnes. Dans les centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) la file active annuelle liée à l'alcool en tant que produit primaire était de 3 000 à 4 000 personnes. En 2000, les nouveaux consultants dans les CCAA sont estimés à 38 000 [9]. Ces malades sont considérés, dans 2 cas sur 3, comme alcoolo-dépendants et dans 1 cas sur 5 comme des consommateurs nocifs. Parmi eux, plus des deux tiers sont fumeurs, 1 sur 10 consomme des médicaments et 1 sur 20 du cannabis. Une enquête en médecine de ville en 1999 [10] montre que les médecins généralistes avaient vu un peu moins de 2 malades [1, 7] qui souhaitaient s'arrêter de boire au cours de la semaine précédente, soit une file active hebdomadaire d'environ 92 000 personnes.

### POUR LE TABAC

Il n'existe pas de système pérenne d'enregistrement des consultations en tabacologie. En 1999, 55 000 sujets ont été accueillis pour la première fois dans une structure de tabacologie [11]. Dans l'enquête en médecine de ville en 1999 [10], 60 % des médecins généralistes proposent des sevrages tabagiques à leurs malades, dont le nombre moyen accueilli par semaine est de 1,9. On estime, en 1998, à 100 000 le nombre hebdomadaire de fumeurs ayant consulté un généraliste. Les traitements proposés sont surtout la substitution nicotinique, essentiellement sous la forme de patch (65 %). Il n'est pas fait mention, dans ces études, des consommations éventuellement associées.

### POUR LES SUBSTANCES ILLICITES

La file active annuelle de nouveaux consultants dans les CSST est en 1999 de l'ordre de 30 000 [12]. Les prises en charge les plus fréquentes concernent les opiacés, la cocaïne, le cannabis, l'alcool et les médicaments. Pour les polyconsommateurs, la mention de 2 produits n'apparaît que dans 30 % des cas, et 3 produits dans 12 % : il s'agit surtout du cannabis, de l'alcool et de l'héroïne. Les usagers de drogues ayant recours au système de soins sont, pour 56 %, des polyconsommateurs dépendants, surtout aux opiacés, associés à la cocaïne, au cannabis, aux médicaments psychotropes et à l'alcool. Pour les consommateurs d'opiacés, de cocaïne, d'hallucinogènes et de stimulants, les associations les plus fréquentes, comme signalé précédemment, sont l'alcool, le tabac et le cannabis. Dans l'enquête en médecine de ville en 1999 [10], les médecins généralistes reçoivent des usagers d'héroïne selon un nombre moyen mensuel de 1,7. Le cannabis intervient plus fréquemment dans les demandes de prise en charge dans les CSST et les établissements sanitaires en 1999, en tant que premier produit (15,5 %). La polydépendance n'y intervient que dans 40 % des cas, l'alcool étant le plus fréquent (16 %).

## Axes thérapeutiques

La prise en charge spécifique des polyconsommations est loin d'être codifiée, même si de nombreux travaux récents s'y sont intéressés. Ceci tient à la fois aux modalités individuelles de la consommation, aux difficultés de repérage diagnostique (notamment en ce qui concerne la consommation nocive) et au contexte culturel qui entoure consommation d'une part, et évolution des lieux de soins d'autre part. Entre 1998 et 2001 se sont tenues, sous l'égide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), quatre conférences de consensus (deux sur l'alcool, une sur le tabac et une sur les opiacés), qui abordent, chez les sujets dépendants, la question des consommations associées (annexes 1 à 4). Nous nous limiterons aux cadres les plus fréquents que sont le tabac, les médicaments psychotropes, les opiacés, la cocaïne et le cannabis.

## Alcool et tabac

Selon les études, 75 % à 95 % des buveurs fument. Plus la consommation d'alcool est importante, notamment en ce qui concerne l'usage nocif et la dépendance, plus celle de tabac l'est également et réciproquement. La consommation de tabac présente un statut particulier dans la classification DSM IV, puisque c'est la seule substance psychoactive pour laquelle l'usage nocif n'existe pas, les consommations se répartissant entre usage épisodique et dépendance. La plupart des travaux sont centrés sur les co-dépendances alcool-tabac et leurs influences réciproques. Une synthèse récente vient d'en être faite à l'occasion de la conférence de consensus sur l'accompagnement du malade alcoolo-dépendant sévré [13]. On peut en retenir que le sevrage tabagique n'a pas d'influence sur la consommation d'alcool à court et à long terme, mais que la poursuite de la consommation d'alcool est un facteur de risque pour la reprise du tabagisme. Les travaux sur la consommation de tabac après sevrage alcoolique sont discordants, mais ne montrent pas de corrélation entre la poursuite du tabac et la rechute alcoolique éventuelle. Les phénomènes de transfert de dépendance, qui sont constatés en clinique, ne sont pas majeurs, et la diminution de la consommation de tabac, voire son arrêt, sont sensiblement liés à la durée de l'abstinence d'alcool, elle-même corrélée avec la motivation du malade.

Il n'existe pas de consensus sur les modalités de mise en place d'un sevrage tabagique chez les buveurs, mais sa nécessité est d'autant plus évidente chez les consommateurs nocifs et les dépendants, en raison de son poids dans la surmortalité. Son approche est subordonnée à la conviction et à la formation du thérapeute, car les compétences restent encore le plus souvent limitées à la prise en compte d'une substance. Dans l'état actuel, il faudra que l'alcoologue s'associe au tabacologue, ou qu'il puisse acquérir des connaissances dans ce domaine. Les formations de plus en plus combinées dans le domaine de l'addictologie, notamment dans le cadre du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) d'addictologie, feront certainement s'atténuer les clivages. Le sevrage de tabac doit être abordé, et on le propose actuellement surtout à distance du sevrage d'alcool, une fois celui-ci stabilisé [14], même si certains prônent des sevrages simultanés ou plus précocement successifs [15]. La question de la motivation du malade est de plus en plus abordée sous un angle cognitivo-comportementaliste, sur le modèle de Prochaska et Di Clemente, qui peut être reformulé en quatre points : informer (et inciter), évaluer la motivation, comment encourager la motivation et établir un plan d'action [16]. L'usage des substituts nicotiques a fait la preuve de son efficacité à court terme dans le syndrome de sevrage tabagique, mais ne permet pas d'améliorer les taux d'abstinence à long terme chez des alcoolo-dépendants en cours de sevrage ou stabilisés. Une majoration de la posologie et de la durée de prescription est proposée. D'autres molécules (clonidine, buspirone) ont montré un intérêt qui ne s'est pas confirmé à long terme. Le bupropion y aura toute sa place [17], notamment en la présence d'état dépressif ou de phobie sociale associés. Le suivi thérapeutique s'inscrit, faut-il le rappeler, dans une dimension psychothérapeutique sans laquelle rien ne peut être fait. Ici comme ailleurs, le choix d'une orientation vers un soutien, une thérapie cognitivo-comportementaliste ou d'inspiration psychanalytique dépendra des troubles psychopathologiques associés et des orientations du thérapeute.

## Alcool et médicaments psychotropes

On note ces dernières années une nette augmentation de la consommation des antidépresseurs. Leur usage récent concerne 14 % des hommes et 25 % des femmes. La consommation

régulière des somnifères et des tranquillisants est relevée chez 9 % des adultes. Il s'agit surtout de prescriptions médicales, puisque l'auto-prescription se limite à 15 %. Les associations les plus fréquentes sont l'alcool et le tabac, avec une nette prédominance masculine. Une étude récente de l'OFDT [18] n'a pas trouvé de lien entre consommation de psychotropes et consommation d'alcool ; outre la classique prédominance féminine, les facteurs socioprofessionnels sont mis en avant par les hommes et les facteurs médicaux par les femmes ; dans cette population de la cinquantaine, la trajectoire de consommation montre que plus de la moitié a une consommation continue sur les 5 dernières années.

L'association alcool et BZD est de loin la plus fréquente, et s'inscrit dans des cadres très différents : des prescriptions légitimes dans le cadre du sevrage (de courte durée) et dans le cadre du traitement d'une psychopathologie anxieuse, des prescriptions illégitimes au cours de conduites d'alcoolisation pathologique, des automédications diverses et des usages à visée toxicomaniaque, le plus souvent associés à plusieurs autres substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage.

La surconsommation de BZD est relevée dans tous les travaux sur les consommateurs nocifs et les alcoolo-dépendants, de l'ordre de 30 % à 50 % [13, 19], et leur utilisation dans le cadre du sevrage a même fait poser la question d'un transfert de dépendance [20, 21]. L'abus est surtout rencontré chez les sujets présentant une comorbidité psychiatrique, et l'apparition d'une dépendance aux BZD est le fait de prescriptions longues et de doses importantes. Sa prévention demande à limiter les prescriptions aux sujets présentant des troubles anxieux caractérisés résistant au sevrage d'alcool, en utilisant des molécules à demi-vie longue, et d'instituer un suivi psychothérapeutique. Le sevrage d'alcool ne peut pas être simultané avec celui des BZD, qui nécessitera une durée plus prolongée, en raison notamment du risque de survenue de crises convulsives. Diverses modalités peuvent être proposées : diminution progressive, sur plusieurs semaines de la dose de la BZD de dépendance et substitution par une BZD de demi-vie longue, avec doses dégressives en diminuant la posologie par 2 tous les 2 ou 3 jours [22]. D'autres molécules ont été utilisées, telles la carbamazépine et l'hydroxyzine.

## Alcool et substances illicites

La consommation de toutes les substances illicites est certainement plus fréquente qu'on ne croit chez les sujets présentant des troubles liés à l'alcool, même si les travaux nord-américains ne peuvent pas être superposés aux particularités des conduites addictives dans notre culture. Elle impose un recueil complet des usages de substances psychoactives quel que soit le produit mis en avant dans la rencontre avec le médecin. Ces consommations associées concernent cependant avant tout les sujets jeunes, porteurs d'une psychopathologie, et répondent à des utilisations synergiques pour potentialiser ou compenser les effets d'un produit par un autre. Elles sont porteuses d'une gravité dans l'intensité des dépendances, dans la survenue de complications somatiques et psychiatriques et en termes de pronostic global. Leur prise en charge nécessite une évaluation motivationnelle qui permettra en outre de repérer l'importance des consommations associées. Une attitude souple sera basée sur des approches successives, en fonction de la motivation et de la dangerosité potentielle des produits. Le suivi nécessitera une appréciation globale, ne se limitant pas à la substance considérée comme principale, en raison des répercussions que le sevrage d'un produit peut avoir sur les autres consommations.

La consommation d'opiacés est souvent associée avec celle d'alcool (de 30 à 70 % selon les études) et celle-ci tend à se majorer après un sevrage des opiacés [13]. Elle aggrave

l'évolution des troubles somatiques éventuels, au premier rang desquels l'hépatite C. Il est à noter que les héroïnomanes ont aussi une consommation nocive ou une dépendance aux BZD dans 3 cas sur 4 [21]. De même, les sujets traités par la méthadone, dont la moitié consomme de l'alcool, ne semblent pas pouvoir diminuer leur consommation d'alcool, et ceux qui ont une consommation nocive ou une dépendance ont une évolution plus péjorative. Le cas le plus fréquent dans ce domaine est la prise en compte secondaire du problème d'alcool, posant à nouveau la question de la compétence des équipes spécialisées. Son approche devrait certainement être plus précoce et les collaborations entre intervenants en toxicomanie et alcoologues y trouvent un terrain propice [22]. La forme ultime en est le sevrage d'alcool, qui demande le plus souvent un cadre hospitalier. Il faut noter que l'utilisation d'un antagoniste morphinique, la naltrexone, est proposée sous des noms commerciaux différents pour le sevrage d'opiacés (mais n'est cependant pas retenu par la conférence de consensus et dans l'aide au maintien de l'abstinence chez l'alcoolo-dépendant ; elle ne doit pas être utilisée avec les médicaments de substitution. L'utilisation des BZD doit être, chez ces malades, encore plus rigoureuse, en raison des utilisations toxicomaniaques, des effets comportementaux et du risque d'engendrer une nouvelle dépendance, notamment avec des produits comme le flunitrazépam et le chlorazépate dipotassique haut dosage. Des alternatives peuvent être des neuroleptiques, comme l'aliméazine ou la cyaméazine. Ici encore, c'est la recherche d'une prise en charge globale du sujet qui est en question, et celle de l'aide médico-sociale et psychologique qui doit lui permettre une prise de conscience et lui donner l'aide nécessaire. Certains auteurs ont proposé, dans le cas d'une dépendance alcool-méthadone, l'utilisation du disulfiram. La prise en compte des troubles psychiatriques associés, ici encore plus qu'ailleurs, demande une approche spécialisée.

La consommation de cocaïne est souvent associée à celle d'alcool, et il existe une forte association entre les consommations nocives et les dépendances aux deux produits, en lien avec des effets de compensation [13]. Leur consommation simultanée peut faciliter des troubles du comportement. Le sevrage d'alcool chez les malades dépendants à la cocaïne ne semble pas influencer leur consommation de cocaïne, mais, à l'inverse, la consommation de cocaïne semble influencer péjorativement l'évolution des troubles liés à l'alcool. Il n'existe pas de chimiothérapie spécifique au sevrage de cocaïne ; on a pu proposer des antidépresseurs, mais les résultats sont contradictoires. Il faut noter que la buprénorphine pourrait, plus que la méthadone, limiter la consommation de cocaïne chez les sujets dépendants des opiacés. Pour ce qui concerne le maintien de l'abstinence d'alcool, le disulfiram a été recommandé.

Chez les consommateurs de cannabis, la dépendance physique est exceptionnelle ; la dépendance psychique n'est pas exclue et dépend de façon importante de la personnalité et des événements de vie du sujet. Les troubles aigus sont ceux de l'ivresse cannabique avec excitation, puis hallucinations et instabilité mentale, extase et repos, et sommeil terminal. Sont aussi notées des diminutions des performances motrices, des performances mnésiques et de l'attention. Parmi les multiples associations possibles, l'alcool reste le plus fréquent, même si l'âge de cette population est jeune. Il n'existe pas d'approche chimiothérapeutique actuellement proposée pour les troubles liés à l'usage de cannabis, mais le suivi médico-social et psychologique doit être proposé.

## Une approche commune ?

Les évolutions culturelles et politiques ont facilité les rapprochements entre les différents dispositifs de soins spécialisés.

Récemment, la notion d'addictologie est venue marquer la mise en commun de réflexions et de savoir faire entre les champs de compétence de l'alcoologie, de la tabacologie et de l'intervention en toxicomanie [23]. La délimitation d'aspects communs et spécifiques entre les diverses conduites addictives est indispensable pour en proposer une approche cohérente. Un groupe d'experts réuni à la MILDT vient d'en faire une synthèse qui est en instance de publication [24], dont nous relevons les principaux constats et axes stratégiques de l'accompagnement thérapeutique. Par ailleurs, l'ANAES prépare actuellement des recommandations pour la pratique clinique concernant le repérage et le sevrage des polyconsommations de substances psychoactives [25].

Les points communs sont connus depuis longtemps en clinique, qu'il s'agisse des poly-consommations du jeune ou des transferts de dépendance. La typologie des consommations problématiques propose une classification univoque. La prise en charge nécessite des moyens médicaux, psychologiques et sociaux, et surtout s'inscrit dans une durée et une coordination des lieux de suivi.

Les spécificités apparaissent plus nettement lorsqu'il y a une dépendance forte à un seul produit (notamment le tabac, l'alcool ou les BZD). Même en cas de consommations associées, le produit principal oriente le parcours de vie, et ses complications somatiques, psychiatriques et sociales demandent des approches spécialisées. Les facteurs psychopathologiques et sociaux conditionnent le choix des principaux axes du suivi : sevrage et abstinence, réduction des risques, substitution. Il est enfin important de ne pas négliger l'identification des consommateurs à leur produit, qui joue un rôle dans l'accès aux lieux de soins. Les comportements d'usage à risque et d'usage nocif sont d'autant moins spécifiques que les produits associés sont nombreux et variables. Il ne faut cependant pas méconnaître les implications sociales et culturelles, toujours évolutives, comme on le voit actuellement, selon des axes différents, pour le tabac et le cannabis. Leur fréquence chez les jeunes, notamment sous la

forme de polyconsommations, demande que les orientations vers les réseaux de soins soient faites le plus souvent et le plus précocement possible.

Sur le plan des méthodes thérapeutiques, les modèles concernant les dépendants sont assez convergents, construits autour des thérapies cognitivo-comportementales, qui peuvent se décliner selon des objectifs précis : maturation motivationnelle, aide à l'arrêt de la consommation, traitement des troubles cognitifs, relationnels, sociaux et psychiatriques, prévention de la rechute, et amélioration de la qualité de vie. Malheureusement les formations à ces techniques sont peu développées dans notre pays. Les chimiothérapies, en dépit de la possible prescription de molécules identiques dans diverses indications, restent globalement spécifiques. Quant au but principal de la prise en charge d'un sujet dépendant, les clivages restent importants sur la place qui revient à l'abstinence, ou plus exactement sur le temps de celle-ci, et des aménagements qui peuvent être proposés. Dans tous les cas, la première approche est d'identifier les mésusages, les facteurs de risque sous-jacents et les conséquences sanitaires et sociales, autrement dit de connaître le sujet, son histoire et son entourage ; ainsi, il sera possible de mettre en place, et de préférence d'intégrer ce qui est du ressort d'une modification du comportement de consommation (simple conseil, thérapie brève, voire prise en charge globale d'une dépendance), d'une réduction des problèmes médico-psycho-sociaux associés (en particulier troubles psychiatriques et désocialisation), ou d'une réduction des risques (conduite automobile, déshydratation, grossesse par exemple). C'est la coordination, la complémentarité et la durée de ces différentes actions qui permettra un suivi efficace, dont l'objectif principal est la qualité de vie du patient.

Le développement des usages problématiques des substances psychoactives repose sur une multitude de variables tenant à l'individu et à son environnement, sources potentielles de vulnérabilité ou de protection. C'est leur compréhension qui doit orienter les démarches préventives et thérapeutiques, et en deçà les recherches sur les conduites addictives.

**Avec la participation de l'ANAES et de la Société Française d'Alcoologie.**

**Conférence de consensus :**

**Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage — 7 et 8 mars 2001.**

**Extrait du texte court.**

*Consensus conference:*

*Accompanying alcohol-dependent persons after weaning — March 7 and 8, 2001.*

*Short text extract.*

**Question 3 — Comment gérer les compensations, les transferts de dépendances et les associations d'autres substances psychoactives (usage nocif ou usage avec dépendance) ?**

**Alcool et tabac**

Extrêmement fréquente, cette comorbidité alcool-tabac est à l'origine de répercussions somatiques majeures.

Aucune étude ne démontre un taux de rechute alcoolique supérieur en cas de double sevrage.

**Recommandations**

La formation des soignants en matière de tabacologie est recommandée. Le sevrage tabagique sera proposé systématiquement dans les suites immédiates ou à distance du sevrage éthylique. Le jury met en garde les praticiens contre la prescription systématique des psychotropes lors du sevrage tabagique. Il conviendrait de sensibiliser les pouvoirs publics au remboursement des substituts nicotiniques, leur coût entravant la démarche de soins des populations les plus défavorisées.

**Alcool et médicaments**

Parmi les classes médicamenteuses, les benzodiazépines (BZD) ont le plus fort potentiel addictif.

**Recommandations**

La prescription de BZD dans le sevrage éthylique sera limitée à 8 jours.

Si un traitement anxiolytique s'avère nécessaire, on privilégiera le recours aux molécules à demi-vie longue.

Il conviendra de toujours informer le patient du risque de transfert de dépendance.

Aucune étude n'ayant démontré, à ce jour, d'effet bénéfique des BZD sur le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants sevrés, celles-ci doivent être administrées avec la plus grande prudence.

**Substances illicites et produits de substitution**

L'essentiel des phénomènes de transfert de dépendance concerne les héroïnomanes. La consommation d'alcool par les patients qui reçoivent de la méthadone complique suffisamment la prise en charge pour encourager de tels patients à une prise en charge spécifiquement alcoologique.

La consommation de cannabis n'est que peu influencée par le sevrage éthylique. La majorité de ces usagers présentent une consommation récréative ou contrôlée de cannabis, sans perturbations somato-psychiques particulières.

**Les compensations alimentaires**

Le postsevrage est caractérisé par une appétence marquée pour les produits sucrés correspondant à une compensation orale hédonique et au déficit sérotoninergique engendré par l'arrêt de l'alcool. Ces troubles du comportement alimentaire doivent être prévenus par des conseils diététiques, une aide psychothérapique et éventuellement un traitement médicamenteux dont l'efficacité reste à évaluer.

**Avec la participation de l'ANAES et de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris.**

**Conférence de consensus :**

**Arrêt de la consommation du tabac — 8 et 9 octobre 1998.**

**Extrait du texte court.**

*Consensus conference:*

*Breaking the smoking habit — October 8 and 9.*

*Short text extract.*

**Un état anxio-dépressif, la consommation excessive d'alcool, la crainte d'une prise de poids influencent-ils les modalités d'arrêt d'aide à la consommation de tabac ?**

Ces situations doivent être prises en compte pour réussir l'arrêt du tabac.

Dépendance à l'alcool éthylique. Les données de la littérature concernent essentiellement les sujets alcoolodépendants. Il existe une corrélation positive entre la consommation d'alcool et de tabac.

Chez les patients alcoolodépendants, la prévalence du tabagisme dépasse 80 % et chez eux le degré de dépendance est particulièrement élevé avec des difficultés d'arrêt importantes.

**Avec la participation de l'ANAES et de la Société Française d'Alcoologie.**

**Conférence de consensus :**

**Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant — 17 mars 1999.**

**Extrait du texte court.**

**Consensus conference:**

**Objectives, indications and weaning protocols for alcohol-dependent persons — March 17, 1999.**

**Short text extract.**

**Question 4 — Quelles modalités proposer lorsque l'alcoolodépendance est associée à la dépendance à une ou plusieurs autres substances psychoactives ?**

Engager une démarche de sevrage des polydépendances est un travail intensif et long. La sévérité des symptômes, la complexité des situations, la fréquence de troubles psychiatriques sous-jacents imposent souvent une hospitalisation dans une unité spécialisée.

Les stratégies thérapeutiques sont plus difficiles à élaborer ; il est généralement inévitable de privilégier le traitement d'une dépendance par rapport à l'autre.

Il n'existe pas de données concernant l'association alcool-cannabis.

**Alcool et tabac**

80 à 95 % des malades de l'alcool sont également des fumeurs. La surmortalité engendrée par cette double dépendance est supérieure à la surmortalité imputée séparément au tabac ou à l'alcool.

L'aide à l'arrêt du tabac est trop peu fréquemment proposée par les soignants. Les raisons invoquées en sont diverses : ne pas compromettre le sevrage alcoolique, dépendance nicotinique socialement bien acceptée et perçue à tort comme non dangereuse. Cette attitude s'observe davantage chez les soignants fumeurs.

Aujourd'hui, alcoologues et malades semblent accorder un intérêt croissant au sevrage alcoolique couplé au sevrage tabagique. Deux modalités pratiques sont possibles :

- un sevrage alcoolique associé à une substitution nicotinique qui permet en réalité de différer le sevrage tabagique ;
- une thérapeutique commune au sevrage alcoolique et tabagique par la clonidine. Ses effets secondaires justifient son utilisation en milieu hospitalier.

Aucune étude n'est en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation après arrêt du tabac.

**Recommandations**

Le jury souligne la nécessité de :

- prendre en compte le tabagisme précoce et renforcer les actions d'information, en particulier auprès des adolescents, sur les dangers des consommations de substances psycho-actives ;
- proposer un sevrage simultané dès que le stade de motivation des patients le permet, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information et les modalités du sevrage tabagique.

Le jury souligne l'importance de la motivation, et recommande de susciter ou renforcer chez le patient la confiance en soi et en ses capacités à réussir un double sevrage.

**Alcool et benzodiazépines (BZD)**

La consommation concomitante d'alcool et de BZD est susceptible d'engendrer de graves troubles du comportement.

L'alcoolodépendant doit être considéré comme un sujet à risque de dépendance aux BZD.

L'usage des BZD pour traiter le syndrome de sevrage chez des patients déjà dépendants pose diverses questions : choix de la posologie, maintien de la molécule consommée ou prescription d'une autre BZD.

**Recommandations**

Le jury recommande de ne pas prescrire de BZD chez un alcoolodépendant non sevré.

Il faut exclure tout sevrage brutal et savoir admettre un sevrage en deux temps : alcool puis BZD, plus long et complexe.

Le jury propose de choisir en première intention : le maintien de la même molécule et de la même posologie pendant la phase initiale de sevrage de l'alcool (7 jours). Après cette étape, la posologie de BZD doit être réduite de 25 % par paliers de 3 jours.

D'autres stratégies peuvent être rendues nécessaires par la situation clinique : augmentation de la posologie, changement de molécule en faveur d'une BZD à demi-vie longue.

L'utilisation des médicaments neuroleptiques sédatifs est *a priori* déconseillée en raison du risque majeur de convulsions.

**Alcool et opiacés**

Chez le sujet en traitement de substitution, le sevrage alcoolique est possible mais le risque d'induire une dépression respiratoire par l'association méthadone ou buprénorphine et BZD impose une extrême vigilance.

**Recommandations**

Le sevrage simultané de l'alcool et de l'héroïne impose une hospitalisation.

Compte-tenu du nombre croissant de polydépendances associant alcool, produits opiacés (héroïne ou produits de substitution) et BZD, le jury note la nécessité d'études : incidence de l'alcoolodépendance ? interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques ? pronostic psychopathologique ?

**Alcool et cocaïne**

Cette addiction simultanée est considérée comme fréquente. Il n'existe pas de traitement codifié pour le sevrage. L'utilisation de BZD n'a pas apporté la démonstration de sa pertinence.

**Recommandations**

Nécessité de mener des études sur les complications psychopathologiques de cette association.

Un accompagnement psychothérapeutique et un soutien socio-éducatif longuement poursuivis sont indispensables pour le traitement des patients polydépendants.

**Avec la participation de l'ANAES et de la Fédération Française de Psychiatrie.**  
**Conférence de consensus :**  
**Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés — 23 et 24 avril 1998.**  
**Extrait du texte court.**

*Consensus conference:*  
*Weaning protocols for opiate-dependent drug abusers — April 23 and 24, 1998.*  
*Short text extract.*

**Sevrage des toxicomanies associées**

La fréquence des polytoxicomanies s'est notablement accentuée ces dernières années.

Les données scientifiques et thérapeutiques sont bien établies pour le dosage à une seule substance (opiacé, benzodiazépines (BZD), alcool). Les études concernant leur association ou celle des substances utilisées dans les polytoxicomanies sont moins nombreuses et relèvent de la pratique et de l'expérience propre à chaque équipe soignante.

**Sevrage des BZD**

Les modalités de sevrage aux BZD sont nombreuses et doivent être spécifiques à la molécule consommée. Tous les protocoles excluent le sevrage brutal sans substitution en raison de la nécessité éthique et clinique de prévenir ou d'atténuer les signes de sevrage qui souvent importants, peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

**Sevrage de l'alcool**

Ces modalités ne sont pas spécifiques au consommateur d'opiacés. Elles sont nombreuses et font appel à un traitement médicamenteux, le plus souvent en ayant recours à une BZD de demi-vie longue.

**Sevrage des polydépendances aux opiacés, BZD et alcool**

Ces sevrages n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'études élaborées permettant de faire des recommandations.

**Sevrage de la cocaïne et des amphétamines**

Aucun traitement pharmacologique n'a fait la preuve de son efficacité dans cette indication.

**RÉFÉRENCES**

1. Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances 2001. Paris : OFDT, A paraître.
2. Goodman A. Addiction : Definition and implications. Br J Addict 1990;85:1403-8.
3. Barrow SM. Usages de drogue et comorbidités psychiatriques. Synthèse des recherches américaines. Documents du groupement de recherche psychotropes, politique et société. In : Ehrenberg A, Lovelle A eds. Paris : CNRS, 1999;3.
4. Beck F, Choquet M, Hassler C, Ledoux S, Peretti-Watel Pk. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolutions 1993-1999. Tendances 2000;6.
5. Choquet M, Costes JM, Ledoux S. Rapport ESPAD, France 1999. Paris : OFDT, 2001. A paraître.
6. Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Regards sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. Paris : OFDT, 2000.
7. Comité français d'éducation pour la santé. Baromètre Santé premiers résultats 2000. Vanves : CFES, 2000.
8. Bello PY, Toufik A, Gandilhon M. Tendances récentes. Rapport TREND. Paris : OFDT, 2001.
9. Association nationale de prévention de l'alcoolisme, INSERM U 302. Consultants des CCAA en 1999, Paris : ANPA, 2000.
10. Arènes P, Guilbert P, Baudier F. Baromètre santé médecins généralistes 98/99. Coll. Baromètres. Paris : CFES Editions, 2000.
11. Dautzenberg B, Youssi D, Mélihan Cheinin P, Combret P. Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France. Bull Epid Hebd 1999;51:213-5.
12. Tellier S. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999. Document de travail N° 19. Paris : DREES, 2001.
13. Lamek P. Comment gérer les compensations, les transferts de dépendance et les associations d'autres substances psychoactives (usage nocif ou usage avec dépendance) ? Alcoolologie et Addictologie 2001;23:294-310.
14. Gillet C. Sevrage alcoolique et tabagisme. Alcoolologie 1999; 21(suppl.2):127S-132S.
15. Aubin HJ, Tilikete S, Rouillet-Volmi MC, Barrucand D. Interrelations entre les dépendances alcooliques et tabagiques. Alcoolologie 1995;17: 281-6.
16. Batel P. Comment motiver un alcoolodépendant à arrêter de fumer ? Alcoolologie et Addictologie 2001;23(suppl.2):54S-57S.
17. Aubin HJ, Renon D, Lebargy F. Le bupropion : un nouveau traitement de la dépendance tabagique. Alcoolologie et Addictologie 2001. A paraître.
18. Baumann M, Alla F, Empereur F. Psychotropes et dépendances. Paris : OFDT, 2001.
19. Reynaud M, Rault N. Alcoolisme et benzodiazépines. Alcoolologie 1996;18:243-53.
20. Ernouf D. Modalités du sevrage : alcoolodépendance associée à la dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives. Alcoolologie 1999;21(suppl.2):144S-150S.
21. Reynaud M. Sevrage alcoolique et dépendance à d'autres substances psychoactives. Alcoolologie 1999;21(suppl.2):133S-141S.
22. Dally S. Quelles modalités pratiques proposer lorsque l'alcoolodépendance est associée à la dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives ? Les médicaments. Alcoolologie et Addictologie 2001;23:286-90.
23. Morel A, Favre JD, Rigaud A. Rapprocher l'alcoolologie et l'intervention en toxicomanies ? Entre points communs et spécificités. Toxicodépendancias 2001;7:45-57, Interventions 2001;18:42-55, Alcoolologie et Addictologie 2001;23:393-403.
24. Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions. Rapport provisoire du groupe de travail sous la direction de la MILDT, 2001. A paraître.
25. Recommandations pour la pratique clinique. Les polyconsommations aux substances psychoactives en pratique professionnelle courante. Repérage et modalités de sevrage. Paris : ANAES. A paraître.