

Alcool, tabac, benzodiazépines

et autres dépendances

Dr Jean-Marc Cloos

Psychiatre - Psychothérapeute - Addictologue
ZithaKlinik



ZITHA

Les pratiques d'usage (1)

○ Le non-usage (le non-consommateur)

- Toute conduite à l'égard d'une substance peut être caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être :
 - **primaire** (pas d'initialisation) quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte)
 - **secondaire** quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme abstinence (arrêt après une phase de consommation).
- 10 % de la population ne consomme pas d'alcool, 66 % ne consomme pas de tabac, 90 % ne consomme pas de produits illicites, avec des variations importantes selon le sexe et l'âge.



2

Les pratiques d'usage (2)

○ L'usage (consommateur modéré)

- Toute conduite de consommation ne posant pas de problème pour autant qu'elle reste modérée, i.e. inférieure ou égale à certains seuils et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.
- En lien direct avec le refus, la tolérance, ou au contraire, la valorisation d'une substance par une société donnée, à un moment donné (vin en France, cannabis au Maroc, ...).
- Les « normes » de consommations varient souvent dans le temps.



3

Le mésusage (1)

○ L'usage à risque (consommateur à risque)

- Toute conduite de consommation (par exemple pour l'alcool supérieure à certains seuils définis par l'OMS*) et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.
- Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.

* OMS = Organisation Mondiale de la Santé



4

Le mésusage (2)

○ L'usage nocif (consommateur à problèmes)

- Toute conduite de consommation caractérisée par :
 - l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par la consommation, quels que soient sa fréquence et son niveau de consommation, et par
 - l'absence de dépendance



○ L'usage avec dépendance (consommateur dépendant)

- Toute consommation caractérisée par la perte de la maîtrise de celle-ci.
 - L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

5

L'intoxication aiguë

○ L'intoxication aiguë (ivresse) est une conduite de consommation pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage.

- Elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage.
- Elle requiert une intervention spécifique pouvant nécessiter une médicalisation, au besoin urgente, adaptée à la gravité de son expression et de ses conséquences.
- Après les soins, il convient d'établir systématiquement le diagnostic de catégorie de l'usage qui y est associé et engager l'intervention recommandée.



6

Diagnostic de la dépendance (CIM-10)

○ Présence de 3 ou plus des manifestations ci-dessous, à un moment quelconque de l'année précédente :

1. **Désir impératif** ou sensation de **compulsion** pour la prise de substance;
2. **Difficulté à contrôler** le comportement de prise de la substance en termes de début, de fin, ou de quantité utilisée;
3. Présence d'un **état de sevrage physiologique** en cas d'arrêt ou de diminution de la prise, mis en évidence par les signes suivants : syndrome de sevrage caractéristique de la substance, prise de cette même substance (ou d'une substance étroitement apparentée) dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage;
4. **Signes de tolérance**, comme par exemple augmentation nécessaire de la dose de substance psychoactive pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles ;
5. **Perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs** ou activités en raison de l'usage de substance psychoactive, temps de plus en plus important passé à se procurer ou à consommer la substance, ou à récupérer de ses effets ;
6. **Poursuite de l'usage** de la substance **malgré ses conséquences** manifestement **nocives**, telles que lésions hépatiques dues à l'abus d'alcool, état dépressif résultant d'une utilisation massive ou atteinte des fonctions cognitives associée à la substance. On essaiera de déterminer si l'utilisateur était réellement ou pouvait être conscient de la nature et de l'étendue des dommages.



7

Dépendances psychique et physique

○ La dépendance psychique:

- Définie par le **besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir**, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit.
- Cette dépendance psychique a pour traduction principale le « **craving** » : la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.

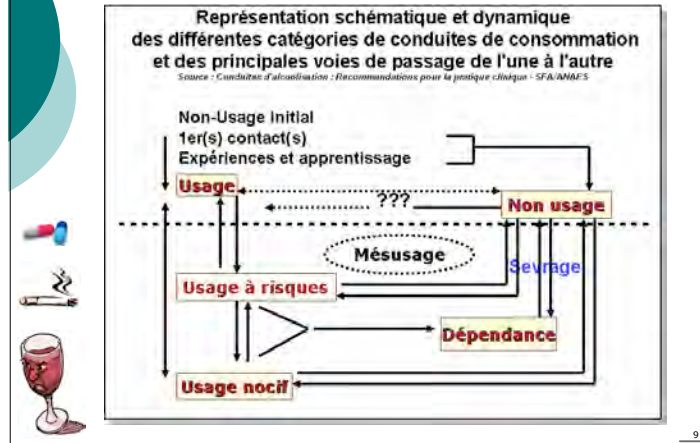
○ La dépendance physique:

- Définie par un **besoin irrépressible**, obligeant le sujet à la consommation de la substance **pour éviter le syndrome de manque** lié à la privation du produit.
- Elle se caractérise par l'**existence d'un syndrome de sevrage** (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée).
- **Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic de dépendance.**



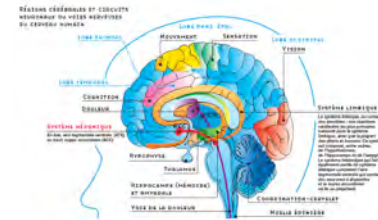
8

Dynamique des consommations



Dépendance et cerveau

- Le cerveau comporte des systèmes qui ont évolué de façon à orienter les comportements vers des stimuli fondamentaux pour la survie.
- Les substances psychoactives activent artificiellement ces mêmes voies, mais de manière extrêmement forte, conduisant à un renforcement de la motivation à poursuivre ce comportement.
- La dépendance résulterait d'une interaction complexe entre, d'une part, les effets physiologiques des substances sur les aires cérébrales associées à la motivation et à l'émotion et, d'autre part, l'« apprentissage » de la relation entre les substances et les signaux qui leur sont associés.



De quoi peut-on devenir dépendant?

- ➔ Produits licites : alcool et tabac/nicotine.
- ➔ Médicaments psychotropes: surtout benzodiazépines.
- ➔ Produits illicites (stupéfiants) : cannabis/THC, cocaïne, opiacés et drogues de synthèse (ecstasy), autres.
- ➔ Addictions comportementales (jeu, Internet, sport, ...).

- ✓ **Effet psychoactif** = modification de l'état de conscience par activité sur la neurotransmission synaptique dans le cerveau au niveau du système dopaminergique de récompense.
- ✓ **Effet addictogène** : induction d'une dépendance psychique et/ou physique.
- ✓ **Toxicité** modulée par le temps : immédiate et/ou cumulative et différée.
- ✓ **Nocivité** d'ordre médico-psycho-social :
 - ✓ Bio-médicale = tissus et organes.
 - ✓ Psycho-comportementale ==> relation à soi-même, à l'entourage et à l'environnement socio-professionnel.

Les effets psychoactifs

➔ Les effets psychoactifs sont liés au produit :

- ➔ Voie d'absorption de la substance : digestive (voie lente), nasale et pulmonaire; IV (voies rapides).
- ➔ Dose absorbée selon la quantité et la concentration (détermine la vitesse et la force de l'action sur les récepteurs).
- ➔ Pratiques de consommation : fréquence de consommation, anticipation de l'effet du produit, ...

➔ Mais ils sont aussi liés aux antécédents et déterminants individuels :

- ➔ Patrimoine génétique et vie fœtale.
- ➔ Antécédents individuels et familiaux infantiles.
- ➔ Situation et difficultés actuelles.
- ➔ Mémoire des précédentes expériences de consommation.

Le pouvoir addictogène (1)

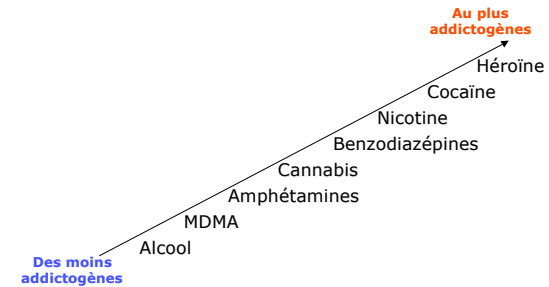
- ➔ Le profil chimique et l'impact cellulaire de la substance sont déterminants pour l'effet addictogène.
- ➔ La fréquence de consommation, les quantités absorbées, la durée et les modes de consommation de la substance modulent la vitesse d'installation et la sévérité de la dépendance
- ➔ Les facteurs de vulnérabilité individuelle :
 - ➔ Facteurs génétiques de vulnérabilité.
 - ➔ Sensibilisation fœtale.
 - ➔ Antécédents individuels et familiaux infantiles.
 - ➔ Situation et difficultés actuelles.
 - ➔ Nécessité de contrôler la distance relationnelle à autrui = *dépendre d'un produit pour être indépendant de l'autre.*
 - ➔ Mémoire des précédentes expériences de consommation.
 - ➔ Traits psychopathologiques favorisant la consommation : impulsivité, dépressivité (morosité), recherche de sensations.
 - ➔ Troubles psychiatriques primaires latents ou manifestes.



13

Le pouvoir addictogène (2)

- ➔ C'est la capacité d'induire une pharmacodépendance



14

Facteurs de dangerosité des drogues

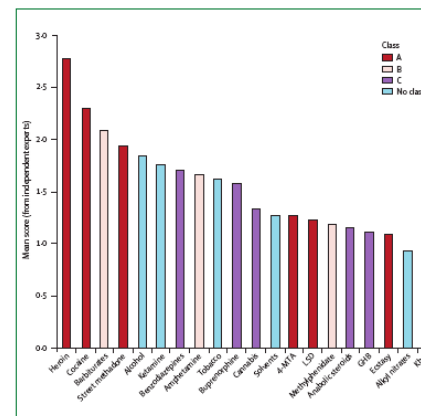
	Héroïne	Cocaïne	MDMA	(Psycho-) Stimulants	Alcool	BZD	Canna- binoides	Tabac
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittante	?	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte	forte	forte	non	non	non
Toxicité générale	forte	forte	parfois forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible	faible	forte	faible	faible	(cancer)
Traitement substituable	OUI	(OUI)	non	non	OUI	recherché	recherché	OUI

(Classification Roques)



15

La dangerosité des drogues



(Nutt et al., 2007)

Figure 1: Mean harm scores for 20 substances
Classification under the Misuse of Drugs Act, where appropriate, is shown by the colour of each bar.



16

L'alcool

→ L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en population générale adulte (18 – 75 ans) :

- Non consommateurs : 2,5%
- Consommateurs occasionnels : 30-40%
- Consommateurs réguliers (hebdomadaire) : 30-40%
- Consommateurs réguliers (journalier) : ±20%

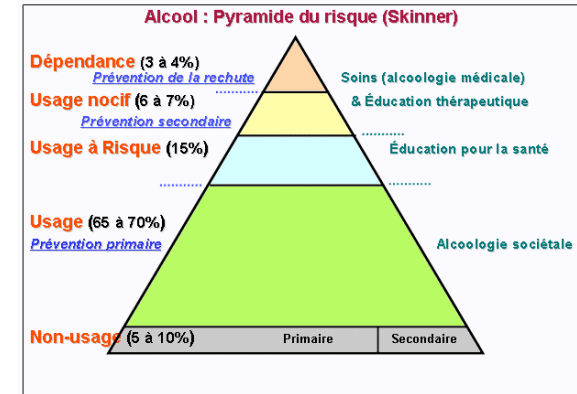
→ Près de 10% des consommateurs présentent un risque de dépendance actuelle ou passée ou peuvent être considérées comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool.

- 10 % de la mortalité globale
- 2ème cause de mortalité évitable et 1ère cause en nombre d'années de vie perdues
- 50 % de la morbidité et 50 % des décès prématurés liés à la consommation d'alcool concernent des patients non alcoolodépendants : accidents, cancers, pathologies cardiovasculaires, etc...



17

La pyramide du risque pour l'alcool



18

La nocivité de l'alcool (1)

→ Les risques augmentent avec :

- Les quantités consommées.
- La fréquence des consommations.
- L'association avec d'autres produits (tabac +++).

→ les risques immédiats :

- De l'ivresse ...
- Au coma éthylique.
- Conséquences médico-socio-légales.

→ la nocivité cumulative différée :

- Apparition / augmentation de troubles psychologiques.
- Dépendance psychique et/ou physique induisant des problèmes d'ordre familial, social et professionnel.
- Détérioration grave de la santé physique et mentale : cirrhose, cancers, neuropathies, troubles cognitifs et démences.

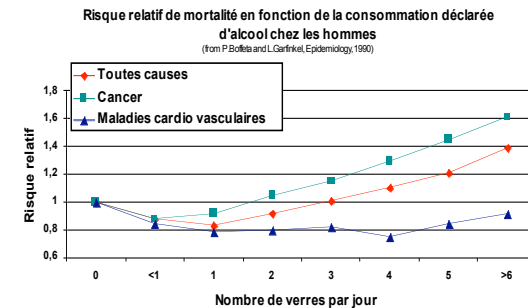
→ Le risque foetal pendant la grossesse.



19

La nocivité de l'alcool (2)

○ Les problèmes d'alcool ne se limitent pas à l'alcoolodépendance (n = 276.802 sujets):



Référence: Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. Boffetta P., Garfinkel L., Epidemiology, 1990 Sep; 1(5): 342-8.



20

Les seuils de risque de l'OMS (1)

- o La notion de « verre standard » ou UIA (10 g pur)



21

Les seuils de risque de l'OMS (2)

- ✓ Jamais plus de **4 verres par occasion** pour l'usage ponctuel
- ✓ **Pas plus de 21 verres par semaine** pour l'usage régulier **chez l'homme** (3 verres/j en moyenne)
- ✓ **Pas plus de 14 verres par semaine** pour l'usage régulier **chez la femme** (2 verres/j en moyenne)
- o L'OMS recommande aussi de **s'abstenir au moins un jour/semaine** de toute consommation d'alcool.

car Ces seuils constituent de simples *repères* car ils sont des *compromis*. Ils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation.

Référence: Usage nocif de substances psychoactives: Identification des usages à risque. La Documentation Française: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

22

Les seuils de risque de l'OMS (3)

➔ Modifications des seuils de risque :

- ➔ **En cas de situation à risque :**
 - Conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, etc...
 - Poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention.
- ➔ **En cas de risque individuel (liste non limitative) :**
 - Consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs qui potentialisent les effets de l'alcool.
 - Pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui exigent un traitement médicamenteux.
 - Modification de la tolérance du consommateur en raison de : âge, sexe, faible poids, médicaments associés, disposition psychologique, ...
 - Situations physiologiques particulières : grossesse, états de fatigue et dette de sommeil, ...

23

Les différents modes de repérage

	Avantages	Inconvénients
Clinique	Conforme aux habitudes Peut laisser l'initiative au patient	Troubles tardifs Symptômes peu spécifiques
Biologie	Conforme aux habitudes Ne dépend pas du discours du patient	Troubles tardifs Très grande variabilité personnelle Coût
Questionnaires	Sensibles très précocément Faible coût Influencent les personnes qui les remplissent	Pas dans les habitudes Nécessitent de l'organisation Répétitivité

24

Différents outils de repérage

- **Le diagnostic clinique**
- **Les marqueurs biologiques (VGM, GGT, CDT)**
- **La consommation déclarée d'alcool (CDA)**
 - Évaluée en « verre standard » (UIA), indispensable à connaître quel que soit le type de consommation d'alcool
 - Selon une démarche standardisée: grille de recueil hebdomadaire indiquant la consommation régulière calculée sur les 7 jours précédents, en précisant la consommation de fin de semaine
 - Simple, efficace, peu de minoration ou de déni
- **Les questionnaires systématiques**
 - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
 - FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation)
 - CAGE / DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool)



25

Le diagnostic clinique

- **Des indicateurs souvent associés au mésusage**
 - Accidents, traumatismes, volontiers répétés
 - Troubles comportementaux, relationnels et sociaux
 - Troubles du sommeil, fatigue, irritabilité, nervosité, humeur dépressive, poly-addiction
- **L'examen clinique**
 - Peu pertinent au début de l'addiction. Intérêt en cas d'usage nocif et au stade de la dépendance.
 - Signes cliniques connus :
 - Plaintes somatiques (gastralgies, pyrosis, diarrhées, crampes, palpitations...)
 - Cutanés : visage bouffi, rosâtre, congestionné, télangiectasies des pommettes et des ailes du nez, cicatrices témoignant de traumatismes et d'actes de violence, maladie de Dupuytren, ...
 - Endocriniens : gynécomastie bilatérale, hypertrophie parotidienne, ...
 - Nerveux : tremblements des extrémités, démarche maladroite, perte de l'équilibre, ...



26

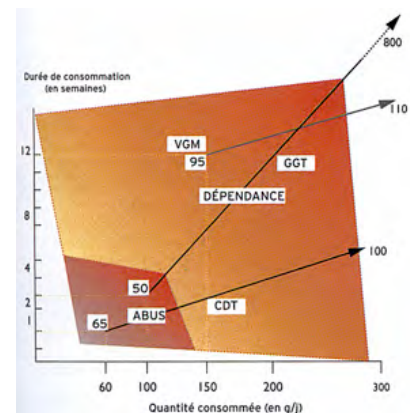
Les marqueurs biologiques (1)

- **Ce sont des *indicateurs* de mésusage**
 - Ils n'ont pas de valeur diagnostique pour la catégorie de mésusage !
- **GGT (Gamma-Glutamyl-Transférase):**
 - Augmentent pour une consommation d'alcool de 81 à 200 g par jour pendant plusieurs semaines
 - Demi-vie de 2 à 3 semaines
 - Sensibilité (42%) et spécificité (76%) faibles
- **MCV = VGM (Volume globulaire moyen):**
 - Marqueur à long terme (demi-vie de 10 à 12 semaines).
 - Sensibilité (24%) faible, bonne spécificité (96%)
- **CDT (« carbohydre-déficient transferrin ») :**
 - Utile en *confirmation* uniquement, demi-vie de 2 semaines
 - Bonne sensibilité (82%), bonne spécificité (97%)
 - Bon marqueur pour le suivi (détection rapide des rechutes)



27

Les marqueurs biologiques (2)



Évolution des marqueurs de l'alcoolisme en fonction de la quantité et de la durée de consommation



28

Les questionnaires de dépistage

- **Ce sont des questionnaires standardisés**
 - Ils constituent de bons outils de repérage du mésusage.
- **Trois questionnaires parmi les plus utilisés :**
 - DETA (CAGE)
 - 4 questions (sur la vie entière)
 - Mésusage si score > 2
 - AUDIT
 - Autoquestionnaire de 10 questions (sur les 12 derniers mois)
 - Mésusage si score ≥ 6 pour les femmes et ≥ 7 pour les hommes
 - FACE
 - Questionnaire d'origine française de 5 questions
 - Permet de détecter un mésusage ou une dépendance probable
- **Ces questionnaires facilitent le dialogue avec le patient pour aborder le sujet de l'alcool et doivent être intégrés le plus possible dans un interrogatoire habituel du patient sur ses facteurs de risques.**



29

Le CAGE (ou DETA en français)

- **En allemand:**
 1. Haben Sie schon mal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?
 2. Haben Sie sich schon darüber aufgeregt, wenn andere Leute ihr Trinkverhalten kritisierten?
 3. Hatten Sie Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon Gewissensbisse?
 4. Haben Sie am Morgen nach dem Erwachen schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?
- **En français:**
 1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?
 2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation?
 3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?
 4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?
- **4 questions (vie entière)**
- **Mésusage si score ≥ 2**
- **Spécificité: 91-93%**
- **Sensibilité: 53-72%**
 - Faux négatifs ++
 - Forget it! (sauf éventuellement en prison)
- Alternative courte en langue allemande:
 - 7 questions du LAST: Lübecker Alkoholaabhängigkeits- und Missbrauchs-Screening-Test. (Rumpf HJ, Hapke U, John U, Göttingen: Hogrefe, 2001)



Référence: The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Mayfield D, McLeod G, Hall P. Am J Psychiatry, 1974; 131(10): 1121-3.



30

L'AUDIT

- « Alcohol Use Disorders Identification Test »
- **Autoquestionnaire (OMS)**
 - 10 questions de 0 à 4
 - 12 derniers mois
- **3 types de consommation:**
 - à faible risque:
 - Femme < 6, Homme < 7
 - excessive (à risque)
 - Dépendance (> 12)
- **Spécificité: 74-97%**
- **Sensibilité: 33-97%**
- **En français et en allemand:**
 - Gache P, et al. The AUDIT as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Alcohol Clin Exp Res, 2005; 29(11): 2001-7.
 - Dybek I, et al. The reliability and validity of the AUDIT in a German general practice population sample. J Stud Alcohol, 2006; 67(3): 473-81.
- **AUDIT-C (Version courte):**
 - 3 items (consommation)



31

Le FACE

- **En France**
 - Etude REPEX: FACE > AUDIT
- **5 questions:**
 - 2 questions (de 0 à 4) pour la CDA sur les 12 derniers mois
 - 3 questions sur la vie entière (0 ou 4) pour repérer l'alcoolisation à risque et la dépendance
- **Durée = ± 2 minutes**
- **Interprétation:**
 - Risque faible ou nul: Homme < 5, Femme < 4
 - Consommation excessive
 - Dépendance probable > 8
- **Références:**
 - Arfaoui S, et al. Repérage précoce du risque alcool: savoir faire "FACE". La Revue du praticien - Médecine générale, février 2004; 18(641): 201-S.
 - Dewost AV, et al. Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. Alcohol Clin Exp Res, 2006; 30(11): 1889-95.
 - Dewost AV, et al. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale. Etude REPEX. La Revue du praticien - Médecine générale, mars 2006; 20(724-725): 321-26.



32

Repérage précoce et interventions

→ Les consommateurs à risques et les consommateurs à problèmes constituent 2 groupes de sujets qui présentent en commun :

- ☑ La capacité de réduire leur consommation d'alcool.
- ☑ L'intérêt de le faire.

→ D'où la nécessité d'effectuer un repérage et des interventions précoces avec l'objectif de :

- ☑ Réduire les risques liés à l'alcoolisation.
- ☑ Prévenir les dommages induits et notamment l'apparition des phénomènes de **dépendance**.
- ☑ Améliorer la qualité de vie.



→ Sevrage et abstinence totale en cas de dépendance

- ☑ Hospitalisation et Centres de cures (Useldange, étranger)
- ☑ Groupes d'entraide (AA, groupes « Indépendant » à la Zitha)

33

Le tabac

○ L'arrêt du tabac : une urgence sanitaire !

- ✓ XXIème siècle : 1 milliard de décès
- ✓ Il y a plus de personnes qui meurent à cause du tabac que par l'alcool, les drogues illicites, les accidents de roulage, le SIDA, les meurtres et suicides **dans leur ensemble!**

○ Les maladies d'aujourd'hui sont les résultats des comportements du passé :

- ✓ Fumer est le plus grand risque de santé **évitable** pour une multitude de maladies **graves**:
 - **Cancers**: poumon, larynx, oesophage, urètre, vessie, reins, leucémie, bouche, pancréas, estomac
 - **Maladies cardio-vasculaires**: Maladies coronaires (infarctus), accidents vasculaires cérébraux, anévrisme de l'aorte abdominale, artériosclérose
 - **Maladies respiratoires**: Bronchites chroniques obstructives (BPCO), pneumonies, bronchites aiguës et chroniques
 - **Autres**:
 - ✓ Ulcères de l'estomac et duodénaux
 - ✓ *Femme*: Infertilité, complications lors de la grossesse, ostéoporose (après la ménopause), cataracte
 - ✓ *Homme*: Impuissance



34

Arrêter pour éviter le cancer

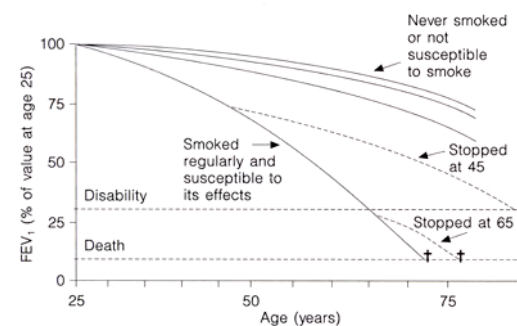
Importance de la **durée** et de la **quantité**
25 à 30 % des décès par cancer peuvent être évités si l'on ne fume pas.

Nbre Cigarettes / jour	Risque relatif
0	1,0
1 - 10	5,5
11 - 19	11,2
20	14,2
21 - 31	20,4
> 31	22,0



35

Arrêter pour améliorer la respiration



36

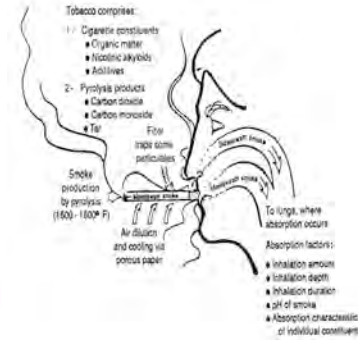
Éviter les risques cardio-vasculaires

- ✓ **Fluidité sanguine normalisée rapidement**
- ✓ **Suppression du monoxyde de carbone (CO)**
 - Suppression de l'effet vasoconstricteur avec ischémie moins sévère
 - Meilleure oxygénation des tissus
- ✓ **Diminution du risque de thrombose**
 - Risque de nouvel infarctus diminué de 50 % au bout d'un an d'arrêt du tabac
- ✓ **Risque d'AVC = risque du non-fumeur en 1 an**
- ✓ **Arrêt d'évolution en cas d'anévrisme de l'aorte abdominale**
- ✓ **La substitution nicotinique est toujours moins dangereuse que la poursuite du tabagisme.**



37

Les substances contenues dans le tabac



38

- **La fumée de tabac est un mélange complexe:**
 - ✓ qui contient 4800 composés
 - ✓ dont 70 cancérogènes (9 primaires)
 - ✓ et une multitude d'autres toxiques
- **L'industrie du tabac:**
 - ✓ inclut une centaine d'autres substances au tabac brut pour *augmenter le pouvoir addictogène* de la cigarette
- **Le « mythe » des cigarettes légères:**
 - ✓ peuvent produire la même quantité de substances toxiques que les cigarettes dites « full flavor »
- **Rôle du monoxyde de carbone dans les maladies cardio-vasculaires**

C'est la nicotine qui rend dépendante !

- La nicotine est le principal alcaloïde de la fumée de tabac
- Elle provoque une libération de dopamine (comme les autres drogues)
 - ✓ en agissant au niveau du système de récompense cérébral
- Elle a des effets:
 - ✓ **Psycho-actifs:**
 - Mémoire, concentration, attention, performance
 - ✓ **Anxiolytiques:**
 - Avec un effet relaxant musculaire
 - ✓ **Sédatifs :**
 - ✓ **Hyperglycémiant** (automédication des hypoglycémies)
- **D'où l'efficacité des substituts nicotiques sur le syndrome de sevrage !**



39

C'est une dépendance forte !

Sujets abstinents à 6 mois:

Drogues	%
Cocaïne	50-60
Opiacés (Héroïne)	60 (50-80)
Alcool	50 (40-70)
Tabac	30 (20-40)



« Le tabac est la **drogue** la plus **dure** que le monde ait jamais connu »
 « Le monde n'a jamais connu de **produit** créant plus **forte dépendance** que le tabac »

40

Les fumeurs ont donc:

- > une dépendance souvent très importante
- > des symptômes de sevrage majeurs
- > un problème anxio-dépressif dans 1/3 des cas
- > un plaisir de fumer ...
- > une motivation à l'arrêt variable
- > des rechutes nombreuses
 - ✓ surtout en cas d'absence de prise en charge



41

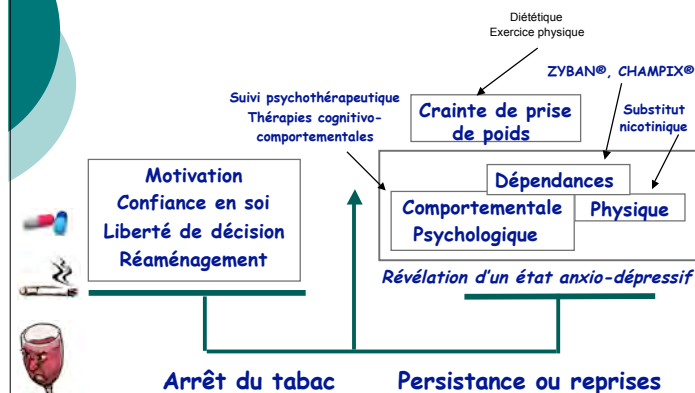
Traitement du tabagisme

1. Pas de "technique" mais "prise en charge globale"
2. Les thérapies cognitivo-comportementales
3. La substitution nicotinique
4. Les psychotropes et le Bupropion (ZYBAN®)
5. Le CHAMPIX®
6. Les autres prises en charge (poids, alcool, traitements divers)
7. Les autres traitements d'arrêt
8. Eviter les reprises
9. Suivi



42

Résumé de l'aide à l'arrêt du tabac



43

Les benzodiazépines (BZDs)

- Exemples:
 - Temesta®, Loramet®, Xanax®, Lexotan®, ...
- Champ thérapeutique vaste:
 - Psychiatrie, neurologie, anesthésie
- Effets recherchés:

Effet	Utilisation clinique
anxiolytique	Troubles anxieux, états d'agitation
hypnotique	Trouble du sommeil
myorelaxante	Crampes musculaires, troubles spastiques
anticonvulsives	Épilepsie, accidents cérébraux, sevrage éthylique
amnésique	Médication pré-opératoire

- Effets secondaires les plus fréquents:

- Somnolence
- Instabilité, ataxie
- Troubles mnésiques



44

En psychiatrie: sommeil et anxiolyse

- **Benzodiazépines hypnotiques:**
 - Traitement de 1ère intention pour les insomnies d'endormissement sur une courte période
 - *Inducteurs* de sommeil: Peu indiquées pour les insomnies du milieu ou fin de nuit, notamment de la sénescence
 - Modification de la qualité de sommeil si prise chronique
- **Benzodiazépines anxiolytiques:**
 - Traitement de 1ère intention pour les états d'anxiété aiguë sur une courte période
 - Efficacité rapide dès la première prise
 - Effet calmant risque de masquer une dépression débutante



45

Risques liés aux benzodiazépines

- **À doses thérapeutiques: très peu toxiques, peu d'effets secondaires, peu d'interactions médicamenteuses**
- **Action sédatrice sur le SNC renforcée si association:**
 - avec d'autres médicaments d'action centrale (neuroleptiques, antidépresseurs, analgésiques, anesthésiques, ...)
 - avec l'alcool
- **Dépression en cas d'usage chronique ?**
- **Diminution de l'aptitude à conduire et à utiliser des machines**
- **Risque de chutes (3e âge)**
- **Amnésies antérogrades**
- **Réactions paradoxales**



46

Consommation problématique de BZDs

- Approvisionnement via des tiers, direct via une pharmacie ou à l'étranger
- Obtention d'ordonnance par des moyens frauduleux, vols ou falsifications
- Revirement de l'effet (utilisation d'hypnotiques pour être plus éveillé)
- Effet paradoxal (agitation psychomotrice, ivresse pathologique)
- Conséquences psychiques de la prise (état dysphorique et dépressif, nivellement affectif, insouciance, perte du sens de critique, euphorie, etc.)
- Troubles de la concentration, amnésie et désorientation;
- Intoxications inexpliquées, mais typiques (ataxie, dysarthrie, nystagmus)
- Manque d'appétit
- Signes de négligence avec soins corporels insuffisants



La triade typique d'indifférence affective, de déficits cognitifs et mnésiques et de faiblesse corporelle générale se rencontre même en cas d'une consommation à dosage faible et a tendance à s'accroître en cas de prise chronique.

47

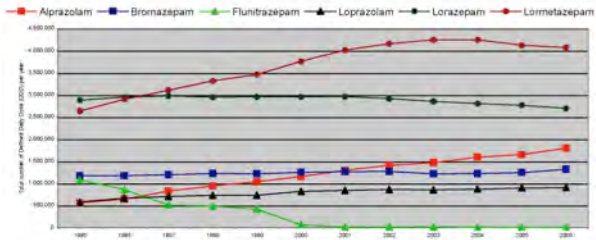
La dépendance à dosage faible

- **Pour développer une dépendance, une exposition minimale de 8 semaines serait nécessaire:**
 - USA: prescription déconseillée sur une durée de plus d'un mois.
 - France: prescription déconseillée pendant plus de 3 mois, durée cependant déjà assez large pour instaurer une dépendance chez certains sujets.
 - Dépendance plus rapide en cas de doses élevées
- **Dépendance déjà possible lors d'une prise à des doses thérapeutiques, sans que l'on observe une augmentation du dosage (ou alors que tardivement).**
 - N'existe chez aucune autre substance sous une telle fréquence.
 - Il est pratiquement impossible de faire le diagnostic d'une « dépendance à dosage faible » avant la tentative d'arrêt.
 - Dépendance psychique puis dépendance physique qui peut être très forte, avec des syndromes de sevrage parfois sévères.
 - L'insomnie de rebondissement (« rebound insomnia ») et l'anxiété de rebondissement semblent être des phénomènes indépendants, non encore prouvés suffisants d'une dépendance physique, mais elles favorisent cependant la prise chronique du médicament et peuvent être dès lors à l'origine d'une « dépendance à faible dosage ».



48

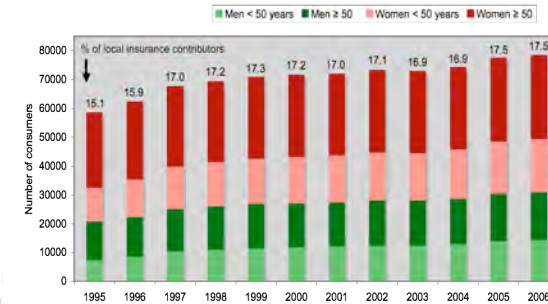
Prescription annuelle: les „top 5"



- Diminution importante des prescriptions de flunitrazépam à partir de 2000, après son inscription sur la liste des stupéfiants.

49

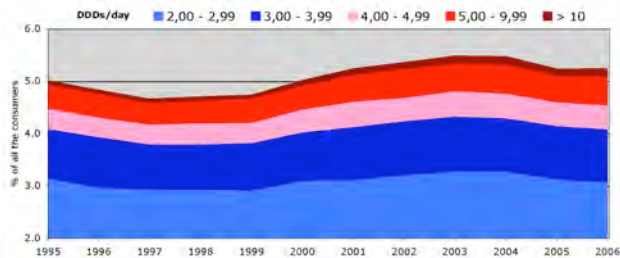
Assurés/année, tranches d'âge et sexe



- 16,9% reçoivent au moins une prescription par année
- 61,6% des consommateurs sont > 50 ans
- Dans cette tranche d'âge, 62,1% des sujets sont des femmes

50

Consommation journalière (présumée)

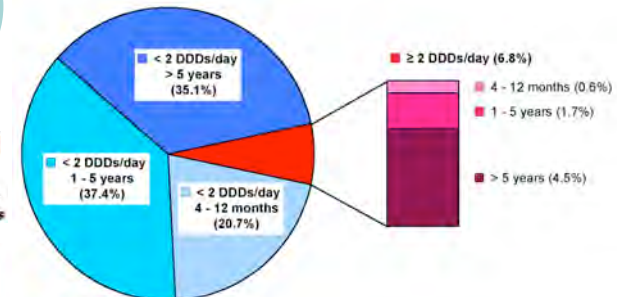


- 5,1% des sujets consomment plus que la double dose recommandée par jour !

51

Profil des consommateurs chroniques

- > 25% des sujets ont des prescriptions à long terme:
 - Il est estimé que la moitié de ces sujets sont dépendants



52

Usage rationnel des BZDs (1)

Un usage rationnel des BZDs par les médecins est indispensable:

1. Ne pas considérer toute anxiété comme pathologique. **L'anxiété possède un rôle adaptatif essentiel dans l'équilibre de l'individu. Ce n'est que lorsque, par son intensité ou sa durée, l'anxiété devient inhibitrice ou engendre un degré de souffrance incompatible avec une vie normale qu'elle nécessite d'être traitée.**
2. **Toujours** inclure le médicament dans une stratégie globale visant à **améliorer l'hygiène de vie, la gestion du stress, l'expression des émotions et l'adaptation à l'environnement.** L'utilité de techniques de relaxation ou d'une approche psychothérapeutique plus formelle doit être envisagée.
3. **Toujours** expliquer au patient la stratégie thérapeutique et la durée présumée du traitement. **Un traitement anxiolytique ne devrait pas dépasser 3 mois. Ne jamais prescrire de benzodiazépines pour des durées illimitées.**
4. Ne jamais prescrire plus d'une benzodiazépine anxiolytique à la fois.
5. **Utiliser les benzodiazépines à la dose minimale efficace, adaptée individuellement. Ne prescrire de benzodiazépines qu'aux patients capables d'une bonne compliance aux directives thérapeutiques.** Ne pas prescrire de benzodiazépines en ambulatoire chez les patients alcooliques ou toxicomanes.



53

Usage rationnel des BZDs (2)

6. **Passer aussi rapidement que possible d'une prise systématique à une prise « si nécessaire » en prévoyant une posologie journalière à ne pas dépasser. Envisager la possibilité de diminuer la posologie dès la ou les premières semaines de traitement.**
7. **Revoir le patient régulièrement afin d'évaluer la nécessité de poursuivre le traitement; ne pas renouveler la prescription sans réévaluation de la symptomatologie et du contexte.** Limiter le traitement prolongé par benzodiazépines au patient chez qui une approche psychologique est impossible ou inefficace.
8. Ne jamais dépasser les posologies maximales recommandées, **si ce n'est pour des périodes très brèves.**
9. Intervenir immédiatement en cas de tendance spontanée à l'augmentation progressive de la posologie afin d'assurer un meilleur respect du traitement et en cas d'échec, **arrêter le médicament. De même, en cas de dépassement injustifié des posologies prescrites, arrêter le traitement.**
10. Diminuer la posologie de manière progressive, **particulièrement chez les patients consommant des benzodiazépines à hautes doses et/ou pendant des durées prolongées. Dans de tels cas, étaler la décroissance posologique sur 6 à 8 semaines, voire plus.**



Source: Manuel de Psychopharmacothérapie. BCNBP (Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry). Gent: Academia Press, 2003 (2e édition)

54

Questionnaire BenDep-SRQ

1. Je prends des médicaments quand c'est nécessaire, sinon j'aurais des problèmes.
 2. Je deviens nerveux si je n'ai pas de médicaments sous la main.
 3. D'autres insistent pour que je prenne moins de médicaments.
 4. Je prends plus de médicaments que la quantité indiquée sur la prescription / l'ordonnance.
 5. Je me sens à l'aise si j'ai mes médicaments sous la main.
 6. Actuellement, les médicaments agissent moins bien qu'autrefois.
 7. Ces médicaments sont trop vite consommés.
 8. Ces médicaments me causent des problèmes.
 9. Il m'est déjà arrivé de modifier une ordonnance.
 10. J'envisage d'arrêter la consommation des médicaments.
 11. Juste avant de prendre mes médicaments, je ne pense qu'à cela.
 12. Mon esprit est très préoccupé par les médicaments.
 13. Je crois que ces médicaments me font du mal.
 14. Je vais chercher une nouvelle ordonnance plus rapidement que prévu.
 15. Je prends beaucoup de ces médicaments en une seule prise.
- + Évaluation des problèmes en cas d'arrêt:
Sentiments dépressifs, fatigue, tremblements, irritabilité, agitation



55

Mesures de prévention et alternatives

- Brochures d'information
- Questionnaires d'auto-évaluation (p.ex. BenDep)
- La lettre au consommateur
 - Elle peut aboutir à ce qu'au moins 20 % et peut-être jusqu'à 40 % des consommateurs chroniques arrêtent leur traitement ou au moins divisent par deux leur posologie (Cormack, 1994)
- Alternatives médicamenteuses
- Soutien psychologique et relaxation
- Programmes d'aide au sevrage utilisant les TCCs
- Sevrage lent via une benzodiazépine à longue durée d'action
 - Nécessité d'une grande discipline du patient et du médecin



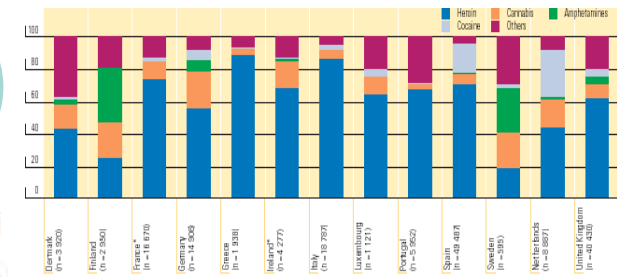
56

<http://www.relis.lu>



57

Sujets en thérapie et drogues



(EMCDDA, 2003)

- L'héroïne occupe la première place, suivie du cannabis



58

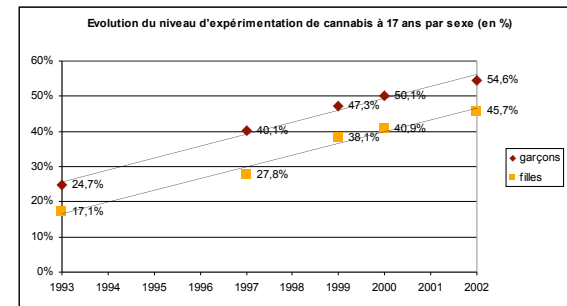
Le Cannabis

- La plante nommée Cannabis sativa ou chanvre contient plus de 60 cannabinoïdes différents.
- Principale composé psychoactif: **delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)**.
- La **marijuana** (1-15% de THC) est préparée à partir de fleurs et de feuilles séchées.
- Le **Hashish** (2-30% de THC) est composé de résine de cannabis séchée extraite des fleurs et des feuilles les plus hautes sur la tige et de fleurs compressées;
- L'**huile de hashish** résultant de la solubilisation de résine pure dans de l'alcool peut contenir entre 15 et 50% de THC.
- Les variétés Sinsemilla et Netherwood du cannabis peuvent **contenir plus de 20% de THC**.
- **Donc: Concentration en THC de plus en plus élevée**
- **S'y ajoute un début de consommation de cannabis de plus en plus précoce et en quantités de plus en plus importantes**
- **Dépendance psychique (chez la moitié des consommateurs), mais aussi dépendance physique (en augmentation)**



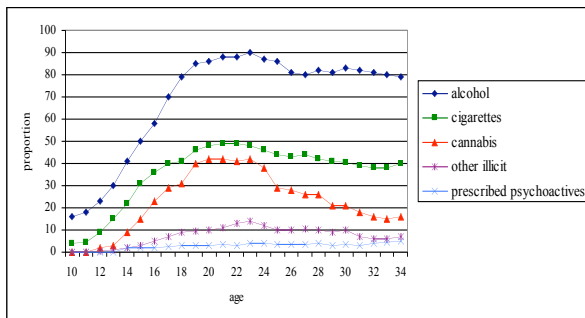
59

Cannabis et adolescence



60

Utilisation mensuelle selon l'âge



61

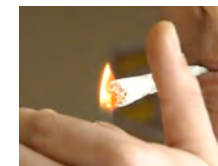
Modes de consommation du cannabis

INHALATION

Résorption rapide du THC par voies respiratoires

Joint (pur ou mélangé à du tabac)

Pipes



INGESTION

Résorption lente du THC: effet psycho-actif retardé, échappant au contrôle

Boissons (tisanes, mélangées avec du lait ou de l'alcool)

Mets (gâteaux, confiture, bonbons)



62

Effets du cannabis

Effets recherchés:

- Sentiment de relaxation, de légèreté, de flottement
- Diminution du «libre arbitre»
- Intensification des perceptions sensorielles (la lumière et la musique)
- Notions de temps et d'espace changés
- Euphorie, besoins de rire et bavarder
- Quand les effets s'atténuent : somnolence, fatigue.
- Mais aussi: céphalées, douleurs gastriques, allergies (toux, asthme), tachycardie, rougeur conjonctivale et mydriase, sécheresse de la bouche et de la gorge, diminution de la température, sensation de faim, variations de la tension artérielle

Intoxication au cannabis:

- Altération de la perception visuelle, tactile et auditive, illusion perceptive, hallucinations, sentiment de ralentissement du temps
- Perturbations cognitives : mémoire de fixation
- Troubles de la coordination motrice et difficultés à effectuer des tâches complexes

Symptômes de sevrage (chez certains sujets):

- Irritabilité, anxiété, insomnies, nausée, diminution d'appétit, transpiration excessive, douleurs abdominales, tremblements musculaires



63

Cannabis et troubles psychiatriques

Troubles anxieux: les plus fréquents

- L'attaque de panique (bad trip)
- Syndrome de dépersonnalisation : angoisse, déréalisation, insomnie, fatigue, sentiment d'étrangeté, déjà vu, humeur dépressive, asthénie, perturbations cognitives

Troubles de l'humeur et syndrome amotivationnel (30-50%)

Troubles psychotiques:

- Bouffées délirantes aiguës
- Hallucinations visuelles plutôt qu'auditives: résolutives sous traitement neuroleptique
- Les sentiments persécutifs diffus ou effet parano
- Le flash-back ou rémanences spontanées
- **Précipitation d'une schizophrénie chez les sujets sensibles !!!**

Altération cognitive (attention, mémoire): parfois persistants!

Problèmes physiques: appareil respiratoire, système immunitaire, reproduction, grossesse



64

Cannabis et circulation routière

- **Diminution de l'aptitude à conduire** dû à la diminution des réflexes, des modifications de la perception, de l'attention et de l'appréciation des informations.
- Selon les experts, il n'existe pas de lien direct entre la concentration de THC dans le sang et le degré d'euphorie produit par le cannabis.
- L'aptitude est réduite **pendant 2 à 4 heures** (maximum 8 h) après avoir fumé du cannabis.
- Le cannabis provoque aussi une **amplification des effets de l'alcool sur la conduite**; les deux substances sont souvent consommées ensemble!



65

L'héroïne: modes de consommation

- La **voie intraveineuse** est majoritaire, diluée dans de l'eau acidifiée (citron) et chauffée (fix, taquet, shoot,...)
- La **prise** (sniff) semble en augmentation. C'est souvent le premier mode de consommation
- Elle est aussi **fumée**
- Par **voie orale**, elle est en grande partie détruite par un premier passage hépatique (effet 7 fois moins important qu'en IV)
- « **chasser le dragon** » (inhaler les vapeurs de sublimation de l'héroïne chauffée dans du papier aluminium)
- **Caractéristiques des consommateurs au Luxembourg:**
 - Prévalence du sexe masculin-féminin 4/1
 - Augmentation de la fourchette entre âge du début de la consommation et injecteurs « au long cours »
 - Pourcentage de consommateurs étrangers élevés, mais variable



66

Effets de l'héroïne

- **Effets recherchés:**
 - L'effet en début de consommation est celui d'une sensation de **plaisir, de chaleur, d'euphorie intense, brutale et brève** (flash), associée à une **sensation cutanée** de la base de l'abdomen de type orgasmique (rush) et de **modifications physiologiques** : réchauffement cutané, bradycardie, hypotension, hyperglycémie, myosis.
 - Puis **phase de bien-être** (planète) avec ralentissement idéo-moteur et prise de distance avec la réalité.
- **Effets à long terme:**
 - Lors des expériences initiales, on peut observer des réactions paradoxales, avec anxiété, nausées, étourdissements.
 - Au bout de quelques semaines de prises répétées, ces effets peuvent disparaître au profit d'une consommation servant seulement à éviter les effets du manque.
 - Par ailleurs une **tolérance** apparaît, qui invite à augmenter les doses.
 - Thromboses, endocardites, infections virales (hépatite C et HIV)
- **Méthodes de substitution:**
 - Méthadone, buprénorphine.



67

La cocaïne: modes de consommation

- Origine végétale, extraite des feuilles de cocaïer
- Transformée en chlorhydrate de cocaïne (poudre)
- **Souvent frelatée**, coupée avec des anesthésiques, de la lactose, des médicaments, de la caféine, des amphétamines et d'autres substances dont on ne connaît pas la nature, ni les dangers.
- Le plus souvent **sniffée, parfois fumée** (crack ou free base) et plus **rarement injectée** (La cocaïne injectée provoque des effets similaires au crack ou free base fumé).
- Le **crack ou free base** est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniaque, présenté sous forme de petit caillou.
- Le crack ou free base peut être **fumé**.
- Les effets sont plus rapides, plus intenses, plus brefs que ceux de la cocaïne et la descente est d'autant plus dure et difficile à gérer.
- **L'usage régulier peut provoquer des hallucinations et entraîner des comportements violents, des épisodes paranoïdes et des états suicidaires.**



68

La cocaïne: effets et risques immédiats

○ Effets immédiats:

- Stimulation forte, euphorie immédiate, sentiment de puissance physique, sexuelle et intellectuelle, résistance, voire indifférence à la fatigue et à la douleur, puis descente.
- Augmentation du rythme cardiaque, de la respiration et de la TA.
- Excitant puissant, la cocaïne provoque une dépendance psychique importante et rapide.
- Le crack ou free base provoque des effets semblables à ceux de la cocaïne ; mais ils sont plus violents, plus rapides, plus brefs.

○ Risques immédiats:

- Violence, agressivité, passages à l'acte, etc.
- Troubles digestifs, vomissements.
- Etats de fatigue temporaire, avec poursuite de la consommation pour retrouver les effets initiaux.
- Crampes, tremblements, spasmes, douleurs musculaires.
- Saignements de nez après la prise : risques de transmissions virales (VHB, VHC) via les pailles.
- Risque de surdosage et le recours à des calmants, des opiacés pour amortir une descente difficile peut entraîner une autre dépendance.



69

Les risques de la cocaïne

○ Risques à court terme:

- Insomnies, tics nerveux, difficultés de concentration, troubles de la mémoire, amnésies, etc.
- Troubles du rythme cardiaque, accidents cardiaques.
- Accidents pulmonaires, neurologiques, épilepsie.
- Troubles psychiques graves, crises de panique, etc.
- Risques infectieux graves en cas d'injection (VIH, VHC, etc.).
- Dépendance psychique rapide et forte traduite par une envie impérieuse de poursuivre la consommation.

○ Risques à moyen terme:

- Troubles psychiatriques, surtout dépressions graves et chroniques
- Dépendance très forte (injection, crack +++)
- Perforations de la cloison nasale (< "sniffing")
- Troubles de l'alimentation et du sommeil pouvant causer un épuisement extrême
- Interruption des règles, dommages graves pour le fœtus (prématurité, mort-nés, malformations, etc.)
- Le crack ou free base est plus particulièrement neurotoxique (dégénération des neurones)



70

Psychostimulants: l'Ecstasy (XTC)

○ Prévalence annuelle

- 0,2 % (Ecstasy)
- 0,5% (amphétamines)



○ Désigne à l'origine une pilule contenant une molécule chimique particulière, la MDMA (3,4 méthylènedioxyméthamphétamine)

○ La composition d'un comprimé reste incertaine:

- La MDMA n'est pas toujours présente.
- Elle est souvent mélangée à d'autres substances (amphétamines, analgésiques, hallucinogènes, anabolisants) et coupée avec de la caféine, de l'amidon, des détergents, du savon... !



71

Les effets de l'Ecstasy

○ Effets attendus (pendant 4 à 8 heures):

- Sensation de bien-être, plaisir, euphorie suite à l'augmentation rapide de sérotonine, mais aussi de dopamine, suivie d'un épuisement des stocks.
- Très empathogène (sentiment d'amour, d'appartenance au groupe, envie de partage,...) et entactogène (envie de contact). Exacerbation de la sensualité, surtout du toucher.
- Plus inhibiteur qu'aphrodisiaque, peu hallucinogène.
- Nombreux effets excitants (tachycardie, tachypnée, hyperactivité). Résistance à la fatigue, au sommeil, à la faim et à la soif.

○ Complications:

- La „descente“: phase déficitaire, dépressive, sensation de vide
- Anxiété, crise de panique, "bad trip", accidents psychiatriques
- Hyperthermie avec déshydratation, parfois insuffisance rénale aiguë
- Hépatites toxiques aiguës, troubles du rythme
- Problèmes d'apprentissage et de mémoire avec neurotoxicité à long terme



72

Les hallucinogènes: le LSD

- « **LSD ou diéthylamide de l'acide lysergique** »
- Obtenu à partir de l'ergot de seigle (champignon)
- Se consomme sous forme d'un buvard, d'une "micropointe" (± comme le bout de mine de crayon) ou liquide
- Hallucinogène le plus puissant connu: entraîne des modifications sensorielles intenses, provoque des hallucinations, des fous rires incontrôlables, des délires (effets très variables suivant les individus)
- Un "trip" dure 5-12 heures, parfois plus longtemps.
- La redescende peut être très désagréable: état confusionnel avec angoisses, crises de panique, paranoïa, phobies, bouffées délirantes.
- Accidents psychiatriques graves et durables



73

Autres drogues psychoactives



74

Le jeu pathologique: diagnostic

1. **Préoccupation par le jeu** (p.ex.: préoccupation par la remémoration d'expériences de jeux passés ou par la prévision de tentatives prochaines ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
2. **Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes** pour atteindre l'état d'excitation désiré.
3. **Efforts répétés** mais infructueux **pour contrôler, réduire ou arrêter** le jeu.
4. **Agitation ou irritabilité** lors des tentatives de réduction ou d'arrêt du jeu.
5. **Joue pour échapper aux difficultés** ou pour soulager une humeur dysphorique (p.ex.: des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, **retourne souvent jouer** un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »)
7. **Ment** à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. **Commets des actes illégaux** tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu.
9. **Met en danger ou perd une relation affective** importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
10. **Compte sur les autres pour obtenir de l'argent** et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.



75

Conséquences du jeu pathologique

- **Endettement**
 - Dettes bancaires, en Belgique, et privées
 - Moyenne des dettes/joueur = ± 100.000 € (tendance croissante)
- **Délinquance**
 - Vol, fraude, autres crimes
- **Problèmes socio-professionnels et familiaux**
 - Par joueur pathologique, environ 10-15 personnes sont indirectement touchées
 - Perte du travail, des amis, distanciation de la famille
- **Problèmes physiques et psychiques**
 - Avec un risque de suicide plus important



76

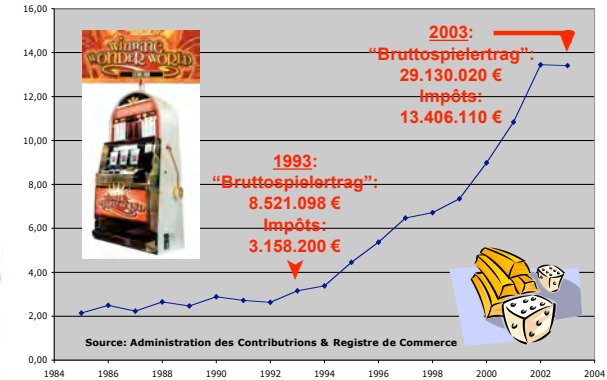
Les jeux d'argent au Luxembourg

- **Au Casino de Mondorf:**
 - > 200 Machines à sous
 - Roulette
 - Black Jack
- **Loterie Nationale:**
 - Entre 1945 et 1984: tirages traditionnels avec 12 tranches annuelles
 - Avril 1985: Introduction de la loterie instantanée à tirage immédiat.
 - Auprès du public elle connut une telle popularité que la loterie traditionnelle a été arrêtée fin 1997.
 - Actuellement, plusieurs jeux de grattage différents à gain immédiat
 - Janvier 1998: apparition du jeu télévisé **Piccobello**
 - Octobre 2002: lancement du **Zubito**, un jeu express à tirages fréquents diffusés en direct sur écran télévisé dans près de 150 cafés
 - Octobre 2004: Commercialisation au Luxembourg du jeu **Euro Millions**



77

"Prélèvement sur le produit des jeux de casino" (mio €)



78

Les recettes de la Loterie Nationale



79

Groupe d'entraide

- **Consultations sans rendez-vous:**
 - Tous les lundis de 9.30 à 12.00 hrs
- **Groupe d'entraide:**
 - Tous les mardis de 18.30 à 20.30 hrs
- **Adresse:**
 - 18, rue Dicks - 1417 Luxembourg
- **Internet:**
 - <http://www.anonym-glecksspiller.net>



80

Autres addictions comportementales (1)

○ Achats compulsifs

- Pathologie en augmentation (1,1% de la population), qui touche principalement les femmes (80 à 92% des sujets) Addiction aux jeux d'ordinateur et à l'Internet.
- Plusieurs types d'acheteurs:
 1. **émotionnel**: très attaché au symbolisme et la valeur sentimentale de l'objet acheté, l'achat apparaissant comme une auto-thérapie anxiolytique et/ou antidépressive;
 2. **impulsif**: envahi par un désir soudain et spontané d'acheter, avec un fort sentiment de culpabilité après l'achat et les dépenses engagés;
 3. **fanatique**: véritable collectionneur qui achète le même objet ou type d'objet de manière répétée;
 4. **compulsif**: achète pour lutter contre les tensions internes et les angoisses incontrôlables et éprouve un fort sentiment de frustration en cas d'empêchement (prix, famille, etc.)



81

Autres addictions comportementales (2)

○ Addiction aux jeux d'ordinateur et à l'Internet.

- Souvent une « consommation abondante simple » plutôt qu'une vraie addiction, mais aussi
 - Notion de jeu pathologique via l'ordinateur/Internet
 - Risque d'achats compulsifs
 - Addiction sexuelle
- Signes et symptômes:
 - se prive de sommeil pour rester connecté
 - néglige d'autres activités importantes avec diminution du rendement professionnel ou scolaire
 - pense constamment à l'ordinateur/à l'Internet (même sans être devant l'écran)
 - essaie sans succès de passer un temps limité devant l'écran
 - a eu des remarques de son entourage ou de sa famille au sujet de son utilisation démesurée de l'ordinateur



82

Autres addictions comportementales (3)

○ Addiction au sport et à l'exercice physique

- À la course, au body-building, etc.
- « Running addiction scale » (Chapman & Castro, 1990)
 - + 1 Je cours très souvent et régulièrement.
 - 1 Si le temps est froid, trop chaud, s'il y a du vent, je ne cours pas.
 - 1 Je n'annule pas mes activités avec les amis pour courir.
 - 1 J'ai arrêté de courir pendant au moins une semaine pour des raisons autres que des blessures.
 - + 1 Je cours même quand j'ai très mal.
 - 1 Je n'ai jamais dépensé d'argent pour courir, pour acheter des livres sur la course, pour m'équiper.
 - 1 Si je trouvais une autre façon de rester en forme physique je ne courrais pas.
 - + 1 Après une course je me sens mieux.
 - 1 Je continuerais de courir même si j'étais blessé(e).
 - + 1 Certains jours, même si je n'ai pas le temps, je vais courir.
 - + 1 J'ai besoin de courir au moins une fois par jour.



83

Autres addictions comportementales (3)

○ Le travail pathologique (« Workaholism »)

- Compulsion de consacrer de plus en plus de temps et d'énergie à son travail, en dépit des conséquences négatives sur sa santé et sur sa vie personnelle affective et familiale.
- Critères spécifiques:
 - Hyperactivité
 - Esprit de compétition et de défi
 - Forte personnalité d'entreprise
 - Désir illimité de satisfaction professionnelle
 - Culte de l'entreprise et du travail
 - Relation difficile avec les loisirs
 - Détente difficile pendant les vacances et les week-ends (ramener du travail sur le lieu même des vacances)
 - Négligence de la vie familiale
 - Existence des manifestations de stress au travail
- En principe, toute conduite excessive et compulsive peut être considérée comme addiction comportementale.



84

Les interventions thérapeutiques

NON USAGE	Aucune consommation primaire ou secondaire	Prévention primaire. Education pour la santé
USAGE	Consommation à faibles doses en deçà des seuils OMS et situations à risque	Eviter passage vers mésusage. Prévenir risques et dommages

MESUSAGE

 USAGE A RISQUE	Consommation à doses supérieures aux seuils OMS. Ni dommage ni dépendance.	Réduction consommation. Interventions collective. Repérage précoce. Interventions brèves
 USAGE NOCIF	Consommation avec dommages mais sans dépendance	Accompagnement et prise en charge des dommages
 USAGE AVEC DEPENDANCE	Perte de la maîtrise de la consommation. Existence de dommages	Domaine des soins. Sevrage, abstinence totale

85

Les objectifs d'une intervention

→ Objectif général :

- Améliorer la qualité de vie.
- Conserver ou favoriser l'indépendance.

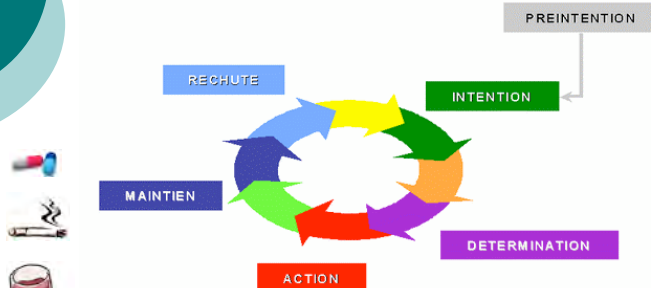
→ Objectifs spécifiques :

- **A l'égard du produit (ou du comportement à problème), de sa consommation et de ses risques :**
 - Réduction et gestion de la consommation.
 - Sevrage = aide à l'arrêt et maintien de l'abstinence.
- **A l'égard de la conduite addictive :**
 - Aide au maintien de l'abstinence et à la résolution.
- **A l'égard du sujet :**
 - Favoriser l'équilibre personnel et la qualité de vie.

86

Les stades du changement

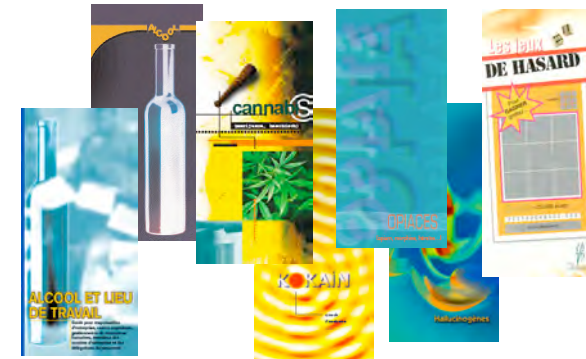
Modèle de Prochaska et DiClemente



87

Centre de prévention des toxicomanies

- ❖ 8-10, rue de la Fonderie, L-1531 Luxembourg
Tél. 49.77.77-1, e-mail: info@cept.lu, <http://www.cept.lu/>



88