

UNE ADDICTION PEUT EN CACHER UNE AUTRE

Auteur : Pr F. PAILLE (2018)

POLYCONSOMMATION : DE QUOI PARLE T-ON ?

La polyconsommation ou polyusage est, dans sa définition la plus simple, la **consommation de 2 substances psychoactives (SPA)** au moins, sans préjuger de l'existence ou non d'un mésusage

La polyconsommation n'est pas synonyme de polyaddiction ou polydépendance

Chez une même personne, les catégories d'usage peuvent être différentes : usage simple, usage à risque, usage nocif, usage avec dépendance

Les consommations peuvent être **simultanées** (au cours d'une même occasion) ou **successives**

EPIDEMIOLOGIE

La plupart des données sont recueillies produit par produit. On a **peu de données** sur la polyconsommation

Les chiffres varient selon les études : méthodologies différentes, populations différentes, délais d'évaluation (vie entière vs mois précédent), niveau d'usage retenu...

LA POLYCONSOMMATION RÉGULIÈRE : UN PHÉNOMÈNE LIMITÉ EN POPULATION GÉNÉRALE

La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac, de cannabis est définie comme l'usage régulier **d'au moins 2 de ces substances au cours des 30 derniers jours** (≥ 10 usages pour alcool et cannabis / 1 conso quotidienne pour tabac)

En 2014, cette pratique ne concerne que 9,0 % de la population générale adulte. Le niveau est maximal chez les 18-25 ans, surtout pour le tabac et le cannabis (13,2 %)

La polyconsommation régulière des 3 produits est rare : 1,8 % des hommes et 0,3 % des femmes âgés de 18-64 ans, mais chez les usagers de drogues illicites (au moins une fois par an) l'usage d'autres substances psycho-actives est fréquent : alcool, tabac, autres drogues illicites (surtout cannabis) : la prise d'une SPA augmente le risque d'en consommer 1 autre

LA POLYCONSOMMATION RÉGULIÈRE EN POPULATION GÉNÉRALE À 17 ANS : ETUDE ESCAPAD 2014

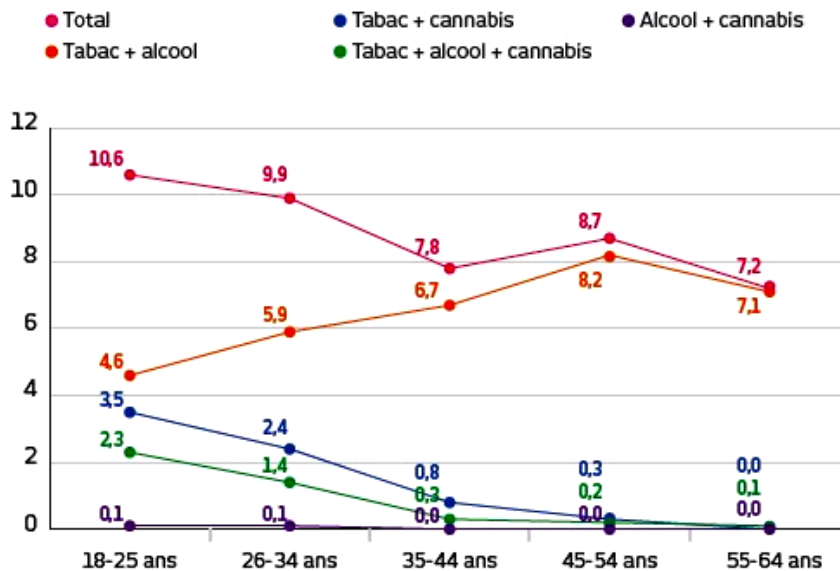
ESCAPAD 2014 est une enquête menée auprès des jeunes français sur leur santé et leurs consommations lors de la Journée défense et citoyenneté

La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis concerne 12,8 % des adolescents

Le phénomène est essentiellement **masculin** (17,1 % vs 8,4 %) et les associations les plus répandues sont : **tabac + alcool et tabac + cannabis**

24,1 % des jeunes ont un usage régulier d'un seul de ces 3 produits dont 80 % sont usagers réguliers de tabac

La polyconsommation régulière est en augmentation : + 2,9 % entre 2011 et 2014, surtout chez les filles (de 5,8 % à 8,4 % contre 13,9 % à 17,1 % chez les garçons)



Polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis selon l'âge (en %) (INPES, 2014)

DONNÉES EUROPEENNES (EMCDDA) - DONNÉES DE 22 PAYS EUROPEENS

Les résultats sont similaires. Les usagers de cannabis consomment davantage d'autres drogues illicites que la population scolaire générale des 15-16 ans.

Les jeunes adultes (15-34 ans) consommant beaucoup ou fréquemment de l'alcool ont :

- ◆ 2 à 6 fois plus de risque de consommer du cannabis dans l'année précédente
- ◆ 2 à 9 fois plus de risque d'avoir pris de la cocaïne

LA POLYCONSOMMATION RÉGULIÈRE : UN PHÉNOMÈNE TRÈS FRÉQUENT CHEZ LES PERSONNES ADDICTES

Dans les structures spécialisées en addictologie : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA—Structures ambulatoires médico-sociales)

Selon le RECAP 2016 (recueil continu de données sur les patients venus chercher de l'aide auprès des CSAPA) :

Répartition suivant le nombre de produits consommés dans le mois passé

	Ensemble CSAPA	
	N	%
1 seul produit	66 639	42,5
2 produits	54 475	34,7
3 produits	25 330	16,2
4 produits et plus	10 367	6,6

Répartition suivant le type et le nombre produits consommés dans le mois passé

	Cannabis (%)	Opiacés, cocaïne, autres (%)	
		Opiacés, cocaïne, autres (%)	Alcool (%)
1 seul produit	45,7	29,4	47,5
2 produits	32,8	28,5	38,8
3 produits	17,9	24,7	11,3
4 produits et plus	3,6	17,5	2,4

Consommation de substances psychoactives (SPA) associées dans le groupe « opiacés, cocaïne, autres »

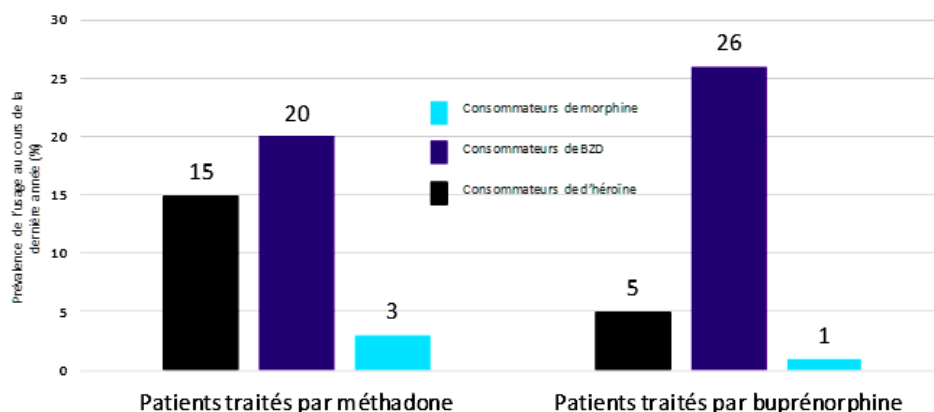
SPA associées	Opiacés, cocaïne, autre (%)
Tabac	62,0
Cannabis	43,3
Alcool	32,6
Benzodiazépine (BZD)	7,5

Les usagers de drogues illicites, hors cannabis, sont particulièrement poly-consommateurs

Le tabac et surtout les BZD sont peu déclarés par les soignants et donc peu pris en charge

Données OPPIDUM 2015 :

Chez les patients traités par substitution aux opiacés (TSO) : la consommation d'autres substances psychoactives en parallèle au traitement est fréquente



Autres données de la littérature concernant la consommation des patients traités par TSO :

- ◆ Tabagisme : supérieur à 80 % des patients
- ◆ Alcool : 30 % des patients dans les centres spécialisés
- ◆ Cannabis : 13 à 24 % des patients suivi en médecine générale sous méthadone et buprénorphine, respectivement

Les relations entre opioïdes prescrits et autres substances psychoactives sont aussi très fortes et doivent être recherchées :

- ◆ La polyconsommation favorise l'usage problématique d'antalgiques opioïdes
- ◆ Le risque de mésusage des antalgiques opioïdes est d'autant plus fort qu'il existe une consommation d'autres produits : drogues illicites, benzodiazépines, alcool...

LA POLYCONSOMMATION : COMMENT ?

Par usage SIMULTANÉ ou concomitant, au cours d'une même occasion
Ex. Héroïne + cocaïne en IV (« Speedball »)

Par usage CONSÉCUTIF ou séquentiel / successif
Ex. Alcool, tabac et héroïne

**LA POLYCONSOMMATION
PEUT SE FAIRE**

Par usage de SUBSTITUTION ou de remplacement en fonction des disponibilités
Ex. Consommation d'alcool chez le patient dépendant aux opioïdes présentant un craving

par usage INVOLONTAIRE (plus anecdotique)
Ex. Contenu des comprimés d'ecstasy = MDMA (78 %), MDA (6 %), caféine (5 %), amphétamines (5 %), MDEA (2 %)

LA POLYCONSOMMATION : POURQUOI ?

POLYCONSOMMATION ET RECHERCHE D'EFFETS

La polyconsommation est due à la recherche d'effets qui peuvent différer :

- ◆ Maximiser les effets d'une substance par une autre (potentialisation des effets, prolongement, relance...). Exemple : potentialisation des effets des opioïdes par l'alcool
- ◆ Equilibrer les effets (ajouter ou masquer une composante).
- ◆ Contrôler les effets négatifs (atténuation d'une forte montée ou d'une descente). Exemple : BZD après opioïdes
- ◆ Remplacer un effet (gestion de la pénurie, substitution d'effets). Exemple : codéine ou morphine en remplacement de l'héroïne.
- ◆ Mais aussi fonction de la disponibilité des drogues / de l'effet de groupe (milieu et contextes particuliers, milieu festif par exemple) et de la vulnérabilité (milieu socio-culturel, facteurs génétique...)

FACTEURS DE VULNERABILITE VIS-À-VIS DE LA POLYCONSOMMATION

- ◆ Usagers de drogues fréquentant les milieux festifs
- ◆ Existence d'un craving très fort
- ◆ Sévérité de la conduite addictive chez l'utilisateur de drogue
- ◆ Événements de la vie (deuil, rupture...)
- ◆ Patients marginalisés, en situation de précarité
- ◆ Usagers de drogue avec troubles psychiatriques
- ◆ Facteurs neurologiques et génétiques...

Les différentes conduites addictives sont sous-tendues par des mécanismes neurobiologiques communs :

- ◆ Toutes les substances psychoactives provoquent une dépendance par des processus similaires aboutissant à une stimulation du système méso-limbique et une sécrétion de dopamine
- ◆ Ceci favorise le passage d'une substance psycho-active à une autre ou leur association pour obtenir les effets psychotropes recherchés
- ◆ Les systèmes de régulation du stress ont également un rôle important dans le développement des conduites addictives

POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE RECHERCHER SYSTEMATIQUEMENT UNE POLYCONSOMMATION ?

Conséquences de la polyconsommation (PC) :

Conséquences médico-psycho-sociales	Conséquences sur les conduites de consommation
<p>La PC majore la gravité des comorbidités</p> <p>Risques aigus :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Toxicité aiguë◆ Risque de surdose et de dépression respiratoire potentiellement mortelle (opioïdes—benzodiazépines, alcool) <p>Risques chroniques :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Complications psychiatriques (troubles anxiodépressif)◆ Complications somatiques selon les produits◆ Complications sociales (précarité, isolement social)◆ Facteurs de mauvais pronostic	<ul style="list-style-type: none">◆ Risque accru d'évolution vers un usage nocif ou une dépendance, que ce risque soit lié au patient, aux produits et/ou à l'environnement.◆ Renforcement réciproque des conduites de consommation ou du risque d'interaction et de potentialisation entre les substances◆ Influence réciproque des produits et des traitements : risque de transfert de dépendance, augmentation de la consommation d'un produit après arrêt ou substitution d'un autre, risque de rechutes croisées.

La PC et surtout la polyaddiction induit une multiplication des combinaisons et des problématiques. De ce fait, elle complexifie les besoins.

Il convient de souligner les difficultés de mener des sevrages multiples, simultanés ou séquentiels. Ces difficultés rendent particulièrement nécessaires une approche pluridisciplinaire.

STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE

La PC soulève de nouveaux enjeux en matière de traitement des dépendances.

Elle fait évoluer l'accompagnement d'une approche monoproduit vers une approche globale axée sur le comportement et la personne dans son environnement. Cet accompagnement repose sur 4 étapes :

<p>1 - REPERER LES POLYCONSOMMATIONS</p>	<p>Il n'y a pas d'outil spécifique de la polyconsommation. Il existe quelques questionnaires globaux (CRAFFT ados...). Le repérage repose donc sur la consommation déclarée des patients pour les différentes substances. Il est possible de s'aider de questionnaires validés selon les produits et les conduites :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Produits licites : Ex. alcool (ex. auto-questionnaire AUDIT), tabac, ...◆ Produits illicites : Ex. cocaïne, héroïne, cannabis (ex. questionnaire CAST), ...◆ Médicaments prescrits ou non : Ex. BZD, morphine, ...◆ Ne pas oublier les addictions comportementales <p>Rechercher systématiquement un polyusage dans tout contexte de douleur chronique, y compris de médicaments prescrits, opioïdes et BZD (≈ 40 % des patients douloureux chroniques traités par opiacés prennent aussi des BZD). Dans ce cas,</p> <ul style="list-style-type: none">* les posologies sont plus élevées, la durée d'utilisation plus longue* le risque de consommer d'autres SPA est plus élevé* le risque de comorbidités psychiatriques est plus élevé <p>Contrairement à ce qui est souvent pensé, la consommation a souvent une visée récréative et pas seulement auto thérapeutique</p> <p>Il est indispensable d'alerter les patients traités par antalgiques opioïdes des risques de dépendance et d'entraîner les prescripteurs à rechercher un mésusage</p> <p>Les médicaments et substances psychoactives licites doivent être considérés au même titre que les substances psychoactives illicites</p>
<p>2 - EVALUER LES POLYCONSOMMATEURS</p>	<p>L'évaluation doit être globale. Il n'y a pas d'outil spécifique. Elle est :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Qualitative : modalités d'usage, raisons d'utilisation, fréquence, catégories d'usage : dépendance ou non (ex. Test de Fagerström pour le tabac), histoire des consommations intégrant les relations entre les différents usages passés et actuels,... <p>Évaluer également les comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales, le niveau de motivation du patient, la qualité de vie</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Quantitative : apprécier la quantité de produit consommée, licites ou illicites, y compris les médicaments psychotropes, prescrits ou non et la fréquence d'usage

3 - PROPOSER DES STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE ADAPTEES ET PERSONNALISEES

- ◆ **Nécessité d'un accompagnement psycho-social**
 - ◆ **Dépister et traiter** les comorbidités, notamment psychiatriques
 - ◆ **Rechercher les co-addictions**
 - ◆ **Hiérarchiser** les problèmes
 - ◆ **Déterminer et hiérarchiser** avec le patient les priorités, objectifs et modalités thérapeutiques par type de consommation / conduite addictive qui paraissent le mieux correspondre à ses besoins et à ses souhaits
- Bien que les données disponibles soient peu nombreuses, il semble que les sevrages simultanés doivent être encouragés, si le patient le souhaite et est motivé. Etablir un calendrier.*
- Les quelques données disponibles dans la littérature montrent que l'arrêt de 2 produits simultanément n'augmente pas la rechute de l'un ou l'autre des produits.*
- Les patients ont souvent conscience des effets renforçants ou complémentaires, souvent recherchés, de l'association de différents produit (cf chapitre la polyconsommation, pourquoi ?).*
- De plus, il semble que la modification de 2 conduites addictives est plus facile lorsque le patient est dans une dynamique de changement plutôt qu'à distance alors que la motivation s'est souvent affaiblie. Le choix doit être fait par le patient en fonction de ce qu'il se sent capable de faire, mais les réserves sont souvent chez les soignants.*
- Les stratégies thérapeutiques sont les mêmes que lorsqu'un seul produit est en jeu*
- ◆ Décloisonner la prise en charge par une approche pluriprofessionnelle (médecin, pharmacien, psychologue, infirmière, éducateur, ..)

4—METTRE EN ŒUVRE DES MESURES DE PREVENTION ET DE RdRD

- RdRD pour les conduites addictives que le patient ne souhaite pas (ne peut pas) arrêter. Objectifs de la RdRD :
- ◆ **Limiter les risques aigus** : accidents (éthylotests, capitaines de soirée, ...), overdoses (naloxone, testing des produits, alertes sanitaires),...
 - ◆ **Limiter les risques sanitaires** : infections (programmes d'échanges de seringues, salles de consommation à moindre risque), morbidité psychiatrique, cancers et pathologies cardio-vasculaires (substituts nicotiques, cigarette électronique, réduction de consommation d'alcool, de cannabis...), syndrome d'alcoolisme fœtal (information, repérage et accompagnement pendant la grossesse), ...
 - ◆ **Limiter les risques sociaux** : désaffiliation sociale (précarité, hébergement, isolement) ; travail (programme « un chez soi d'abord », RPIB en médecine du travail par exemple) ; violences subies, agies, délinquance (violences, trafic, criminalité routière : interventions auprès des personnes sous main de justice et en particulier en milieu

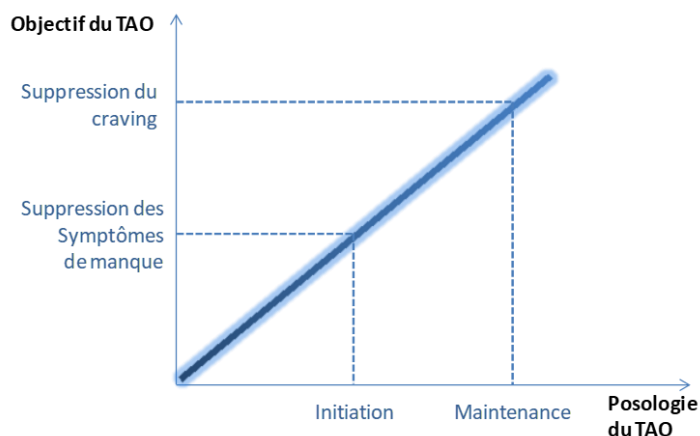
EXEMPLES DE POLYADDICTION

JEUNE PATIENT HÉROÏNOMANE CONSOMMANT AUSSI DU TABAC, UNE BENZODIAZEPINES, D'AUTRES DROGUES ILLICITES (CANNABIS VOIRE COCAÏNE), DE L'ALCOOL

Démarche : **Stabiliser d'emblée le patient sous TSO et contrôler le craving**



Les doses efficaces sur la réduction du craving sont supérieures aux doses efficaces sur les symptômes de sevrage. Une posologie de TSO, efficace sur les symptômes de manque, peut être insuffisante pour réduire le craving



Un **craving** persistant sous TSO peut entraîner une reprise d'héroïne, un mésusage du TSO et/ou **une compensation avec d'autres consommations de produits psychoactifs**.

- ◆ Cette étape de stabilisation permet d'envisager le traitement des autres conduites problématiques dans de bonnes conditions selon les stratégies habituelles :
 - * Renforcement motivationnel
 - * Médicament selon produits
- ◆ **Un accompagnement psycho-social est systématique**
- ◆ **Il est essentiel de présenter aussi les outils de réduction des risques et des dommages**

Évolution des consommations des patients prenant des TSO (Données OFDT 2005)

- ◆ Le recours aux consommations parallèles, notamment d'héroïne, diminue au fur et à mesure de l'inscription dans la durée du TSO
- ◆ Diminution plus importante de la consommation d'héroïne chez les patients traités par méthadone depuis > 1 an versus ≤ 1 an
- ◆ Diminution plus importante de la consommation d'héroïne chez les patients traités par buprénorphine depuis 2 ans versus début de traitement

Autres données de la littérature concernant l'évolution de la consommation des patients sous TSO

- ◆ Diminution de la consommation de cocaïne après 18 mois de TSO
- ◆ Diminution de la consommation de BZD après 18 mois de TSO
- ◆ Diminution de la consommation d'autres drogues (ou polyconsommation) après 18 mois de TSO

EXEMPLES DE POLYADDICTION

PATIENT D'ÂGE MÛR CONSOMMANT DÉPENDANT DE L'ALCOOL + TABAC +
BENZODIAZEPINE

(CHEZ LES PLUS JEUNES : ALCOOL + TABAC + CANNABIS)

LE PRODUIT POSANT LE PLUS DE PROBLÈMES EST TRÈS GÉNÉRALEMENT L'ALCOOL

- ◆ Proposition d'arrêt
- ◆ Si refus : diminution de consommation. Un traitement par nalméfène ou baclofène peut être proposé pour aider le patient. Cet objectif peut-être transitoire avant d'évoluer vers un arrêt de l'alcool.
- ◆ Si arrêt : prise en soins habituelle :
 - * Sevrage le plus souvent ambulatoire. Il peut être réalisé avec la BZD du patient si elle a une demi-vie longue. En cas de demi-vie courte, elle peut également être utilisée avec un nombre de prises par jour suffisant pour limiter les fluctuations plasmatiques et l'effet du médicament (au moins 4 à 6 prises par jour selon la durée de vie et la clinique). Une BZD de demi-vie courte peut être remplacée par une molécule à demi-vie longue (Valium) qui facilitera la décroissance. Puis diminution progressive de la BZD.
 - * Un médicament visant à diminuer le craving peut être prescrit : acamprosate, naltrexone, baclofène
 - * Traitement des complications somatiques/psychiatriques si besoin
 - * Accompagnement psycho-social dans tous les cas
- ◆ **Proposition systématique d'arrêt du tabac.** Place des substituts nicotiques à doses suffisantes pour supprimer le craving, au moins le rendre gérable : association de plusieurs formes galéniques (patchs, comprimés, inhalateurs) à fortes doses pendant un temps suffisant (plusieurs mois). Si refus : diminution, e-cigarette...

L'ARRÊT SIMULTANÉ DE PLUSIEURS PRODUITS EST POSSIBLE. C'EST LE PATIENT QUI DÉCIDE

LE CRAVING : UN CONCEPT DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE CENTRAL ET UNICISTE DU TRAITEMENT DES ADDICTIONS

- ◆ Objectif : supprimer ou diminuer le craving
- ◆ Les médicaments « anticraving » sont intéressants quel que soit leur mécanisme d'action pharmacologique :
 - * Ils peuvent être agonistes du produit utilisé. On parle alors de substitution (TSO, TSN). Il s'agit d'utiliser une molécule ayant le même mécanisme d'action que la drogue (effet sur les récepteurs mu de la morphine ou sur les récepteurs nicotiques pour le tabac), mais ayant une demi-vie longue supprimant les effets psychotropes ressentis. Certaines formes galéniques particulières sont très intéressantes comme les patchs (délivrance lente et posologie de nicotine) ou les inhalateurs de nicotine pour l'effet comportemental.
 - * Ils peuvent avoir d'autres mécanismes (agonistes/antagonistes) sur des systèmes de neurotransmission intervenant dans la régulation du système de récompense, l'impulsivité... : GABA, acides aminés excitateurs, sérotonine...