



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Sevrage des patients dépendants à l'alcool, à l'héroïne, au tabac ou
aux benzodiazépines en consultation de médecine générale.**

Présentée et soutenue publiquement le **16 septembre 2014 à 14h**
au **Pôle Recherche**
Par **Guillaume CHEVAILLIER**

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Hedouin

Monsieur le Docteur Messaadi

Monsieur le Docteur Rolland

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Messaadi

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation En Santé
- ANSM : Agence Nationale de sécurité du médicament
- AUDIT : Alcohol Use Disorders Test
- AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Test Consumption
- BHD : Buprénorphine Haut Dosage
- BZD : Benzodiazépine
- CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogue
- CAGE : Cut-Down Annoyed Guilty Eyed-opener
- CDS : Cigarette dependence scale
- CIM : Classification Internationale des maladies
- CIWA-AR : Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Revised
- CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CWS : Cigarette Withdrawal Scale
- DAST : Drug Abuse Screening Test
- DSM : Diagnosis and Statistical Manual
- ECAB : Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines
- ESPS : Enquête sur la santé et la Protection Sociale
- EVA : Echelle Visuelle Analogique
- FACE : Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien
- FFA : Fédération Française d'Addictologie
- HAS : Haute Autorité de Santé

HONC : Hooked On Nicotine Checklist

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la santé

RR : Risque Relatif

RTCQ : Readiness To Change Questionary

SBX : SUBOXONE

SFA : Société Française d'Alcoologie

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

TCC : Thérapies Cognitivo Comportementales

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

TWEAK : Tolerance Worried Eye-opener Amnesia K/cut-down

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

Avertissement	3
Remerciements	5
Liste des abréviations	10
Table des matières	12
Résumé	14
Introduction	15
Méthode	17
Données épidémiologiques	18
.I. Alcool	18
A. Consommation.....	18
B. Mortalité.....	19
C. Recours aux soins	19
.II. Tabac	20
A. Consommation.....	20
B. Mortalité.....	21
C. Recours aux soins	21
.III. Héroïne	22
A. Consommation.....	22
B. Mortalité.....	23
C. Recours aux soins	24
.IV. Benzodiazépines (BZD)	24
A. Consommation.....	24
B. Morbidité.....	25
Quelle relation médecin malade ?	27
Place de la motivation dans le sevrage	28
.I. Principes généraux	28
A. Le modèle transthéorique du changement ou de la disposition au changement.....	29
B. L'entretien motivationnel.....	30
.II. Motivation et sevrage alcoolique	33
.III. Motivation et sevrage tabagique	36
.IV. Motivation et sevrage en héroïne et en Benzodiazépines	37
Niveaux de consommation et pharmacodépendance	38
.I. Alcool	38
A. Définitions et terminologies	38
B. Comment évaluer le niveau de consommation d'alcool et diagnostiquer l'alcoolodépendance ?.....	40
C. Diagnostic et évaluation du syndrome de sevrage.....	43
.II. Tabac	45
A. Définition de la dépendance et du syndrome de sevrage	45
B. Évaluation de la dépendance.....	46
C. Évaluation du sevrage	48
.III. Héroïne	49
A. Dépendance et syndrome de sevrage.....	49
B. Evaluation de la dépendance et du syndrome de sevrage.....	50

.IV. Benzodiazépines	51
A. Dépendance et syndrome de sevrage	51
B. Evaluation de la dépendance et du syndrome de sevrage.....	52
Le sevrage à proprement parler	54
.I. Alcool	54
A. Le sevrage est-il réalisable par le médecin généraliste en ambulatoire ?	54
B. Modalités du sevrage ambulatoire en alcool.....	56
.II. Tabac	61
A. Tous les sevrages tabagiques sont-ils réalisables par le médecin généraliste ?	62
B. Les traitements nicotiques de substitutions	63
C. Les pharmacothérapies non substitutives.....	68
D. La cigarette électronique	70
E. Les approches non pharmacologiques.....	71
F. Le cas des « fumeurs difficiles ».....	72
.III. Héroïne	73
A. Les sevrages en héroïnes sont-ils réalisables par le médecin généraliste en soins ambulatoires?.....	73
B. Le temps du sevrage, initiation du traitement de substitution et prise en compte de la douleur	76
C. Evaluation et prise en compte de la douleur	82
.IV. Benzodiazépines	82
A. Des situations pouvant nécessiter une prise en charge spécialisée.....	83
B. Stratégie d'arrêt des BZD ambulatoire.....	83
Discussion	86
Conclusion	92
Bibliographie	93
Annexes	98

RESUME

Les consultations pour sevrage en alcool, tabac, héroïne et benzodiazépines sont des situations fréquentes et décrites comme difficiles par les médecins généralistes. Ce travail est une mise au point dont l'objectif est de donner des repaires sur la faisabilité et la conduite de ces sevrages.

L'approche motivationnelle des soins en addictologie permet au patient de faire sien le projet de sevrage au sein d'une relation médecin malade de qualité. L'utilisation du modèle de PROCHASKA & DI CLEMENTE et de la technique de l'entretien motivationnel est validée de manière générale pour l'accompagnement et le sevrage de l'alcool, du tabac, de l'héroïne et des benzodiazépines.

Le sevrage de ces produits nécessite une évaluation des consommations et de la pharmacodépendance. La pharmacodépendance est diagnostiquée cliniquement à l'aide des critères du DSM-IV. Certaines échelles standardisées orientant le diagnostic sont toutefois validées en médecine générale.

Pour le sevrage ambulatoire en alcool, des contre indications sont à respecter. Ce sevrage repose sur une hydratation, une benzodiazépinothérapie de courte durée, une vitaminothérapie et un suivi clinique rapproché.

Le sevrage tabagique repose en première intention sur les TNS. Le Bupropion et la Varénicline sont à utiliser en dernière intention. Les cigarettes électroniques sont en cours d'évaluation. Les TCC sont validées dans le sevrage tabagique.

Le sevrage en héroïne se fait par substitution par BHD ou SBX. La coordination avec la pharmacie délivrant le traitement est indispensable. La douleur doit être évaluée afin d'adapter au plus vite les posologies de BHD ou de SBX.

Le sevrage en BZD repose sur une décroissance progressive des posologies.

INTRODUCTION

La prise en charge des addictions en soins primaires ambulatoires, toutes substances confondues, représente une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes. En effet, les situations d'initiation de traitement ou de suivi se présentent de manière au moins hebdomadaire pour la plupart des praticiens.

Les déterminants de la consommation de produits stupéfiants, de la consommation excessive d'alcool et du mésusage de certains médicaments addictogènes sont difficiles à identifier et d'ordres multiples: socio-économiques, culturels, psycho-comportementaux, biologiques. En d'autres termes, il s'agit d'une problématique biopsychosociale.

Dès lors, on comprend que les addictions peuvent s'inscrire dans un territoire, un réseau social, une histoire, un parcours et une situation professionnelle et familiale, un état psychologique, un type de personnalité voir une hérédité. En outre, si l'environnement, au sens large, détermine pour partie ces consommations nocives, les comportements qui en résultent peuvent avoir des conséquences lourdes pour le consommateur (l'alcool et le tabac sont les deux première causes de décès évitables) mais aussi pour autrui (accident de la voie publique, violences, troubles à l'ordre public, accidents du travail).

Les médecins généralistes éprouvent souvent des difficultés dans la prise en charge des addictions. Les raisons évoquées par les praticiens sont un manque de temps, un manque de formation et de connaissance des réseaux existants (En 2009, la participation à un réseau d'addictologie, toutes substances confondues concernait 5% des médecins généralistes), mais aussi un découragement devant des patients jugés difficiles.

Les situations de prise en charge des addictions étant fréquentes et complexes, il nous est apparu nécessaire de soulever des questions utiles se posant lors des consultations de médecine générale pour demande de sevrage: Quelles sont les caractéristiques de la relation médecin malade les mieux adaptées ? Comment prendre en compte la motivation du patient à s'engager dans un processus de sevrage ? Comment évaluer sa consommation et sa dépendance ? Le sevrage peut il être réalisé en médecine générale ou nécessite-t-il une prise en charge institutionnalisée? Quelles sont les modalités pratiques du sevrage ambulatoire?

METHODE

Nous avons effectué les recherches bibliographiques sur les bases de données suivantes: PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, EM-Premium. Nous avons consulté les recommandations des sociétés savantes : Société Française d'Alcoologie (SFA), Fédération Française d'Addictologie (FFA), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Enfin, les rapports d'organismes publics ont été référencés: l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'Institut de Veille Sanitaire (INVS).

Mots clés : médecine générale, ambulatoire, soins primaires, addiction, dépendance, sevrage, évaluation, héroïne, alcool, tabac, benzodiazépines.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

.I. Alcool

A. Consommation

En France métropolitaine, en 2011, le nombre de consommateurs réguliers d'alcool parmi les 11-75 ans est de 8,8 millions. La consommation régulière d'alcool étant définie par la prise d'au moins 3 verres d'alcool par semaine pour les adultes et d'au moins 10 verres par mois pour les adolescents (1).

En 2010, parmi les 18-75 ans, 37,4% déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine sans toutefois consommer quotidiennement et 11,7% déclarent consommer quotidiennement.

Sur 2010, L'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS), en utilisant le test AUDIT (Tableau 1), a permis la construction des profils d'alcoolisation et leur prévalence selon le sexe en population adulte (2). Il en ressort une nette prédominance masculine parmi les consommateurs d'alcool à risque et alcoolodépendants. En effet, en population générale, on retrouve 12,5% des hommes et 2,6% des femmes dans ce profil de consommation.

Au total, on retrouve en 2010 environ 3,8 millions de consommateurs étant au moins à risque (au sens du test AUDIT-C qui est une version courte portant sur les trois premiers items du test AUDIT) (3). (AUDIT-C voir Tableau 2)

Sur un Référentiel de bonnes pratiques cliniques produit par la SFA en 2008, il est rapporté que sur cinq millions de consommateurs en difficulté avec l'alcool, deux millions sont dépendants et trois millions sont des consommateurs à risques ou à problèmes (4).

B. Mortalité

En France, le nombre de décès liés à la consommation d'alcool serait d'environ 49000 en 2009. Le nombre de décès suite à un accident de la route lié à l'alcool serait de 1400 pour les années 2007-2008 (3).

L'alcool demeure actuellement la seconde cause de mortalité « évitable » après le tabac.

Par ailleurs, la mortalité liée à l'alcool en France est la plus élevée d'Europe, avec un taux de 30% supérieur à la moyenne européenne.

C. Recours aux soins

Les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool peuvent s'adresser à des professionnels de santé exerçant leur activité dans trois types de structures différentes (5):

- Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), il s'agit de centres ambulatoires. Le nombre de personnes consommatrices d'alcool accueillies dans ces centres était estimé à 133 000 en 2010.
- Les hôpitaux, généralistes ou spécialisés en psychiatrie. L'ensemble des séjours enregistrés pour un diagnostic principal ou associé de troubles

du comportement liés à l'alcool s'élève à 900 000 en 2011, et correspond à 400 000 patients différents.

- Les médecins généralistes en soins primaires. Les enquêtes Baromètres santé médecins généralistes donnent les chiffres suivants : Ils sont 52% en 2009 à déclarer avoir vu au moins un patient pour sevrage alcoolique lors des sept derniers jours. Environ un patient est vu par semaine par médecin généraliste en raison de sa consommation d'alcool. On estime à environ 54000 le nombre de patients vus par l'ensemble des médecins généralistes sur une semaine pour le même motif (6).

La société française de médecine générale (SFMG) a publié en 2004 une enquête révélant que sur 3760 consultations, 1,21% avait pour motif un problème avec la consommation d'alcool (1,97% chez les hommes, 0,57% chez les femmes) (7).

.II. Tabac

A. Consommation

Actuellement en France, l'estimation de la consommation de tabac parmi les 11-75 ans est la suivante (8) :

- 35,5 millions d'expérimentateurs soit ayant consommé au moins une fois dans leur vie.
- 15,8 millions de consommateurs actuels soit ayant consommé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours.

- 13,4 millions de fumeurs réguliers soit ayant une consommation quotidienne.

A noter une consommation quotidienne de tabac chez 31,5% des adolescents de 17 ans en 2011, à peu près répartie également entre les filles et les garçons.

En 2010, l'usage quotidien de tabac concerne environ 30% de la population entre 18 et 75 ans (33% des hommes et 26,6% des femmes). La consommation de tabac a augmenté chez les femmes entre 2005 et 2010 alors qu'elle est restée stable chez les hommes. Enfin, la consommation quotidienne diminue avec l'âge (8).

En 2010, chez les 18-75 ans, la dépendance physique au tabac évaluée à l'aide du « mini-test de Fagerström » (Tableau 3) touche 53% des fumeurs quotidiens. 35% présentant une dépendance moyenne et 18% une dépendance forte (8).

B. Mortalité

Le tabagisme est la première cause de mortalité « évitable » en France. Il serait en cause dans un cancer sur trois et serait lié à environ 60000 décès par an (6).

C. Recours aux soins

Afin d'obtenir une aide au sevrage tabagique, les patients peuvent s'adresser à un addictologue (au sein d'un CSAPA par exemple), ou encore à leur médecin généraliste, situation la plus fréquente.

Environ 95% des médecins généralistes prennent en charge (seuls ou en liaison avec une structure spécialisée) leurs patients dans le cadre d'un sevrage tabagique (6).

Sur une semaine donnée, en 2009, environ 90000 personnes ont été vues par leur médecin généraliste dans le cadre d'un sevrage tabagique et environ 70% des médecins généralistes voient au moins un patient par semaine dans le même cadre (6).

2,4 millions de fumeurs ont recours à des traitements d'aide à l'arrêt du tabac (3).

.III. Héroïne

A. Consommation

En France en 2010, 1,2% des 18-64 ans ont déjà expérimenté l'héroïne. Le nombre d'expérimentateurs parmi les 11-75 ans est d'environ 500 000 (9).

Peu d'études ont utilisé les critères diagnostics du DSM-IV ou du CIM-X pour évaluer la fréquence de la dépendance à l'héroïne en population générale. D'après quelques études menées aux Etats-Unis, la fréquence de la dépendance aux opiacés (et non pas à l'héroïne en particulier) serait de 1,1% sur la vie entière et autour de 0,2% sur l'année précédant l'évaluation (10).

En 2010, 31,3% des usagers de drogues accueillis dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD)

ont consommé au moins une fois de l'héroïne au cours du mois (9), parmi eux, moins d'un quart en prend quotidiennement.

L'héroïne se consomme de trois manières différentes : en injection intraveineuse, en sniff (voie nasale) et en inhalation (« chasser le dragon »).

Dans les CAARUD, 60% des consommateurs utilisent l'injection au cours d'un mois, 42% utilisent le sniff et 28,9% l'inhalation.

En médecine générale et au CSAPA, 69% des consommateurs d'héroïnes ont utilisé le sniff comme mode de consommation au cours du mois, 23% ont utilisé l'injection et 22% l'inhalation.

B. Mortalité

La mortalité des usagers d'héroïne se situe entre 1% et 3% par an (10).

Les décès par surdose parmi les 15-49 ans, en 2010, en France, serait environ de 300 (3).

À cela, il faut ajouter les décès dus aux complications de la consommation d'héroïne notamment par injection. En 2004, on estimait que la séro-prévalence du VIH et du VHC était respectivement de 11,3% et 73,8% parmi les usagers de drogues ayant pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie. Le nombre de décès en France en 2010 de patients au stade SIDA était de 75 en 2010 parmi les usagers d'héroïne par voie injectable.

Enfin, les hommes et femmes interpellés pour usage d'héroïne, de crack et cocaïne ont un risque global de décès multiplié respectivement par cinq et neuf. Cela s'explique notamment par les surdoses, les contaminations par le VIH, le VHB et le VHC, une exposition accrue aux accidents de la route, aux suicides, aux pathologies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif (3).

C. Recours aux soins

Comme pour le sevrage en alcool, les consommateurs d'héroïne peuvent bénéficier d'une aide au sevrage auprès de structures hospitalières, dans les CSAPA et en médecine générale.

En 2011, les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré 3790 séjours pour sevrage de personnes dépendantes à une drogue autre que l'alcool (sans pouvoir préciser exactement les sevrages concernant la dépendance à l'héroïne).

En 2010, environ 170 000 personnes ont bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés en ville et en CSAPA (3).

En 2009, les médecins généralistes ont vu en moyenne 1,8 usagers dépendants aux opiacés par mois.

.IV. Benzodiazépines (BZD)

A. Consommation

Les données suivantes ont été récupérées à partir d'un document édité en 2013 par l'ANSM (11) :

- En 2012, 11,5 millions de Français ont consommé au moins une fois une BZD, parmi eux, 22% ont recours à deux BZD simultanément.

- Ce niveau de consommation avait significativement diminué de 2000 à 2008, s'était stabilisé puis avait légèrement augmenté en 2012.
- Environ 65% des consommateurs de BZD sont des femmes. Environ 1/3 des femmes de plus de 65 ans consomment au moins une BZD anxiolytique et 18% au moins une BZD Hypnotique.

De manière générale, le niveau de consommation de BZD dans la population augmente avec l'âge.

Un peu plus de 15% des consommateurs de BZD n'interrompent pas leur traitement entre deux prescriptions (soit moins de 64 jours entre deux délivrances) et parmi eux, environ la moitié n'interrompent pas leur traitement pendant cinq ans de suite.

En 2009, parmi les pays européens ayant des données comparables, la France est le plus gros consommateur de BZD.

90% des prescriptions de BZD sont effectuées par des médecins libéraux. Parmi ces médecins libéraux, 90% sont des généralistes.

B. Morbidité

Les BZD sont responsables de nombreux effets indésirables dont 50% sont considérés comme graves (voir définition d'effet indésirable grave Tableau 4).

Parmi ces effets indésirables graves, les plus fréquents sont les effets d'ordre neurologique (de la somnolence au coma) et psychiatrique (agitation, hallucination, pharmacodépendance).

Le risque de chute est augmenté chez les personnes âgées consommant des benzodiazépines, en particulier lors des sept premiers jours de traitement (12).

La pharmacodépendance représente 0,6% des effets indésirables graves pour les BZD anxiolytiques et 1,2% pour les BZD hypnotiques. Ces données proviennent de la *base nationale de la pharmacovigilance* et donc des déclarations réalisées par les médecins prescripteurs. Cela laisse supposer une sous-estimation importante de ces chiffres.

QUELLE RELATION MEDECIN MALADE ?

Une relation médecin malade de qualité est un facteur essentiel influençant l'adhésion d'un patient à un projet thérapeutique et donc son observance.

En ce sens, le médecin doit développer des capacités relationnelles fortes, un rapport de confiance, une force de conviction et une communication de qualité (13,14).

Les capacités relationnelles fortes, sont associées à une approche non conflictuelle du colloque singulier, à une attitude empathique, centrée sur le patient, à l'écoute des diverses problématiques qu'il expose et qui peuvent influencer l'observance (comme le niveau d'anxiété et le statut émotionnel, les contraintes socio-professionnelles, les connaissances et les croyances). Ces capacités relationnelles sont associées à la réussite ou non des traitements du mésusage de l'alcool (15).

La confiance doit être maintenue entre le soignant et le patient afin de faciliter un suivi au long cours et de dédramatiser une éventuelle reprise de la consommation (14). Pour cela, il faut se dégager de toute attitude moralisatrice ou de jugement, et fixer, toujours en accord avec le patient, des objectifs réalisables, qui, lorsqu'ils sont atteints ont le mérite d'être valorisants.

Cette relation médecin malade de qualité peut s'appuyer sur les principes d'une approche motivationnelle particulièrement utile en addictologie.

PLACE DE LA MOTIVATION DANS LE SEVRAGE

.I. Principes généraux

Une motivation importante à changer ses comportements est un facteur essentiel lorsqu'un patient veut s'engager dans un processus de sevrage.

Même si le patient se présente de lui même en consultation pour arrêter sa consommation, il n'est pas forcément motivé. En effet, la demande de soins peut avoir été suscitée par des difficultés rencontrées lors des rapports sociaux (travail ou activités extraprofessionnelles) ou familiaux (relations conjugales en particulier) (16).

Le patient pourrait donc être dans le déni ou même ignorant des risques encourus ou des dommages déjà causés par sa consommation.

Afin de ne pas aller au devant d'échecs pouvant être dévalorisants pour le patient, il faut être capable d'évaluer et de favoriser sa motivation à engager un changement de comportement. En effet, si le patient ne présente que des motivations extrinsèques à l'arrêt de sa consommation (raisons familiales, conjugales, professionnelles, injonction de soins ou autres), les chances de succès de la tentative de sevrage sont minimes.

Il est donc préférable, dans certains cas, en attendant qu'un sevrage soit possible, d'accepter une alternative de « réduction des risques » (comme tenter de contrôler les quantités consommées) plutôt que de se cramponner à l'idéal qu'est l'abstinence totale (17).

Cette acceptation par le praticien d'une consommation « contrôlée » peut constituer l'élément d'une motivation à l'abstinence.

A partir du modèle de PROCHASKA & DI CLEMENTE, des thérapies de type cognitivo-comportemental sont particulièrement utilisées en addictologie parmi lesquelles « l'entretien motivationnel » dont nous rappellerons les principes et l'efficacité.

A. Le modèle transthéorique du changement ou de la disposition au changement

C'est un modèle d'approche comportemental développé dans les années 1970 par PROCHASKA & DI CLEMENTE (18). Il permet de comprendre qu'il faut adapter le discours et les propositions thérapeutiques à chaque situation et que la rechute peut faire partie de l'évolution de la maladie.

Ce modèle transthéorique définit des stades de maturation dans le changement du comportement des individus auxquels on peut associer une attitude à avoir devant le patient présentant une addiction (19):

1. La précontemplation: Le consommateur est heureux et ne souhaite pas modifier son comportement. L'attitude thérapeutique la plus adaptée est de soulever des questions pour faire naître un doute. Imposer des soins n'a alors aucune efficacité et risque d'éloigner le patient du processus de soins.
2. La contemplation : Le consommateur est dans une forte ambivalence sur les avantages et les inconvénients de sa consommation. L'objectif est d'amener le patient à mesurer les avantages et les inconvénients du

maintient de son addiction par rapport à l'abstinence. A ce stade, il justifie sa consommation par sa souffrance psychique et a du mal à comprendre que c'est aussi sa consommation qui engendre sa souffrance psychique.

3. La détermination : Le consommateur veut alors passer à l'action prochainement. L'attitude thérapeutique la plus adaptée est de planifier un programme d'action avec lui.
4. L'action : C'est le stade de l'arrêt. Le patient est en train de changer ou a déjà changé de comportement depuis plusieurs mois. Le soignant devrait alors l'accompagner en mobilisant toutes les ressources du système de soins et du système environnemental.
5. Le maintient : Le consommateur a arrêté et a engagé de nouveaux comportements dans ses habitudes de vie. Le soignant doit l'aider à mettre en place des stratégies de prévention de la rechute.
6. La rechute : Ce stade participe entièrement de l'évolution des addictions. Si le patient est revenu au stade précédent, il convient alors de l'aider à se déculpabiliser pour reprendre le chemin de l'abstinence. Si le patient a repris son ancien comportement sur le long terme, il faut lui permettre de reprendre le chemin des soins en expliquant que la rechute est une expérience de plus pour accéder à l'abstinence.

B. L'entretien motivationnel

A partir du modèle de PROCHASKA & DI CLEMENTE, entres autres, l'entretien motivationnel est une technique qui a été développée par William R. MILLER et S. ROLLNICK au début des années 1990 dans leur livre « L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement ».

Ils définissent cette technique comme une « méthode directive centrée sur le patient, pour augmenter la motivation intrinsèque du changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence »(20).

L'objectif de l'entretien motivationnel est de renforcer la motivation au changement du patient. Miller et Rollnick ont suggéré que trois processus généraux relevant de la relation médecin/malade sont nécessaires à l'efficacité de l'entretien motivationnel, l'alliance, l'évocation et l'autonomie (21) :

- L'alliance sous-entend une communication sur un mode relationnel de partenariat, en fournissant un soutien plutôt que de communiquer sur le mode de la persuasion ou de la coercition.
- L'évocation fait référence au rôle du clinicien qui aide le patient à mobiliser ses ressources et sa motivation au changement.
- L'autonomie fait référence à l'indépendance et à la responsabilité du patient dans le changement.

Après avoir explicité les trois principes généraux nécessaires à l'efficacité de l'entretien motivationnel, on peut développer succinctement quatre principes définissant les attitudes de l'intervenant au cours de la conduite de l'entretien (22) :

- Exprimer de l'empathie : le style de communication est sous-tendu par le principe d'acceptation. L'empathie implique une attitude non jugeante de la part du praticien sans pour autant cautionner ou approuver son comportement. Pour Miller et Rollnick, l'attitude d'acceptation et le

respect fournissent les moyens du changement en renforçant l'alliance thérapeutique et en soutenant l'estime de soi du patient.

- *Développer la divergence* : D'après Arkowitz et Miller (2008), la motivation du patient est liée à la divergence entre ses comportements actuels et ses valeurs. L'intervenant cherchera donc à refléter cette ambivalence et sera particulièrement attentif aux arguments en faveur du changement exprimé par le patient, ceux-ci représentant le chemin vers la sortie de cette ambivalence.
- *Rouler avec la résistance* : Pour Miller et Rollnick, La résistance décrit certaines formes de réponses des patients (interrompre, nier, ignorer) qui surviennent dans le contexte des interactions personnelles et sous l'influence de ces dernières. Le comportement de résistance serait le signal d'une dissonance dans la relation de conseil. Dans l'entretien motivationnel, la résistance est à considérer comme normale et faisant partie du processus de changement. La résistance doit être vue comme une source d'information sur l'expérience vécue par le patient. L'intervenant doit donc essayer de comprendre et de respecter les deux faces de l'ambivalence et accueillir avec une attitude de respect et d'acceptation les arguments du patient. Il faut éviter de s'opposer directement, au contraire, l'intervenant doit inviter le patient à formuler de nouveaux points de vue. Rouler avec la résistance permet donc « d'amener la personne à devenir acteur dans le processus de résolution de ses problèmes » afin de désamorcer la résistance plutôt que de l'amplifier.

- Renforcer le sentiment d'efficacité personnel : Le crédit qu'une personne a quant à sa capacité de changer est un élément important de la motivation. L'intervenant devra donc renforcer la croyance du patient dans le fait qu'il peut mettre en place les différentes actions nécessaires et réussir à accomplir le changement. Si le patient n'a pas les connaissances et les ressources nécessaires à l'accomplissement d'un changement, l'intervenant se conduira comme un guide ou un consultant. Il ne faut pas hésiter en ce sens à s'appuyer sur les expériences antérieures personnelles de changement et de comportement réussies.

L'entretien motivationnel est une méthode qui ne s'improvise pas. Elle peut être abordée en auto formation par la lecture de l'ouvrage de Miller et Rollnick : « L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement ». Cependant, la compréhension des concepts et leur mise en pratique sont sans doute facilitées par des formations spécifiques.

.II. Motivation et sevrage alcoolique

Des travaux de recherches, concernant les mécanismes de la motivation ou du manque de motivation au sevrage alcoolique sont en cours. Une hypothèse actuellement explorée, est que la motivation ne serait pas qu'une question de volonté ou de déni mais qu'elle mettrait en jeu des fonctions cognitives. Une étude, dont les résultats sont parus en 2013 (23), comparant l'IRM cérébrale de deux groupes de sujets alcoolodépendants semble confirmer cette hypothèse : un groupe était formé

de sujets motivés au sevrage et l'autre groupe de sujets non motivés. Une atrophie cérébrale, notamment au niveau de la substance grise des lobes frontaux était observée chez les patients non motivés. Or, ces régions cérébrales sont impliquées dans des fonctions cognitives telles que les prises de décisions ou l'évaluation des conséquences des actes (24). Cette découverte semble attester que le manque de motivation ne serait pas dû à un simple déni mais aussi à un trouble cognitif. Cela devrait amener le corps soignant à modifier son abord des patients les plus réfractaires.

En attendant que le patient soit vraiment prêt au changement, il vaut mieux se situer dans une approche de « réduction des risques » (comme tenter de contrôler les quantités consommées) plutôt que de se cramponner à l'idéal qu'est l'abstinence totale (17).

Cette acceptation par le praticien d'une consommation « contrôlée » peut constituer l'élément d'une motivation à l'abstinence. De plus, un certain nombre de patients alcoolodépendants, en principe abstinents, maintiennent sur la durée une consommation modérée et intermittente d'alcool, ce qui incite à ne pas voir l'abstinence totale comme la seule voie acceptable (25).

Une méta-analyse récente tend à montrer que l'entretien motivationnel est une méthode efficace pour de multiples changements de comportement dont la consommation d'alcool (26). Une autre méta-analyse récente portant sur l'efficacité de l'entretien motivationnel combiné à une thérapie cognitivo-comportementale sur les patients à consommation problématique d'alcool et dépressifs a montré une efficacité clinique faible mais significativement supérieure aux traitements habituels

(27). Cependant, ces deux études ne s'intéressent pas spécifiquement aux alcoolodépendants et à la prise en charge ambulatoire.

Il existe un questionnaire pour évaluer le stade de motivation, le « Readiness To Change Questionnaire »(RTCQ) (28). Cependant, ce questionnaire semble trop compliqué à utiliser et trop chronophage pour une pratique en médecine générale.

Une étude prospective a été réalisée en 2009, en soins primaires ambulatoires, ayant pour but de déterminer l'évolution de trois composantes comportementales du processus de changement chez des patients présentant une consommation d'alcool au moins à risque (29). Ces trois composantes évaluées étaient :

- L'importance du changement -*Importance*-
- Avoir confiance en ses capacités à changer -*Confidence*- (Il s'agit du « *sentiment d'efficacité personnel* » développé par *Bandura*) (30).
- Se sentir prêt au changement -*Readiness*-

Ces composantes ont été évaluées à l'aide du RTCQ et d'une échelle visuelle analogique (EVA). Cette étude semble montrer que le simple fait d'évaluer la motivation des patients et d'aborder leur consommation d'alcool en consultation permet d'augmenter leur niveau de motivation.

L'utilisation des EVA étant simple et rapide, elles pourraient éventuellement s'intégrer en pratique courante. Il faut néanmoins préciser que cette étude a été réalisée par des soignants formés à l'évaluation de la motivation et que les EVA n'ont été réalisées ni par des médecins, ni en cours de consultation. Il faudrait au mieux réaliser une étude comparable en France pour évaluer son efficacité dans notre système de soins et sa faisabilité en pratique courante chez les médecins généralistes en soins primaires.

.III. Motivation et sevrage tabagique

Dans ses dernières recommandations de 2014 (31), l'HAS recommande l'évaluation de la motivation du patient en s'appuyant notamment sur le modèle de Prochaska et Di Clemente.

Dans ses recommandations de bonnes pratiques d'octobre 2013 « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence », l'HAS souligne l'intérêt des techniques issues de l'entretien motivationnel dans la phase de préparation à l'arrêt du tabac (32) et propose une attitude à avoir avec le patient en fonction de son stade de motivation en utilisant le modèle transthéorique de PROCHASKA & DI CLEMENTE (33) (Tableau 5).

Plusieurs méta-analyses récentes tendent à montrer une efficacité de l'entretien motivationnel sur l'arrêt du tabac (26,34).

Le dossier de tabacologie édité par l'INPES en 2007 (35) propose, à partir du travail de *Rollnick* et de ses collaborateurs, d'évaluer deux composantes de la motivation au changement à l'aide des deux questions suivantes :

- A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?
- Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ?

Les réponses à ces questions sont notées de 0 à 10 et doivent pouvoir permettre d'engager le dialogue avec le patient et de savoir si on peut proposer un sevrage.

L'utilisation de brochures d'information ou de conseil d'arrêt pourrait être un outil efficace pour aider au sevrage. Les fumeurs qui en reçoivent ont un peu plus de

chance d'arrêter de fumer que ceux qui n'en reçoivent pas, ce qui laisse suggérer un impact de ces brochures sur la motivation si tant est qu'elles sont adaptées au stade motivationnel du patient (35,36).

Enfin, pour renforcer la motivation du patient dans le respect de l'alliance thérapeutique, l'HAS propose d'utiliser la mesure du monoxyde de carbone expiré, notamment chez les femmes enceintes (32). Cependant, cette mesure nécessite d'être équipé d'un appareil que possèdent peu de médecins généralistes.

.IV. Motivation et sevrage en héroïne et en Benzodiazépines

Comme pour les autres sevrages, la motivation du patient à arrêter sa consommation d'héroïne et de benzodiazépines est essentielle.

Les preuves de l'efficacité de l'entretien motivationnel à aider les personnes à s'engager dans un processus de sevrage sont surtout abondantes pour le tabac et l'alcool. Cependant, certaines études ont mis en lumière l'efficacité de l'entretien motivationnel dans l'arrêt des drogues psychoactives en général(37).

Une étude réalisée en médecine générale en France a montré que le principal facteur favorisant le sevrage en benzodiazépine hypnotique chez le sujet âgé est la motivation (38).

NIVEAUX DE CONSOMMATION ET PHARMACODEPENDANCE

.I. Alcool

A. Définitions et terminologies

Selon la SFA, « le sevrage se définit comme l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez l'alcoolodépendant » (39).

En médecine générale, le terme « verre standard » est le plus commode pour estimer le niveau de consommation d'alcool. Il simplifie les évaluations et peut être adopté de manière systématique (21). En Europe, les verres standard contiennent en général 10 grammes d'alcool pur (40). (Equivalences Tableau 6)

La description du type de consommation et de son niveau de risque nécessite une terminologie précise, au mieux reconnue internationalement et dont une évaluation clinique par un test validé, comme le test AUDIT (tableau 1), peut rendre compte. On retrouve alors plusieurs « type de consommateurs »:

- Les non consommateurs ;
- Les consommateurs à faible risque : Il s'agit de consommateurs sans pathologie ou plainte relative à la consommation d'alcool, dont le niveau de consommation est à faible risque de survenue d'évènement morbide.
- Les consommateurs à risque (*at risk drinkers*): Leur consommation est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages

somatiques, psychosociaux ou une dépendance. Ces consommateurs ne sont pas malades du fait de leur consommation. A partir d'études épidémiologiques, l'OMS, puis la SFA, ont proposé des valeurs seuil de dangerosité (4).

- Les consommateurs « à problème » ou à usage nocif (*harmful drinkers*) : Leur consommation répétée, quelle que soit sa fréquence et son importance, a entraîné des dommages pour leur santé, soit physiquement, soit mentalement, soit socialement.
- La consommation épisodique massive (*Binge drinking*) : Est définie selon l'OMS par une consommation d'au moins 60 grammes en une occasion.
- Les consommateurs alcoolodépendants : L'OMS, selon sa classification des troubles mentaux et du comportement, a défini la dépendance à l'alcool comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool devient prépondérante sur les autres comportements auparavant prédominants chez un individu donné. Elle se caractérise en particulier par une obsession concernant la consommation d'alcool.

En annexe, un tableau récapitulatif du niveau de risque de la consommation en fonction de la quantité consommée et des résultats du test AUDIT (tableau 7).

De manière pratique, le diagnostic de dépendance à l'alcool peut être fait à l'aide des critères du DSM-IV (Figure 8), le diagnostic est posé si le patient présente trois symptômes sur sept. On peut aussi orienter le diagnostic grâce à l'utilisation d'échelles d'évaluations standardisées de la consommation d'alcool comme le test AUDIT.

B. Comment évaluer le niveau de consommation d'alcool et diagnostiquer l'alcoolodépendance ?

Parmi les tests permettant d'évaluer une consommation d'alcool, le test AUDIT et sa version courte le test AUDIT-C sont les plus fréquemment utilisés dans la littérature internationale. Le Questionnaire *Cut-down Annoyed Guilty Eyed-opener* (CAGE) est aussi régulièrement cité et utilisé. En France, les deux tests les plus repris dans les recommandations par la SFA sont le questionnaire AUDIT mais aussi le questionnaire *Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien* (FACE).

Etant donné les caractéristiques de l'organisation des soins primaires en France, les questionnaires doivent pouvoir être réalisés rapidement, en consultation, par le médecin. Cette donnée est importante car dans de nombreux pays, des assistants ont avec le patient un entretien avant la consultation médicale permettant la réalisation d'un questionnaire.

1. Le questionnaire AUDIT à 10 items (Tableau 1) :

Il permet de dépister ou d'évaluer une consommation d'alcool à risque ou nocive en médecine générale. Il s'agit de 10 questions simples pouvant être remplies en auto-questionnaire ou par le médecin. La réponse à chaque question donne un score allant de 0 à 4, la somme du score de chaque item permet de définir le niveau de risque de la consommation.

Le Test AUDIT est décliné en une version courte appelée AUDIT-C (Tableau 2) dont le but est le dépistage des consommations d'alcool à risque et nocives.

Une abondante littérature a été produite pour évaluer l'efficacité de ce test. Les différentes conditions et les différents pays dans lesquels ont été conduites ces études permettent de rendre compte des résultats et conclusions variables obtenus.

Une revue de littérature a été publiée en 2000 (41), portant sur des publications en soins primaires, pour évaluer le test AUDIT. Elle portait sur les données de trente huit études, onze ayant pour but le dépistage d'une consommation à risque ou nocive et vingt sept ayant pour but la détection d'une alcoolodépendance. Cette revue de littérature s'intéressait tout particulièrement aux Tests AUDIT et CAGE. Pour le test AUDIT, en admettant un seuil de dépistage des consommateurs à risque, à usage nocif et alcoolodépendant avec un score supérieur ou égal à 5, la sensibilité était de 84% et la spécificité de 90%.

A noter que dans ces études, les questionnaires ont pu être auto-administrés.

2. Le questionnaire CAGE (Tableau 9)

Le questionnaire CAGE est un test permettant d'identifier rapidement une consommation problématique d'alcool. Il se présente sous la forme de quatre questions binaires.

La même revue de littérature (41) publiée en 2000, citée précédemment, met en avant que le CAGE est plus intéressant que le test AUDIT pour dépister les usages nocifs et l'alcoolodépendance. Les quatre items du questionnaire CAGE auraient alors une sensibilité entre 43% et 94% et une spécificité entre 70% et 97% en considérant un score supérieur ou égal à 2.

Le test CAGE présente l'intérêt de pouvoir être réalisé rapidement et a été évalué en soins primaires.

En conclusion, le Test AUDiT serait plus adapté à la reconnaissance des consommations à risque et nocives alors que le test CAGE serait plus intéressant pour identifier les problèmes d'alcoolodépendance.

3. Le questionnaire FACE (tableau 10) :

Il s'agit d'un questionnaire rapide, créé et validé en français pouvant être réalisé en une minute pendant la consultation (4). Il a été construit sur le pouvoir discriminant de cinq questions issues de questionnaires déjà validés pour le diagnostic de consommation à risque et de dépendance (AUDiT, CAGE, TWEAK, 5-shot-questionnaire). Il se présente sous la forme de 5 questions portant sur les douze derniers mois, notées de 0 à 4.

Une consommation est considérée comme dangereuse pour un score supérieur ou égal à 4 pour les femmes et 5 pour les hommes.

Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une alcoolodépendance.

Une étude prospective a été réalisée en médecine générale en France et a été publiée en 2004 (42). Quarante et un médecins généralistes ont utilisé ce questionnaire puis les diagnostics de référence ont été établis par un médecin spécialisé en alcoologie lors d'un entretien complémentaire. Les valeurs informationnelles ont été établies sur l'analyse de 564 dossiers. Pour le diagnostic de dépendance dans les deux sexes, la sensibilité était de 75% et la spécificité de 95,8%, la valeur prédictive positive de 55% et la valeur prédictive négative de 98%.

Une autre étude publiée en 2006 dans *la revue du praticien médecine générale* (43) a été menée en France, en Belgique francophone et à Genève regroupant 77 médecins généralistes. Dans les trois pays, FACE a permis un repérage des consommations au moins à risque de 90% des patients éligibles (majeurs et ayant consulté depuis plus de deux mois), avec peu d'erreurs de score. Dans le même temps, AUDIT et AUDIT-C ont permis une intensité de repérage entre 30% et 74%.

La présence d'une assistante améliorerait les résultats pour les test AUDIT et AUDIT-C mais pas pour le FACE. Par ailleurs, l'inscription de ces trois tests en routine était considérée comme acceptable pour les médecins comme pour les patients.

C. Diagnostic et évaluation du syndrome de sevrage.

Les échelles d'évaluation et de dépistage de la consommation d'alcool précitées sont utiles pour orienter le diagnostic d'alcoolodépendance mais ne permettent pas de le poser.

Le diagnostic d'alcoolodépendance est clinique, il s'appuie sur des critères formulés par le DSM-IV (Tableau 8) que l'on recherche à l'interrogatoire et à l'examen physique. Parmi les critères du DSM-IV permettant de poser le diagnostic d'alcoolodépendance, il faut rechercher l'existence d'un syndrome de sevrage dont l'intensité conditionne la réalisation ambulatoire du sevrage.

D'après la SFA, le syndrome de sevrage se traduit par un état de manque psychique, comportemental et physique survenant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant l'arrêt de la consommation d'alcool.

Le syndrome de sevrage traduit une dépendance physique, il se manifeste de façon variable par les signes suivants (39) :

- Troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, troubles du sommeil ;
- Troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
- Troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Ce tableau peut s'aggraver par la suite par un syndrome confusionnel, des hallucinations, un delirium tremens, des convulsions, une hyperthermie.

On peut s'appuyer sur la classification du DSM-IV pour poser le diagnostic de syndrome de sevrage (Tableau 11)(44).

Dans la majorité des cas, le syndrome de sevrage alcoolique est spontanément résolutif en quelques jours. Cependant, les risques de présenter des accidents de sevrage peuvent dans les cas extrêmes aboutir au décès, ce qui justifie pleinement une surveillance rapprochée (Tableau 12: stades du syndrome de sevrage) (45).

La sévérité du syndrome de sevrage doit être évaluée afin d'envisager le sevrage ambulatoire. Deux échelles d'évaluation du syndrome de sevrage sont validées, traduites en français et peuvent être utilisées en pratique courante, l'échelle de *Cushman* (46) (Tableau 13) et l'échelle *CIWA-Ar (Clinical institute withdrawal Assessment-Alcohol revised)* (Tableau 14) (47). Ces deux échelles permettent de savoir si l'intensité du syndrome de sevrage est minime, moyenne ou sévère.

.II. Tabac

A. Définition de la dépendance et du syndrome de sevrage

1. Dépendance

La prise en charge du fumeur dépendant motivé à l'arrêt du tabac doit passer par une évaluation clinique du niveau de sa dépendance. La dépendance à la nicotine peut être définie à l'aide des critères de dépendance du DSM-IV (Tableau 8).

Afin de préciser le niveau de dépendance au tabac, de nombreuses échelles d'évaluation spécifiques au tabac ont été produites, traduites et validées en français. Le plus diffusé, le test de Fagerström en 6 questions (Tableau 15), permet de définir trois niveaux de dépendance : dépendance faible, moyenne et forte.

Parmi les personnes présentant une forte dépendance au tabac, les « fumeurs difficiles » sont de gros consommateurs de cigarettes (supérieur à 15 par jour), très dépendants (Fagerström supérieur ou égal à 7) et en échec dans les tentatives d'arrêt du tabagisme (48). Ces « fumeurs difficiles » peuvent être classés en deux groupes selon leur profil (48):

- Les « fumeurs irréductibles » dont la prévalence est de 5 à 10%. Ils ont une faible conscience de la toxicité du tabagisme et sont peu motivés à s'engager dans un processus de sevrage. Ils recourent peu au système de soins et leur niveau socioéconomique est faible. Ils sont souvent co-consommateurs de substances psycho-actives.
- Les « gros fumeurs très dépendants ». Leur prévalence est d'environ 20%. Bien que motivés à l'arrêt, ils échouent à chaque tentative. Ils

présentent des comorbidités chroniques somatiques (cardio-vasculaires, respiratoires, oncologiques), des co-addictions, des troubles psychiatriques et vivent dans des conditions de précarité sociale.

2. Syndrome de sevrage

Les symptômes du syndrome de sevrage à la nicotine ont été définis par le DSM-IV (Tableau 16). Cependant, le besoin urgent de fumer (*craving*) qui est le symptôme le plus spécifique du sevrage à la nicotine n'est pas présent dans ces critères (49).

L'intensité du syndrome de sevrage atteint généralement son maximum dans les 24 à 48 heures suivant l'arrêt de la consommation de tabac.

B. Évaluation de la dépendance

1. Le test de dépendance à la nicotine de FAGERSTRÖM (Test de Fagerström en 6 questions)(Tableau 15)

Il s'agit du test le plus utilisé et le plus connu. Facile à utiliser en pratique courante, il comporte six questions et permet d'obtenir un score de 0 à 10 reflétant le degré de dépendance physique. Il explore en particulier l'importance du « tabagisme du matin » (nécessité de rétablir un taux de nicotine suffisant après une nuit d'abstinence) et du « tabagisme de la journée »(maintenir un taux de nicotine élevé pendant la journée) (49).

En raison de son ancienneté (proposé par Heatherton et Al. en 1991), ce test ne prend pas en compte plusieurs aspects importants de la dépendance référencés dans les critères du DSM-IV (tentatives infructueuses d'arrêt, utilisation de plus grandes quantités de tabac et pendant plus longtemps que prévu, consommation malgré des conséquences négatives, symptômes de sevrage), d'où une faible corrélation entre le test de Fagerström et les critères du DSM-IV (50).

Une autre limite de ce test est qu'il prédit mal l'intensité du syndrome de sevrage et surtout, il est inapproprié pour l'évaluation de la dépendance au tabac des adolescents (49).

Malgré ses limites, le test de dépendance à la nicotine de FAGERSTRÖM, dont la version française a été validé en 1999, reste le plus souvent cité dans les recommandations éditées par les sociétés savantes.

2. L'index de fort tabagisme (Test de Fagerström en 2 questions)(Tableau 3)

Ce test très rapide et facile à réaliser porte uniquement sur les deux questions les plus importantes du test de Fagerström : délai entre le réveil et la première cigarette et le nombre de cigarettes par jour. Il est coté de 0 à 6 et permet de définir la sévérité de la dépendance physique. Il présente les mêmes avantages et les même limites que le test de Fagerström (49).

Dans les recommandations de la HAS d'octobre 2013, les tests de Fagerström en 2 et 6 questions sont recommandés en pratique courante (32).

3. La *cigarette dependence scale* (CDS-12) ou échelle de dépendance à la cigarette (Tableau 17)

Ce test a été initialement développé et validé en français par l'équipe suisse de Etter et al. (51).

La CDS-12 est une échelle auto-administrée de mesure de la dépendance à la cigarette en 12 questions reprenant les critères du DSM-IV. Les questions sont cotées sur cinq points.

La CDS-12 est logiquement bien corrélée aux critères du DSM-IV. Elle a par ailleurs l'avantage, en cas de score élevé, de prédire l'importance des symptômes du syndrome de sevrage ; en particulier l'intensité du *craving* (49).

4. Chez l'adolescent : Le *Hooked On Nicotine Checklist* (HONC) (Figure 18)

Ce test a été mis au point par Di Franza et Al. (52).

Le HONC est le test de référence pour évaluer la perte d'autonomie de l'adolescent vis à vis du tabac et sa dépendance (49). Il est constitué de 10 questions dont les réponses par oui ou par non donnent un score de 0 à 10. On considère qu'un score de 1 représente déjà un indice de dépendance. Un score supérieur ou égal à 7 indique une forte dépendance. Un score de HONC élevé est prédictif des échecs lors des tentatives d'arrêt.

C. Évaluation du sevrage

L'évaluation du sevrage tabagique doit permettre d'adapter la prise en charge. Un syndrome de sevrage marqué peut amener le soignant à augmenter les posologies de substitut nicotinique et à rapprocher les consultations de suivi.

Cette évaluation des symptômes du sevrage peut s'appuyer sur les critères du DSM-IV auxquels on ajoute la composante compulsive, l'urgence à fumer (49).

Une échelle d'évaluation des symptômes de sevrage a été validée en français : la *cigarette withdrawal scale* (CWS-21). Cette échelle, comprend 21 items, elle est longue à utiliser et on ne la retrouve pas citée dans les recommandations professionnelles des sociétés savantes.

.III. Héroïne

Avant d'évaluer la dépendance à l'héroïne, et dans la perspective d'un traitement de substitution, il est recommandé de commencer par confirmer la consommation d'opiacés afin d'éviter d'induire une dépendance. Cette confirmation se fait par une recherche urinaire de produits opiacés (53).

A. Dépendance et syndrome de sevrage

1. Dépendance

Comme pour toutes substances, la pharmacodépendance aux opiacés, dont l'héroïne, peut-être définie selon les critères du DSM-IV (Tableau 8)

Dans une étude américaine, 23% des sujets ayant expérimenté l'héroïne sont par la suite devenus dépendants (10), ce chiffre illustre le pouvoir addictogène puissant du produit. Une des spécificités de la survenue d'une dépendance à l'héroïne, qu'elle soit physique ou psychique, est sa précocité. En effet, qu'elle soit

fumée, sniffée ou injectée, quelques jours de suite de consommation d'héroïne peuvent induire une dépendance forte à très forte (54). Rapidement, le phénomène de tolérance au produit se manifeste avec une augmentation des doses d'héroïne utilisées pour des effets recherchés continuant à s'amenuiser. La dépendance physique se manifeste rapidement à l'arrêt du produit par le syndrome de sevrage.

2. Syndrome de sevrage

Les signes du sevrage en héroïnes ont été définis par le DSM-IV (Tableau 19).

Le syndrome de sevrage survient entre quatre et douze heures après la dernière prise d'héroïne. Son intensité atteint son nadir entre la vingt-quatrième et la soixante-douzième heure après l'arrêt pour ensuite diminuer progressivement et disparaître au bout de 5 à 10 jours. Les premiers signes psychiques apparaissant sont l'anxiété, l'insomnie et le *craving*. Ces signes seront aussi les derniers à disparaître, au bout de plusieurs semaines (10).

Le syndrome de sevrage en héroïne n'est jamais mortel en l'absence de sevrage simultané d'alcool ou de benzodiazépines.

B. Evaluation de la dépendance et du syndrome de sevrage

L'évaluation de la dépendance et du syndrome de sevrage en héroïne est clinique. On ne retrouve pas, dans la littérature, de données concernant des échelles d'évaluation de la dépendance utilisées en pratique courante en médecine générale.

On peut cependant citer le *Drug Abuse Screening Test* (DAST-10 voir Tableau 20) qui est en fait une échelle de dépistage de la consommation

problématique de substances psychoactives en dehors de l'alcool et du tabac. Cette échelle permet de suspecter une dépendance sans en préciser le niveau.

.IV. Benzodiazépines

A. Dépendance et syndrome de sevrage

Les critères du DSM-IV permettent de définir la dépendance aux benzodiazépines. Elle concerne le plus souvent des personnes âgées. Hors, comme cela est expliqué dans les recommandations de la HAS de 2007, la plupart des personnes âgées dépendantes aux benzodiazépines ne répondent pas aux critères du DSM-IV (12). La survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement ou simplement la durée du traitement peuvent servir à évoquer fortement le diagnostic de dépendance chez le sujet âgé (12).

Des facteurs semblent favoriser la survenue d'une dépendance comme la durée prolongée du traitement, l'utilisation de doses élevées, la consommation simultanée de plusieurs BZD et les antécédents de dépendances notamment alcoolique (11).

L'arrêt du traitement par benzodiazépine, même à une posologie normale, peut entraîner un syndrome de sevrage. Les symptômes les plus fréquemment observés sont une insomnie, des céphalées, une anxiété, des myalgies et une irritabilité. D'autres symptômes plus rares mais aussi plus graves peuvent survenir : agitation, syndrome confusionnel, paresthésies des extrémités, hyperréactivité à la lumière, au bruit et au contact physique, dépersonnalisation, déréalisation, phénomènes hallucinatoires et convulsions (11).

La survenue du syndrome de sevrage peut se manifester, selon la demi-vie de la BZD, dans les jours qui suivent l'arrêt de la consommation. Plus la demi-vie est courte, plus le syndrome de sevrage apparaît tôt. Il se manifeste dans les trois jours suivant l'arrêt du médicament pour les BZD à demi-vie courte et peut survenir jusqu'à une semaine après l'arrêt du traitement pour les BZD à demi-vie longue (12).

Le syndrome de sevrage peut être confondu avec le phénomène de rebond ou une rechute. L'effet rebond se caractérise par une exacerbation des symptômes ayant motivé l'instauration du traitement, en particulier l'anxiété ou l'insomnie. Il apparaît quelques heures à quelques jours après la dernière prise et s'atténue progressivement en 1 à 3 semaines. La rechute correspond quant à elle à la réapparition des symptômes antérieurs au traitement quelques jours à quelques semaines après l'arrêt du traitement (55).

B. Evaluation de la dépendance et du syndrome de sevrage

L'évaluation de la dépendance et du syndrome de sevrage est clinique.

Cependant, une échelle d'évaluation de la dépendance a été étudiée en institution et en ambulatoire. Elle a été reprise dans les recommandations de la HAS de 2007 sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé (12): L'Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines ou ECAB (Tableau 21). L'ECAB est un auto-questionnaire, constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Un score total supérieur à 5 permet de différencier les patients dépendants des non dépendants avec une sensibilité de 94% et une spécificité de 81% (12). L'utilisation de l'ECAB n'est pas réservée aux personnes âgées.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la sévérité du syndrome de sevrage en benzodiazépines mais aucune n'a été validée en médecine générale spécifiquement.

Certains facteurs associés à la sévérité du syndrome de sevrage devront être recherchés avant de débiter le sevrage dans une stratégie préventive (55):

- La rapidité de la diminution de la posologie ;
- La consommation d'une posologie élevée ;
- La consommation de BZD à demi-vie courte ;
- L'existence d'une dépression associée ;
- L'existence d'une anxiété importante au moment de l'arrêt ;
- La surconsommation régulière d'alcool ou d'autres substances psychoactives ;

LE SEVRAGE A PROPREMENT PARLER

.I. Alcool

A. Le sevrage est-il réalisable par le médecin généraliste en ambulatoire ?

Le sevrage ambulatoire est possible dans la plupart des cas. En effet, l'hospitalisation ne serait indispensable que pour 10 à 30% des patients (16).

Peu d'études ont été réalisées afin de comparer l'efficacité du sevrage réalisé en médecine générale par rapport au sevrage réalisé en ambulatoire par des addictologues ou en institution. On peut cependant faire référence à une étude rétrospective publiée en 2011, réalisée en France : les sevrages ambulatoires réalisés par les médecins généralistes permettaient d'obtenir des résultats corrects avec une durée moyenne d'abstinence de 6 mois, et le maintien de l'abstinence à un an du début du sevrage chez un tiers des patients inclus (56). Si cette étude présente de nombreux biais et que les patients ne sont pas forcément comparables à ceux pris en charge en institution, il n'en demeure pas moins que bon nombre de sevrages ont été conduits avec succès.

Le sevrage ambulatoire est à privilégier lorsqu'il n'est pas contre indiqué (39). En effet, il présente de nombreux avantages (16,57) :

- Généralement bien vécu par les patients.
- Permet une éventuelle poursuite de la vie professionnelle et le maintien des relations familiales et sociales.

- Favorise une participation active du patient et de son entourage.
- Compatible avec un syndrome de sevrage d'intensité faible et modérée (voir échelles de *Cushman* et *CIWA-Ar*).

Cependant, contrairement aux autres substances psychoactives, le syndrome de sevrage en alcool, surtout si il n'est pas prévenu, peut se compliquer d'accidents gravissimes dont la prévalence n'est pas anecdotique. Une étude américaine donne une idée de l'incidence de ces accidents : 10% des alcoolodépendants physiques appartenant à un groupe témoin (en sevrage hospitalier sans traitement préventif) faisaient soit une crise convulsive généralisée (4%), soit un *délirium tremens* (6%) (58,59). On peut ajouter que le *délirium tremens*, non traité, évolue spontanément dans 15% des cas vers le décès alors que traité, la mortalité des patients est inférieure à 1% (44).

Etant donné la gravité potentielle du syndrome de sevrage physique, il convient de ne pas négliger les contre-indications au sevrage ambulatoire. Il faut donc réaliser un examen clinique sérieux afin d'évaluer la sévérité d'un possible syndrome de sevrage, faire un bilan des complications liées à l'alcool, des comorbidités, des dépendances à d'autres substances psychoactives et refaire le point sur l'environnement social du patient (59).

Dans certaines situations, le sevrage ambulatoire est absolument contre indiqué (59,61):

- dépendance physique avec antécédents d'accidents de sevrage ;
- dépendance physique très intense (voir échelle de *Cushman* ou échelle *CIWA-Ar*) ;
- pathologie sévère à explorer ou rendant difficile le traitement au domicile;

- dépendance associée aux BZD (61) ;
- femme enceinte ;

Dans d'autres cas, les contre-indications au sevrage ambulatoire sont relatives et peuvent amener, à la suite de plusieurs échecs, à préférer une institutionnalisation ou à attendre un moment plus opportun :

- troubles psychiques graves ;
- dépendance conjointe à un autre produit, sauf pour le tabac et le cannabis (si un sevrage séquentiel est préféré pour ce dernier) (63,64) ;
- situation d'extrême précarité ;
- crise familiale majeure ;
- échecs répétés de tentatives sincères de sevrage ambulatoire ;
- refus du sevrage ambulatoire par le patient ou son environnement ;
- absence de motivation du patient.

Lorsque le patient est dans de bonnes dispositions et qu'il ne présente pas de contre-indication, on peut commencer le sevrage selon les modalités exposées ci-dessous

B. Modalités du sevrage ambulatoire en alcool

Le sevrage en alcool repose sur quelques principes généraux : l'arrêt total de la consommation d'alcool accompagné de la prévention du syndrome de sevrage puis le maintien de l'arrêt de la consommation et le suivi à long terme.

Pendant l'ensemble de cette prise en charge, il faut être disponible, informer le patient et si possible une personne de confiance qu'il aura désigné sur les symptômes et les difficultés qu'il pourrait rencontrer afin qu'ils s'y préparent. Enfin, il faut être capable, si besoin, de mobiliser les différentes ressources mises à disposition par le système sanitaire (39) (travailleurs sociaux, militants des mouvements d'aide, infirmières, médecins du travail, psychologues, addictologues).

1. La prévention du syndrome de sevrage

Elle repose sur trois éléments principaux : l'hydratation, une vitaminothérapie et la prescription de benzodiazépines à demi-vies intermédiaires ou longues.

a) *L'hydratation*

Il n'existe pas de consensus précis sur le niveau d'hydratation à maintenir durant la phase de sevrage (64). Selon les auteurs, le niveau d'hydratation devrait se situer entre 1,5 à 2 Litres (39) ou 2 et 3 litres par jour (65) . D'autres auteurs ne recommandent pas une quantité précise d'eau mais proposent d'adapter le niveau d'hydratation du patient à son état clinique (60) ou de le laisser boire en fonction de sa sensation de soif (58).

L'hyperhydratation est par contre déconseillée, elle pourrait aggraver une hyponatrémie, elle-même en cause dans l'aggravation du syndrome de sevrage (58).

De manière à quantifier l'hydratation dans le cadre de soins ambulatoires, on pourrait conseiller au patient d'utiliser des bouteilles (16).

Les désordres hydro-électrolytiques étant fréquents lors d'un sevrage alcoolique, certains auteurs proposent une supplémentation par magnésium, seulement en cas d'hypomagnésémie (61,16).

b) Les Benzodiazépines

Les BZD, per os, à demi-vies intermédiaires ou longues sont le traitement de première intention dans la prévention du syndrome de sevrage. Elles ont été évaluées dans de nombreuses études que ce soit pour des prises en charge hospitalières ou ambulatoires. Elles présentent l'avantage de pouvoir être prescrites par les médecins généralistes, d'avoir un effet neuroprotecteur et de mieux prévenir les crises convulsives, notamment en cas de mauvaise observance (66,67,39).

De plus, leur large gamme permet un choix adapté à d'éventuelles comorbidités comme l'insuffisance hépatocellulaire.

Par contre, il faut attirer l'attention du patient sur la durée limitée du traitement par BZD à sept à dix jours à cause du risque de dépendance à ces molécules (39,66,61).

De nombreuses études tendent à montrer une efficacité supérieure des BZD sur la prévention des symptômes de la dépendance physique et sur les crises convulsives par rapport au placebo et aux anti épileptiques (acide valproïque, carbamazépine par exemple) (67-69).

La plupart des études ne montrent pas de supériorité des BZD utilisées habituellement pour le sevrage alcooliques les unes par rapport aux autres (67), on peut cependant citer une étude publiée en 2013 semblant démontrer la supériorité du lorazepam sur le chlordiazépoxyde sur la durée des symptômes du sevrage (68).

Deux schémas thérapeutiques principaux par BZD ont été étudiés dans la littérature internationale en ambulatoire. Soit une administration à heure fixe, soit une administration en fonction des symptômes (71,72). L'objectif étant, pour le régime de prise en fonction des symptômes, de diminuer la quantité de médicament consommée et la durée du traitement. Une étude récente publiée en 2011, dont l'objectif était de comparer ces deux schémas en ambulatoire avec le chlordiazépoxyde ne montrait pas de différence significative sur la quantité de médicament consommée comme sur la durée des symptômes (70).

Dans son « référentiel de bonnes pratiques cliniques » édité en 2006, la SFA propose deux schémas types de prescription de diazépam (39) :

- « *la prescription de doses fixes réparties sur 24 heures : en général de deux à quatre comprimés de diazépam à 10mg par jour pendant deux à trois jours, puis réduction en quatre à sept jours et arrêt* » ;
- « *une modalité facile d'emploi consiste à prescrire six comprimés à 10mg de diazépam le premier jour en diminuant d'un comprimé par jour jusqu'à l'arrêt* ».

La SFA rappelle que « *le traitement doit être adapté à la symptomatologie et à la tolérance clinique* » (39).

D'autres BZD comme le lorazepam et l'oxazepam sont particulièrement intéressantes notamment en cas d'insuffisance hépatocellulaire (65). Le lorazepam peut être prescrit à raison de 4 à 6 mg par jour répartis sur la journée (45), l'oxazepam à raison de 100mg par jour (65), toujours à doses dégressives et réparties sur la journée pour une durée de 10 jours maximum.

(Tableau 13 : comparaison Lorazepam et diazepam).

c) Vitaminothérapie

Parmi les patients présentant une consommation abusive d'alcool, 30 à 80% auraient un déficit en thiamine (vitamine B1). Cette carence serait due à l'état de malnutrition souvent associé à l'éthylisme et à la diminution d'absorption de la thiamine, à cause de l'alcool, au niveau du tube digestif (71). Un déficit en thiamine peut se compliquer de l'encéphalopathie de *Wernicke*, pathologie gravissime si elle n'est pas traitée rapidement puisqu'elle évolue alors dans la majorité des cas vers le syndrome de *Korsakoff*, qui lui, est irréversible (71). Quelques études ont montré que l'apport supplémentaire de thiamine dans l'alimentation semblait diminuer la prévalence des syndromes de *Wernicke* et *Korsakoff* notamment parmi les patients alcoolodépendants (74,75). Dans la littérature, il n'y a pas d'études prospectives randomisées, contrôlées, comparant l'emploi d'un placebo à l'administration de thiamine dans le sevrage ambulatoire de l'alcool. Les recommandations thérapeutiques s'appuient donc sur des considérations physiopathologiques et empiriques (71). Etant donné la gravité des complications liées à la carence en thiamine et la bonne tolérance du traitement par vitamine B1 (74), on peut considérer qu'il vaut mieux recommander une stratégie préventive systématique.

La SFA recommande, lors du sevrage, la prescription systématique de thiamine à une dose de 500mg par jour (39). Pour d'autres auteurs, la posologie peut être limitée à 100mg par jour(45).

Selon les auteurs, la durée du traitement par thiamine doit être de une (45) à deux semaines (65), mais elle doit en présence de complications neurologiques être maintenue au moins plusieurs mois.

Enfin, l'alcoolisme chronique diminue l'absorption intestinale de la pyridoxine (vitamine B6), de la niacine et de la vitamine A, on pourrait donc prescrire des suppléments multivitaminiques afin de pallier à ces carences (60). La SFA propose la prescription de vitamine B6 à raison de 500mg par jour en conseillant de l'associer à de la vitamine PP comme cofacteur (63). Afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation d'une neuropathie périphérique, pouvant être causée par l'éthylisme chronique (75), cette prescription de pyridoxine devrait être limitée dans le temps sans que l'on trouve dans la littérature de recommandation sur une durée précise du traitement.

2. Le suivi au début du sevrage

Etant donné la fragilité du patient au moment du sevrage, tant sur le plan psychologique que somatique, il semble logique d'organiser un suivi rapproché lors des premières semaines. La SFA propose d'organiser une consultation de contrôle dans les deux à trois jours suivant le début du sevrage puis au bout d'une semaine afin d'objectiver la fin d'un éventuel syndrome de sevrage (39).

Une autre proposition consiste en une consultation ou un rendez-vous téléphonique dès le premier jour, un éventuel suivi au domicile par un(e) infirmier(e) puis une ou deux rencontres lors des quinze premiers jours pour « renforcement positif » des bénéfices acquis (16).

.II. Tabac

Concernant le tabac, le terme de « sevrage » peut se discuter. En effet, chez les personnes dépendantes, le sevrage du tabac passe le plus souvent par une substitution en nicotine sous différentes formes (gomme à mâcher, patch, inhalateur, comprimé sublingual). Cependant, nous retiendrons le terme de sevrage, en le considérant comme l'arrêt de la consommation de cigarettes.

A. Tous les sevrages tabagiques sont-ils réalisables par le médecin généraliste ?

A la différence du sevrage en alcool, le sevrage tabagique ne nécessite jamais d'hospitalisation pour une surveillance somatique et peut en théorie toujours être réalisé en ambulatoire par un médecin généraliste. D'ailleurs, en 2009, près de 95% des médecins généralistes prenaient en charge leurs patients dans le cadre du sevrage tabagique (6). Cependant, dans le cas des « fumeurs difficiles », il peut être utile d'avoir recours à des psychothérapies auxquelles les médecins généralistes ne sont en général pas formés. La HAS propose en 2013 dans ses recommandations de bonnes pratiques des cas dans lesquels il peut être intéressant d'avoir recours à des spécialistes en addictologie (32):

- Quand on ne se sent pas compétent
- échecs répétés
- nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique spécifique
- poly-addictions
- comorbidités psychiatriques
- à la demande du patient

Lorsque le patient est motivé pour arrêter de fumer, que son niveau de dépendance à la nicotine a été évalué, que les possibles troubles thymiques et anxieux ont été explorés, on peut proposer au patient de passer au sevrage.

En première intention, le sevrage tabagique associe l'accompagnement psychologique à un traitement nicotinique de substitution (TNS) (31).

Dans les cas d'échecs répétés, des traitements de dernière intention sont disponibles, la Varénicline et le Bupropion, médicaments associés à des effets indésirables graves dont la balance bénéfice-risque reste incertaine.

B. Les traitements nicotiniques de substitution

1. Introduction

L'objectif des TNS est de prévenir le syndrome de sevrage. Ils permettent un apport de nicotine quotidien en évitant la toxicité des cigarettes (32).

Ces traitements, quelle que soit leur forme, sont en général bien tolérés et sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que le placebo. Leur balance bénéfice-risque étant largement favorable, ils sont recommandés en première intention (32). L'usage des TNS est souple, ils sont prescrits selon une galénique respectant les préférences du patient afin de faciliter l'observance. Il est possible de combiner les patchs à une forme orale, d'ajouter un deuxième patch si nécessaire, ou encore de fractionner les doses de patchs (32). La plupart des TNS peuvent être prescrits pour des patients à partir de l'âge de 15 ans et pour les femmes enceintes.

Comme toujours, l'information du patient est un temps essentiel de cette prise en charge. L'information doit porter sur la durée du traitement, soit trois mois minimum et à prolonger le temps nécessaire (32). Pour permettre au patient

d'adapter les doses dès les premières semaines, il faut le prévenir des signes de sous-dosage et de surdosage en nicotine devant l'amener respectivement à augmenter ou diminuer les doses de TNS. Les signes de sous dosage sont référencé dans les critères du DSM-IV (Tableau 16). Les signes de surdosages sont des palpitations, des nausées, des céphalées, des diarrhées, des lipothymies, la bouche pâteuse.

Enfin, dans le cas où le sevrage n'est pas encore envisageable pour le patient, ces TNS ont l'avantage de pouvoir être prescrits dans une stratégie de réduction de la consommation précédant un sevrage total (31).

2. Les différentes formes de TNS

a) Les formes transdermiques :

i. -timbres (ou patch)

Il s'agit de dispositifs cutanés délivrant lentement une dose de nicotine pendant 16 à 24 heures. Ils permettent d'obtenir une nicotémie stable. Cette forme est facile à utiliser et facilite l'observance (32). Les timbres portés 24 heures existent sous les formes délivrant 7, 14 ou 21mg de nicotine par jour. Les timbres délivrant 10,15 ou 25mg de nicotine agissent pendant 16 heures et imitent donc les fluctuations de nicotine pendant la journée du fumeur.

Les timbres doivent être portés sur des sites cutanés différents chaque jour afin de limiter le risque d'irritation.

Selon les *données Vidal (2014)* :

- Les patchs à délivrance de nicotine sur 16 heures doivent être introduits à la dose de 25mg/16h chez les personnes à forte dépendance (Fagerström supérieur ou égal à 7) et à 15mg/16h chez celles à faible ou moyenne dépendance (Fagerström inférieur à 7).
- Les patchs à délivrance de nicotine sur 24 heures doivent être introduits à 21mg/24h chez les patients fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour et chez ceux présentant un score de Fagerström de 5 ou plus. Chez ceux fumant moins de 20 cigarettes par jour et ayant un score de Fagerström inférieur à 5, on peut introduire les patchs à une posologie de 14mg/24h.
- Les timbres peuvent être utilisés à partir de 15 ans.

Les patchs sont plus efficaces que le placebo ou l'absence de traitement pharmacologique (RR 1,64 (IC 95% 1,52-1,78)) (76). Par ailleurs, l'utilisation de patchs combinée à des TNS à délivrance plus rapide permettrait d'augmenter significativement le taux de sevrages réussis (RR 1,34 (IC 95% 1,18-1,51) (76).

b) Les formes orales :

i. -Les gommes à mâcher:

Elles sont dosées à 2 et 4mg. La dose de nicotine absorbée est d'environ 50% de ce que contient la gomme. L'absorption se fait au niveau de la muqueuse buccale, elle est optimale lorsque les gommes sont sucées lentement et non pas mâchées, ce qui peut provoquer des brûlures d'estomac, des maux de gorge voir le hoquet (32).

Selon les *données Vidal (2014)* :

- Les gommes sont à utiliser dès que l'envie de fumer se fait ressentir à raison de 30 gommes de 2mg par jour maximum ou de 15 gommes de 4mg par jour maximum.
- Dans le cas d'une bithérapie, les gommes de 2mg seront associées à un patch de 15mg/16h. Le nombre de gommes prises ne devra alors pas dépasser 24.
- Les gommes peuvent être utilisées à partir de 15 ans.

Les gommes sont plus efficaces que le placebo ou l'absence de traitement pharmacologique (RR 1,49 (IC 95% 1,4-1,6)) (76). Pour les fumeurs les plus dépendants, l'utilisation en monothérapie de gommes de 4mg serait plus efficace que l'utilisation de celles dosées à 2mg (OR 2,20 (IC 95% (1,85-3,25)) (36).

ii. -Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux :

Ces formes existent aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4mg de nicotine. Un comprimé de 2mg libère approximativement 2mg de nicotine et un comprimé de 4mg libère environ 4mg de nicotine. L'absorption se fait au niveau de la muqueuse buccale. Afin de diminuer les risques de dyspepsie, de hoquet et de brûlure d'estomac, il vaut mieux, de la même manière que pour les gommes, sucer lentement le comprimé (32).

Comme les gommes, cette forme peut être associée à des patches de nicotine en bithérapie. Ces formes galéniques sont plus efficaces que le placebo ou l'absence de traitement pharmacologique (RR 1,95 (IC 95% 1,61-2,36) (76).

iii. -*Inhaleurs* :

Il s'agit de cartouches contenant 10mg de nicotine. La fréquence et l'intensité des aspirations sont à adapter en fonction des besoins du patient sans dépasser 12 cartouches par jour. L'utilisation d'une cartouche peut durer de 20 minutes pour une utilisation intensive à quatre fois 20 minutes pour une utilisation peu intensive. Cette forme est bien tolérée mis à part certains cas d'irritation buccale, de rhinite ou encore de toux (32). Selon les *données Vidal (2014)*, cette forme peut être utilisée à partir de 15 ans.

L'efficacité de l'inhaleur est supérieure à celle du placebo ou de l'absence de traitement (RR 1,90 (IC 95% 1,36-2,67)) (76).

iv. -*Les sprays buccaux* :

La nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un spray buccal que d'une gomme ou d'un comprimé. Chaque pulvérisation délivre un milligramme de nicotine. Il est possible, selon les besoins, de prendre 2 pulvérisations par prises sans dépasser 4 pulvérisations par heure et 64 pulvérisations par 24 heures.

Il est recommandé de ne pas inhaler lors des pulvérisations et d'attendre quelques secondes avant de déglutir. Contrairement aux autres TNS, l'utilisation d'un spray buccal de nicotine impose de s'abstenir de fumer (32). Selon les *données Vidal (2014)*, les sprays sont utilisables chez l'adulte à partir de 18 ans.

L'utilisation d'un spray buccal est plus efficace que le placebo ou l'absence de traitement pour le sevrage tabagique (RR 2,02 (IC 95% 1,49-2,73)) (76).

3. Proposition à titre indicatif d'une posologie de TNS:

Pour la substitution nicotinique, on peut utiliser comme équivalence « 1 cigarette correspond à 1mg de nicotine » (32). Par exemple, pour un sujet fumant vingt cigarettes par jour, on peut proposer de mettre un patch de 21mg/24h. Si malgré cela, il fume sept cigarettes par jour, il peut ajouter un patch de 7mg/24h.

C. Les pharmacothérapies non substitutives

La Varénicline et le Bupropion sont les deux médicaments indiqués à partir de dix-huit ans dans le sevrage tabagique. Au vu de leurs effets indésirables potentiellement graves, l'Agence Européenne des médicaments a demandé récemment des analyses de pharmacovigilance complémentaires afin de réévaluer la balance bénéfice-risque (32). Cependant, l'efficacité de ces traitements est démontrée pour le sevrage tabagique. Leur utilisation en dernière intention, après l'échec du TNS bien conduit, notamment pour le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles », donc fortement dépendants, reste possible dans certains cas (48).

1. La Varénicline

La Varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques du cerveau à l'acétylcholine. Elle permet, en se fixant sur ces récepteurs, de diminuer les signes de sevrage et le *craving* (48). La Varénicline a démontré sa supériorité par rapport au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois et sa supériorité par rapport au Bupropion à 3 mois. En revanche, sa supériorité n'a pas été démontrée par rapport au TNS, notamment au patchs (32).

Selon *les données Vidal (2014)*, le sevrage à l'aide de la Varénicline nécessite pour le fumeur dépendant de fixer une date d'arrêt du tabac avant de commencer le traitement. La Varénicline sera alors débutée à 0,5mg une fois par jour pendant 3 jours, augmentée à 0,5mg deux fois par jour jusqu'à la fin de la première semaine de traitement et enfin augmentée à 1mg deux fois par jour pour une durée totale de traitement de trois mois. L'arrêt de la cigarette se fera une ou deux semaines après l'introduction de la Varénicline.

Dans les cas où la Varénicline est utilisée, les effets indésirables bien connus du produit nécessitent une surveillance rapprochée. Parmi ceux-ci, il faut souligner le risque de syndrome dépressif majeur et de suicide (77). Ces effets indésirables surviennent de plus chez des personnes déjà à risque de syndrome dépressif du simple fait de leur tabagisme et de leur sevrage.

2. Le Bupropion

Le Bupropion est un inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline permettant de diminuer les signes du syndrome de sevrage. Si il a démontré sa supériorité par rapport au placebo dans l'arrêt du tabagisme à 6 mois, son efficacité n'est pas supérieure au TNS et elle est inférieure à la Varénicline (33). En outre, son rapport coût-efficacité est inférieur à celui de la Varénicline.

Selon *les données Vidal (2014)*, le Bupropion doit être débuté une à deux semaines avant l'arrêt de la cigarette à une posologie de 150mg par jour. Le Bupropion est augmenté à 300mg par jour en deux prises à partir du septième jour de traitement.

Le Bupropion présente une balance bénéfice risque incertaine. Elle serait même pour certains auteurs défavorable (78). Parmi les effets indésirables, on retrouve très fréquemment des insomnies (30 à 40% des patients) (32).

Selon « *la revue prescrire* » (78) : En « 2003, les Journées françaises de pharmacovigilance ont donné l'occasion de confirmer le profil d'effets indésirables du Bupropion (...) Les données recueillies par les centres français de pharmacovigilance en un an font état de 1 047 observations d'effets indésirables, dont 262 graves, chez 330 000 patients exposés au Bupropion ». Les effets indésirables graves associés à l'utilisation du Bupropion sont d'ordres immunoallergiques, psychiatriques (dépression, idées suicidaires), neurologiques (convulsions), cardiovasculaires (insuffisance coronarienne, hypertension artérielle).

Enfin, les contre-indications et les précautions d'emploi associées à l'usage du Bupropion en font un médicament de dernière intention à utiliser avec beaucoup de circonspection.

D. La cigarette électronique

Les cigarettes électroniques, avec ou sans nicotine, se répandent rapidement en France depuis quelques années. Elles sont en vente libre et de nombreux fumeurs s'en servent comme substitut nicotinique afin de réduire ou d'arrêter leur consommation de tabac.

Cependant, les cigarettes électroniques contiennent des produits toxiques (en moindre quantité que les cigarettes traditionnelles) et ne sont donc pas des produits de consommation anodins.

La cigarette électronique n'a pour l'instant ni démontré qu'elle permet d'arrêter durablement le tabac, ni démontré qu'elle est sans danger. La HAS ne la recommande pas comme outil de l'arrêt du tabac mais considère que son utilisation chez un fumeur qui a déjà commencé ne doit pas être découragée (31).

E. Les approches non pharmacologiques

A côté des traitements pharmacologiques, il existe une grande variété de thérapeutiques. Parmi celles-ci, les thérapies cognitivo-comportementales ont été validées. D'autres comme l'hypnose et l'acupuncture n'ont pas fait la preuve de leur efficacité mais ne présentent pas de risque pour le patient.

1. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les TCC pourraient permettre de multiplier par 2 le taux d'abstinence tabagique à 6 mois de l'arrêt par rapport aux groupes témoins(36). Leur but est de traiter la dépendance psychologique et comportementale. Elles sont utiles pour améliorer le maintien de l'abstinence en aidant le patient à faire face aux envies de fumer.

Leur utilisation nécessite une formation spécifique non abordée dans la formation initiale des médecins généralistes. Les omnipraticiens peuvent en revanche se former aux TCC en formation médicale continue (36).

2. Hypnose et acupuncture

Il ne faut pas empêcher le patient de bénéficier de l'hypnose et de l'acupuncture si il le souhaite, ces techniques étant jugées inoffensives. Ces traitements peuvent rentrer dans le cadre d'une démarche personnelle, ils peuvent être associés aux traitements recommandés ou encore être utiles par leur effet placebo.

Le médecin doit cependant informer le patient qu'en cas d'échec, des prises en charge dont l'efficacité a été établie pourront lui être proposées (32).

F. Le cas des « fumeurs difficiles »

Cette population fortement dépendante nécessitera la plupart du temps une prise en charge spécialisée. Le syndrome de sevrage durant la première semaine, tout comme le maintien de l'abstinence seront particulièrement compliqués à gérer. Ces patients très dépendants nécessitent la mise en œuvre d'une TCC (48) et le médecin généraliste non formé à ces techniques aura sans doute de grandes difficultés dans la conduite du sevrage.

En première intention, les TNS restent la règle. L'association de patchs et de gommes serait plus efficace que l'utilisation d'une seule forme de TNS. La prolongation du traitement à plus de 3 mois donnerait de meilleurs résultats dans l'abstinence à 6 mois.

Enfin, l'utilisation d'un prétraitement par patchs deux semaines avant l'arrêt permettrait d'avoir un taux d'abstinence près de trois fois supérieur à celui obtenu avec le placebo chez ces patients (48).

.III. Héroïne

Comme pour la cigarette où le sevrage consiste le plus souvent en une substitution en nicotine, le sevrage en héroïne de consommateurs dépendants passe, dans quasiment tous les cas par une substitution par des opiacés : la buprénorphine haut dosage et la méthadone chlorhydrate. Il existe bien dans la littérature, des études montrant la faisabilité d'un sevrage en héroïne sans substitution opiacée, par les médecins généralistes en ambulatoire (79). Cependant il s'agit d'une pratique très minoritaire. Pour être généralisée, elle nécessiterait encore de nombreuses évaluations afin d'en dégager les éléments prédictifs de réussite.

A. Les sevrages en héroïne sont-ils réalisables par le médecin généraliste en soins ambulatoires?

Les sevrages en héroïne sont réalisables en médecine générale notamment par l'utilisation d'une substitution opiacée. En effet, il n'existe pas de contre indication à de telles prises en charge et parmi les deux médicaments de substitution que sont la méthadone et la buprénorphine, le second peut être introduit par le médecin généraliste en soins primaires ce qui valide la possibilité, au moins théorique de ce type de sevrage.

La question incidente est donc de savoir, en pratique, quelles sont les conditions optimales de la réalisation d'un sevrage ambulatoire en héroïne et dans quels cas il est préférable d'orienter un patient vers un confrère addictologue.

Notons l'intérêt, même en cas de sevrage ambulatoire, d'une prise en charge pluridisciplinaire intégrée dans un réseau de soins, réseau dans lequel le patient doit

rester libre de s'adresser aux interlocuteurs (psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins) de son choix (80). Malheureusement, le maillage des réseaux d'addictologie est encore inégal sur le territoire. Or, il semble que les prises en charge en milieu urbain, à proximité d'unités spécialisées, sont de meilleures qualités, peut-être en raison d'un accès facilité aux formations. Ces éléments sont ressortis d'une étude réalisée autour du réseau « Lille Addictions » et publiée en 2010 (81).

La revue de la littérature n'a pas permis de retrouver des critères définissant catégoriquement des indications d'institutionnalisation pour ces sevrages. Cependant, en considérant la singularité de chaque situation et l'intérêt d'une prise en charge globale (biopsychosociale), on peut dégager les axes à explorer afin de déterminer ce qui rendrait délicat le sevrage en médecine générale.

Ainsi, lors de la confirmation de la dépendance du sujet au produit et de l'évaluation de la motivation au sevrage, il est nécessaire de procéder à une série d'évaluations cliniques.

1. Exploration des conduites addictives

Il est impératif d'explorer la relation du patient à l'héroïne, son mode de consommation, notamment s'il s'agit d'un usage par voie intraveineuse et si il a des antécédents d'overdose. En effet, parmi ces usagers injecteurs, certains resteront des consommateurs d'héroïne actif et auront recours aux médicaments de substitution pour gérer les périodes sans drogue. C'est dans cette population que l'on retrouvera tout particulièrement un usage détourné des traitements de substitution (82). Renforcer la coordination des soins au sein d'un réseau et orienter le patient, avec son accord, vers une consultation d'addictologie peut s'avérer utile.

Par ailleurs, il est nécessaire de réaliser une enquête sur les autres addictions potentielles pouvant rendre difficile le sevrage : dépendance aux BZD, prise de psychotropes, d'antalgiques de paliers deux ou trois, dépendance à l'alcool, au cannabis, au tabac, à la cocaïne, consommation d'amphétamines.

Une poly intoxication peut dissuader, à raison, un médecin généraliste peu expérimenté d'entreprendre un sevrage.

2. Evaluation psychiatrique

La présence de comorbidités psychiatriques fera insister sur l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire. La décompensation de ces comorbidités fera orienter le patient vers une institutionnalisation ou une hospitalisation.

3. Evaluation somatique

Comme toujours, la recherche de pathologie somatique aiguë nécessitant l'hospitalisation est la règle. Dans le cas des consommateurs d'héroïne et en particulier chez les injecteurs, il faudra explorer les téguments, procéder à une auscultation cardio-pulmonaire attentive (notamment à la recherche d'un souffle cardiaque) et examiner l'état bucco-dentaire du patient (80).

La recherche, par un examen clinique et biologique de pathologies intercurrentes telles que la séropositivité aux virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C est la règle avant de débiter un sevrage. La découverte d'une telle maladie s'accompagnera de l'orientation vers une consultation spécialisée.

Un autre versant particulièrement important de l'examen lors du sevrage en héroïne, et qui conditionne sa réussite, est la prise en compte de la douleur (83). En

effet, des douleurs, chroniques ou aiguës, peuvent nécessiter l'introduction d'analgésiques opiacés. Les interactions avec les traitements de substitution rendent alors la gestion du traitement ambulatoire compliquée.

4. Evaluation sociale

L'importance de l'insertion sociale est étroitement liée à la réussite ou non du sevrage. L'absence de soutien de proximité, la désinsertion sociale, la situation financière précaire, l'absence de logement sont des facteurs pouvant rendre difficile le sevrage ambulatoire (80).

B. Le temps du sevrage, initiation du traitement de substitution et prise en compte de la douleur

Après avoir vérifié la réalité de la consommation d'opiacés par recherche urinaire et s'être assuré que nous sommes en mesure d'accompagner le patient dans sa démarche de sevrage, il est possible d'introduire un traitement de substitution. En médecine générale, deux médicaments sont disponibles pour initier le traitement, la buprénorphine haut dosage (BHD) commercialisée sous le nom de SUBUTEX et la buprénorphine/naloxone (SBX) commercialisée sous le nom de SUBOXONE. Un troisième produit est indiqué en substitution de la dépendance aux opiacés. Il s'agit de la méthadone chlorhydrate (METHADONE). Ce médicament étant encore obligatoirement introduit par les médecins addictologues, les

psychiatres ou les médecins exerçant en CSAPA, ses modalités d'utilisation ne seront pas étudiées ici.

La diffusion de ces traitements de substitution et la vente libre des seringues, ont permis de réduire considérablement la prévalence des overdoses, l'usage d'héroïne et la délinquance associée ainsi que la prévalence du VIH. La séroprévalence du VHC quant à elle n'a pas changé malgré ces traitements (82).

Lors de l'initiation du traitement et dans le respect de la relation médecin malade, le patient doit recevoir une information claire portant sur les modalités du traitement. L'information doit porter sur la durée du traitement qui sera probablement de plusieurs années, sur les modalités de la prise du médicament afin d'optimiser son efficacité et sur les règles de prescription : un seul prescripteur et un seul dispensateur (53).

1. La buprénorphine haut dosage (BHD)

La BHD est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes μ , mis sur le marché en 1996 dans la substitution des patients dépendants aux opiacés à partir de 15 ans. Elle permet une diminution rapide du syndrome de sevrage et, à dose efficace réduit le *craving* permettant ainsi de prévenir la rechute de l'héroïnomanie.

La BHD se présente sous la forme de comprimés oro-dispersibles dosés de 0,4mg à 8mg avec des dosages intermédiaires de 1, 2, 4 et 6mg. Les comprimés doivent être pris après s'être humecté la bouche puis maintenus sous la langue jusqu'à dissolution soit pendant 5 à 10 minutes.

Les principales contre-indications à son utilisation sont les insuffisances hépatiques et respiratoires sévères, les intoxications alcooliques, les délirium

tremens et les associations avec la méthadone ou les analgésiques morphiniques de palier 3 (53).

Etant donné la fréquence des poly-intoxications chez les consommateurs d'héroïne, il faut être particulièrement attentif aux interactions de la BHD avec de nombreux psychotropes, notamment l'alcool (augmentation de l'effet sédatif), la naltrexone (risque de syndrome de sevrage en opiacé), les analgésiques de palier 2 (risque de diminution de l'effet analgésique) et les BZD (risque de décès par dépression respiratoire d'origine centrale, en particuliers en cas d'usage détourné par voie intraveineuse) (53).

Dans une Mise au point de 2011 (53), l'AFSSAPS fait des propositions pratiques quant à l'initiation de la BHD :

- Le patient choisit, avec le médecin, le pharmacien qui délivrera le traitement. La première prescription est l'occasion d'un contact entre les deux professionnels de santé afin de se mettre d'accord sur les modalités de dispensation du traitement.
- Les premières prescriptions seront pour une durée maximale de 7 jours avec une délivrance quotidienne en pharmacie. Il est recommandé, de manière à utiliser correctement le médicament, de faire prendre le médicament directement en pharmacie par le patient.
- La première prise du traitement se fait à l'apparition des signes de sevrage (Tableau 19). Ces signes sont généralement reconnus par le patient lui-même. L'effet substitutif de la BHD intervient en 45 à 90 minutes. Une prise de BHD trop précipitée provoquerait un syndrome de sevrage aux opiacés.

- La posologie d'introduction du traitement dépendra de l'ancienneté et de l'importance de la consommation d'héroïne, des comorbidités et des consommations concomitantes. Elle se situe le plus souvent entre 4 et 8 milligrammes par jour. Ni le poids ni le genre n'interviennent dans le choix de cette posologie.
- Si il persiste des signes de sevrage malgré cette substitution, la posologie sera modifiée par paliers de 2 à 4mg par jour sans dépasser 16mg par jour (posologie maximale recommandée dans l'AMM).

Les preuves de la supériorité de la BHD par rapport au placebo sur le sevrage et le maintien de l'abstinence de la consommation d'héroïne sont abondantes dans la littérature. Cependant le consensus ne porte pas sur les posologies du traitement. En effet, selon une méta-analyse publiée en 2014 par *Mattick RP and al.* (84), incluant 31 essais thérapeutiques comparant l'efficacité de la BHD par rapport au placebo, des preuves de qualités élevées indiquent que la BHD est supérieure au placebo dans le maintien du patient dans le traitement quelque soit la posologie utilisée (surveillance par recherche urinaire). Toutefois, dans la même méta-analyse, certaines études ne montrent pas de supériorité de la BHD par rapport au placebo pour de faibles posologies (2 à 6mg) et pour des posologies moyennes (7 à 15mg).

Par ailleurs, à une posologie de 16mg de BHD, il n'existerait pas de différence significative sur l'arrêt de la consommation d'héroïne entre la BHD et la méthadone à haute dose (supérieure ou égale à 85mg par jour) (84).

2. La buprénorphine / naloxone (SBX)

Le SBX est indiqué, comme la BHD, dans le traitement de la pharmacodépendance aux opiacés depuis début 2012 en France. Ce traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans.

La naloxone, antagoniste des récepteurs opioïdes μ , est un composant destiné à dissuader le mésusage du produit notamment par voie intraveineuse (85). En prise sublinguale, la naloxone n'est pas absorbée et l'effet du SBX se résume à celui de la Buprénorphine. Lors de l'injection intraveineuse du SBX, la naloxone, par son effet antagoniste sur les récepteurs opioïdes μ , limite la fixation de la buprénorphine. Une diminution de l'effet addictogène de la SBX par injection est donc censé limiter ce type de mésusage du produit (86). L'objectif du SBX est donc de limiter le mésusage de la buprénorphine par injection intraveineuse.

Les précautions d'initiation de ce traitement comme le choix et la prise de contact avec le pharmacien, la durée des premières prescriptions, les modalités de la prise exclusivement sublinguale sont similaires à celles de la BHD.

Le SBX est présenté sous 2 posologies :

- Buprénorphine / naloxone dosé à 2mg /0,5mg
- Buprénorphine / naloxone dosé à 8mg / 2mg

Selon un avis de la commission de la transparence de la HAS de 2008 (85), la dose initiale recommandée est de un à deux comprimé de 2mg/0,5mg, une dose additionnelle peut être administrée dès le premier jour en fonction des besoins du patient. Les effets indésirables et les contre-indications du SBX sont les même que pour la buprénorphine.

De nombreuses études ont montré l'efficacité comparable de la buprénorphine et du SBX comme traitement substitutif opiacé. Récemment, une étude menée aux Etats-Unis sur le suivi ambulatoire de patients sevrés en héroïne est venue renforcer la pertinence de ce traitement (87).

En revanche, on ne retrouve pas d'étude spécifique sur l'initiation d'un sevrage ambulatoire par des médecins généralistes avec le SBX.

3. BHD ou SBX ?

Lors de l'initiation d'un traitement en médecine générale pour sevrage en héroïne se pose la question de savoir si le médicament de substitution à utiliser est la BHD ou le SBX. La question subsidiaire étant : faut-il encore prescrire de la BHD plutôt que du SBX ?

En effet, le niveau de sécurité du SBX semble satisfaisant en usage standard (88), sa bonne tolérance et son efficacité sont correctement documentées. En outre, l'objectif attendu de ce traitement, qui est de réduire le mésusage intraveineux du médicament de substitution a été observé dans plusieurs études (89). Ce bénéfice par rapport à la BHD, s'il est confirmé par des études de plus grande ampleur, peut être une avancée si l'on considère la fréquence du détournement de la BHD simple de son usage normal, qui représente environ 20% des prescriptions en France (89).

Pour l'instant, en l'absence de recommandations claires et du manque de données relatives à l'impact exact du SBX sur la réduction du mésusage du traitement, le choix de l'un ou l'autre des traitements reste à la discrétion du médecin en accord avec le patient.

C. Evaluation et prise en compte de la douleur

La prévalence et l'intensité des manifestations douloureuses, notamment des douleurs chroniques (supérieures à 6 mois) est plus élevée chez les personnes dépendantes aux opiacés que chez celles présentant d'autres addictions. Hors, une mauvaise prise en charge des douleurs chez le patient substitué aux opiacés est un facteur de risque de rechute. Identifier et traiter la cause d'une douleur est donc une priorité.

Lors de l'initiation du traitement de substitution, l'évaluation de la douleur, à l'aide d'une EVA par exemple, permet de proposer des stratégies thérapeutiques visant à soulager le patient (83) : en cas de douleurs légères à modérées ($EVA \leq 6$), on peut proposer dans un premier temps, une prise de paracétamol ou d'un anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS). En cas d'échec, on peut utiliser une antalgie injectable par Néfopam (ACUPAN)

En traitement d'appoint, il ne faut pas hésiter à recourir à des co-analgésiques comme les antispasmodiques, les myorelaxants voir des antidépresseurs comme l'amitriptyline ou la duloxétine. En revanche, il faut éviter les opioïdes faibles que sont la codéine, le tramadol et la poudre d'opium. En effet, leur affinité plus faible pour les récepteurs opiacés les rendra peu efficaces (83).

En cas de douleur sévère ($EVA \geq 7$), le sevrage ambulatoire semble compliqué. L'orientation vers une consultation spécialisée pour un sevrage institutionnalisé est alors préférable.

.IV. Benzodiazépines

Après avoir diagnostiqué une pharmacodépendance aux BZD, évalué l'attachement du patient au produit –avec l'échelle ECAB par exemple– et évalué sa motivation au sevrage, il est possible d'organiser un programme d'arrêt du traitement qui sera réalisé dans certains cas en association avec des confrères spécialistes.

A. Des situations pouvant nécessiter une prise en charge spécialisée

Le sevrage en BZD est le plus souvent conduit de manière progressive et relève du médecin traitant (55). Dans certains cas difficiles, une prise en charge spécialisée peut être proposée (55) :

- Consommation de BZD à dose très élevée ;
- Insomnies rebelles ;
- Dépendance à l'alcool ou autre dépendance ;
- Consommation associée d'autres psychotropes ;
- Troubles psychiatriques sévères ;

Si le patient présente plusieurs facteurs rendant le sevrage difficile, une hospitalisation peut être proposée après avis spécialisé (55).

B. Stratégie d'arrêt des BZD ambulatoire

La HAS, dans ses recommandations de 2007 sur les « *Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé* » propose une

stratégie de sevrage ambulatoire des BZD (55). Elle recommande la tenue d'un calendrier du sommeil et la tenue d'un calendrier de décroissance posologique avec relevé des symptômes de sevrage (55).

1. Modalités d'arrêt des BZD

Des protocoles de sevrage passant initialement par une substitution de la BZD consommée par une BZD à demi-vie plus longue se retrouvent dans la littérature (90). Selon les recommandations de la HAS de 2007, il n'y pas d'argument justifiant l'utilisation d'un tel protocole.

L'arrêt des BZD doit toujours être progressif. En ambulatoire, il peut être conduit par décroissance progressive des posologies sur 4 à 10 semaines avec diminution initiale de 25% la première semaine. La vitesse de la décroissance peut être encore ralentie pour les utilisateurs de longue durée ou recevant des posologies élevées de BZD (55). Les patients présentant des échecs de tentatives d'arrêt, une surconsommation d'alcool, des comorbidités psychiatrique à type de troubles anxieux caractérisés, de syndrome dépressif et d'insomnie chronique nécessitent une réduction plus progressive, par paliers de 10% par exemple (55).

2. Surveillance pendant la décroissance des posologies

Il est recommandé de réaliser des consultations centrées sur l'arrêt des BZD. La première consultation est proposée à une semaine de la première diminution puis à chaque diminution de posologie soit toutes les 2 à 4 semaines lorsque le sevrage s'effectue sans difficultés (55).

En cas de difficultés, de syndrome de sevrage ou de patients ayant plusieurs facteurs de risque d'échec, le suivi sera renforcé et adapté (55).

Cette surveillance sera l'occasion de rechercher des symptômes de sevrage ou d'effet rebond, de rechercher l'augmentation de la consommation d'autres substances psychoactives, d'évaluer l'adhésion du patient au protocole d'arrêt et de titrer la réduction de la posologie. Ces consultations seront aussi l'occasion d'un renforcement positif vis-à-vis de la diminution de la posologie (55).

En cas de syndrome de sevrage important, il faut revenir à la posologie antérieure puis diminuer progressivement les posologies (55).

Pendant la durée du sevrage, le patient doit avoir la possibilité d'un contact téléphonique avec le praticien ou d'autres professionnels de santé pour répondre à d'éventuelles questions (55).

3. Traitement associé

En cas de compétences acquises en TCC, leur association à l'arrêt progressif des BZD a prouvé son efficacité dans l'arrêt de la consommation de BZD (55). Il se pose alors le problème de l'accessibilité des TCC. Soit elles seront réalisées par un soignant autre que le médecin généraliste, soit il est nécessaire de développer les formations aux TCC.

DISCUSSION

La prise en charge des patients présentant une addiction est un problème complexe. Ces situations nécessitent la mobilisation de compétences multiples et transversales : des compétences en communication permettant un renforcement motivationnel, des compétences techniques, cliniques et thérapeutiques, de manière à conduire le sevrage dans des conditions de sécurité optimale avec la perspective d'un suivi à long terme.

Du fait de leur place dans le système de soins en France, la gestion des sevrages repose souvent sur les médecins généralistes. Largement majoritaires dans la conduite des sevrages tabagiques et en BZD, la fréquence des sevrages en héroïne et en alcool par les omnipraticiens reste importante. Néanmoins, les études, tant qualitatives que quantitatives sur ces prises en charge en médecine générale, sont rares. Ainsi, les recommandations et les propositions de conduites à tenir reposent le plus souvent sur une extrapolation d'études menées en dehors de la médecine générale ambulatoire.

Plusieurs raisons sont susceptibles d'expliquer ce manque de données, notamment le profil des patients suivis pour une addiction et les problèmes d'observance inhérents à l'addictologie. Ensuite, peu de médecins généralistes participent, pour des raisons à explorer, à des études dont la qualité dépend d'une méthodologie rigoureuse. La participation encore faible des médecins généralistes aux réseaux d'addictologie est probablement un facteur limitant à la réalisation d'études de grande ampleur.

La nécessité d'une hospitalisation pour sevrage dépend de certains critères, notamment pour l'arrêt de l'alcool avec les risques liés au syndrome de sevrage. Cependant, dans de nombreux cas, cette nécessité d'hospitalisation répond à une demande du patient ou à l'incapacité du médecin généraliste à assurer la prise en charge. Parler de la capacité des médecins généralistes à prendre en charge des patients présentant une addiction, c'est soulever la question du recours, encore trop limité, aux réseaux d'addictologie. En vue du sevrage et de l'accompagnement du patient dépendant, ces réseaux permettent la mobilisation de nombreuses ressources: expertise des médecins addictologues, des travailleurs sociaux, des psychologues. De plus, les échanges entre les addictologues et les médecins généralistes, permettent une formation continue et une amélioration des pratiques dans ces deux champs disciplinaires.

L'utilisation de l'entretien motivationnel dans la préparation du sevrage semble une méthode efficace. Cependant, une évaluation correcte de son efficacité, en médecine générale en France, nécessiterait d'investir dans la formation des médecins généralistes à cette technique. Cette remarque vaut aussi pour la formation aux TCC dont l'utilisation en addictologie donne des résultats intéressants.

Nous avons vu que la motivation peut être évaluée relativement rapidement à l'aide de questions simples sous forme d'EVA. Cette évaluation semble être en elle-même un facteur d'augmentation de la motivation à rentrer dans un processus de sevrage. Toutefois, une étude menée en France, en médecine générale permettrait d'éprouver cette thèse dans notre système de soins.

En ce qui concerne l'évaluation de la consommation et de la dépendance, l'utilisation d'échelles standardisées reste une pratique minoritaire chez les médecins généralistes français. La participation des médecins à un réseau d'addictologie

semble en revanche favoriser l'utilisation de questionnaires standardisés dans le cadre du repérage précoce de consommations à risque.

En alcoologie, si des échelles d'évaluation doivent être utilisées, il semble préférable d'utiliser les tests AUDIT, CAGE ou FACE. En effet, ces questionnaires sont validés par les sociétés savantes et par des études, ils sont rapides à réaliser et les questions sont faciles à poser et à comprendre. Toutefois, des questionnaires rapides, simples, avec des réponses binaires, semblent très limités au vu de l'hétérogénéité des situations rencontrées. Il s'agit donc d'outils dont l'intérêt d'une utilisation systématique reste à discuter.

Les études concernant le sevrage du patient alcoolodépendant en médecine générale sont relativement rares. Si certains critères d'hospitalisation ne se discutent pas, d'autres ne sont que relatifs et dépendront surtout du niveau de motivation du patient à s'engager dans un sevrage. Les BZD à utiliser préférentiellement dans la prévention du syndrome de sevrage sont le lorazépam, l'oxazépam, l'alprazolam et le diazépam. Parmi celles-ci, le choix se fera en fonction des comorbidités et des habitudes du médecin. En effet, on ne retrouve pas de consensus sur une BZD à utiliser en particulier, et le choix des molécules semble varier d'un pays à l'autre. La durée courte de traitement par BZD, entre 7 et 10 jours, fait par contre consensus. Pour ce qui est du niveau d'hydratation pendant la phase de sevrage, on retrouve des avis différents dans la littérature, allant de 1,5 à 3 litres. De la même manière, la posologie de la vitaminothérapie est recommandée à des doses variables selon les auteurs. Nous remarquons donc que si il existe un cadre général, faisant consensus sur la prise en charge du sevrage en alcool, il reste une certaine souplesse

permettant de s'adapter à la variété des situations rencontrées en médecine générale.

L'évaluation de la consommation et de la pharmacodépendance en tabacologie est fortement documentée. Le test de Fagerström, malgré des imperfections, reste le plus utilisé en pratique courante. L'échelle CDS-12 paraît longue à utiliser, ou alors elle peut l'être lors d'une consultation dédiée au tabagisme du patient. Enfin, le problème du tabagisme chez les adolescents devrait être exploré de manière plus spécifique à l'aide du test HONC.

Pour ce qui est du sevrage tabagique, la question de l'intérêt de la cigarette électronique, sujet de nombreuses études, va trouver des réponses prochainement. Pour l'instant, les substituts nicotiques restent les traitements de première intention. Il n'y a pas de consensus précis sur les posologies en TNS mais un consensus sur l'intérêt d'adapter les posologies à chaque situation, en fonction des symptômes de sous dosage ou de sur dosage.

Le sevrage en héroïne en médecine générale en France est assez peu documenté comparativement au sevrage en centre d'addictologie. Le problème du mésusage de la BHD pourrait être résolu en partie par le recours plus fréquent à la SBX en primo prescription. Dans cette perspective, des études comparatives en médecine générale restent à produire.

La question de la primo prescription de Méthadone en médecine générale ambulatoire est toujours posée. Effective dans de nombreux pays, elle est réclamée par de nombreux médecins en France comme en témoigne le « manifeste de primo-

prescription de méthadone en ville » publié par le « Groupe MG addictions » qui est un groupe de médecins généralistes exerçant en ville et en CSAPA.

Pour le sevrage en BZD, les données utilisées dans ce travail sont pour la plus part issues des recommandations de l'HAS pour le sevrage des personnes âgées. Les stratégies de sevrage pour des sujets plus jeunes le sont donc par extension et la décroissance progressive des posologies de BZD, à adapter à chaque situation semble être la meilleure méthode pour aboutir au sevrage.

Bien sûr, le champ d'investigation de ce travail est limité. Si nous nous sommes intéressés ici au temps du sevrage en particulier, le médecin généraliste a pour mission, dans un rôle de prévention, de réaliser un dépistage de la consommation des substances psychoactives. Dans ce cadre de dépistage précoce, l'utilisation des techniques d'interventions brèves peut s'articuler avec le renforcement motivationnel dans une préparation à un sevrage ultérieur.

Dans la continuité du sevrage, le maintien de l'abstinence reste l'objectif de la prise en charge addictologique. Ce temps thérapeutique, sujet large et complexe, s'inscrit dans la durée et donne à « l'accompagnement » tout son sens en plaçant le médecin généraliste au cœur de la coordination des soins. Tant sur le plan des psychothérapies que des pharmacothérapies, les traitements proposés pour l'accompagnement des patients sevrés sont divers et variés.

Enfin, la question du sevrage en médecine générale, pour être exhaustive, devrait idéalement être élargie à d'autres substances. On pense notamment à la cocaïne et au cannabis. Le choix des quatre substances que sont l'alcool, le tabac, l'héroïne et les BZD a été fait sur la fréquence des situations de sevrage en

médecine générale pour ces produits. Cependant, aborder plus fréquemment avec les patients la consommation de cannabis ou d'autres substances, pourrait peut être permettre d'aboutir à plus de demandes de sevrage.

CONCLUSION

Le sevrage ambulatoire par les médecins généralistes des patients dépendants à l'alcool, à l'héroïne, au tabac ou aux benzodiazépines est le plus souvent possible. Cependant, le champ des investigations à mener sur la pratique des médecins généralistes est vaste : La prise en compte de la motivation et la diffusion de l'entretien motivationnel progressent-elles dans la pratique des médecins généralistes? Et si oui, amènent-elles plus de patients à s'engager dans un sevrage ? Avec quel succès ?

Les réseaux d'addictologie se développent de manière à répondre à un besoin de prise en charge global, bio-psycho-social. Il existe donc des perspectives en terme de formation et d'échanges interdisciplinaires en vue d'une amélioration des pratiques professionnelles. Cependant, les médecins généralistes s'appuient encore peu sur ces structures spécialisées : est-ce par manque d'information, de temps, ou pour d'autres raisons qui restent à explorer?

Enfin, l'efficacité des médicaments d'aide au sevrage et des médicaments de substitution est bien documentée. Mais de nombreuses études, tant qualitatives que quantitatives sont à produire en médecine générale en vue d'une évaluation puis d'une amélioration des pratiques professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. La consommation d'alcool en France. 2013.
2. Saint-Maurice F, Møller L, Institut de veille sanitaire. Numéro thématique- L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France Special issue- Alcohol remains a major risk factor for health in France. [cité 3 févr 2014]; Disponible sur: http://www.automesure.com/library/pdf/BEH-alcool_2013.pdf
3. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, Chiffres clés. 2013.
4. Société Française d'Alcoologie. Mésusage d'alcool en dehors de la dépendance. 2008.
5. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Conséquences Alcool. 2013.
6. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) G, Arnaud. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
7. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Les mésusages de l'alcool: repérage et intervention brève en médecine générale. *Médecine*. 2006;2(7):302-6.
8. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Tabac, consommation et fréquence. 2013.
9. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Héroïne, consommation. 2013.
10. Dervaux A, Laqueille X. Addictions à l'héroïne et à la cocaïne. *EMC - Psychiatr*. janv 2009;6(1):1-19.
11. ANSM. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2013 déc.
12. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez les patient âgé. 2007.
13. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège [Internet]*. 2010 [cité 6 févr 2014];65(5-6). Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/70194>
14. Pharmacodépendances (drogues, tabac, alcool) *La Revue Prescrire* Janvier 2010/Tome 30 N°315. Page 59.
15. Najavits LM, Weiss RD. Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addict Abingdon Engl*. juin 1994;89(6):679-688.
16. Emeriaud P, Gallois P. Alcool: la cure de sevrage, mythes et réalités. *Médecine*. 1 oct 2005;1(1):22-25.
17. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav*. déc 1996;21(6):779-788.
18. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982;7(2):133-142.
19. Cottencin O, Guardia D, Rolland B. Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction(s). *Société Française de médecine d'Urgences* 2011.
20. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel, Aider la personne à engager le

- changement. Traduit de l'américain par Philippe Michaud et Dorothée Lécaillier. InterEditions-Dunod, Paris, 2006.
21. Anderson P, Gual A, Colom J., INCa (trad.) *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris, 2008; 141p.
 22. De Neckere C. L'Entretien Motivationnel - EM (2ème partie) - ENTRETIEN MOTIVATIONNEL.be [Internet]. 2010 [cité 3 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.entretienmotivationnel.be/2010/10/lentretien-motivationnel-em-2%C3%A8me-partie.html>
 23. Le Berre A-P, Rauchs G, La Joie R, Segobin S, Mézenge F, Boudehent C, et al. Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism. *Psychiatry Res*. 30 sept 2013;213(3):202-209.
 24. La motivation au sevrage alcoolique n'est pas qu'une question de volonté [Internet]. [cité 14 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/la-motivation-au-sevrage-alcoolique-n-est-pas-qu-une-question-de-volonte>
 25. Société Française d'Alcoologie., Pr Henri-Jean Aubin, Dr Georges Brousse, Pr Jean-Bernard Daepfen, Dr Benoît Fleury, Dr Éric Hispard,, Pr François Paille, Dr Didier Playoust. Controverses et actualité en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie* 2012;34(2):151-164. 22 mars 2012;
 26. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. nov 2013;93(2):157-168.
 27. Riper H, Andersson G, Hunter SB, de Wit J, Berking M, Cuijpers P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addict Abingdon Engl*. 4 déc 2013;
 28. Heather N, Hönekopp J. A revised edition of the Readiness to Change Questionnaire [Treatment Version]. *Addict Res Theory*. janv 2008;16(5):421-433.
 29. Bertholet N, Horton NJ, Saitz R. Improvements in readiness to change and drinking in primary care patients with unhealthy alcohol use: a prospective study. *BMC Public Health*. 2009;9(1):101.
 30. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
 31. « Arrêter de fumer et ne pas rechuter »: la recommandation 2014 de l'HAS | Fédération Addiction | prévenir, réduire les risques, soigner [Internet]. [cité 31 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.federationaddiction.fr/arreter-fumer-pas-rechuter-recommandation-2014-lhas/>
 32. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2013.
 33. Haute Autorité de Santé. Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». 2013.
 34. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control*. 1 oct 2010;19(5):410-416.
 35. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé. Présentation du dossier de tabacologie. 2007.
 36. Stoebner-Delbarre A, Letourmy F, Sancho-Garnier H. Rôles et actions efficaces

- des médecins généralistes dans le sevrage tabagique. Numéro Thématique Journ Mond Tab 2005. 2005;103.
37. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol.* 1 nov 2009;65(11):1232-1245.
 38. Debaure E., *Sevrage en benzodiazépines hypnotiques et sujet âgé (auto-évaluation des pratiques en médecine générale après une formation)*, Thèse de médecine générale, sous la direction de Bornert-Estrade C., Université de Poitiers, 2012.
 39. Société Française d'Alcoologie. Evaluation des pratiques professionnelles en alcoologie. Sevrage simple en alcool. Référentiel des bonnes pratiques cliniques. 19 déc 2006;
 40. Turner C. How much alcohol is in a 'standard drink'? An analysis of 125 studies. *Br J Addict.* 1990;85(9):1171-5.
 41. Fiellin DA, Reid M, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Arch Intern Med.* 10 juill 2000;160(13):1977-1989.
 42. Sonia A, Anne-Violaine D, Gerald D, Julie A, Francis A, Philippe M. Reperage precoce du risque alcool: savoir faire « FACE ». Huveaux, éditeur. *Rev Prat Med Gen.* 2004;(641):201-5.
 43. Dewost A-V, Dor B, Orban T, Rieder A, Cache P, Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. *Rev Prat Médecine Générale.* (724-25):321-326.
 44. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, et al. Management of Withdrawal Delirium. *ARCH INTERN MED.* juill 2004;164:1406.
 45. Dumont J. Diantre! Un autre sevrage d'alcool au cabinet! *Med Quebec.* Février 2009;44(2):43-49.
 46. Cushman P Jr, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res.* avr 1985;9(2):103-108.
 47. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.* nov 1989;84(11):1353-1357.
 48. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, et al. Le sevrage tabagique des «fumeurs difficiles». *Rev Mal Respir.* avr 2012;29(4):448-461.
 49. Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique. *Rev Mal Respir.* avr 2012;29(4):462-474.
 50. Hughes JR, Oliveto AH, Riggs R, Kenny M, Liguori A, Pillitteri JL, et al. Concordance of different measures of nicotine dependence: two pilot studies. *Addict Behav.* nov 2004;29(8):1527-1539.
 51. Etter J-F, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* févr 2003;28(2):359-370.
 52. DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, McNeill AD, et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control.* sept 2002;11(3):228-235.
 53. afsaps. Mise au point Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. o c t o b r e 2 0 1 1.
 54. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé. 16 reponses sur l'héroïne-Brochures.

55. Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. 2007.
56. épouse MARTIN CS. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie. Une [Internet]. 2008 [cité 17 mars 2014]; Disponible sur: <http://balint-smb-fr.e-monsite.com/medias/files/8therese-caroles-arrazin.pdf>
57. Thompson W. Management of alcohol withdrawal syndromes. *Arch Intern Med*. 1 févr 1978;138(2):278-283.
58. Michaud P. Conduite à tenir lors d'un syndrome de sevrage alcoolique. *Hépatogastro*. 13 févr 2001;8(1):23-9.
59. Société Française d'Alcoologie. Indication d'une hospitalisation pour soins complexes et modalités de suivi à la sortie chez un patient alcoolodépendant. 2007.
60. Paré C, Fortier J. Le traitement du syndrome de sevrage de l'alcool. *Pharmactuel* [Internet]. 2007 [cité 18 mars 2014];40(1). Disponible sur: http://www.pharmactuel.com/sommaires/200701pt.pdf?origin=publication_detail
61. Société Française d'Alcoologie. Sevrage alcoolique chez un patient consommant des BZD. 2006.
62. Société Française d'Alcoologie. Sevrage alcoolique chez un patient fumeur de tabac. 2006.
63. Société Française d'Alcoologie. Sevrage d'alcool et cannabis. 2006.
64. Alcohol withdrawal syndrome: how to predict, prevent, diagnose and treat it. *Prescrire Int*. févr 2007;16(87):24-31.
65. Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoologie clinique. *Presse Médicale*. déc 2012;41(12):1248-1258.
66. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ Can Med Assoc J*. 9 mars 1999;160(5):649.
67. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD005063.
68. Rajmohan V, Sushil K, Mohandas E. A double blind randomised comparison of chlordiazepoxide and lorazepam in alcohol withdrawal. *Asian J Psychiatry*. oct 2013;6(5):401-403.
69. Muncie HL Jr, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 1 nov 2013;88(9):589-595.
70. Elholm B, Larsen K, Hornnes N, Zierau F, Becker U. Alcohol withdrawal syndrome: symptom-triggered versus fixed-schedule treatment in an outpatient setting. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. juin 2011;46(3):318-323.
71. Bestawros N. Thiamine: comment l'utiliser dans la prévention et le traitement de l'encéphalopathie de Wernicke. *Pharmactuel* [Internet]. 2004 [cité 24 mars 2014];37(4). Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/sommaires%5C200404ci.pdf>
72. Harper CG, Sheedy DL, Lara AI, Garrick TM, Hilton JM, Raisanen J. Prevalence of Wernicke-Korsakoff syndrome in Australia: has thiamine fortification made a difference? *Med J Aust* [Internet]. 1998 [cité 24 mars 2014];168(11). Disponible sur: <https://www.mja.com.au/journal/1998/168/11/prevalence-wernicke-korsakoff-syndrome-australia-has-thiamine-fortification-made>
73. Rees E, Gowing LR. Supplementary thiamine is still important in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. févr 2013;48(1):88-92.
74. Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol*. 1 déc 2010;17(12):1408-1418.

75. Chopra K, Tiwari V. Alcoholic neuropathy: possible mechanisms and future treatment possibilities. *Br J Clin Pharmacol*. mars 2012;73(3):348-362.
76. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4/abstract>
77. Prescrire - Tous les articles en Une Sevrage tabagique : sans varénicline (Champix^o)", 1er octobre 2011 [Internet]. 2011 [cité 16 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/47130/0/NewsDetails.aspx>
78. Prescrire - Tous les articles en Une: Archive Zyban^o (bupropion) et sevrage tabagique : 1 047 observations en un an d'effets indésirables en France", 1er décembre 2003 [Internet]. [cité 16 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/23392/0/2003/ArchiveNewsDetails.aspx?page=1>
79. BRUEL B. Analyse des résultats d'un protocole de sevrage aux opiacés en ambulatoire. 2012.
80. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation du médicament. Conférence de consensus Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés. 1998.
81. Messaadi N, Barjaud M, Cottencin O. Enquête préliminaire sur le suivi au long cours par le médecin généraliste des patients traités par méthadone. *Presse Med*. 2010;39(6):722-3.
82. Michel L. Traitements de substitution aux opiacés: état des lieux du point de vue du médecin. *Ann Pharm Fr*. sept 2009;67(5):369-373.
83. Courty P, Authier N. Douleur chez les patients dépendants aux opiacés. *Presse Médicale*. déc 2012;41(12):1221-1225.
84. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2:CD002207.
85. Haute Autorité de Santé commission de la transparence. Suboxone, COMMISSION DE LA TRANSPARENCE. 2008.
86. Orman JS, Keating GM. Spotlight on buprenorphine/naloxone in the treatment of opioid dependence. *CNS Drugs*. oct 2009;23(10):899-902.
87. Sittambalam CD, Vij R, Ferguson R. Buprenorphine Outpatient Outcomes Project: can Suboxone be a viable outpatient option for heroin addiction? *J Community Hosp Intern Med Perspect* [Internet]. 14 avr 2014 [cité 9 juin 2014];4(0). Disponible sur: <http://www.jchimp.net/index.php/jchimp/article/view/22902>
88. Magnelli F, Biondi L, Calabria R, Fiore A, Peluso E, Vonella D, et al. Safety and efficacy of buprenorphine/naloxone in opioid-dependent patients: an Italian observational study. *Clin Drug Investig*. 2010;30 Suppl 1:21-26.
89. Rolland B, Muysen A, Danel T, Cottencin O. Faut-il retirer la buprénorphine haut-dosage du marché français? *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 2013;61:91-2.
90. Sevrage des BZD chez les patients âgés dans les Ardennes. *Bulletin de l'ordre des médecins*, N°5; 2008.

ANNEXES

Tableau 1 : Questionnaire AUDIT

Le questionnaire AUDIT à 10 items	
<p>1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</p> <p>(0) jamais (1) 1 fois par mois au mois (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) au mois 4 fois par semaine</p>	<p>6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>
<p>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus</p>	<p>7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>
<p>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>	<p>8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>
<p>4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?</p> <p>(0) Jamais (1) Mois d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>	<p>9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?</p> <p>(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année écoulée</p>
<p>5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fit d'avoir bu vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>	<p>10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?</p> <p>(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année écoulée</p>
<p>Total des items :</p>	

Tableau 2 : Questionnaire AUDIT-C

Questionnaire AUDIT-C
<p>1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</p> <p>(0) Jamais (1) 1 fois par mois au moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine</p>
<p>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus</p>
<p>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>
<p>Consommateurs à faible risque : total inférieur à 5 pour les hommes et inférieur à 4 pour les femmes. Consommateurs à risque : total supérieur ou égal à 5 pour les hommes et supérieur ou égal à 4 pour les femmes.</p>

Tableau 3 : Index de fort tabagisme (test de Fagerström en 2 questions)

Questions	Cotation
Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? <ul style="list-style-type: none"> • Dans les 5 minutes suivant le réveil • Entre 6 et 30 minutes • Entre 31 et 60 minutes • Plus d'une heure 	3 2 1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? <ul style="list-style-type: none"> • 10 ou moins • de 11 à 20 • de 21 à 30 • Plus de 30 	0 1 2 3
Interprétation : <ul style="list-style-type: none"> • 0-2 : très faible dépendance • 3 : Faible dépendance • 4 : Dépendance moyenne • 5-6 : dépendance forte à très forte 	

Tableau 4 : Effets indésirables graves

Un effet indésirable est dit grave quand il répond à l'un des critères suivant (définition ICH-E2A)
<ul style="list-style-type: none"> • a entraîné une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation
<ul style="list-style-type: none"> • a entraîné une anomalie ou une malformation congénitale
<ul style="list-style-type: none"> • a entraîné une invalidité ou une incapacité importante ou durable
<ul style="list-style-type: none"> • a entraîné un décès
<ul style="list-style-type: none"> • est susceptible de mettre la vie en danger
<ul style="list-style-type: none"> • est jugé comme tel par le professionnel de santé mais ne rentrant pas dans le cadre de cette définition réglementaire.

Tableau 5 : Attitudes recommandées selon le degré de motivation du patient (sources : HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Octobre 2013)

Stade de changement du patient	Attitude et action du soignant recommandées
<p>Le patient ne pense même pas à arrêter de fumer, le tabagisme n'étant pas perçu comme un problème.</p> <p>Exemples : « Pour moi, fumer n'est pas plus dangereux que la pollution qui nous entoure ! » ou « Pas maintenant » ou « Vous savez, j'arrête quand je veux ».</p> <p>Stade précédant l'intention = Stade de pré-intention</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. Comprendre, sans juger les représentations qu'a le patient de son tabagisme (est-ce pour lui un problème ou non ?) et les avantages qu'il en retire. Identifier les circonstances et le contexte qui favorisent la consommation de tabac (quel type de fumeur est-il ?). Proposer une évaluation de son niveau de dépendance. S'informer avec tact sur la connaissance du patient des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage (médicamenteuses et non médicamenteuses). Aider le patient à entrevoir les avantages qu'il pourrait obtenir en arrêtant de fumer. Conseiller l'arrêt. Proposer une approche de réduction de la consommation.
<p>Le patient commence à percevoir le tabagisme comme un problème. Il est ouvert à la discussion sur l'arrêt du tabac, même s'il est ambivalent. Il montre son intention d'arrêter.</p> <p>Exemples : « Oui, c'est vrai que j'aimerais bien arrêter de fumer, mais ce n'est pas si simple » ou « Il serait temps pour moi d'arrêter de fumer, mais d'un autre côté, ça me détend tellement ! ».</p> <p>Ambivalence de la réflexion = Stade de l'intention</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. Aider le patient à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme (cf. dossier Inpes). Aider le patient à identifier et exprimer ses inquiétudes et ses freins à l'idée d'arrêter le tabac. Aider le patient à s'acheminer vers la décision du changement en l'amenant à exprimer les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac. Évaluer le sentiment d'efficacité personnelle du patient (cf. dossier Inpes). Aider le patient à améliorer son sentiment de confiance en lui (cf. entretien motivationnel). Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps.
<p>Le patient montre clairement sa volonté d'arrêter de fumer, mais il s'inquiète souvent en anticipant les difficultés à venir. Il prend sa décision et élabore la méthode pour y parvenir.</p> <p>Exemple : « Cette fois, c'est décidé, je vais arrêter de fumer ».</p> <p>Élaboration du sevrage = Stade de prise de décision</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. Construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets, les meilleures stratégies pour arrêter de fumer. Explorer le soutien de l'entourage (social, familial, professionnel, etc.). Proposer au patient de fixer précisément la date de son choix pour la mise en œuvre. L'éducation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les compétences qui l'aideront à mener à bien sa démarche.
<p>Le patient a entrepris son sevrage. Il met en œuvre sa décision.</p> <p>Exemple : « Ça y est, je ne fume plus ! ».</p> <p>Stade de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. Si le patient le souhaite, l'accompagner et l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite du projet (gestion de la dépendance comportementale et physique). Encourager le patient en reconnaissant et en valorisant ses efforts réalisés. Anticiper les difficultés telles que le faux pas et la rechute et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il pense pouvoir rencontrer.

Tableau 6 : Equivalence verres standard/Unité d'alcool

<p>Un verre standard ou « unité d'alcool » équivaut à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 cl de bière à 5° ; • 10 cl de vin à 12° ; • 7 cl d'apéritif à 18° ; • 3cl de spiritueux à 40° ;

Tableau 7 : Type de consommation et niveau de risque en fonction de la consommation d'alcool

Niveau de risque	Critères	
Consommation à faible risque	Consommation d'alcool (verres standards/semaine)	<21 pour les hommes <14 pour les femmes
	Score questionnaire AUDiT	<7 pour les hommes <6 pour les femmes
	Score questionnaire Face	<5 pour les hommes <4 pour les femmes
Consommation à risque	Consommation d'alcool (verres standards/semaine)	21-42 pour les hommes 14-28 pour les femmes
	Score questionnaire AUDiT	7-12 pour les hommes 6-12 pour les femmes
	Score questionnaire Face	5-8 pour les hommes 4-8 pour les femmes
Consommation à problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages liés à la consommation d'alcool	
	Consommation d'alcool (verres standards/semaine)	>42 pour les hommes >28 pour les femmes
Alcoolodépendance	Critères CIM-10	
	Score questionnaire AUDiT	≥ 13
	Score questionnaire Face	≥ 9

Tableau 8 : Critères de pharmacodépendance selon le DSM-IV

DSM-IV : Critères de dépendance	
La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :	
· Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :	
a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;	
b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.	
· Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :	
a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;	
b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.	
Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé	
Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;	
Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;	
D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;	
Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.	
· Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;	
· Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).	

Tableau 9 : Test CAGE

Test CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener)	
	oui/non
1. Vous êtes vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	
2. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?	
3. Avez-vous déjà eu besoin de boire de l'alcool en vous réveillant pour calmer vos nerfs ou passer une « gueule de bois » ?	
4. Avez-vous déjà été ennuyé par des remarques d'autrui critiquant votre consommation d'alcool ?	
Total :	

Tableau 10 : questionnaire FACE

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	(0) Jamais (1) 1 fois par mois au moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?	(0) non (4) oui
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	(0) non (4) oui
5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	(0) non (4) oui
Total :	

Tableau 11 (source :American Psychiatric Association)

DSM-4 Critères diagnostics du syndrome de sevrage en alcool
A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation d'alcool qui a été massive et prolongée.
B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après le critère A:
<ul style="list-style-type: none"> • hyperactivité nerovégétative (ex. transpiration, fréquence cardiaque supérieure à 100) • augmentation du tremblement des mains • insomnie • nausées ou vomissements • hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives • agitation psychomotrice • anxiété • crises convulsives du type grand mal
C. Ces symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
D. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une affection médicale générale ou un autre trouble mental.

Tableau 12 (Source : Dumont J. Diantre! Un autre sevrage d'alcool au cabinet! Med Quebec. Fevrier 2009;44(2):43 à 49.)

Stades de sevrage		
Stade	Début des symptômes après la dernière consommation d'alcool	Symptômes
1	De 5 à 8 heures	Anxiété, nausées, vomissements, diaphorèse, insomnie, tachycardie, hypertension artérielle, hyperthermie possible
2 (de 10 à 15% des cas, si le patient n'est pas traité)	De 24 à 48 heures	Mêmes symptômes qu'au stade 1 mais plus intenses. Hallucinations, convulsions généralisées (de 5 à 10% des cas)
3 (5% des cas si le patient n'est pas traité)	Environ 72 heures	Delirium tremens, perturbation importante des signes vitaux pendant en moyenne de 2 à 3 jours

Tableau 13 (source : Cushman P Jr, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. Alcohol Clin Exp Res. avr 1985;9(2):103-108)

Echelle de Cushman				
	0	1	2	3
Pouls*	<80	81-100	101-120	120>
PA Systolique**	<135	136-145	146-155	155>
Fréquence Respiratoire	<16	16-25	26-35	35>
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuses
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, Incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par le bruit, la lumière, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées
.TOTAL :				
*Critères valables en l'absence de fièvre (température<38°C).				
**Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10mmhg au-delà de 50 ans				
Score et Intensité				
0-7 Minime		8-14 Moyenne		15-21 Sévère

Tableau 14 (source : Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. nov 1989;84(11):1353-1357.)

<p>Nausées et vomissements-Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? »</p> <p>(0) Pas de nausées ni de vomissements (1) Nausées légères sans vomissements (2) (3) (4) Nausées intermittentes avec haut-le-cœur (5) (6) (7) Nausées constantes, Haut-le-cœur fréquents et vomissements</p>	<p>Troubles auditifs- Demandez : « Êtes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace ? Avez-vous l'impression d'entendre ou de percevoir des sons qui n'existent pas ? »</p> <p>(0) Absents (1) Très peu stridents ou effrayants (2) Peu stridents ou effrayants (3) Modérément stridents ou effrayants (4) Hallucinations modérées (5) Hallucinations importantes (6) Hallucinations extrêmement importantes (7) Hallucinations continues</p>								
<p>Tremblements-Bras étendus, doigts écartés.</p> <p>(0) Pas de tremblements (1) Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts (2) (3) (4) Modérés, le patient ayant les bras étendus (5) (6) (7) Importants, sans les bras étendus</p>	<p>Troubles visuels- Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous quelque chose qui vous perturbe ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? »</p> <p>(0) Absent (1) Très peu sensible (2) Peu sensible (3) Modérément sensible (4) Hallucinations modérées (5) Hallucinations importantes (6) Hallucinations extrêmement importantes (7) Hallucinations continues</p>								
<p>Sueurs</p> <p>(0) Pas de sueurs visibles (1) Sueurs à peine perceptibles, paumes moites (2) (3) (4) Front perlé de sueurs (5) (6) (7) Trempé de sueurs</p>	<p>Maux de tête, tête lourde- Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étoupe ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété.</p> <p>(0) Absentes (1) Très légères (2) Légères (3) Modérées (4) Modérément importantes (5) Importantes (6) Très importantes (7) Extrêmement importantes</p>								
<p>Anxiété-Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? »</p> <p>(0) Calme, détendu (1) Légèrement anxieux (2) (3) (4) Modérément anxieux ou sur ses gardes (5) (6) (7) Equivalent à un état de panique aiguë ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizophréniques aiguës</p>	<p>Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes-Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »</p> <p>(0) Orienté et peut additionner des nombres en série (1) Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date (2) Erreur de date de 2 jours ou moins (3) Erreur de date de plus de 2 jours (4) Désorienté dans l'espace ou par rapport aux personnes</p>								
<p>Agitation</p> <p>(0) Normale (1) Légèrement accrue (2) (3) (4) Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient. (5) (6) (7) Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains</p>	<p>Score total :</p> <table border="1" data-bbox="790 1630 1396 1825"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Degré d'intensité du sevrage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 8 :</td> <td>léger</td> </tr> <tr> <td>De 9 à 15</td> <td>Modéré</td> </tr> <tr> <td>>15 :</td> <td>Important</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Degré d'intensité du sevrage	< 8 :	léger	De 9 à 15	Modéré	>15 :	Important
Score	Degré d'intensité du sevrage								
< 8 :	léger								
De 9 à 15	Modéré								
>15 :	Important								

Tableau 15 Test de Fagerström

Questions	Cotation
1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? <ul style="list-style-type: none"> • Dans les 5 minutes suivant le réveil • Entre 6 et 30 minutes • Entre 31 et 60 minutes • Plus d'une heure 	3 2 1 0
2. Trouver qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui • non 	1 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ? <ul style="list-style-type: none"> • La première le matin • N'importe quelle autre 	1 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? <ul style="list-style-type: none"> • 10 ou moins • de 11 à 20 • de 21 à 30 • Plus de 30 	0 1 2 3
5. Fumez-vous de manière plus rapproché lors des premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	1 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	1 0
Total	0-10
Interprétation : 0-2 : Pas de dépendance 3-4 : Dépendance faible 4-6 : Dépendance moyenne Supérieure à 7 : Dépendance forte	

Tableau 16

Syndrome de sevrage à la nicotine selon le DSM-4
A) Utilisation quotidienne pendant au moins plusieurs semaines auparavant ;
B) L'arrêt brutal ou la réduction de la consommation de nicotine entraîne, dans les 24 heures, au moins 4 des signes suivant : <ul style="list-style-type: none"> • Humeur dysphorique, dépressive • Insomnie • Irritabilité, frustration, colère • Anxiété • Difficultés de concentration • Fébrilité • Diminution du rythme cardiaque • Augmentation de l'appétit, prise de poids ;
C) les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement ;
D) Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.
Le diagnostic de sevrage à la nicotine est retenu si les 4 critères A, B, C et D sont présents

Tableau 17 CDS-12

Questions	cotation
Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quelle est votre degré de dépendance des cigarettes (0 : je ne suis absolument pas dépendant des cigarettes ; 100 : je suis extrêmement dépendant des cigarettes) : <ul style="list-style-type: none"> • 0-20 • 21-40 • 41-60 • 61-80 • 81-100 	1 2 3 4 5
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyennes ? <ul style="list-style-type: none"> • 0-5 • 6-10 • 11-20 • 21-30 • Plus de 30 	1 2 3 4 5
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? <ul style="list-style-type: none"> • 0-5 • 6-15 • 16-30 • 31-60 • Plus de 60 	1 2 3 4 5
Pour vous, arrêter de fumer définitivement serait : <ul style="list-style-type: none"> • Très facile • Plutôt facile • Plutôt difficile • Très difficile • Impossible 	1 2 3 4 5
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer : <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Je suis stressé à l'idée de manque de cigarettes : <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi : <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Je suis prisonnier des cigarettes : <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Je fume trop : <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes : <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Je fume tout le temps <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Je fume malgré les risques que cela entraîne sur ma santé <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout d'accord • Plutôt pas d'accord • Plus ou moins d'accord • Plutôt d'accord • Tout a fait d'accord 	1 2 3 4 5
Interprétation : <ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 24 points : dépendance modérée • Entre 25 et 44 points : dépendance moyenne • Supérieur à 44 points : dépendance forte 	Total

Tableau 18 (HONC)

Questions	cotation
Avez-vous déjà fait une tentative d'arrêt du tabac sans y parvenir ?	Oui : 1 Non : 0
Fumez-vous actuellement parce qu'il vous est très difficile d'arrêter ?	Oui : 1 Non : 0
Vous êtes vous déjà ressenti « accro » au tabac ?	Oui : 1 Non : 0
Avez-vous déjà ressenti un fort besoin de fumer ?	Oui : 1 Non : 0
Avez-vous déjà senti que vous aviez réellement besoin d'une cigarette ?	Oui : 1 Non : 0
Est-il difficile de rester sans fumer quand vous entrez dans les endroits où vous ne pouvez pas fumer?	Oui : 1 Non : 0
Quand vous essayez d'arrêter ou que vous ne pouvez pas fumer pendant un certain temps, est-il difficile de vous concentrer ?	Oui : 1 Non : 0
Quand vous essayez d'arrêter ou que vous ne pouvez pas fumer pendant un certain temps, vous sentez-vous plus irritable ?	Oui : 1 Non : 0
Quand vous essayez d'arrêter ou que vous ne pouvez pas fumer pendant un certain temps, ressentez-vous un fort besoin ou une pulsion à fumer ?	Oui : 1 Non : 0
Quand vous essayez d'arrêter ou que vous ne pouvez pas fumer pendant un certain temps, vous sentez-vous nerveux, agité ou anxieux ?	Oui : 1 Non : 0
Interprétation : Une réponse oui à l'une des questions indique une dépendance nicotinique Un score égal ou supérieur à 7 indique un niveau de forte dépendance	

Tableau 19

Signes du sevrage à l'héroïne, d'après le DSM-4
-Présence d'au moins trois signes parmi les suivants :
• Humeur dysphorique, anxiété, angoisse, irritabilité, augmentation de la sensibilité à la douleur, fièvre
• Insomnie
• Nausées, vomissements
• Douleurs musculaires, surtout au niveau lombaire et des membres inférieurs
• Larmolement, rhinorrhée
• Diarrhée, douleurs intestinales
• Mydriase, piloérection, sueurs
• Bâillements
• Fièvre (sevrage sévère)

Tableau 20

DRUG ABUSE SCREENING TEST	
1.	Avez-vous consommer d'autres médicaments ou drogues que ceux qui sont requis pour des raisons médicales ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
2.	Abusez-vous de plus d'un médicament ou d'une drogue à la fois ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
3.	Pouvez-vous toujours cesser de consommer quand vous le désirez ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 0 • Non : 1
4.	Avez-vous déjà eu des pertes de connaissances («blackouts») ou des « flashbacks » causés par une consommation de médicaments ou d'autres drogues ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
5.	Votre consommation de médicament ou d'autres drogues vous gêne-t-elle ou vous sentez-vous coupable ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
6.	Votre conjoint(e), votre partenaire ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre consommation de drogues ou de médicaments ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
7.	Avez-vous déjà négligé votre famille à cause de votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
8.	Avez-vous déjà eu des activités illicites afin d'obtenir des médicaments ou d'autres drogues ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
9.	Avez-vous déjà expérimenté de symptômes de sevrage lorsque vous avez cessé de consommer des médicaments ou d'autres drogues ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
10.	Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui : 1 • Non : 0
Résultats :	
<ul style="list-style-type: none"> • Score < 2 : usage non problématique de drogue ou de médicaments • Score de 2 à 4 : usage problématique de drogue ou de médicaments • Score > 4 : Addiction à une drogue ou à un médicament. 	

Tableau 21 (source : HAS, Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments appenrentés chez le patient âgé)

Échelle ECAB	
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de répons « vrai », sauf question 10=1 point en cas de réponse faux)	
<p>Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.</p> <p>Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.</p> <p>Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.</p> <p>Nom du médicament concerné :</p>	
	Vrai/faux
1. Où que j'aïlle, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi..... 2. Ce médicament est pour moi comme une drogue..... 3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament..... 4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament..... 5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament..... 6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament..... 7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sent très malade..... 8. Je prend ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer..... 9. Je prend ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête..... 10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	

Tableau 22 (source : Paré C, Fortier J. Le traitement du syndrome de sevrage de l'alcool. Pharmactuel [Internet]. 2007 [cité 18 mars 2014];40)

Médicaments	Lorazépam	Diazépam
Mécanisme d'action	Les benzodiazépines diminuent l'hyperactivité du système nerveux autonome en augmentant l'activité inhibitrice du GABA, laquelle est diminuée par une longue exposition à l'alcool	
Posologie	2 à 6 mg par jour	40 à 60 mg par jour
Doses équivalentes	1mg	5mg
Demie vie	14+/- 5 heures	43+/- 13 heures
Conditions physiologiques affectant la demie vie	Personnes âgées : Aucun effet Insuffisance rénale : Augmentation de la demie vie et diminution de l'élimination. Insuffisance hépatique : Augmentation de la demie vie en présence de cirrhose	Personnes âgées et insuffisance rénale : Diminution de la liaison avec les protéines, donc augmentation de l'effet du médicament Insuffisance hépatique : Augmentation de la demie vie en cas de cirrhose ou d'hépatite
Début d'action (heures)	De 1 à 2 (intermédiaire)	De 0,5 à 1 (rapide)
Durée d'action (heures)	De 10 à 20 (intermédiaire)	De 30 à 60 (longue)
Métabolites actifs	Non	Oui (demie vie de 30 à 200 heures)
Commentaires	Utile chez : <ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées Personnes souffrant d'une insuffisance hépatocellulaire Patient à risque de dépression respiratoire Désavantages : <ul style="list-style-type: none"> Début d'action et demie vie intermédiaire (risques de symptômes rebonds) 	Utile chez : <ul style="list-style-type: none"> Patients jeunes Avantages : <ul style="list-style-type: none"> début d'action rapide et demie vie longue ce qui peut permettre un sevrage plus en douceur Désavantages : <ul style="list-style-type: none"> Risque d'accumulation toxique chez les personnes âgées et celles souffrant d'insuffisance hépatique

AUTEUR : CHEVAILLIER Guillaume

Date de Soutenance : 16 septembre 2014

Titre de la Thèse : Sevrage des patients dépendants à l'alcool, à l'héroïne, au tabac ou au benzodiazépines en consultation de médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine générale, ambulatoire, soins primaires, addiction, dépendance, sevrage, évaluation, héroïne, alcool, tabac, benzodiazépines.

Résumé:

Les consultations pour sevrage en alcool, tabac, héroïne et benzodiazépine sont des situations fréquentes et décrites comme difficiles par les médecins généralistes. Ce travail est une mise au point dont l'objectif est de donner des repaires sur la faisabilité et la conduite de ces sevrages.

Méthode : Nous avons effectué les recherches bibliographiques sur les bases de données suivantes: PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, EM-Premium. Nous avons consulté les recommandations des sociétés savantes : Société Française d'Alcoologie (SFA), Fédération Française d'Addictologie (FFA), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Enfin, les rapports d'organismes publics ont été référencés: l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'Institut de Veille Sanitaire (INVS).

Résultats : L'approche motivationnelle des soins en addictologie permet au patient de faire sien le projet de sevrage. Le modèle de PROCHASKA & DI CLEMENTE et la technique de l'entretien motivationnel sont validés pour l'accompagnement et le sevrage de l'alcool et du tabac. Le sevrage de ces produits nécessite une évaluation des consommations et de la pharmacodépendance. La pharmacodépendance est diagnostiquée cliniquement à l'aide des critères du DSM-IV. Des échelles standardisées orientant le diagnostic sont toutefois validées pour certaines en médecine générale. Pour le sevrage ambulatoire en alcool, des contre indications sont à respecter. Ce sevrage repose sur une hydratation, une benzodiazépinothérapie, une vitaminothérapie et un suivi clinique rapproché. Le sevrage tabagique repose en première intention sur les TNS. Le Bupropion et la Varénicline sont à utiliser en dernière intention. Les cigarettes électroniques sont en cours d'évaluation. Les TCC sont validées dans le sevrage tabagique. Le sevrage ambulatoire en héroïne nécessite une substitution par BHD ou SBX. La coordination avec la pharmacie délivrant le traitement est indispensable. Le sevrage en BZD repose sur une décroissance progressive des posologies.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Hedouin

Monsieur le Docteur Messaadi (directeur de thèse)

Monsieur le Docteur Rolland