

CONTACT Dr MARTEL Roselyne

Mail : med.rose.martel@gmail.com

CONTACT Le Pélican Albertville

Mail : tarentaise@le-pelican.org

Tél : 04 79 37 87 00

Equipe parentalité : parentalite@le-pelican.org



CONTACT ELSA Périnatale Grenoble

Mail : addictoperinatale@ch-alpes-isere.fr

Tél : 04 76 76 93 37



CONTACT Structures addictologie en Savoie :

[https://3c.onco-aura.fr/savoie-belley/](https://3c.onco-aura.fr/savoie-belley/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/)

[wp-content/uploads/sites/3/2023/06/](https://3c.onco-aura.fr/savoie-belley/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/)

[Cartographie-des-structures-en-addictologie-de-la-Savoie.pdf](#)

CONTACT ADDICTOLOGIE ARC ALPIN (Annuaire selon département)

<https://www.alpesansida.fr/chemsex-en-arc-alpin-quelles-sont-les-ressources/>

Quelques centres de cure mère-enfant : CSAPA Broquedis dans les Landes, La Préface à Orléans, Le Mail à Amiens, La Canourgue Sainte-Marie...

KIT ADDICTO-PERINATALITE

Accompagnement des conduites addictives en périnatalité

Vous exercez en périnatalité ?

Ce kit vous est destiné !

Il s'agit d'une 1^{ère} approche avant d'orienter vers un CSAPA un service d'addictologie ou un.e spécialiste. Pour plus d'infos, n'hésitez pas à nous contacter.

Au sommaire :

- Généralités – p.2-3
- Questionnaire & Prise en charge – p.4-5
- Informations par produits - p.6-9
- Tabac-cannabis – p.10
- Alcool – p.12
- Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) – p.14
- Naloxone – p.16
- Cocaïne – p.18

Annexes :

- Autres ressources

« Elle fume du cannabis », « Elle était alcoolisée »,
 « Elle vient défoncée aux rendez-vous »,
 « Elle est toujours en retard ou ne vient pas »

Différentier :

- Consommations des parents SANS Dépendance/Addiction mais à risques pour l'enfant
- Problématiques Addictives *

Critères de troubles de l'usage : 5 C (L.Karila)

-perte de **Contrôle**

-**Craving**

-**Conséquence négatives** : sur la famille, les loisirs, le travail et malgré tout : consommations **Continues**

-**Signe de sevrage à l'arrêt / Compulsion**

Dans la grossesse, même sans Addiction, il peut être intéressant de rencontrer les parents pour donner des bonnes informations sur les risques et les limiter

Dans l'addiction, Le produit est une stratégie d'adaptation, + d'aide à un moment donné ++ et parfois depuis longtemps

Si on l'enlève : comment faire autrement ?

Consommations de produits



Vulnérabilités
 Violences
 Comorbidités psychiatriques
 Anxiété/ dépression ...

Parler des produits autrement :

Comment vous sentez-vous ?

Arrivez-vous à dormir ?

Etes-vous angoissée ?

Comment faites-vous quand vous êtes triste ou que vous ne dormez pas ?

Parler des produits en systématique ?

→ Questionnaires du GEGA, RPAI ...

Pour mieux vous connaître et vous accompagner pendant cette grossesse merci de répondre à ce questionnaire, soumis au secret professionnel. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
5- Dans votre vie , avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Avant la grossesse que buviez-vous de façon régulière ou occasionnelle ? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> eau <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> cidre <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> café/thé <input type="checkbox"/> autres :.....		
7- Depuis le début de votre grossesse , vous est-t-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Avant la grossesse fumiez-vous des cigarettes ?		
9- Combien de cigarettes par jour en moyenne? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> +30		
10 Actuellement fumez-vous du tabac ?		
11- Avant la grossesse , avez-vous déjà consommé/fumé l'une ou plusieurs de ces substances ? <input type="checkbox"/> cannabis <input type="checkbox"/> ecstasy <input type="checkbox"/> amphétamines <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> crack/base <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> cocaïne <input type="checkbox"/> héroïne <input type="checkbox"/> protoxyde (ballon) <input type="checkbox"/> CBD <input type="checkbox"/> autres.....		
12- Depuis le début de votre grossesse , vous est-il arrivé d'en consommer/fumer?		
13- Ces 12 derniers mois , avez-vous pris un de ces médicaments: (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> tranquillisants <input type="checkbox"/> antidépresseurs <input type="checkbox"/> antidouleurs (codéine, tramadol...) <input type="checkbox"/> somnifères <input type="checkbox"/> Lyrica <input type="checkbox"/> méthadone/buprénorphine <input type="checkbox"/> Préciser :.....		
14- Êtes-vous préoccupée par le comportement et/ou les consommations (tabac, alcool, autres) d'une ou plusieurs personnes de votre entourage proche ?		
15- Dans votre vie avez-vous été victime de violences verbales, psychologiques, économiques, physiques et/ou sexuelles... ?		
16- Vous sentez-vous en sécurité chez vous et dans votre vie (couple, entourage, travail...) ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Avez-vous une personne sur qui vous pouvez compter en cas de besoin ?		
19- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, factures, transport, accès aux soins, démarches administratives... ?		
20- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?		

A Imprimer sur le site du GEGA : <http://www.asso-gega.org/auto-questionnaire22.htm>
Recommandations avant la mise en place et grille de lecture sur le site ++

Une prise en charge multidisciplinaire

- Educative
- Sociale
- +/- Psychologique
- +/- Médicale

↳ coordonnée avec

- Professionnels de la grossesse
- Professionnels de la petite enfance
- Professionnels autour des patients :
médecin généraliste, psychiatre,
addictologue ...

Les changements prennent du temps ++

Prise en charge addictologique = processus long
Reconsommer n'est pas un signe d'échec mais doit encourager à en parler pour trouver d'autres solutions ++
PARLER DE LA RECHUTE « possible » dès le début ,
L'ANTICIPER & LA PREVENIR ++

	Risques malformatifs	Effets sur la grossesse	Effets sur l'enfant	Effets sur la lactation
Alcool	Toxicité cellulaire majeure : système nerveux central, cœur, face, squelette... Anomalies cérébrales (agénésie corps calleux, giration...), oculaires, auditives, organes génitaux...	Fausse couches (FCS), retard de croissance intra utérin (RCIU), mort fœtale in utero (MFIU)	Possible syndrome de sevrage modéré (irritabilité) en cas d'alcoolisation quotidienne jusqu'à l'accouchement. Syndrome d'alcoolisation fœtal complet (hypotrophie, microcéphalie, dysmorphie du visage) ou partiel . Risques +++ d'instabilité émotionnelle et de troubles du développement, des apprentissages, des fonctions exécutives, retard mental.	Passage dans le lait, élimination en 3h environ. Diminution du réflexe d'éjection lors de consommations d'alcool régulières ou importantes.
Tabac	Etudes avec résultats discordants	Hypoxie et toxicité : FCS, risque >2 pour menace d'accouchement prématuré (MAP), hématome rétro placentaire (HRP), rupture prématurée des membranes (RPM), RCIU, MFIU.	Possible syndrome de sevrage modéré à type d'irritabilité, de coliques , de troubles du sommeil. Plus d'affections broncho-pulmonaires et ORL, de mort subite du nourrisson.	Passage dans le lait. Élimination en 3h environ.
Cannabis	Etudes avec résultats discordants	Hypoxie et toxicité liée à la fumée : FCS, MAP, HRP, RPM, RCIU, MFIU. Perturbation du travail obstétrical.	Idem tabac + possibles troubles du développement et du comportement.	THC se concentre dans le lait lors de consommation quotidienne, Élimination lente.
Benzodiazépines	Actuellement non démontré	Rythme cardiaque fœtal moins oscillant, moins réactif	Selon la demi-vie, risque de syndrome d'imprégnation (sommolence, hypotonie, hypothermie, troubles de la succion) puis parfois syndrome de sevrage modéré (irritabilité, troubles du sommeil)	Passage dans le lait et persistance en fonction des caractéristiques pharmacologique de la molécule
Héroïne	Non	Hypercontractibilité utérine, stress fœtal : FCS, MAP, RCIU, souffrance fœtale aigue (SFA), MFIU	Risque de prématurité, hypotrophie, mort subite du nourrisson. Syndrome de sevrage dans environ 75% des cas.	Passage dans le lait peu connu. Incertitude sur la nature des produits de coupage et leur nocivité.
Méthadone Buprénorphine	Non	Diminués par rapport à l'héroïne	Risque de prématurité, hypotrophie, mort subite, mais diminués // héroïne. Syndrome de sevrage.	Faible passage dans le lait, sans incidence connue sur l'enfant.
Cocaïne	tératogène par hypoxie et ischémie sévère précoce	Vasoconstriction, hypoxie et ischémie, induction de contractions utérines : FCS, MAP, RCIU, SFA, MFIU, HRP	Risque de prématurité, hypotrophie, syndrome de sevrage à type d'irritabilité, mort subite du nourrisson, doute sur risque d'ischémie myocardique.	Passage dans le lait peu connu avec précision, plutôt élevé.
Amphétamines Ecstasy	cardiopathies, fente palatine, atrésie voies biliaires	MAP, RCIU, HRP	Risque de prématurité. Sommolence, troubles de la succion, syndrome de sevrage à type d'irritabilité.	Passage dans le lait important si consommation régulière.

Médicaments et grossesse ?

En cas de doute :

→ <https://www.le-crat.fr>

Pour informer les patientes ou les rassurer sur les traitements prescrits compatibles ou non pendant la grossesse

→ CBD ?

Moins de THC

Moins d'effet psychoactif

Peu d'études actuellement

Pas sans risque

Problématique fumée ++

Se concentre dans le lait

→ Approche RDR

→ Encourager la réduction

→ Eviter les formes fumées

→ Proposer une aide mieux connue

	Suivi de grossesse	Addictologie	Nouveau-né	Allaitement maternel
Alcool > 4verres au moins 2 fois depuis 4SA ou alcoolisations quotidiennes ≥ 2 verres/jour	Suivi grossesse à risque : cs rapprochées SF ou gynéco en alternance + ERCF Echo morpho par référent + biométries 1x/mois. Cs anténatale pédiatre	Cs addictologie. Si dépendance physique : sevrage en hospitalisation, hydratation, anxiolytiques, vitamines B1B6, Magnésium, Aotal® possible.	Surveiller comportement en maternité, nursing et peau à peau. Faire bilan pédiatrique, surveillance à prolonger au moins jusqu'à 7 ans.	Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence. Contre indiqué si poursuite des consommations.
Tabac	Suivi bas risque + avis gynéco si consommation > 10cig/j. Cs dentaire pour prévention maladie parodontale. Mesurer CO.	Cs tabacologie. Sevrage ambulatoire +/- substitution nicotinique patch 16h ou orale.	Surveiller comportement (irritabilité) en maternité Nursing et peau à peau + prévention mort inattendue du nourrisson.	Si projet d'allaitement, à favoriser. Si poursuite tabac, fumer de préférence après la tétée.
Cannabis plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	Suivi bas risque médecin ou sage-femme. Cs anténatale pédiatrique. Mesurer CO.	Consultation tabaco ou addicto. Sevrage ambulatoire +/- substitution nicotinique +/- anxiolytique et/ou psychothérapie	Surveiller comportement (irritabilité) en maternité. Nursing et peau à peau + prévention mort inattendue du nourrisson	Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence.
Benzodiazépines (prises quotidiennes)	Rapprocher cs prénatales + au moins 1 avis de GO. Avis pharmacovigilance si polymédication. Cs anténatale pédiatrique.	Cs psy ou addictologue Préférer relai par hydroxyzine ou oxazepam. Si sevrage, hospitaliser car risque d'épilepsie.	Surveiller succion + somnolence Hospitaliser si signes+++ (gavage) Nursing et peau à peau, pas de ttt médicamenteux.	Possible avec basse posologie.
Héroïne plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	Suivi haut risque : cs SF ou gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s. Echo morpho référent + écho col + biométries-dopplers 1x/mois. Cs anténatale pédiatrique.	Cs addictologie Initialisation d'une substitution de préférence par méthadone et en hospitalisation.	Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz. Nursing +/- traitement morphinique dégressif. Hospitaliser si besoin de traitement.	Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence. Contre indiqué si poursuite des consommations.
Traitements de substitution : Méthadone Buprénorphine	Suivi haut risque : cs rapprochées gynéco et SF en alternance + ERCF Contrôle biométries + col vers 28 SA. Cs anténatale pédiatrique.	Stabiliser, éviter mésusage. Adapter posologie méthadone : besoin fréquent de fractionner et d'augmenter, faire méthadonémie.	Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz. Nursing et peau à peau. +/- traitement morphinique dégressif. Hospitaliser si besoin de traitement.	Si projet d'allaitement, à favoriser.
Cocaïne plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	Suivi haut risque : cs SF ou gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s. Echo morpho référent + écho col + biométries-dopplers 1x/mois. Cs anténatale pédiatrique.	cs addictologie. Pas de traitement de substitution possible, sevrage ambulatoire ou en hospitalisation.	Surveiller comportement en maternité, Nursing et peau à peau. Holter et cs cardiopédiatre recommandé dans le 1 ^{er} mois.	Contre-indiqué si poursuite des consommations. Si consommation très ponctuelle; recueillir lait pendant 24h et le jeter.
Amphétamines (dont Ecstasy) plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	Suivi haut risque : cs SF ou gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s. Echo morpho référent + écho col + biométries-dopplers 1x/mois. Cs anténatale pédiatrique.	cs addictologie Pas de traitement de substitution possible. Sevrage ambulatoire.	Surveiller comportement en maternité, nursing et peau à peau.	Contre-indiqué si poursuite des consommations.

	Nicotine	exemple
<u>Cigarette industrielle</u>	1 mg	10 cigarettes industrielles par jour → 1 patch de 14mg/24h à réajuster
<u>Cigarette roulée</u>	2-3mg	10 cigarettes roulées par jour → 1 patch de 21mg/24h minimum
<u>Joint de cannabis avec du tabac</u>	5 mg	2 joints par jour → 1 patch de 14mg/24h à réajuster

LES PATCHS

7 mg / 24 heures

10mg /16 heures

... Parfois 2 patchs, parfois 3 patchs ...

14 mg / 24 heures

15 mg/ 16 heures

COMPATIBLE AVEC LA GROSSESSE

21 mg / 24 heures

ON PEUT FUMER AVEC LES PATCHS !!!

25 mg / 16 heures ...

UN OUTIL DE REDUCTION ++

- ✓ A mettre après la douche, sur le bras, la jambe, l'omoplate, sous le pied ...
- ✓ Le laisser jusqu'au lendemain
- ✓ A changer d'endroit tous les jours
- ✓ A enlever la nuit si troubles du sommeil avec

Aides médicamenteuses : Elles sont parfois nécessaires au début du sevrage pour s'apaiser

anxiolytiques

éviter de mettre trop longtemps des benzodiazépines. ATARAX possible DONORMYL pour aide sommeil

antidépresseurs

si syndrome dépressif sous-jacent : pour la grossesse préférer SERTRALINE/PAROXETINE

traitements d'aide pour dormir

MELATONINE haut dosage 5mg souvent efficace, éviter hypnotiques sédatifs

AUTRES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

- Pastilles à 1mg ,1.5 mg, 2mg, 2.5 mg ou 4mg **NE PAS CROQUER NE PAS AVALER**

* Gommages avec différents goûts et dosages à mâcher : à mettre dans le creux de la joue 2mg ou 4 mg

✓ **A prendre lors d'une envie de fumer, jusqu'à 8-10 par jour**

- Spray

* Inhalateur (**Ne pas déglutir** – non remboursé)

LA VAPOTEUSE (ou cigarette électronique)

Avec un dosage adapté en nicotine (début entre 12 et 18mg souvent)
Différents goûts : privilégier la certification AFNOR / norme CE
Différents modèles, différents lieux de vente : préférer les magasins spécialisés plutôt que les bureaux de tabac

Quelques façons de réduire le nombre de cigarettes fumées par jour :

- Baisser la quantité : le nombre, les faire plus petites si roulées, ne pas les fumer entières mais éviter de les rallumer, mettre un filtre
- Retarder l'heure de la première
- Alternier pastilles et cigarettes
- Faire un agenda des consommations et se donner des objectifs
- Gérer les envies : relaxation, s'occuper, sortir, ...

REMBOURSEMENT SUR PRESCRIPTION MEDICALE

ASTUCES

Objectif : ARRETER

MEDICAMENTS POUR LE SEVRAGE : si sevrage ambulatoire
 -possibilité de réaliser un arrêt de travail d'une- deux semaines le temps du sevrage
 -Eviter la conduite automobile
 -Penser à IDE à domicile pour surveillance du sevrage (Score de Cushman) et adaptation des benzodiazépines + lien régulier Patient/Médecin les deux premières semaines (présentiel ou téléphonique)

Anxiolytiques	<p><u>Benzodiazépines</u> : Oxazepam SERESTA 10 ou 50 (à préférer dans la grossesse) ou Diazépam VALIUM 5 ou 10 hors grossesse ... à adapter selon le patient</p> <p>✓ Base Seresta 10 : 2-2-2</p> <p><u>Vitamine B1 B6 PP</u> : ex : PRINCI B 250 : 1 matin, 1 midi et soir 10 jours (non remboursé) <u>Hydratation</u> 2L/jour</p>
----------------------	---

Sevrage hospitalier ++ si signes de sevrage importants ou consommations importantes ou ATCD de Délirium Tremens, épilepsie ++ si grossesse et consommations importantes

- ✓ CH Bourg Saint Maurice ou CH Albertville ou CH Chambéry ou CH Alpes Isere
- ✓ Ou cure si besoin d'hospitalisation prolongée et volonté du patient d'un travail global. **Il existe des cures pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants (possibilité de recevoir la mère AVEC son enfant)**

MEDICAMENTS POUR AIDER AU MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

Acamprosate AOTAL	<p>1-1-2 si <60kg ou 2-2-2 si > 60kg possible pour la grossesse</p> <p>CI : Allaitement, insuffisance rénale</p>
Naltrexone REVIA 50mg	<p>1 par jour <u>A EVITER pendant la Grossesse</u></p> <p>Contre-indication avec des médicaments contenant des opioïdes (morphine, TSO méthadone ou buprénorphine ...), insuffisance rénale ou hépatique sévère</p>
Disulfiram ESPERAL	<p>1 par jour <u>EVITER PENDANT LA GROSSESSE</u></p> <p>! Attention effet antabuse : le patient ne doit consommer aucun alcool en simultané, attention vinaigre parfum etc !</p> <p><u>CI : Insuffisance hépatique, rénale, diabète, épilepsie, cardiovasculaire</u></p>

Objectif : REDUIRE**MEDICAMENTS POUR AIDER AUX ENVIES D'ALCOOL**

Nalméfène = SELINCRO : 1 par jour de préférence 2 heures avant l'usage d'alcool
Contre indication avec des médicaments contenant des opioïdes (morphine, TSO méthadone ou buprénorphine ...), Insuffisance hépatique ou rénale sévère

Parfois AOTAL ou REVIA efficace

En 2^{ème} intention :

! Beaucoup de précautions d'emploi (IH, IR , Troubles neuro-psy..) ! Avis possible pélican si besoin

Baclofène (BACLOCUR) : augmentation progressive 5mg : 1-1-1 puis augmenter de 5mg par 2-3 jours avec des plateaux

- ✓ Avis spécialisé si dosage souhaité > 80mg/ jour
- ✓ **ATTENTION : traitement à ne pas arrêter brutalement** (risque de crise d'épilepsie)
- ✓ Suivi rapproché nécessaire

Quelques façons de réduire l'alcool :

- Baisser la quantité : prendre des canettes / bouteilles plus petites, jeter une partie de la canette ou de la bouteille...
- Baisser le degré d'alcool : bières moins dosées
- Retarder l'heure des premières consommations
- Consommer un jour sur deux ...
- Alternier un verre d'eau/ un verre d'alcool
- Faire un agenda des consommations et se donner des objectifs ...

ASTUCES

Autres aides :
 Rechercher un syndrome dépressif / syndrome anxieux : parfois la prise en charge de ces pathologies permet au patient d'éviter d'avoir recours à l'alcool.

Antidépresseurs : SERTRALINE, PAROXETINE, BRINTELLIX, ESCITALOPRAM, VENLAFAXINE ... **Rechercher une comorbidité psychiatrique / demander un avis**

- ✓ **Intérêt d'un suivi avec un.e psychologue, suivi global, et collaboratif !**

- ✓ **Pour les dépendances** : SKENAN, TRAMADOL, Morphine OXYCODONE, Codéine, Héroïne et autres opiacés
- ✓ → **Buprénorphine et méthadone sont recommandés si trouble de l'usage des opiacés pendant la grossesse**

EN 1^{ère} INTENTION : moins de risque d'overdose

BUPRENORPHINE

BU à faire avant si possible

Tout médecin généraliste peut prescrire

Début à 4, 6 ou 8 mg et augmentation progressive par palier de 2mg / surveillance médicale – délivrance pour 3 jours, puis 7, puis 14...

Délivrance pour 28 jours maximum

OROBUPRE – AMM jusqu'à 18mg
Oro-dispersible – sur la langue : effet plus rapide ++ : évite le sniff et l'injection

SUBUTEX ou Buprénorphine – AMM jusqu'à 24mg
Sous la langue pendant 10-15min

SUBOXONE (goût citron) – AMM jusqu'à 24mg
Associé à de la Naloxone – effet négatif si injecté ou sniffé

Ordonnance sécurisée

INFOS

NE PAS HESITER à contacter le médecin Addictologue pour tout conseil

- **Fractionner la prise** : intérêt parfois pour les patients de prendre son TSO en deux prises matin et soir (métaboliseurs rapides, sensation de manque en fin de journée, *patientes enceintes...*).
- **Surveiller les consommations d'alcool** : transferts fréquents d'addiction : si compensation avec l'alcool : nécessité de réfléchir à la majoration du TSO

EN 2^{ème} INTENTION : plus de risque d'overdose

METHADONE

INITIALISATION en CSAPA ou CH UNIQUEMENT

... si échec des autres thérapeutiques, si sniff ou injection de buprénorphine (mésusage et inefficacité de l'OROBUPRE) et selon choix du patient ...

BU et ECG : recherche d'un QT long (++) si dosage > 80mg)

! Attention aux interactions avec autres médicaments augmentant le QT ! (ex : contre-indication avec escitalopram, atarax...)

Initialisation en CSAPA avec une pharmacie partenaire : délivrance quotidienne au départ

Conditions pour un RENOUELEMENT d'ordonnance :

TOUT MEDECIN PEUT RENOUELLER

- Sirop : 14 jours
- Gélule : 28 jours après accord CPAM si traitement méthadone >1an

- **Ne pas baisser trop vite un TSO** : discuter et aller au rythme du patient !
- **Augmenter si besoin pendant la grossesse.**
- **PENSER à la Naloxone** : Prenoxad en IM / Nyxoid en intranasal (cf. fiche Naloxone) : **tout patient** qui a des opiacés prescrits devrait en avoir

Protocole au CSAPA Pélican Albertville :

Début à 30-40mg et augmentation par palier de 5-10mg sur 1 ou 2-3 jours .

Maximum de 60-80mg la première semaine puis jusqu'à la dose d'entretien (60-120mg)

Délivrance quotidienne la première semaine minimum puis par 2-3 jours puis hebdomadaire

Délivrance

- 14 jours maximum pour le sirop

Ordonnance sécurisée

INFOS

TRAITEMENT D'URGENCE DES SURDOSES AUX OPIACES

2 présentations existent : Prenoxad® et Nyxoid ®

PRENOXAD® : à disposition gratuitement en CSAPA, remboursé sur prescription en pharmacie, ou bien accès libre d'achat (24€ sans prescription). Seringue pré-remplie de 0,91mg par ml contenant 5 doses à injecter en IM.

NYXOID® : accès seulement sur prescription - 1,8mg de Naloxone dans 0,1 ml de solution en préparation intranasale. 1 dose unique à administrer.

A recommander pour tous les patients avec une prise/prescription d'opiacés : SKENAN, TRAMADOL, Morphine, OXYCODONE, Codéine, Héroïne, Méthadone, Buprénorphine et autres médicaments à base d'opiacés...

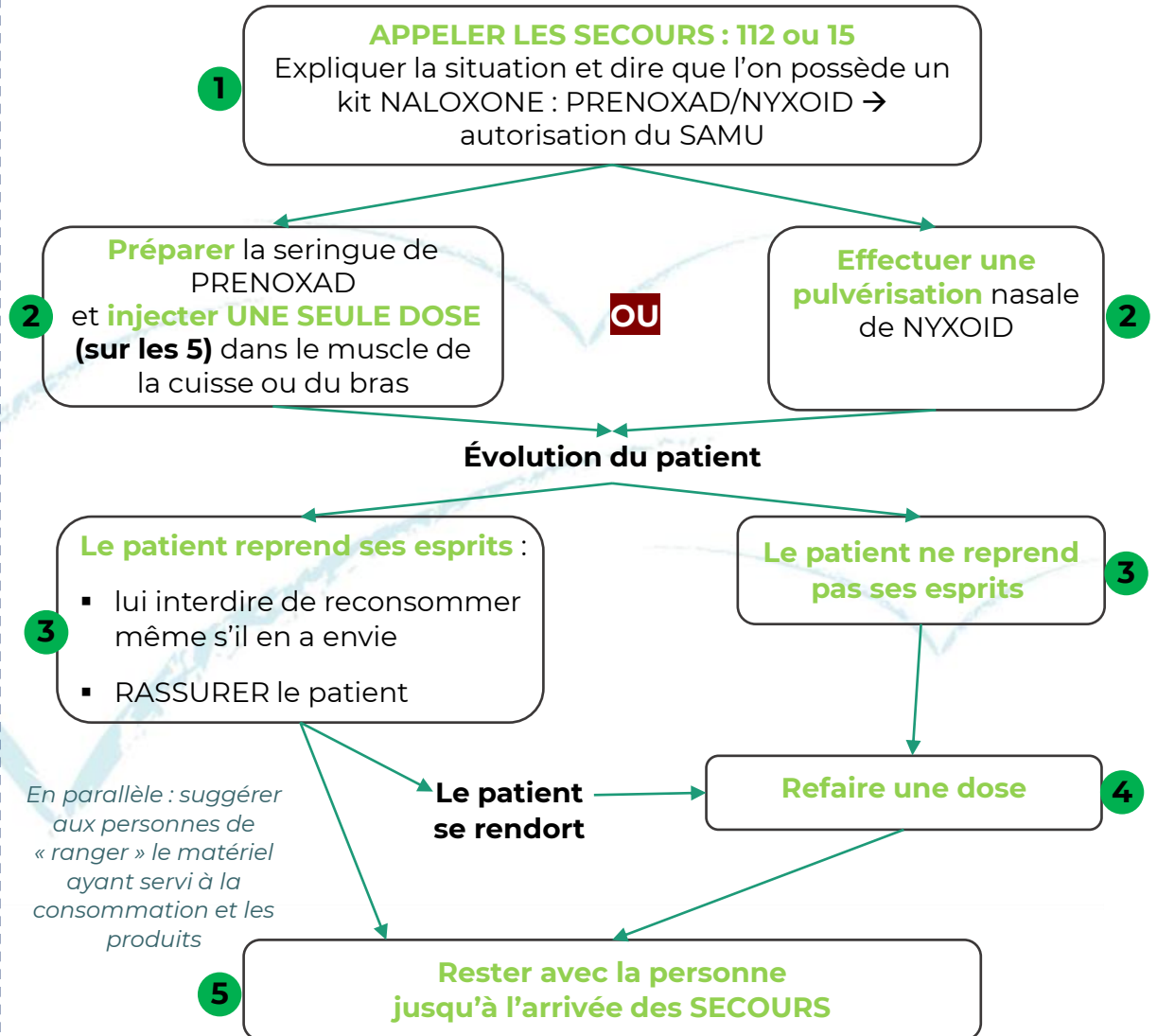
Ne fonctionne pas pour les surdoses de cocaïne mais pas de risque si utilisation malgré tout.

LE PATIENT DOIT FORMER SON ENTOURAGE à L'UTILISATION → <https://www.prenoxad.fr> (vidéo d'explication)

LES SIGNES DE L'OVERDOSE AUX OPIOIDES

- ✓ Personne inconsciente
- ✓ Respiration faible, irrégulière, lente ou absente
- ✓ Lèvres bleues, pâleur ou peau bleue
- ✓ Myosis
- ✓ Ne répond pas aux consignes simples
- ✓ Sons tels que gargouillis, ronflements, sons étouffés...

QUE FAIRE FACE A UNE SURDOSE ?



En parallèle : suggérer aux personnes de « ranger » le matériel ayant servi à la consommation et les produits

Donner le matériel usagé aux secours pour qu'il soit jeté dans les dispositifs prévus à cet effet

Pour les traitements d'aide à la prise en charge des consommations de cocaïne :

AUCUN Traitement de substitution

AUCUN Traitement avec une AMM à ce jour

AUCUN Traitement contre les overdoses sauf prise en charge symptomatique/des complications aux urgences.

PISTES

Prise en charge thérapeutique pluriprofessionnelle ++

Parler de la RDR :

Consommer en sniff/MAD plutôt qu'en fumée plutôt qu'en injection : adresser en CAARUD ou en pharmacie pour matériel propre...

Rechercher une comorbidité psychiatrique et la traiter si besoin :

- Un TDAH ?
- Un épisode dépressif/ anxieux ?
- Une autre pathologie psychiatrique ?

Dépister les comorbidités somatiques : Dépistages : hépatites B,C,VIH,Syphilis et autres IST, Troubles cardio (HTA, FDRCV)? Troubles sexuels, ORL, Infectieux, Pulmonaires...

Quelques médicaments ont montré une efficacité dans quelques études mais n'ont pas à ce jour AMM :

Traitement symptomatique du sevrage avec anxiolyse adéquate telle que

- TERCIAN /Cyamémazine
- VALIUM/ Diazépam ou SERESTA/Oxazépam

Traitement du craving :

- Les agents glutamatergiques tels que la N-acétylcystéine (MUCOMYST®) dosée à 2,4 g/j, soit douze sachets répartis en 4 sachets matin midi et soir dans le cadre d'un sevrage cocaïne notamment.


Traitement des comorbidités

D'autres molécules sont à l'étude et peuvent être utilisés parfois hors AMM par des spécialistes (nous vous les mentionnons pour informations, ne pas les prescrire seul en pratique , demander l'avis à un spécialiste)

- les agonistes partiels dopaminergiques comme l'aripiprazole (ABILIFY®)
- le topiramate (EPITOMAX®) baclofène (LIORESAL®) le
- disulfirame (ESPERAL®)
- & notamment dans le cadre d'un TDAH diagnostiqué : (réservé aux spécialistes: psychiatre, neurologue, pédiatre)
- modafinil (MODIODAL®) ou méthylphénidate (RITALINE®) ou CONCERTA...

GE GA<http://www.asso-gega.org>**G**roupe d'Étude
Grossesse & **A**ddictionwww.tabac-info-service.fr/

- Fiche HAS RPIB
- Guide « premiers gestes en tabacologie » RESPADD : <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2023/05/Livret-Premiers-gestes-avril-2023-BAT2.pdf>
- Guide « femmes et tabac » RESPADD : <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2023/05/Guide-Tabagisme-femme-mai-2023-BAT4.pdf>

DROGUES-INFO-SERVICE.FR
7j/7 de 8h à 2h. Appel anonyme et gratuit 0 800 23 13 13**ALCOOL-INFO-SERVICE.FR**
7j/7 de 8h à 2h. Appel anonyme et non surtaxé 0 980 980 930**MILDECA** www.drogues.gouv.fr
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives Réseau de Périnatalité Occitanie <https://www.perinatalite-occitanie.fr/professionnels/amelioration-des-pratiques>

Tabac

On en parle en consultation ?

FICHE PRATIQUE 

KIT ADDICTIONS

On parle de quoi ?

En France, la consommation de tabac reste en 2021 la première cause de décès évitable (75000/an) avec un fort coût pour la société (120 Mds €/an). Au premier trimestre 2021, la vente de cigarettes repart à la hausse¹.

CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Âge moyen de la 1^{ère} cigarette
14,4 ans

Consommateurs à 17 ans
25%*
♀ 23,8%
♂ 26,3%

Ont expérimenté la chicha
50%

CHEZ LES ADULTES

Fumeurs quotidiens
25%

Consommation sur l'année
♀ 20,7% ♂ 27,5%



672 443 malades attribués au tabac.



Responsable d'un cancer sur trois
90% des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures.



1^{ère} cause de maladies cardio-vasculaires.



Responsable de 85% des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO).



Femmes enceintes
17 % déclarent fumer.
Risques embryofœtaux.
Nombreuses rechutes.



Faibles revenus
15% de fumeurs en plus.



Comorbidités psychiatriques
Espérance de vie réduite de 25 ans. Jusqu'à deux fois plus de fumeurs qu'en population générale.



Co-consommations fréquentes
80% des patients alcoolodépendants. Association tabac cannabis en population jeune.

Comment évaluer ?

Le médecin généraliste est à même de repérer de façon systématique la consommation de tabac.
2 questions suffisent² :

1 **Combien de cigarettes fumez-vous quotidiennement ?**

Moins de 10 0
De 11 à 20 1
De 21 à 30 2
Plus de 30 3



2 **Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre 1^{ère} cigarette ?**

Moins de 5 minutes 3
De 6 à 30 minutes 2
De 31 à 60 minutes 1
Plus d'une heure 0



Si le résultat est supérieur à 3



Dépendance forte.

1 - OFDT, tableaux de bord tabac : www.ofdt.fr/statistiques-et-informations/tableaux-de-bord-tabac/

2 - HAS, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence : www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/en/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l'abstinence-en-premier-recours

Tabac : on en parle en consultation ?

FICHE PRATIQUE 

Stratégies possibles

1 **Choix d'une stratégie adaptée au patient**



2 **Arrêt immédiat**

Objectifs : contrôle du craving. Intervention psycho-sociale. Suivi rapproché et dans la durée (> 3 mois).

3 **Réduction contrôlée progressive**

Objectifs : accompagner la motivation. Intervention psycho-sociale. Suivi moins rapproché et dans la durée (> 3 mois).

Surveillance rapprochée

Adaptation du traitement et prévention de la rechute 

- Lieu : au cabinet médical.
- Rythme : hebdomadaire.
- Augmentation progressive des doses jusqu'à disparition du craving.

L'association du traitement et d'intervention soutenante augmente les chances de réussite : entretien motivationnel, TCC, infirmière ASALEE, ... Le suivi régulier est important jusqu'à la stabilisation du patient.

- Patchs nicotiniques : décroissance par palier après un mois d'état stable au minimum.
- Sous-dosage : énervement, troubles du sommeil, grignotage, augmentation de la consommation d'alcool.
- Sur-dosage : ressent les mêmes effets que quand il a trop fumé.

Traitements remboursés



Substituts nicotiniques

En première intention

- Patchs ≈ 1 mg par cigarette fumée sur 24h si envie de fumer dans l'heure après le réveil > patchs sur 16h sinon.
- Formes orales : gommes, pastilles, inhaleur, ... selon la préférence du patient.
- Dose minimale de base en patch + formes orales si besoin.



Varénicline

En deuxième intention

- Posologie progressive.
- Modification du comportement ou pensée anormale.
- Interdit aux femmes enceintes.
- Attention : indisponibilité au 1^{er} novembre 2021

Et la cigarette électronique ?



Outil de réduction des risques*

* manque de données sur les risques pour la santé de son usage chronique isolé.




Pas d'usage concomitant cigarette + cigarette électronique



Ne pas décourager le patient fumeur qui initie le vapotage

afnor

Privilégier les e-liquides avec certification AFNOR 

Ressources d'information pour accompagner la prise en charge

- Addictutos (tutoriels développés par un panel d'experts issus des soins primaires et de l'addictologie et faisant l'objet de thèses de médecine générale) : www.addictutos.com.
- Tabac info service : www.tabac-info-service.fr.
- Mocc de la Société Francophone de Tabacologie : Tabac : Arrêtez comme vous voulez ! <https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/tabac-arretez-comme-vous-voulez/>

Soutenu par le  GOUVERNEMENT

Cannabis

On en parle en consultation ?

FICHE PRATIQUE

KIT ADDICTIONS

Qui consomme ?

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France qui fait également partie des plus gros consommateurs au niveau européen.¹ Âge moyen de la première expérimentation : 15,3 ans.



	Expérimentation	Usage régulier*	Consommation sur l'année
CHEZ LES JEUNES DE 17 ANS	39%	7,2%	♂ 9,7% ♀ 4,5%
CHEZ LES ADULTES DE 18 À 64 ANS	45%	3,6%	♂ 15% ♀ 7%

* 30 fois par mois

Quels effets ?

Connaître les effets du cannabis vous permettra de mieux comprendre les consommateurs et leur motivation à consommer du cannabis afin d'instaurer un climat neutre pendant la consultation².

Les effets apparaissent environ 15 à 20 min après son inhalation chez un consommateur occasionnel, un peu plus tard chez un usager régulier. Ils sont différents d'un individu à l'autre, selon les attentes et le profil psychologique du consommateur. Les effets le plus souvent recherchés sont : euphorisant, anxiolytique, sédatif, antalgique.

Quels risques ?

CONSOMMATION OCCASIONNELLE

Diminution des capacités de mémorisation et d'apprentissage.
Risques (rares) d'infarctus du myocarde.

Dès le 1^{er} usage, risque de :
Attaques de panique.
Syndrome de dépendance.

CONSOMMATION RÉGULIÈRE

Diminution des capacités de mémorisation et d'apprentissage.
Risques (rares) d'infarctus du myocarde.
Risque d'isolement (social, familial, scolaire, etc.).

Révélation ou aggravation de troubles psychiques (type schizophrénie).
Risques ORL et pulmonaires.
Risques de cancers.
Risque d'évolution vers un trouble de l'usage.
Risques associés avec l'usage de tabac concomitant.

POUR TOUT TYPE DE CONSOMMATION

Diminution de la perception, de l'attention, de la mémoire immédiate et de la vigilance (potentialisée par les effets de l'alcool).

Interdiction de conduire après la prise de cannabis. Suspension du permis de conduire et visite médicale.

© Modifié à : Usage problématique de cannabis. Revue de la littérature internationale. OFDT, 2013.

Chez les adolescents

Maturation cérébrale³

La maturation cérébrale (myélinisation, croissance cérébrale, connexion entre structures cérébrales) est un processus dynamique qui se poursuit jusqu'à l'âge adulte.

La consommation de cannabis pendant l'adolescence perturbe le développement synaptique et neuronal.

Le développement du système dopaminergique, impliqué dans la mémoire de travail et le système de récompense, est particulièrement impacté. Plus le cannabis est consommé jeune, plus les perturbations du raisonnement, du jugement sont importantes et plus le risque de dépendance au produit est élevé. Parlez-en de manière détaillée.

Consultation

Les adolescents n'abordent pas le sujet spontanément mais sont prêts à échanger sur leur consommation s'ils sont interrogés par leur médecin⁴.

1 - OFDT, Chiffres clés 2019, page 4 : www.ofdt.fr/ROD/publications/docs/DCC2019.pdf

2 - Laperle C, Henne S, Dupuy J, Khouini S, Pautrat M, Authier N, Ullrich PM, Brousse G, Verillon F Les médecins généralistes et le cannabis en France : pourquoi et comment interroger nos jeunes patients sur leur consommation ? Esocar 2016;125-129-3.

3 - P. Bindez, Intervient sur les addictions en médecine générale. Part 1. esocar 2017;129-14-31.

4 - P. Bindez, Anne-Laure Helms, Benoît Tudjé, Dagmar M Heller, Paul Vandenberg.

L'approche des adolescents en médecine générale part 1 & 2. esocar 2018;142-159-61.

5 - M. Schurif, C. Meynard-François. Utilisation des outils de repérage et d'évaluation des consommations à risque d'alcool, tabac et cannabis en médecine générale. Esocar 2013; 170-18-66.



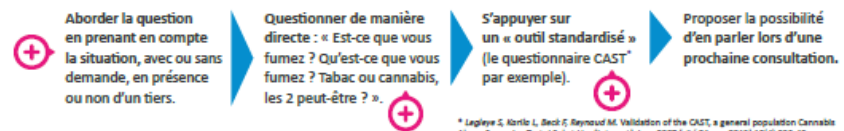
Cannabis : on en parle en consultation ?

FICHE PRATIQUE

Repérer et évaluer

Le médecin généraliste a une place privilégiée pour repérer un usage problématique.

Les médecins interrogent pourtant trop peu les patients sur leur consommation¹ : 92,2% des patients pour le tabac, 71,7% pour l'alcool et 28,7% pour le cannabis.



* Langley S, Korte L, Steh F, Reynolds M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J Subst Use (Internet). Janv 2007 [cité 23 nov 2019];12(4):235-41.

Prise en charge

Lorsque l'évaluation est faite, des objectifs raisonnables peuvent être définis et un suivi envisagé².

Consommation non problématique : proposer un arrêt juste pour voir si c'est possible puis rester à disposition.

Consommation problématique : proposer des objectifs gradués, avec adressage spécifique si besoin.

L'intervention brève permet d'amorcer une prise en charge en consultation. Elle suit le schéma FRAMES :

FRAMES	
Feedback	Reformulation avec le consommateur de sa consommation de cannabis et de ses répercussions sur sa vie personnelle et socioprofessionnelle.
Responsability	Responsabiliser le consommateur et le positionner dans sa capacité au changement.
Advice	Donner des conseils sur sa consommation et ses risques somatiques, psychiatriques, professionnels, législatifs,...
Menu	Le patient établit le contrat de changement.
Empathy	User d'empathie pendant la consultation, sans jugement ni moralisation.
Self efficacy	Renforcer le sentiment de succès.

Allen TE, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addict Behav Eng. 1993;8(3):215-35. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. 2014. Mise à jour en 2021.

Accompagner et adresser

Quand la situation devient trop problématique, adresser le patient vers une structure adaptée, selon votre territoire.

(CSAPA - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie / CJC - Consultations Jeunes Consommateurs / Micro-structures / Services hospitaliers d'addictologie,....).

Pour trouver une structure proche du domicile du patient : www.drogues-info-service.fr/Recherche-professionnelle-multicriteres

Dosages biologiques

Les patients posent souvent la question des dosages pouvant être réalisés et de leur valeur.

	USAGE OCCASIONNEL	USAGE RÉGULIER	USAGE INTENSIF
URINES	3 à 5 jours	30 à 70 jours	
SANG	2 à 8 heures		1 mois
SALIVE	6 à 8 heures	24 heures	8 jours

Liens utiles

- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) : www.drogues.gouv.fr
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : www.ofdt.fr
- Intervenir addictions : www.intervenir-addictions.fr
- Cannabis - repères pour intervenir : www.cannabis-medecin.fr

Soutenu par le GOUVERNEMENT

COLLÈGE de la MÉDECINE GÉNÉRALE

Alcool

On en parle en consultation ?

FICHE PRATIQUE



FICHE PRATIQUE

Où est le problème ?



En France, la consommation d'alcool est la 2^{ème} cause de mortalité évitable après le tabac.
Les patients attendent et trouvent normal d'être évalués par les médecins généralistes.



KIT ADDICTIONS

Quels sont les repères pour limiter les risques ?

Maximum 2 verres par jour, pas tous les jours, maximum 10 verres par semaine.

SITUATIONS PARTICULIÈRES	QUI ?	QUELS RISQUES ?
Ivresse, dont Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)	Par occasion : ≥ 6 verres pour les femmes ≥ 7 verres pour les hommes	• Adultes = 35% • 18-25 ans = 34% (Binge-drinking)
Usages réguliers même sans ivresse	≥ 10 verres par semaine	• Adultes = 8% • 18-25 ans = 14%
		• Fait perdre le contrôle de soi • Accident, viol, violence, suicide. • Triple le risque d'addiction
		• Altère de nombreux organes • Diminue la vigilance • Installe une addiction • Perturbe la vie psycho-sociale

Évaluer le niveau de risque... ..et celui d'addiction ?

QUESTIONNAIRE F.A.C.E.	SCORE	CRITÈRES DSM-5
Fréquence À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais 0 ≤ 1 / mois 1 2 à 4 / mois 2 2 à 3 / semaine 3 4 et + / semaine 4	La consommation d'alcool... • est plus importante ou dure plus longtemps que prévu, • entraîne des envies impérieuses ou obsessionnelles de consommer (craving), • entraîne à son arrêt un syndrome de sevrage soulagé par la reprise, • nécessite un temps considérable, y compris pour s'en procurer, ou récupérer de ses effets, • nécessite d'augmenter les quantités pour obtenir les mêmes effets, • empêche ou réduit d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs, • empêche de remplir ses obligations, au travail, à l'école ou à la maison.
Quantité Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2 0 3 ou 4 1 5 ou 6 2 7 à 9 3 10 et + 4	Elle est répétée et poursuivie malgré... • des situations où cela peut être physiquement dangereux, • des problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents déterminés ou exacerbés par l'alcool, • des efforts pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance, • la connaissance des problèmes sociaux et relationnels persistants ou récurrents dus à l'alcool.
Critiques Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?	Non 0 Oui 4	Trouble d'usage sur 12 mois, selon le nombre de critères : Léger : 2 à 3 Modéré : 4 à 5 Grave : 6 et plus
Réveil Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non 0 Oui 4	
Mémoire Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non 0 Oui 4	
Usage excessif probable : 5 à 8 (hommes) / 4 à 8 (femmes) Dépendance probable : 9 et plus		

Les principales occasions pour en parler



lecmg.fr

COLLÈGE de la MÉDECINE GÉNÉRALE

Alcool : on en parle en consultation ?

Comment intervenir ?



La méthode du Repérage Précoce et d'Intervention Brève (RPIB). Elle se déroule dans un climat de bienveillance non jugeante et aidante, et peut être répétée :

- 1 - Caractériser la consommation et situationnels
- 2 - Échanger sur les risques personnels et situationnels
- 3 - Comprendre la fonction de l'usage et la motivation au changement
- 4 - S'accorder sur des objectifs réalistes
- 5 - Suivre ou orienter



Quel objectif ?

Tous les patients ne sont pas prêts à cesser toute consommation d'alcool, mais tous les patients peuvent avoir un bénéfice sur leur santé (risques cardiovasculaires, santé mentale, sommeil, etc.) à diminuer leur consommation. L'important est alors de réduire les risques. Cette option doit être entendue et reconnue.

	RÉDUCTION DES RISQUES	ABSTINENCE
RISQUES	Apparition d'autres comportements problématiques ou de compensation.	Risque de décès si sevrage brutal Delirium tremens. Syndrome de sevrage. Rechute rapide si carence de suivi.
MÉDICAMENTS	Compatibles avec un usage d'alcool modéré : • Nalméféne (Selincro 8mg*) : 1 / jour de préférence 2h avant l'usage d'alcool. • Baclofène (Baclocur* 10, 20, 30, 40mg) Initier à 5mg x 3 et monter par paliers de 5mg / 3j. À partir de 80mg, demander un avis spécialisé. Faire une suivi rapproché à 7 jours, 15 jours, puis 1 fois par mois pendant minimum 6 mois.	Sevrage : Diazépam + hydratation + Vit B1 ou Oxazépam si insuffisance hépatique. Maintien de l'abstinence : (Incompatibles avec un usage d'alcool) • Acamprosat (Aotal 333 mg) : 4 à 6 / jour à distance des repas, 3 à 12 mois. • Disulfirame (Espéral 500) : 1 / jour (efficacité non démontrée).
AUTRES TRAITEMENTS	ACCOMPAGNEMENT • L'Entretien Motivationnel (EM) vise à renforcer la motivation personnelle et l'engagement au changement. • Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont recommandées. • Les groupes d'entraide sont bénéfique en cas de bonne assiduité. Aucune technique n'a fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres. L'évaluation de l'état nutritionnel du patient est recommandée.	
ET ENSUITE ?	PRÉVENTION DE LA RECHUTE La rechute est un apprentissage dans les conduites addictives. Il ne faut ni la banaliser ni la stigmatiser. Il s'agit d'en anticiper les 5 causes principales modifiables : 1 - Une représentation erronée de son trouble (Insight). 2 - Des relations personnelles perturbées. 3 - Des récompenses absentes. 4 - Un conditionnement sensoriel et social. 5 - Un stress mal géré ou mal anticipé	

À qui adresser ?



Les relais locaux les plus accessibles sont :
• les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
• les psychologues, psychiatres, ou addictologues, privés ou du dispositif spécialisé.

C'est le suivi collaboratif qui a les meilleurs taux d'abstinence à 6 mois¹.

1 - Watkins KE, Ober AL, Lamp E, et al. Collaborative care for opioid and alcohol use disorders in primary care: the SUMMIT randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2017;177:1480-6.

lecmg.fr

Soutenu par le GOUVERNEMENT

COLLÈGE de la MÉDECINE GÉNÉRALE

Médicaments substitutifs aux opioïdes (MSO)

Une nécessité.

KIT ADDICTIONS

Pourquoi les prescrire ?

Le trouble de l'usage des opioïdes est une maladie chronique due à un dysfonctionnement neurobiologique. Les MSO ont montré leur efficacité :

- Craving et des consommations.
- Mortalité (overdoses).
- Infectieux (VIH, VHB, VHC).
- Qualité de vie et sociale.

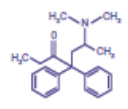
Quels sont les dangers ?

Essentiellement les surdoses notamment lors des associations avec psychotropes ou alcool qui peuvent être mortelles, les risques infectieux si le médicament est injecté.

- les associations avec les BZD et/ou alcool,
- les injections avec la Buprénorphine,
- la surdose avec la Méthadone,
- pas d'effet renforçant positif.

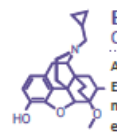
Rappeler au patient de tenir le produit hors de portée des enfants.

Les MSO et leurs différences



Méthadone
Sirop ou gélule

Agoniste complet. Risque de surdose avec les dépresseurs respiratoires. Initiation en CSAPA ou à l'hôpital. Peu de risque de détournement de la voie d'administration.



Buprénorphine ± naxolone
Comprimé ou lyophilisat

Agoniste partiel. Moins de risque de surdose. Elle peut être initiée et renouvelée par tout médecin généraliste. Sniffée ou injectée, elle expose aux risques infectieux et à l'instabilité du traitement.

Principes de base

- S'assurer de la dépendance aux opioïdes et des modes d'usage (IV, sniff...).
- Repérer les consommations associées : tabac, alcool, cannabis, cocaïne,...
- Prévention des rechutes : du craving.
- Travailler en pluri pro et avec CSAPA, CJC, Addictologue, Professionnels de santé mentale,...

BUPRÉNORPHINE - HAUT DOSAGE : BHD

- SUBUTEX® : cp sublingual de 0,4, 2 et 8mg
 - BUPRÉNORPHINE : cp sublingual de 0,4, 1, 2, 4, 6 et 8mg
 - SUBOXONE® (BHD+naxolone) : cp sublingual de 2mg/0,5mg ou 8mg/2mg
 - OROBUPRE® : lyophilisat oral de 2 et 8mg.
- Les boîtes contiennent 7 comprimés.

Modalités de prescription

Instaurer
Attendre les signes de manque.
Dose initiale 4 à 8 mg, puis ajuster par palier de 1 à 2 mg/j toutes les semaines.

Renouveler
Posologie moyenne : 16 mg/j- maxi 24 mg.
Surveillance : Score d'Handelsman.

Réduire ou arrêter
Ce n'est un objectif que si le patient l'a décidé. Aucune urgence. Nécessité d'une stabilité médicale et sociale pour que cela se passe bien. Diminuer très lentement et surveiller le craving et les consommations. Sur plusieurs mois ou années. Ne pas hésiter à ré augmenter le traitement si nécessaire.

Cadre légal
Primo-prescription et renouvellement par tout médecin.
Ordonnance sécurisée avec dosage en toutes lettres.
Préciser la pharmacie de délivrance.
Durée maximale de traitement de 28 j.
Délivrance fractionnée en périodes de 7 j (sauf mention du prescripteur « délivrable en une fois »).

Modalités de prise
Une seule prise/j. Laisser fondre jusqu'à dissolution complète
SUBUTEX® et SUBOXONE® ou BHD générique : sous la langue
OROBUPRE® : sur la langue.

Risques
Injection IV ou sniff : risques infectieux.
Association avec benzodiazépine : mortalité.

Effets indésirables
Association aux IMAO : effets des opioïdes.
Association à un opioïde : déclenche un sevrage.

MSO : une nécessité

MÉTHADONE

- SIROP : flacons de 5, 10, 20, 40 et 60mg
- GÉLULES : 1, 5, 10, 20, 40mg

Modalités de prescription

Indications
Inefficace ou injections/sniff de buprénorphine.

Instaurer
Obligatoirement en CSAPA.

Renouveler
1 prise par jour
Si besoin de 5 à 10 mg/j
Dose d'entretien 60 mg à 120 mg

Réduire ou arrêter
Idem buprénorphine. Diminution progressive par paliers de 5 à 10 mg/jour. Sur plusieurs mois ou années.

Cadre légal

- Prescription initiale : CSAPA, médecins hospitaliers.
- Relais possible au généraliste avec ordonnance relais.
- Ordonnance sécurisée : dosage en toutes lettres / nom de la pharmacie / période de 7j sauf mention du prescripteur.
- Durée maximale de prescription : sirop : 14 j / gélule : 28 j.
- Passage du sirop à la Gélule : possible si patient stabilisé et traitement > 1 an, adresser au CSAPA ou médecin hospitalier.

Risques

- Surdose mortelle car pas d'effet plafond.
- Associations contre-indiquées : Buprénorphine, Nalméfène : SELINCRO® : syndrome de sevrage Escitalopram, citalopram, hydroxyzine, dompéridone : torsades de pointe et allongement du QTc
- Associations déconseillées : Benzodiazépines, médicaments à risque de torsades de pointe et QTc : antiarythmiques de classe « Ia », certains antiparasitaires, macrolides ou neuroleptiques : ECG.

La prescription d'urgence

- Se limiter à quelques jours (3 au maximum).
- Contacter le prescripteur habituel et la pharmacie.

Les voyages

Pour l'étranger : MSO interdits dans certains pays.
Dans l'Espace Schengen :
< 14 jours : présenter son ordonnance
> 14 jours : idem + « Autorisation de transport de stupéfiants ou psychotropes dans le cadre d'un traitement médical » de l'ARS du prescripteur. Validité 28 j (14 j pour la méthadone.)
Hors Schengen : Unité Stupéfiants et Psychotropes de l'ANSM ou l'ambassade du pays de destination.

La douleur

Il existe une baisse de tolérance à la douleur. D'abord ajouter Paracétamol ou AINS. Si insuffisant, continuer mais en fractionnant les MSO en 2 ou 3 prises journalières. Au-delà, augmenter la dose de MSO + autres stratégies > allo addictologue, CSAPA ou médecin de la douleur.

Le switch des MSO

BHD → Méthadone
Si inefficace ou mésusage de BHD : adresser au CSAPA.

Méthadone → BHD

Diminuer la MTD à moins 40 mg. Stop 24h minimum. Attendre les signes de manque. Débuter BHD à 2mg et ajuster par palier de 2 mg/h selon les symptômes (max 8 mg/j le premier jour).

Les risques

Overdose (pas d'effet plateau)
Risque léthal : 1 mg/kg surtout enfants, personnes naïves.

Tout accompagnement de patient en général consommateur d'opioïde nécessite la prescription de Naloxone et une éducation thérapeutique.

Prescription systématique :

- PRENOXAD 0,91 mg/ml seringue préremplie. AMM adultes.
- NYXOID 1,8 mg pulvérisation nasale. AMM > 14 ans. Possibilité de les administrer chez des enfants par un médecin si ingestion accidentelle. Disponible dans établissements de santé, CSAPA, CAARUD et pharmacies de ville / Formation du patient .

La grossesse et l'allaitement

Grossesse prévue ou découverte : garder les MSO car pas de risque malformatif. Si besoin, des posologies pendant la grossesse et après. Informer l'équipe de la maternité. Allaitement possible mais reconsidéré si alcool, psychotropes,...

18/03/2022

Cocaïne

On en parle en consultation ?

FICHE PRATIQUE 

FICHE PRATIQUE 

KIT ADDICTIONS

Qui consomme ?



CHEZ LES JEUNES DE 17 ANS

Expérimentation
2,8%

CHEZ LES ADULTES DE 18 À 64 ANS

Expérimentation **5,6%**
Dans l'année : **1,6%**
♂ **2,3%** ♀ **0,9%**

66 €/g
3 à 10 prises
par gramme

Comment ?



**COCAÏNE
POUDRE** Sniffée,
injectée ou fumée



**CRACK, FREE BASE
OU COCAÏNE BASÉE**

Fumé
ou inhalée Plus puissant, plus rapide,
plus court, plus addictif.

Quels effets ?

INDIFFÉRENCE À LA FATIGUE, EUPHORIE, SENTIMENT D'ACUITÉ MENTALE.

AIGUS

CHRONIQUES

PSY

Phase 1

Assurance, estime de soi, besoin en sommeil réduit. symptomatologie maniaque (euphorie, énergie accrue, idées de grandeur, hypervigilance, augmentation de l'intérêt et de l'excitation sexuelle).

Phase 2

De quelques minutes à quelques heures. Dysrégulation hédonique (« descente ») : troubles délirants aigus possibles, dysphorie, asthénie, irritabilité, perte de l'estime de soi, anxiété.

Dépendance avant tout « psychique », avec apparition de pensées obsédantes très difficiles à évacuer. Trouble anxieux, dépression, troubles de l'humeur, hallucinations, délire paranoïde (notamment au bruit).

SOMATIQUE

Tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, pâleur cutanée.

Les complications médicales liées à la consommation de cocaïne ont été multipliées par 6 entre 2010 et 2016.

Sur-risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'hémorragie cérébrale et de convulsions. Vomissements et douleurs abdominales.

Consommer de la cocaïne multiplié par 24 le risque de syndrome coronarien 60 minutes après la prise.
Tout accident vasculaire cérébral chez un sujet de moins de 50 ans sans antécédent doit faire évoquer un usage de cocaïne.

SOCIAL

Perforation de la cloison nasale, dysfonctionnements hormonaux chez les femmes, pannes sexuelles ou troubles de l'érection.

Endettement, problèmes judiciaires.



Dépister HIV, hépatites B et C. Repérer les autres consommations : médicaments (benzodiazépines, opioïdes, traitements substitutifs...) et substances (alcool, tabac, cannabis, ...). Usage fréquent en association avec l'alcool : cocaïne pour mieux tenir l'alcool ou alcool pour gérer la descente de cocaïne.

L'association à l'alcool prolonge les effets de la cocaïne et augmente le risque cardiaque.

TRAITEMENT

Urgence médicale

Surdose : pronostic vital engagé. Risque de décès par arrêt cardiaque, arrêt respiratoire, hémorragie cérébrale.

Pas d'antidote : traitement de chaque complication.

Sevrage

Humeur dysphorique, asthénie, hypersomnie, augmentation de l'appétit, ralentissement psychomoteur, agitation : de quelques jours après l'arrêt de la cocaïne à plusieurs semaines.

Traitement symptomatique : éviter les neuroleptiques, utiliser une benzodiazépine ou la N-acétylcystéine hors AMM.

Cocaïne : on en parle en consultation ?

Prise en charge au cabinet

La consommation de cocaïne augmente, touche tous les milieux sociaux et tout le territoire, y compris les zones rurales : posez la question ! Si la plupart des usagers de crack sont des personnes extrêmement précarisées et désocialisées, il y a de plus en plus de consommateurs sur tout le territoire et insérés socialement.



S'adapter à la situation clinique de la personne et répondre à ses besoins et ses attentes.



Garantir le secret professionnel.



Encourager : réussite de la réduction ou du sevrage corrélée au nombre de tentatives.



Aider à lutter contre le craving



S'assurer de l'adhésion au processus thérapeutique.



Adresser vers un service spécialisé.



Créer un lien avec structure sociale pour gérer les problématiques le cas échéant.

Facteurs de gravité

- Âge précoce de début de la consommation ;
- ancienneté de la consommation ;
- célibat ;
- instabilité de résidence ;
- problèmes judiciaires ;
- antécédent de traitement pour dépendance à l'alcool
- polyconsommation de substances psychoactives ;
- dépendance à la cocaïne ;
- sévérité des problèmes addictifs ;
- être un usager revendeur de cocaïne ;
- présence de comorbidités psychiatriques (pathologies mentales et troubles de la personnalité) ;
- trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

GESTION DU CRAVING PRÉVENTION DE LA RECHUTE



Il existe des traitements à l'étude (N-acétylcystéine, méthylphénidate (Ritaline et dérivés), topiramate et le disulfirame mais aucun n'a l'AMM.

Pas de médicaments de substitution officiel.

Perception

L'image de la cocaïne et du crack a tendance à devenir plus positive dans tous les milieux.



En population générale

Parmi les 15-75 ans :
76 % pensent que la cocaïne est une drogue dangereuse dès son expérimentation.
82 % pensent que les usagers de cocaïne sont dangereux.



Parmi les usagers

Cocaïne : image positive, facile à stimulant.
Crack : image très négative et sombre.

Liens utiles

- Cocaïne, crack, free-base (produits et modalités d'usage) : intervenir-addictions.fr
- Tour savoir sur la cocaïne (dico des drogues) : drogues-info-service.fr
- Synthèse thématique sur la cocaïne et le crack : ofdt.fr
- Prise en charge des consommateurs de cocaïne (recommandation HAS 2010) : has-sante.fr
- Cocaïne, deux vidéos pour mieux connaître les risques (Réseau français d'addictovigilance) : drogues.gouv.fr

Soutenu par le  **GOVERNEMENT**
Ministère de la Santé
Ministère de l'Éducation Nationale

02/05/2022