Spécial RÉTROSPECTIVE

Addicto Scope La Revue

Revivez les temps forts de l'année 2017

Articles scientifiques
Les articles plébiscités par les lecteurs au cours de cette année

Commentaires d'experts
Le résumé de l'actualité 2017 commenté par des professionnels de santé impliqués en addictologie

Congrès en addictologie
Les comptes-rendus des communications majeures des principaux congrès en addictologie

Vidéos d'experts
Des vidéos d'experts dans votre domaine d'expertise

Éditoriaux
Le point sur l'actualité médicale et scientifique

© Lapencia-Fotolia

1 an

Sommaire

p. 2 Éditorial : 1 an de lecture, 1 an de découverte, 1 an de curiosité

p. 4 Focus : AddictoScope.fr

p. 5 Premier Bilan de l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque

p. 7 Risque de mortalité pendant et après l'utilisation des traitements de substitution aux opiacés : une revue de la littérature

p. 9 La naltrexone à toutes les sauces ou la panacée de toutes les addictions ?

p. 10 Éditorial : Addiction et psychiatrie : de l'intérêt des diagnostics

p. 12 Les mamans sous traitements de substitution sont-elles de mauvaises mères ?

p. 13 Prise en charge en soins primaires des troubles de l'usage des opioïdes : abstinence, méthadone ou association buprénorphine-naloxone ?

p. 15 Trajectoires autour de l'alcool, sortie des addictions

p. 16 Éditorial : Actualité 2017 et enjeux 2018

p. 18 Où l'on reparle du cannabis et de la psychose

p. 20 Programmes de réduction des risques liés au VHC intégrés aux salles de consommation à moindre risque

p. 21 Congrès en Addictologie...

Éditorial

1 an de lecture, 1 an de découverte, 1 an de curiosité,

1 an pour montrer encore, si cela était nécessaire que la question de l'addictologie intéresse et questionne. Les 1700 lectures mensuelles d'AddictoScope montrent que les acteurs de cette discipline sont en constante interrogation et réflexion quelques soient leurs pratiques et leurs missions. Au regard des 5 articles les plus lus, 3 focus peuvent être distingués.

– Clinique et pratique quotidienne dans l'accompagnement de nos patients et usagers

Le risque d'**overdose** chez les usagers préoccupe. Les chiffres sont parfois saisissants et les messages peu clairs. Nombreux ont cherché à savoir quelle était cette réalité. Si les MSO* ont prouvé leur efficacité dans la diminution de la mortalité globale des usagers, ils présentent des risques néanmoins réels de décès selon les situations. **Les risques** d'overdose sont bien connus à **l'induction** des traitements mais peut-être moins dans la semaine qui suit **l'arrêt** de ceux-ci (sevrage ; sortie d'incarcération…). La mise en place de bonnes pratiques lors de ces phases délicates est essentielle : information éclairée, consultations et évaluations régulières et rapprochées tant de la problématique d'usage (polyconsommations) que des facteurs psychologiques et psychiatriques associés, facteurs de risques reconnus.

Les nouvelles stratégies thérapeutiques et notamment médicamenteuses pour la prise en soins retiennent aussi notre attention : indications de la **naltrexone**, l'arrivée de **Nalscue®** sur le marché français (traitement de l'overdose administré par

* MSO : Médicaments de substitution aux opiacés.

Cette publication a été réalisée en toute indépendance sous la seule et entière responsabilité des auteurs et du directeur de la publication (GNM HEALTHCARE) qui sont garants de son objectivité. L'objectif de cette publication est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche; ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités de santé françaises. Les sources et critères de l'information sont disponibles sur la plateforme AddictoScope. Crédit photos : Fotolia. Date de parution : Mars 2018. Avec le soutien institutionnel des Laboratoires Bouchara-Recordati.

l'usager ou ses proches avant l'arrivée du SAMU), les **TSO avec une nouvelle galénique** à venir, les nouveaux traitements anti-craving (symptôme prédictif de la rechute à évaluer et à traiter), le baclofène et la polémique de l'été. Toutes nouvelles molécules à venir, pour aider les patients, en complément des approches psychosociales, que ce soit pour le contrôle ou l'abstinence sont observées avec attention.

– Prises en charge complexes

Les **pathologies duelles** (psychiatrie et addiction) sont très fréquentes et méritent un dépistage, un diagnostic et une **prise en charge intégrée**. L'attention doit être portée sur l'association des traitements psychiatriques et MSO mais surtout sur le bon dosage des **MSO** qui permet, certes d'ôter le manque, de diminuer le craving mais aussi de **résoudre seuls, certains symptômes psychiatriques.**

Les polyconsommations, aujourd'hui très fréquentes ont attiré également votre réflexion. L'essentiel est de trouver **le sens** de cette polyconsommation : saturation des récepteurs insuffisante par le MSO, recherche d'effets positifs par l'association de produits, passage d'un produit ou comportement à un autre comme auto-substitution, pathologies somatiques (douleurs...) ou psychiatriques associées. Il faut bien sûr ne pas oublier le **contexte social**. Aider à une amélioration de la qualité de vie en s'appuyant sur la **demande et les objectifs personnalisés de l'usager** amènera une diminution de ces associations de produits et leurs risques.

– Prescription d'antalgiques opioïdes

« L'épidémie » d'overdoses en Amérique du nord en lien avec l'augmentation et le mésusage des antalgiques opioïdes nous a interrogé.

Qu'en est-il en France ? Nous sommes d'ores et déjà confrontés à des abus et dépendances mais dans des proportions moindres. Il faut néanmoins être vigilent : intérêt de définir le profil à risque de dépendance chez les patients qui se font prescrire ces antalgiques, intérêt d'un suivi là aussi régulier et minutieux afin d'évaluer les prises, les abus et les comorbidités, et plus largement intérêt à ce que les médecins généralistes, les addictologues et les algologues travaillent ensemble afin de donner le meilleur accompagnement possible à ces patients algiques.

En cas de dépendance avérée aux antalgiques opioïdes, la conduite à tenir semble être celle de la substitution plutôt que l'abstinence : la Méthadone ou Suboxone®, selon les situations, que la personne soit stable ou non, selon l'âge, si c'est une femme enceinte et selon les comorbidités associées.

Dr Véronique Vosgien

Références

- Mortality risk during and after opioid substitution treatment : systematic review and meta-analysis of cohort studies
BMJ : British Medical Journal 2017; 357(8103): j1550
- Naltrexone: A Pan-Addiction Treatment?
CNS Drugs 2016; aop: 10.1007/s40263-016-0373-0
- Editorial 'Addiction et psychiatrie : de l'intérêt des diagnostics' (Publié le 10/11/16)

Avec
la participation de professionnels de santé impliqués en addictologie

Le comité scientifique

Dr Bernard BATEJAT
Médecin Généraliste
CSAPA de Rochefort

Dr Karima KOUBAA
Médecin Généraliste
CSAPA de Toulouse

Dr Bertrand LEGO
Pharmacien d'officine
CSAPA de Mulhouse

Dr Véronique Vosgien
Psychiatre addictologie
EPMS de Lille

Le comité éditorial

Dr Florence BERTHET
Médecin Généraliste, CSAPA, Mulhouse

Dr Sami CORCOS
Pharmacien d'officine, Montélimar

Dr Patrice CUKIER
Médecin Généraliste, CSAPA, Nîmes

Dr Marc DONZEL
Addictologue, ELSA, Bourg St Maurice

Dr Arnaud MUYSSEN
Médecin Biologiste , CSAPA, Lille

Focus

ADDICTOSCOPE.FR, quelques chiffres qui illustrent un succès !

Depuis un peu plus d'un an la plateforme ADDICTOSCOPE.FR (service établie par GNM Healthcare en toute indépendance éditoriale) met à la disposition de l'ensemble des professionnels de santé l'essentiel de l'actualité scientifique en addictologie. Grâce à un travail commun entre GNM (éditeur de presse scientifique en ligne), le soutien institutionnel des laboratoires Bouchara-Recordati et les plus grands groupes éditoriaux internationaux, la plateforme est à la fois pertinente, ergonomique et innovante.

ADDICTOSOCOPE.FR permet à la fois :

– de prendre connaissance de l'essentiel des dernières études épidémiologiques et des résultats d'études dans le secteur de l'addictologie ;

– d'en apprendre plus sur les points de vue de plusieurs experts en addictologie.

Les newsletters bimensuelles, envoyées à l'ensemble des abonnés, se sont rapidement imposées comme un rendez-vous incontournable et attendu par de nombreux médecins, pharmaciens, infirmiers, spécialistes, membres des associations, etc. ; de toute la France.

Vous êtes, d'ailleurs, déjà plus de 1 300 abonnés fidèles et actifs qui peuvent profiter gratuitement (en plus des articles scientifiques en full-text) des suivis de congrès, des vidéos d'experts et des différents rapports/recommandations présentés sur le site. Actuellement, on compte près de 2 000 articles scientifiques lus par mois sur Addictoscope.fr ! Un engouement qui traduit le besoin d'information de l'ensemble des professionnels de santé pour un sujet toujours au cœur des préoccupations.

Merci pour votre confiance !

L'équipe éditoriale Addictoscope

1

Premier Bilan de l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque

Dr Elisabeth Avril

Vidéo XPERT Opinion TV, AddictoScope
www.addictoscope.fr

XPERT Opinion TV

Résumé Venez découvrir sur AddictoScope.fr l'interview accordée le 16 décembre 2016 par le Dr Elisabeth Avril, médecin généraliste, Directrice de l'association Gaïa-Paris, qui nous dresse un bilan préliminaire à deux mois suite à l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque.

Rapport d'activité intermédiaire à 9 mois (octobre 2016 – août 2017) de la salle de consommation à moindre risque de Paris, salle Jean-Pierre Lhomme, association Gaia

L'espace Gaïa fonctionne 7 jours/7 avec une ouverture au public de 13 h 30 à 20 h 30. Seuls les usagers injecteurs majeurs peuvent accéder à l'espace de consommation proprement dit, qui comprend 12 postes d'injection et 4 postes d'inhalation.

La file active

Les données de file active correspondent au nombre d'usagers inscrits à la salle, chacun ayant été reçu lors d'un entretien d'accueil et ayant répondu à un questionnaire.

Le nombre de personnes inscrites est de 799, dont la part estimée d'usagers non connus du CAARUD GAIA Paris est de 10 %.

- Profil des usagers de la file active

Nombre de personnes inscrites : 799
Age médian : 37,8 ans
Sexe ratio : 13 % femmes/ 87 % hommes
Sans couverture maladie : 28 %
Sans suivi médical ou social : 26 %
Personnes en suivi addictologique : 48 %
Personnes sous TSO prescrits : 57 %
Sans domicile et précaire : 52 %
Sans revenu : 43 %
RSA : 28 %
Lieu de vie Paris : 55 %
Lieu de vie Hors Paris : 45 %
Age moyen à la 1re injection : 18 ans
Age moyen des injecteurs quotidiens : 23 ans
Injection faite par un tiers : 19 %
Déclare injecter d'autres personnes : 25 %
Réutilisation du matériel (seringues et aiguilles) : 43 %
Échange de matériel usagé : 14 %
Consomme dans l'espace public : 53 %

Statuts sérologiques déclarés

VHC+ : 45 %, 40 % n'ont jamais consulté
VIH+ : 5,5 %
Pour 42 % des usagers, le dernier dépistage rapporté est antérieur à 6 mois.

Nombre moyen de passages / jour :

200 pour 180 usagers différents
De 65 (1er jour) à 180 (2e mois) puis 200 dès le début 2017

Les consommations

Total des consommations : 53 582
Dont nombre d'injections : 38 058
Dont nombre d'injections supervisées : 2 049
Dont nombre d'inhalations : 15 511

Produits consommés dans la salle /observé

Skénan® : 42,6 %
Crack : 43 %
Méthadone : 6,3 %
Buprénorphine : 6,1 %
Héroïne : 1,2 %
Cocaïne : 0,80 %

L'activité médico-sociale et de dépistage

Consultations ou actes réalisés par le médecin : 321
Consultations ou actes réalisés par l'infirmier : 506
Dépistages par TROD* VIH : 55 dont 3 positifs
Dépistages par TROD* VHC : 41 dont 7 positifs
Buvards : 23 dont 14 ARN VHC positifs
Examens par Fibroscan® : 26
Usagers en cours de traitement VHC : 5

* TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostique

Recours aux urgences de Lariboisière : 10 accompagnements
Monitoring en salle de repos : 46
Interventions des équipes urgences réanimation dans la salle : 13
Entretiens sociaux : 588 pour 188 usagers différents
Accompagnements physiques à caractère social, judiciaire : 74 dont un tiers (25) pour un suivi judiciaire.

Les actions de médiation et proximité, les maraudes de médiation sociale

– Maraudes de médiation sociale :

Depuis octobre 2016, 200 maraudes ont été réalisées en général par un binôme, sur la base de 2 maraudes de matinée par semaine et 5 l'après-midi.

– Journées portes ouvertes :

10 matinées portes ouvertes ont accueilli près de 800 personnes (peu de riverains, essentiellement des professionnels du champ de la réduction des risques et du soin en addictologie mais également des professionnels du sanitaire en général et des professionnels de la justice, des étudiants, etc.).

Le constat à 9 mois montre :

- L'atteinte des objectifs de santé publique : un public correspondant à celui attendu : 90 % des usagers de la SCMR sont des usagers qui avaient été repérés préalablement à l'ouverture de la salle ;
- une montée en charge rapide ;
- des pratiques d'injection qui justifient une supervision ;
- des missions d'accès aux soins (dont le dépistage des infections transmissibles et l'accès aux traitements) et d'accès aux droits sociaux réalisées par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire et formée ;
- une gestion efficace des surdoses et malaises ;
- la nécessité de renforcer les maraudes de médiation sociale ;
- une activité maximale dans la configuration actuelle (locaux, équipes, amplitudes horaires, flux, profils usagers complexes, etc.) de 200 à 220 passages/jour.
- un pilotage et un suivi assurés collectivement par les institutions et soutenus par une dynamique territoriale et des partenaires impliqués.

Les perspectives

- Pour assurer les missions inscrites dans le cahier des charges, dans des conditions de sécurité garanties et de travail attractives pour l'équipe et ce dans la durée (horaires décalés, répétitivité des tâches, risque d'épuisement, attention constante et pression des riverains, etc.), tout en tenant compte des profils et des demandes des usagers, un renforcement de l'équipe apparaît nécessaire.
- Au regard de la nécessaire acceptabilité de la SCMR dans son environnement, il a été décidé le renforcement des maraudes de médiation sociale pour atteindre une fréquence quotidienne (7 jours/7) (3 heures par jour).
- Les usagers non injecteurs ne sont pas reçus dans la salle, certains restant dans le quartier et consommant du crack aux abords de la gare. La plupart se sont redéployés dans d'autres quartiers (Strasbourg St Denis et Grands Boulevards).
- Le projet doit également envisager dans un avenir proche et sur le plan régional, l'ouverture d'autres salles de consommation notamment ciblant les usagers de crack, sur des horaires différents de ceux qui existent aujourd'hui gare du Nord.
- L'ouverture de la salle en matinée est également une hypothèse à envisager en accord avec la Mairie et les autorités de tutelles. Les usagers très désocialisés de la gare du Nord injectent également le matin et sont présents dans l'espace public.

Quelques phrases écrites par les usagers sur le mur de paroles de la salle

À quoi ça sert la salle ?

« Un **endroit chaleureux**, propre, sans les inconvénients et les dangers de la rue et des toilettes publiques »

« Ne pas se faire remarquer par les « minos » (enfants) / **le respect** / être à l'aise »

« Pour une consommation **sans risque** et no stress »

« **La rue** c'est la merde, essayons d'en être conscients »

« **Merci** pour tout »

« Ca sert à **faire connaissance** avec des gens qui nous aident »

Dr Élisabeth Avril

2

Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies

Sordo L. ; Barrio G. ; Bravo M. J. ; Indave B. I. ; Degenhardt L. ; Wiessing L. ; Ferri M. ; Pastor-Barriuso R.

BMJ : British Medical Journal 2017; 357(8103):j1550

Abstract Objective to compare the risk for all cause and overdose mortality in people with opioid dependence during and after substitution treatment with methadone or buprenorphine and to characterise trends in risk of mortality after initiation and cessation of treatment.

Design Systematic review and meta-analysis.

Data sources Medline, Embase, PsycINFO, and LILACS to September 2016.

Study selection Prospective or retrospective cohort studies in people with opioid dependence that reported deaths from all causes or overdose during follow-up periods in and out of opioid substitution treatment with methadone or buprenorphine.

Data extraction and synthesis Two independent reviewers performed data extraction and assessed study quality. Mortality rates in and out of treatment were jointly combined across methadone or buprenorphine cohorts by using multivariate random effects meta-analysis.

Results There were 19 eligible cohorts, following 122 885 people treated with methadone over 1.3-13.9 years and 15 831 people treated with buprenorphine over 1.1-4.5 years. Pooled all cause mortality rates were 11.3 and 36.1 per 1 000 person years in and out of methadone treatment (unadjusted out-to-in rate ratio 3.20, 95% confidence interval 2.65 to 3.86) and reduced to 4.3 and 9.5 in and out of buprenorphine treatment (2.20, 1.34 to 3.61). In pooled trend analysis, all cause mortality dropped sharply over the first four weeks of methadone treatment and decreased gradually two weeks after leaving treatment. All cause mortality remained stable during induction and remaining time on buprenorphine treatment. Overdose mortality evolved similarly, with pooled overdose mortality rates of 2.6 and 12.7 per 1000 person years in and out of methadone treatment (unadjusted out-to-in rate ratio 4.80, 2.90 to 7.96) and 1.4 and 4.6 in and out of buprenorphine treatment.

Conclusions Retention in methadone and buprenorphine treatment is associated with substantial reductions in the risk for all cause and overdose mortality in people dependent on opioids. The induction phase onto methadone treatment and the time immediately after leaving treatment with both drugs are periods of particularly increased mortality risk, which should be dealt with by both public health and clinical strategies to mitigate such risk. These findings are potentially important, but further research must be conducted to properly account for potential confounding and selection bias in comparisons of mortality risk between opioid substitution treatments, as well as throughout periods in and out of each treatment.

Synthèse **Risque de mortalité pendant et après l'utilisation des traitements de substitution aux opiacés : une revue de la littérature**

L'efficacité des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) sur la réduction de la mortalité est reconnue par l'ensemble de la communauté scientifique. Toutefois, ces traitements opiacés, comme tous les morphiniques, comportent des risques de surdosage pouvant entrainer une overdose si les règles de bonnes pratiques ne sont pas respectées.

Une vaste revue de 40 ans de publications sur le sujet vient d'être publiée dans le British Medical Journal. Elle confirme l'intérêt des TSO sur la réduction de la mortalité globale et rappelle également les situations à risque d'overdose pouvant être induits par ces traitements et comment les réduire, voir les éviter.

Dans de nombreux pays (Amérique du Nord, Europe de l'Est, Australie et le sud de l'Afrique subsaharienne), dont la France, le nombre de personnes dépendantes aux opiacés, illicites (héroïne, opium) ou licites (médicaments dérivés de la morphine), augmente : environ 15,5 millions en 2010, contre 10 millions de personnes en 1990.

Ces dépendances exposent à des risques de décès, notamment par des complications cardiorespiratoires, overdoses ou, indirectement, accidents de la route.

Cette revue systématique espagnole publiée récemment dans le BMJ portant sur 19 cohortes et **137 000 patients** (15 831 sous buprénorphine (11 %), 122 885 sous méthadone (89 %)) apporte des résultats importants sur l'impact des TSO sur la mortalité grâce à l'analyse de toutes les études de cohortes prospectives et rétrospectives publiées depuis 1974 jusqu'en septembre 2016.

Les auteurs distinguent : l'efficacité des deux TSO sur la baisse de la mortalité, et la mortalité due aux TSO :

• l'efficacité des TSO sur la baisse de la mortalité globale :

La réduction de la mortalité globale est plus importante sous méthadone. Globalement, la méthadone est associée, selon cette analyse, à une **réduction moyenne de 25 décès pour 1 000 patients année** (PA) (IC 95 % [14 à 36]). À l'arrêt du traitement par méthadone, même si la mortalité toute cause confondue augmente, elle diminue de façon significative pendant les quatre semaines qui suivent (32,1 décès pour 1000 personnes/année).

La réduction de la mortalité par buprénorphine serait plus faible, de l'ordre de **4 décès évités pour 1 000 PA**, mais avec un meilleur profil de sécurité. Les données sont cependant trop peu nombreuses pour conclure.

• les auteurs ont constaté, à l'instar des petites études précédentes, que lors de l'initiation du traitement par méthadone, les taux de mortalité toutes causes confondues sont plus élevés que la mortalité moyenne globale sous méthadone, mais ils diminuent ensuite fortement au cours des quatre premières semaines de traitement.

Ce risque plus accru de mortalité pendant les premières semaines de méthadone s'expliquerait par une accumulation sanguine qui peut dépasser le niveau de tolérance des opiacés (la demi-vie d'élimination moyenne étant de 22 heures). Ce phénomène bien connu aujourd'hui est variable d'un patient à l'autre en fonction de son niveau de tolérance aux opiacés.

Les facteurs psychologiques, psychiatriques (risque de suicide augmenté pendant cette période) et la possible utilisation concomitante d'autres dépresseurs respiratoires ou de cocaïne pourraient également jouer un rôle dans cette augmentation.

Les taux de mortalité restent stables pendant l'initiation et toute la durée du traitement avec la buprénorphine.

Après l'arrêt de la méthadone comme de la buprénorphine, le risque de décès semble augmenter. Le risque de décès sous méthadone augmente lors de l'arrêt de cette dernière, reste stable pendant les quatre semaines qui suivent et diminue progressivement par la suite.

Comme pour la méthadone, une augmentation significative de la mortalité est observée au cours des quatre semaines qui suivent l'arrêt de la buprénorphine (32 contre 10,9 décès pour 1 000 personnes/année). Toutefois, ces résultats provenant uniquement de trois études australiennes, il est difficile d'en tirer des conclusions robustes.

Conséquences pratiques : l'impact des TSO sur la baisse de la mortalité est important, mais il est nécessaire de renforcer la vigilance lors des périodes à risques, en gardant à l'esprit l'intérêt global du TSO.

L'éducation des patients sur le risque d'overdose et l'évaluation clinique de la tolérance aux opiacés, ainsi que l'état mental avant le début du traitement, permettent d'adapter la dose d'initiation, en particulier pour la méthadone, et de réduire les risque de mortalité sur cette période.

À l'arrêt, il est important de prévenir les services sociaux, d'informer le patient sur les risques de rechute et d'overdose (et donc de garder un traitement par naloxone en cas d'overdose aussi).

Même si des précautions doivent être prises dans les premières semaines et après le TSO, les auteurs insistent sur le fait que la méthadone et la buprénorphine réduisent bien de façon significative la mortalité toutes causes confondues, y compris par overdose.

L'équipe éditoriale AddictoScope

3

Naltrexone: A Pan-Addiction Treatment?

Aboujaoude E. ; Salame W O.

CNS Drugs 2016; 30(8): 719-33

Abstract Addiction is a major public health problem with few efficacious and safe treatments. The goal of this review is to provide an evidence-based assessment of the therapeutic role of the opioid antagonist naltrexone across the addiction spectrum—substance-based and behavioral. The PubMed database was searched for randomized, placebo-controlled clinical trials that investigated the oral or intramuscular long-acting formulation of naltrexone in substance use disorders or behavioral addictions such as pathological gambling, kleptomania, and trichotillomania. Thirty-nine efficacy studies were retrieved, covering alcohol use disorder (n = 22), opioid use disorder (n = 6), nicotine use disorder (n = 5), stimulant use disorder (n = 2), gambling disorder (n = 2), trichotillomania (n = 1), and kleptomania (n = 1). Despite the very different presentations within and between both addiction categories, the data, as a whole, show consistency in favor of naltrexone's relative efficacy and safety. Given the potential benefit and good tolerability revealed in the studies, the high morbidity associated with addiction, and the dearth of alternate treatments, naltrexone would seem like an underutilized treatment option. Further, naltrexone's seemingly broad anti-addiction efficacy supports a shared role for brain opioid pathways in the pathophysiology of addiction, broadly defined. More studies investigating the efficacy and tolerability of naltrexone and other opioid modulators are warranted. Studies should also further examine the effect of combining psychotherapy with naltrexone, as well as the potential role of naltrexone in treating comorbid addictions.

Point de l'expert

La naltrexone à toutes les sauces ou la panacée de toutes les addictions ?

La naltrexone est un antagoniste morphinique utilisé depuis des années dans le sevrage des addictions aux opioïdes. Depuis l'apparition des traitements de substitution aux opiacés dans les années 90, ce médicament fait moins partie des traitements utilisés en première intention. Les avancées dans la recherche sur la neurophysiologie des addictions a fait naître une hypothèse d'un socle commun entre toutes les addictions. L'utilisation de la naltrexone dans le sevrage d'autres addictions (autres que morphinique) a tout à fait sa place aux yeux des médecins. Dans cet article, les auteurs effectuent une revue de littérature sur l'utilisation de la naltrexone dans d'autres addictions (alcool, cocaïne, amphétamine, jeu compulsif, cleptomanie, trichotillomanie).

Selon les pathologies, les études sont nombreuses (alcool, morphinique) ou plus discrètes. Les populations étudiées, les posologies administrées (50 mg/ jour ou plus) sont hétérogènes.

La compilation des articles apporte des résultats contrastés, en termes d'abstinence, selon le type de pathologie. Toutes les pathologies addictives ne peuvent pas être prises en charge simplement par l'administration de naltrexone à dosage fixe, ça ne marche pas à tous les coups ! Il convient selon l'addiction dominante d'utiliser des dosages adaptés et des thérapeutiques adjuvantes.

Pourquoi l'utilisation de la naltrexone est intéressante ? Les auteurs développent un paragraphe détaillé sur l'action des substances addictives et les systèmes stimulés. Cet éclairage neurochimique permet de comprendre l'action d'un antagoniste morphinique.

Par ailleurs les auteurs mettent en garde sur les nombreux effets secondaires de l'administration de la naltrexone dont il faudra tenir compte dans la balance bénéfice/risque. Le suivi biologique de la fonction hépatique est très important, la naltrexone ayant de nombreux effets sur la fonction hépatique.

Dr Bertrand Lego

4

Addiction et psychiatrie : de l'intérêt des diagnostics

Éditorial

La présence de troubles addictifs et de troubles psychiatriques (comorbidité) est une réalité fréquente, qui a des conséquences importantes sur les deux pathologies. Les addictions débutent tôt dans la maladie mentale et modifient profondément son expression ainsi que le rapport du patient au système de soins. La non-adhérence aux traitements de certaines pathologies psychiatriques peut être en lien avec une problématique de mésusage d'une substance non dépistée *[4]*.

Quelques chiffres

Des études ont relevé chez les patients dépendants de substances psycho-actives jusqu'à 70 % de « troubles » psychiatriques (y compris les troubles de personnalité). Chez les alcoolo-dépendants, on peut constater **37 % de comorbidités** dont 40 % de troubles de la personnalité, 40 % de troubles de l'humeur et 33 % de troubles anxieux.

Si, sur la vie entière, les troubles psychiatriques ont une prévalence de 24 % en population générale, on avance les chiffres de 84 % chez les dépendants aux opiacés et 70 % chez les consommateurs de cocaïne. On estime également que les patients dépendants aux opiacés présentent un risque de troubles affectifs 5 fois supérieur, de troubles anxieux 3 fois supérieur et de personnalités pathologiques 24 fois supérieur à la population générale. **À l'inverse, si une personne présente un trouble de la personnalité (particulièrement antisociale), le risque d'addiction est multiplié par 30.**

La prévalence de l'addiction à l'alcool est de 34 % chez les schizophrènes, 44 % chez les bipolaires, 30 % chez les personnes présentant des troubles de l'humeur et enfin de 25 % chez les anxieux.

L'Etude USA ECA trouve 39 % d'abus ou dépendance à l'alcool et l'Etude USA NASARC (sur 40 000 adultes) 58 % d'abus ou dépendance à l'alcool, chez des patients bipolaires.

50% des schizophrènes présentent au cours de leur vie un abus de substances versus 17 % dans la population générale (étude USA ECA) ; dans la population des schizophrènes hospitalisés, la prévalence des conduites addictives est de 20 à 60 % et dans la population des schizophrènes incarcérés, elle est de 92 % !

La réalité de cette co-occurrence n'est plus à démontrer.

L'association de troubles addictifs et psychiatriques complexifie le tableau clinique, notamment chez les patients schizophrènes *[1]* avec une plus grande fréquence des polyconsommations, des symptômes psychiatriques plus sévères et plus exacerbés, des rechutes et hospitalisations, avec une évolution plus péjorative et enfin avec une augmentation de la fréquence du suicide, des comorbidités somatiques, de la violence, des incarcérations, de l'exclusion sociale et de la marginalisation.

En France, l'alcool est le plus fréquemment consommé, suivi de peu par le cannabis et on estime que 5 à 6 % des patients de CSAPA (opiacés) présentent ou présenteront des troubles schizophréniques.

Je n'évoque pas dans ces chiffres la consommation de tabac, mais celle-ci ci doit être évaluée chez tous nos patients afin de les aider vers une conduite de réduction des risques voire d'abstinence, grâce aux substituts nicotiniques tout particulièrement.

Pourquoi cette co-occurrence très fréquente ?

4 hypothèses *[6]* :

- L'addiction fait partie de la maladie mentale ;
- L'addiction comme automédication pour diminuer les troubles psychiatriques et les effets secondaires des médicaments ;
- L'addiction comme origine du trouble psychiatrique ;
- La somme de deux maladies évoluant pour leur compte avec en commun quelques facteurs de risque.

Diagnostic

Il est donc important de faire le diagnostic psychiatrique et addictologique.

Dans les deux disciplines, des échelles d'évaluation peuvent être utilisées. Les dépistages urinaires et les bilans sanguins peuvent permettre d'évoquer certaines consommations problématiques et d'informer le patient sur les risques encourus par rapport à sa maladie psychiatrique.

Les entretiens successifs permettront de faire l'anamnèse afin parfois de préciser la chronologie des troubles et ainsi de nous orienter vers des troubles addictifs primaires ou

secondaires à la maladie mentale ou encore vers le diagnostic particulier de pharmaco-psychose (existence parfois controversée).

En dehors de cette pharmaco-psychose, les patients peuvent être répartis dans 4 classes qui permettront de proposer des prises en charge les plus adéquates :

1. Patients atteints modérément des deux troubles ;
2. Patients avec pathologie mentale sévère et présentant un usage problématique de substance ;
3. Patients présentant une addiction sévère et une pathologie mentale associée ;
4. Patients sévèrement atteints par une pathologie mentale et une addiction.

L'approche contemporaine des addictions permet aujourd'hui de prendre en charge cette problématique comme une maladie et non plus comme un comportement déviant et délictueux. Elle permet de dé-stigmatiser les usagers et de leur donner une vraie place comme patients nécessitant une attention particulière.

Mais la prise en charge du double diagnostic n'est pas aisée ni pour les psychiatres ni pour les addictologues, et la facilité serait de jouer à la patate chaude avec ces patients : trop psy, l'«addicto »pense ne pas savoir faire, trop consommateur, le « psy » se sent tout à coup incompétent ; et que dire du médecin généraliste et des familles qui se sentent très isolés et peu entendus.

Prise en charge

La prise en charge peut être *[3]* :
- Parallèle : la pire, personne ne se parle, à bannir ;
- Séquentielle : coopération et continuité, la plus fréquente ;
- Intégrée : l'idéal, mais rarement mise en place, intervention concomitante d'équipes et de thérapeutiques multidisciplinaires. Par exemple chez le schizophrène dépendant : TCC* + intervention familiale + entretien motivationnel avec ajustement des interventions prenant en compte l'influence réciproque des co-morbidités.

Un consensus sur les enjeux et les défis du traitement propose d'associer des chimiothérapies et des psychothérapies, de conduire une approche souple et adaptée au patient, d'effectuer un dépistage routinier des comorbidités, de désigner un médecin référent coordonnant les soins, de proposer des traitements séquentiels puis intégrés et de conceptualiser des thérapeutiques prenant en compte l'évolution fluctuante de la motivation *[5]*.

Dans tous les cas, ces patients à la double « peine », méritent une attention encore plus particulière, nécessitant une réelle coordination et les positionnant comme acteurs de leurs soins.

Rappelons-nous aussi que nos patients addicts les plus malades ont souvent, au-delà de leur problématique psychiatrique, des histoires de vie difficiles, faites de ruptures, de placements, de violences intra et /ou extra-familiales et de deuils.

Les aider dans leur désir de changement, c'est prendre en compte toutes les facettes de l'individu : sa dépendance aux produits, ses troubles psychiatriques et son histoire de vie. Sans cela, gare au risque de rechutes, de passages à l'acte et au bout du bout de mourir trop jeune !

Dr Véronique Vosgien

* TCC : Thérapies Comportementales et Cognitives

Références
[1]. Addiction et psychiatrie Michel Reynaud Masson
[2]. Dixon 1999- Bennett et Barnett 2003
[3]. Donald 2005
[4]. Berkson 1949, Bellack et al 2006
[5]. Bellack 2006 –Buckley 2006
[6]. Stakowski 2000 - Gorwood 2008

5

Mothers with substance addictions show reduced reward responses when viewing their own infant's face

Kim S. ; Iyengar U. ; Mayes LC. ; Potenza MN. ; Rutherford HJV. ; Strathearn L.

Humain Brain Mapping 2017 ; 38(11) :5421-39

Abstract Maternal addiction constitutes a major public health problem affecting children, with high rates of abuse, neglect, and foster care placement. However, little is known about the ways in which substance addiction alters brain function related to maternal behavior. Prior studies have shown that infant face cues activate similar dopamine-associated brain reward regions to substances of abuse. Here, we report on a functional MRI study documenting that mothers with addictions demonstrate reduced activation of reward regions when shown reward-related cues of their own infants. Thirty-six mothers receiving inpatient treatment for substance addiction were scanned at 6 months postpartum, while viewing happy and sad face images of their own infant compared to those of a matched unknown infant. When viewing happy face images of their own infant, mothers with addictions showed a striking pattern of decreased activation in dopamine- and oxytocin-innervated brain regions, including the hypothalamus, ventral striatum, and ventromedial prefrontal cortex—regions in which increased activation has previously been observed in mothers without addictions. Our results are the first to demonstrate that mothers with addictions show reduced activation in key reward regions of the brain in response to their own infant's face cues.

Keywords: maternal; addiction; reward; dopamine; oxytocin; infant.

Point de l'expert

Les mamans sous traitements de substitution sont-elles de mauvaises mères ?

Dans cet article, le fond, la forme et les conclusions que j'en ai tiré (et j'espère vous aussi si vous parcourez cet article) m'ont mis mal à l'aise.

Sur le fond : Les auteurs testent le comportement maternel de mères sous traitement de substitution vis à vis de leur enfant nouveau né. Il existe assez peu d'études sur les relations mère-enfant dans cette population particulière. Vous apprendrez que la relation entre un enfant et sa mère n'a rien de magique mais n'est que la conséquence d'une cascade hormonale et neurochimique qui fera qu'un lien particulier naîtra entre mère et enfant. Chez les mères toxicomanes, actives ou non (sous TSO*), le circuit neurologique de la récompense est modifié (altéré ?), ceci étant lié sans doute à une modification de l'activité de la dopamine au niveau striatum et meso-limbique. Les auteurs se reposent sur une bibliographie solide extrapolant des comportements d'étiologie de rongeurs sur des mammifères dits supérieurs.

Sur la forme : C'est dans cette partie que l'article prend toute sa saveur. Un échantillon (36) de jeunes mamans (accouchement dans les 6 mois) est soumis à un test tout à fait étonnant. Une image de leur enfant dans 2 conditions (souriant et triste) et une image d'un autre nourrisson leur est projeté, durant ce test il est mesuré en continu leur activité cérébrale. La conclusion du test met en avant que les jeunes mères sous TSO ont un taux de réponse (une activité cérébrale) différente (moindre) quand il leur est montré des images de leur bébé souriant, neutre pour un autre bébé et normal pour une image de bébé triste. L'image du bébé heureux stimule moins le centre de la récompense et laisse à penser une certaine désaffection affective de la part de la jeune mère.

Mes remarques et conclusion : Déjà il fallait y penser ! Vous l'aurez compris je suis interpellé et ironique : L'architecture du test est remarquable : la transformation de jeunes mères en rat de labo pour démontrer un comportement pressenti dans la littérature. Le mode opératoire ensuite, échantillon de 36 participantes, temps du test .Ces choix de méthode peuvent être sujet à caution, les auteurs s'en expliquent et considèrent qu'il peut y avoir un bias méthodologique.

La tentation est grande à la lecture, et sans esprit critique, de cette article de faire des grands raccourcis : du style les mères sous TSO sont de mauvaises mamans, mais c'est normal il y a un truc dans le cerveau qui marche moins bien.

Au contraire et je rejoins la conclusion des auteurs, ce genre de test met en avant l'étonnante complexicité neurobiologique des rapports mère enfant et combien ce fragile équilibre peut être mis à mal par la consommation de substances. Cet article met également l'accent sur le travail indispensable à mettre en place autour de la grossesse, l'accouchement et les premiers mois après ce dernier chez la maman sous traitement de substitution.

* TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

Dr Bertrand Lego

6

Primary care management of opioid use disorders: Abstinence, methadone, or buprenorphine-naloxone?

Srivastava A. ; Kahan M. ; Nader M.

Canadian family physician. 2017 Mar; 63(3): 200-205

Abstract

Objective: To advise physicians on which treatment options to recommend for specific patient populations: abstinence-based treatment, buprenorphine-naloxone maintenance, or methadone maintenance.

Sources of information: PubMed was searched and literature was reviewed on the effectiveness, safety, and side effect profiles of abstinence-based treatment, buprenorphine-naloxone treatment, and methadone treatment. Both observational and interventional studies were included.

Main message: Both methadone and buprenorphine-naloxone are substantially more effective than abstinence-based treatment. Methadone has higher treatment retention rates than buprenorphine-naloxone does, while buprenorphine-naloxone has a lower risk of overdose. For all patient groups, physicians should recommend methadone or buprenorphine-naloxone treatment over abstinence-based treatment (level I evidence). Methadone is preferred over buprenorphine-naloxone for patients at higher risk of treatment dropout, such as injection opioid users (level I evidence). Youth and pregnant women who inject opioids should also receive methadone first (level III evidence). If buprenorphine-naloxone is prescribed first, the patient should be promptly switched to methadone if withdrawal symptoms, cravings, or opioid use persist despite an optimal buprenorphine-naloxone dose (level II evidence). Buprenorphine-naloxone is recommended for socially stable prescription oral opioid users, particularly if their work or family commitments make it difficult for them to attend the pharmacy daily, if they have a medical or psychiatric condition requiring regular primary care (level IV evidence), or if their jobs require higher levels of cognitive functioning or psychomotor performance (level III evidence). Buprenorphine-naloxone is also recommended for patients at high risk of methadone toxicity, such as the elderly, those taking high doses of benzodiazepines or other sedating drugs, heavy drinkers, those with a lower level of opioid tolerance, and those at high risk of prolonged QT interval (level III evidence).

Conclusion: Individual patient characteristics and preferences should be taken into consideration when choosing a first-line opioid agonist treatment. For patients at high risk of dropout (such as adolescents and socially unstable patients), treatment retention should take precedence over other clinical considerations. For patients with high risk of toxicity (such as patients with heavy alcohol or benzodiazepine use), safety would likely be the first consideration. However, the most important factor to consider is that opioid agonist treatment is far more effective than abstinence-based treatment.

Point de l'expert

Prise en charge en soins primaires des troubles de l'usage des opioïdes : abstinence, méthadone ou association buprénorphine-naloxone ?

Le Canada est le pays où le taux d'usage d'opioïdes de prescription par habitant est le plus élevé au monde, et les taux de dépendance et d'overdose sont également proportionnellement élevés. En 2010, 510 personnes sont décédées d'un surdosage lié aux opioïdes en Ontario, ce qui en fait une des principales causes de décès chez les adultes jeunes.

Cette revue de la littérature canadienne a été conduite afin d'informer les médecins sur les options thérapeutiques à recommander pour les troubles de l'usage des opioïdes : simple abstinence, traitement d'entretien à base de buprénorphine-naloxone ou traitement par méthadone. Les profils efficacité-tolérance de ces 3 options thérapeutiques ont été examinés et, à la fois des études observationnelles et interventionnelles ont été incluses dans l'analyse.

Les traitements méthadone et buprénorphine-naloxone apparaissaient sensiblement plus efficaces que la simple abstinence. Le traitement par méthadone présentait des taux d'observance thérapeutique plus élevés que celui avec

buprénorphine-naloxone, tandis que la buprénorphine-naloxone présentait un risque de surdosage plus faible. Pour tous les groupes de patients, le traitement avec méthadone ou avec buprénorphine-naloxone devrait être recommandé par rapport à la simple abstinence (preuve de niveau I).

La méthadone est préférée à la buprénorphine-naloxone chez les patients présentant un risque accru de décrochage thérapeutique, tels que les utilisateurs d'opioïdes injectables (témoins de niveau I). Les jeunes* et les femmes enceintes utilisant des opioïdes sous forme injectable devraient également recevoir en première intention la méthadone (preuve de niveau III). Egalement, si la buprénorphine-naloxone est prescrite en première intention, le patient devrait passer rapidement à la méthadone si les symptômes de sevrage, ou l'usage d'opioïdes persistent malgré une dose optimale de buprénorphine-naloxone (preuve de niveau II).

La buprénorphine-naloxone est recommandée pour les usagers d'opioïdes par voie orale socialement stables, en particulier si leur travail ou leur vie familiale leur rendent difficile d'aller quotidiennement à la pharmacie, s'ils ont une condition médicale ou psychiatrique nécessitant des soins primaires réguliers (preuve de niveau IV), ou si leur emploi nécessite des niveaux plus élevés de performance cognitive et/ou psychomotrice (preuve de niveau III). La buprénorphine-naloxone est également recommandée pour les patients présentant un risque élevé de toxicité induite par la méthadone, comme les personnes âgées, les patients traités par benzodiazépines ou d'autres médicaments sédatifs à doses élevées, les alcooliques chroniques, les patients ayant un niveau de tolérance aux opioïdes plus faible, et ceux à haut risque d'allongement de l'intervalle QT (preuve de niveau III).

En conclusion, les caractéristiques et les préférences individuelles du patient devraient être prises en compte systématiquement lors du choix d'un traitement agoniste des opioïdes de première intention. Pour les patients présentant un risque élevé de décrochage thérapeutique (comme les adolescents* et les patients socialement instables), l'observance devrait prendre le pas sur toutes autres considérations cliniques. Pour les patients présentant un risque élevé de toxicité (comme les patients souffrant d'alcoolisme chronique ou d'utilisation de benzodiazépines), la tolérance devrait être le critère principal de décision thérapeutique. Enfin, la mise en place d'un traitement agoniste des opioïdes reste en tout état de cause beaucoup plus efficace que la simple abstinence.

Dr Emmanuel Gross

* La Méthadone en France est indiquée chez les patients adultes (>15 ans).

7

Sortir des addictions : à l'alcool, par l'alcool ou vers l'alcool

Simmat-Durand L. ; Vellut N. ; Lejeune C. ; Jauffret-Roustide M. ; Mougel S. ; Michel L. ; Planche M.

L'Encephale 2016; 43(4): 326-33

Abstract Si les trajectoires de sortie des addictions, en particulier de l'alcool, sont bien documentées, le passage des drogues à l'alcool l'est moins. Une approche biographique a permis d'analyser comment les personnes passent d'un produit à l'autre au long cours et comment elles analysent leurs trajectoires de sortie des addictions.

Méthodes 341 personnes (dont 34 % de femmes) ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire biographique en région parisienne. Des questions ouvertes visaient à comprendre les liens qu'elles établissaient entre différents événements de leur vie, si elles avaient le sentiment d'être sorties de leur addiction et quels avaient été les éléments qui leur paraissaient des forces ou des faiblesses dans leur parcours.

Résultats Tous sont polyconsommateurs. 82 personnes avaient déclaré une polyconsommation avec dominante alcool, sans consommation de drogues. 121 ont été polyconsommateurs avec une dominante drogues (surtout héroïne), sans abus d'alcool, et avaient cessé leur consommation de drogues en moyenne dix ans avant l'enquête. Le dernier groupe comprend 138 personnes qui avaient été dépendantes à l'héroïne ou à la cocaïne et à l'alcool au cours de leur vie. Un tiers (35 %) a été dépendant successivement à l'alcool puis aux drogues, et plus de la moitié (55 %) dépendants successivement aux drogues puis à l'alcool. Un dixième a été codépendant, c'est-à-dire dépendant simultanément à l'alcool et aux drogues (10 %). Le groupe ayant été principalement dépendant à l'alcool était le plus âgé, en moyenne 49,7 ans, et 55 % d'entre eux étaient abstinents au moment de l'enquête. Au contraire, le groupe sans dépendance à l'alcool, était plus souvent sous traitement de substitution aux opiacés.

Conclusion Certaines personnes sont prises en charge pendant des décennies par les centres de soins des addictions, passant d'une dépendance à une autre. Leur consommation d'alcool devrait être évaluée et être objet d'attention afin de leur éviter de sortir des addictions à un autre produit par un usage abusif d'alcool.

Mots-clés Sortie des addictions; Alcool; Trajectoires; Double dépendance; Recovery; Drug addiction; Alcoholism; Dual addiction; Trajectories.

Point de l'expert

Trajectoires autour de l'alcool, sortie des addictions

Les trajectoires de transfert des drogues vers l'alcool restent peu documentées, contrairement aux sorties d'addiction à l'alcool, par exemple.

Cette étude concerne 340 personnes en région parisienne dont 34 % de femmes qui ont été interrogées par questionnaire sur leur parcours addictif, leur ressenti et les liens établis avec des événements de leur vie. La moyenne d'âge est de 49 ans chez les sujets consommant de l'alcool et 3 sous-groupes ont été identifiés :

- 82 personnes étaient consommatrices d'alcool sans autre drogue ;
- 121 personnes ont un profil de poly consommatrices avec surtout de l'héroïne et ont un traitement de substitution. L'alcool a été arrêté il y a au moins 10 ans ;
- 138 personnes consomment héroïne, cocaïne et alcool.

Des liens avec des traumatismes subis dans la petite enfance ont été relatés chez 2 personnes sous substitution opiacée.

Ce travail souligne l'importance d'être attentif à la consommation d'alcool au sortir de l'addiction aux autres drogues, cette consommation devant être systématiquement évaluée.

Dr Karima Koubaa

8

Actualité 2017 et enjeux 2018

Éditorial

Merci à vous tous de nous avoir suivi durant cette première année d'addictoscope.

Le comité de pilotage s'est évertué à vous tenir au courant de l'actualité en addictologie. Il y a eu des périodes calmes avec peu de nouveautés mais on peut retenir quelques faits marquants et en particulier l'épidémie d'overdose aux États-Unis à partir de prescriptions antalgiques.

La situation n'est pas (ou pas encore ?) la même en Europe. Mais la dernière enquête de l'observatoire européen montre tout de même une situation préoccupante en Europe du nord (Suède, Ecosse et Allemagne avec l'arrivée des opioïdes de synthèse dérivé du fentanyl).

Revenons en France et à l'actualité de ces derniers mois, avec de nouveaux cadres de délivrance pour certains médicaments :

- les médicaments contenant de la codéine sont uniquement délivrés sur ordonnance depuis le 12 juillet 2017.
- la prescription de NALSCUE® est possible dans le cadre d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU).
- la primoprescription de la méthadone en ville : c'est toujours en cours de discussion pour déterminer le cadre.

Les médicaments codéinés

En 2017, deux décès ont été imputés au Purple Drank (autrement nommé Lean, Codé, codé Sprite ou cocktail bleu). Ce cocktail composé de l'association de sirop ou comprimés contre la toux, de prométhazine et de soda, est utilisé actuellement essentiellement par les adolescents. Les plus âgés d'entre nous se rappelleront qu'il a déjà existé le « blanc-coke » utilisé chez les « zonards » parisiens dans les années 90 et ne nous leurrons pas, d'autres recettes vont apparaitre bientôt sur internet. Comme le rappelle Didier Touzeau dans son éditorial du Courrier des addictions de septembre 2017, ce ne sont pas les substances qui sont à l'origine des conduites addictives.

Cette mesure de prévention des overdoses chez les adolescents est légitime. Ce qui est plus difficile à comprendre, c'est la précipitation des pouvoirs publics (voir l'éditorial d'AddictoScope de Véronique Vosgien du 05/09/2017).

Il existe, depuis plus de trente ans des patients addicts à la codéine. Il s'agit d'une addiction soit primitive à la codéine, soit secondaire à une consommation d'héroïne, la codéine étant alors utilisé comme traitement de substitution. Ces patients ne consultaient plus, ils s'autorégulaient ; le plus souvent sans risque et sans dommage. La brutalité de la décision les a ramenés vers les CSAPA. Et tout d'abord nous avons dû réaliser un travail de deuil, avec toutes ses phases : le déni, la colère, la dépression, le bargaining... pour enfin accepter de tourner la page et de démarrer un suivi en addictologie, eux qui ne s'étaient jamais considérer comme des toxicomanes.

Une prise en charge en « catastrophe » en plein été alors qu'il aurait été si simple de nous donner quelques semaines pour anticiper !

Comme le concluait Véronique Vosgien « Nous espérons que le dialogue reprendra entre les institutions et les professionnels afin que les prochaines mesures, aussi nécessaires soient elles, soient pour le moins concertées »

NALSCUE®

Le dernier rapport de l'observatoire européen des drogues (www.emcdda.europa.eu/edr2017) note une augmentation globale des décès par OverDose (OD) et signale « *l'intérêt des actions visant à prévenir les surdoses en Europe qui incluent la mise à disposition de salles de consommation de drogue à moindre risque et la délivrance de naloxone* »

À propos de salle de « shoot » notons que si la France vient d'ouvrir sa deuxième salle, la Catalogne dispose de seize salles pour ses six millions d'habitants.

En 2014, l'organisation mondiale de la santé a recommandé une mise à disposition large de la naloxone, avec (et c'est essentiel) une information adaptée aux usagers.

En France, l'ATU, sortie en Mai 2017, est très restrictive mais souhaitons que l'AMM permette une diffusion plus large de ce produit.

La question cruciale que se posent les soignants : à qui prescrire ?

- Aux patients à risque ? ...ou à leur entourage avec en corollaire la formation nécessaire de l'entourage ?
- À tous les patients ? Ce serait le plus logique, la majorité des overdoses se faisant devant témoin.

Il semble aussi pertinent de permettre aux intervenants de structure d'en disposer et d'avoir l'autorisation de les utiliser: CAARUD, CSAPA, SAMU SOCIAL...

Mais surtout ne pas oublier d'informer que si l'utilisation du kit de Nascue® s'impose face à une suspicion d'overdose, un appel immédiat au 15 (service d'urgence) est aussi obligatoire, de même que de ne pas laisser le patient sans surveillance en attendant les secours.

La primoprescription de la Méthadone en ville

La primo prescription de méthadone est toujours réservée aujourd'hui à des médecins spécialistes ou institutionnels.

La raison essentielle à cette restriction était le risque d'overdose. D'autre pays d'Europe n'ont pas jugé utile de restreindre la prescription.

Aujourd'hui nous savons avec les enquêtes (DRAME) que le risque d'overdose est essentiellement le fait de faible dosage (instauration de traitement ou reprise de traitement) de prises irrégulières, et souvent chez des patients qui, utilisent la méthadone « dealée » en ville. Par comparaison, l'augmentation en pourcentage du nombre de décès ces dernières années est inférieure à l'augmentation en pourcentage du nombre de prescriptions.

Les premiers résultats de l'enquête « méthaville » ont montré la fiabilité des prescriptions de ville.

Globalement on peut dire qu'aujourd'hui en France, 70 % des patients sous traitement de substitution aux opiacés sont suivis par leur médecin généraliste ; suivi qui semble tout à fait satisfaisant ;

Ils sont traités par buprénorphine souvent en primo prescription ou par méthadone en relais de CSAPA.

Mais il y a un réel problème puisque seulement moins de 10% des médecins généralistes se disent à l'aise avec le suivi et le traitement des patients addicts.

L'égalité dans l'accès aux soins imposerait que tous les patients puissent bénéficier d'un traitement de substitution. C'est loin d'être le cas de nombreux territoires qui sont trop éloignés des CSAPA.

De leur coté, les médecins généralistes sont aujourd'hui débordés. Il n'est pas possible de leur demander de s'impliquer si cette tache représente un surcroit de travail insupportable.

L'enjeu pour la primo prescription sera donc d'assurer la nécessaire articulation entre la médecine de ville et les CSAPA. (C'est un enjeu crucial qui existe aujourd'hui pour la santé en général et pas seulement pour l'addictologie.)

J'ai déjà fait quelques propositions à ce sujet.

Chaque territoire devra donc mettre en place le projet d'une structure qui prenne en compte les particularités géographiques, sociologiques, sanitaires,... Donc du temps à donner et en particulier pour la gestion. Actuellement seuls les CSAPA me semblent en capacité d'assurer l'administration de cette structure.

Mais il nous faut des projets où le CSAPA de proximité serait ouvert à tous les médecins volontaires qui seront rattachés de fait à ce centre.

La primo prescription de la méthadone en ville représentera un progrès certain pour l'accès au soin de l'ensemble des patients. Elle va demander à chacun d'accepter un partenariat équilibré, un réel travail en transdisciplinarité.

Nalscue®, codéinés et méthadone, ces trois produits nous montrent bien qu'il existe surtout en arrière-plan, chez nos décideurs, la crainte de l'overdose, même si la situation en France est plutôt rassurante. C'est effectivement une préoccupation des politiques de Réduction Des Risques.

Mais n'oublions pas qu'il est aussi urgent de soigner les 150 000 patients contaminés par le virus de l'hépatite C en France (et de dépister les 75 000 non connus). C'est d'ailleurs pour réduire les nombreuses pratiques d'injections de stupéfiants et d'autres TSO que la question de l'élargissement de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville est parue indispensable (comme l'avait recommandé dans son rapport le Comité stratégique nationale des hépatites virales). Pratiques d'injections relevées également dans le premier bilan de la SCMR de Paris.

Il est aussi nécessaire d'intensifier l'éducation thérapeutique des patients, de leur entourage et la formation des intervenants.

L'addictologie est encore une spécialité en pleine évolution.

Dr Bernard Batejat

9

The Relationships between Cannabinoids and Psychosis

Deepak Cyril D'Souza

11e Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Abstract There is growing interest in the relationship between cannabis and psychosis. The link between cannabis use and psychosis comprises of at least three distinct relationships: acute transient psychosis associated with cannabis intoxication, acute psychosis that lasts beyond the period of acute intoxication, and persistent psychosis that is not time-locked to exposure. Experimental studies reveal that cannabis, tetrahydrocannabinol (THC) and synthetic cannabinoids reliably produce an array of transient positive, negative, and cognitive symptoms in healthy volunteers. The temporal relationship between exposure and effects supports causality. Similarly, cannabinoids acutely exacerbate symptoms in individuals with psychotic disorders.

While not as carefully investigated, case-studies indicate that cannabinoids can induce acute psychosis which lasts beyond the period of acute intoxication that persist as long as a month, resolves and may recur with repeated exposure. The growing use of synthetic cannabinoids has brought attention cases of psychosis that persist beyond the period of acute intoxication. Finally, exposure to cannabis in adolescence is associated with an increased risk for later psychotic disorder in adulthood; this association is consistent, somewhat specific, shows a dose-response, and is biologically plausible. The link between cannabinoids and later psychosis is greater with earlier age of exposure to cannabinoids, childhood abuse and genetic vulnerability. However, cannabinoids are neither necessary nor sufficient to cause a persistent psychotic disorder. More likely cannabinoids are a 'component cause' interacting with other known (family history), genetic factors and other unknown factors to result in psychosis outcomes.

Synthèse **Où l'on reparle du cannabis et de la psychose.** *Les liens entre cannabis et psychose ont déjà fait couler beaucoup d'encre. Le congrès de l'Albatros, qui s'est donné pour thème d'explorer les comorbidités des addictions, a proposé cette année une salutaire mise au point sur les connaissances dans le domaine. Elle a été présentée par le Pr Deepak Cyril D'Souza, de l'université de Yale, dans le Connecticut (Etats-Unis).*

Il existe trois grands types de liens entre le cannabis et les troubles psychotiques, classés principalement selon leurs temporalités :

Des symptômes psychotiques aigus

Des symptômes psychotiques aigus peuvent survenir dans les heures suivant l'intoxication par le cannabis. Ces effets ont notamment été étudiés au cours d'expériences réalisées sur des volontaires sains dont le risque de développer un trouble psychotique était jugé faible (notamment sans antécédent familial de trouble psychotique). Ces injections de δ-9-tétrahydrocannabinol (THC, le principal produit psychotomimétique du cannabis) en laboratoire permettent de contrôler les facteurs confondants tels que la consommation d'autres substances. En plus d'induire des symptômes psychotiques positifs, une altération de l'attention, de la mémoire à court terme, et de la perception du temps, le THC induit également la survenue d'endophénotypes associés à la schizophrénie (comme l'enregistrement d'une onde P300 en électro-encéphalogramme) (D'Souza et al., 2004; D'Souza et al., 2012). De plus, les études réalisées sur l'effet du cannabis chez des patients schizophrènes montrent une aggravation nette de leurs symptômes positifs, négatifs et cognitifs, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse classique d'une « auto-médication » pour expliquer l'appétence des patients schizophrènes pour le cannabis (D'Souza et al., 2005).

Des épisodes psychotiques

Les épisodes psychotiques secondaires à la consommation de cannabis peuvent persister jusqu'à un mois après l'arrêt de la consommation. 50 à 75 % de ces patients reçoivent finalement un diagnostic de schizophrénie. La survenue de symptômes psychotiques persistant après la consommation de cannabis pourrait donc être un signe avant-coureur de la survenue d'une schizophrénie.

Une schizophrénie

Enfin, la consommation chronique de cannabis augmente de deux fois le risque de survenue d'une schizophrénie. Le risque est d'autant plus important que la consommation de

cannabis survient précocement (en particulier avant 16 ans), soulignant l'importance du système endocannabinoïde dans le développement cérébral. Cependant, la consommation de cannabis n'est ni nécessaire, ni suffisante au développement d'une schizophrénie. Elle est une composante d'un ensemble complexe de facteurs génétiques et environnementaux interagissant entre eux.

Les données expérimentales récentes sur les effets aigus de la consommation de cannabis sont des arguments de poids pour soutenir la réalité d'un lien causal entre cannabis et schizophrénie. Néanmoins, l'origine de l'effet psychotomimétique du cannabis reste mal connu. L'halopéridol ne semble pas diminuer les symptômes psychotiques sous THC, alors qu'un antagoniste gabaergique, le iomazenil semble aggraver l'effet du THC, suggérant ainsi que l'effet aigu du cannabis serait médié par un effet antagoniste du système gabaergique plutôt qu'excitateur du système dopaminergique (Radhakrishnan et al., 2015).

Dr Alexandre Haroche

10

Programmes de réduction des risques liés au VHC intégrés aux salles de consommation à moindre risque

Jason Farrel (Amsterdam)

13e Colloque International ATHS 2017, Biarritz

Durant la période allant de décembre 2015 à mars 2017 un programme de réduction des risques liés au VHC intégré aux salles de consommation à moindre risque (SCMR) a été conduit dans 6 pays européens (Danemark, Grèce, Italie, Norvège, Portugal, et Espagne). L'objectif de ce programme était de fournir un soutien technique aux SCMR (connaissance de la pathologie, des tests diagnostiques, de la réduction du risque etc ...) afin que ces structures deviennent des centres de référence dans la prévention de l'hépatite C.

Un exemple de SCMR (Danemark)

Les séances de formations des personnels de SCMR consistaient en 6 modules délivrés sur 2 jours. Le contenu de la formation était essentiellement basé sur des ateliers et travaux de groupes, privilégiant l'approche participative des inscrits. Les items enseignés étaient : l'épidémiologie de l'hépatite C en Europe et par pays, la connaissance virologique, les tests diagnostiques, la RDR, le conseil et l'éducation pour la santé.

En effet, les SCMR constituent un élément d'une palette très large d'accompagnement et de soins pour les usagers de drogues par voie injectable (UDIV), très marginalisés et pour lesquels ce dispositif est une première étape d'entrée dans le parcours de réduction des risques et de soin. Il s'agit d'un enjeu de santé publique : l'hépatite C touche près de 60 % des usagers de drogues par voie intraveineuse et l'épidémie est loin d'être maîtrisée, de même que les pathologies qui affectent les usagers et les risques inhérents à leur pratique (overdose, septicémie).

20 ans après l'ouverture de la première SCMR à Berne (Suisse), inaugurée en 1986, une SCMR est enfin ouverte à Paris le 16 octobre 2016, près de la Gare du Nord, à l'hôpital Lariboisière, un lieu où de nombreux usagers consomment des sulfates de morphine dans des conditions très précaires. Après l'ouverture de la salle parisienne, qui avait fait grand bruit dans les média, ce fut au tour de Strasbourg d'avoir sa SCMR, le 7 novembre 2016. Ces 2 SCMR, ouvertes à titre expérimental pour une durée de 6 ans, ont permis de toucher des personnes en situation de grande précarité, dont beaucoup d'entre elles se sont avérées être contaminées par l'hépatite C.

Enfin, en 2016, le réseau international des SCMR a également lancé une étude on-line portant sur 92 SCMR dans 10 pays. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les moyens pour intégrer au sein des SCMR la pratique des tests diagnostic du VHC, la prévention et le support au traitement, sans désorganiser ces structures.

Les problèmes de formation des personnels des SCMR, à la fois sur la pathologie, le dépistage et l'accompagnement, sont apparus comme un des facteurs limitant essentiel de l'intégration de programmes de RDR liés au VHC en SCMR. Enfin, la demande de création d'équipes dédiées à la RDR des patients VHC au sein des SCMR a été majoritairement formulée par les participants.

Dr Emmanuel Gross

Suivez la dernière actualité congrès

CURRENT CONGRESS.COM

Revivez les moments forts

du 11e Congrès International d'Addictologie de l'Albatros
qui a eu lieu à Paris les 31 mai, 1er et 2 juin 2017.

du Colloque International Addiction Toxicomanies Hépatites SIDA
qui a eu lieu à Biarritz du 17 au 20 octobre 2017.

Grâce à **www.currentcongress.com**, la plateforme d'information qui regroupe les derniers évènements en addictologie, restez informé de l'actualité. Vous y trouverez, jour après jour, les synthèses des communications majeures des congrès scientifique.

Venez découvrir les points forts de l'année 2017 revus et commentés par des experts en addictologie.

Retrouvez l'ensemble des publications en ligne et bien plus sur le service

www.AddictoScope.fr

Pour vous inscrire gratuitement et rejoindre la communauté :

- Rendez-vous sur www.AddictoScope.fr
- Rubrique « Première inscription »
- Une fois le formulaire complété et soumis, vous recevrez vos login/mot de passe sur la boîte email que vous avez renseignée lors de l'inscription.

Restez informé(e) dans votre domaine d'expertise et bénéficiez de nombreuses sources d'informations scientifiques

- Des **newsletter** d'articles scientifiques
- Des **éditoriaux** sur l'actualité médicale
- Des **« Points de l'expert »** pour commenter les récentes publications scientifiques
- Un focus des dernièrs **rapports et recommandations** en addictologie
- Des vidéos d'experts dans la rubrique **« XPERT Opinion TV »**
- Des comptes-rendus sur **les congrès majeurs** en cours

Date de mise en ligne le 28 Mars 2018