

UNIVERSITÉ de LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNÉE : 2012

N°

**PRÉVENTION
DES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES À L'OFFICINE**

THÈSE

POUR LE

DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 1 juin 2012

par

Sophie de la HAYE SAINT HILAIRE

née le 28 Août 1986 à Peyrilhac (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur J. BUXERAUD Président

Madame le Docteur C. CHEVALIER Co-directeur

Monsieur le Docteur L. DURENGUE Co-directeur

Monsieur le Professeur G. LACHÂTRE Membre

UNIVERSITÉ de LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNÉE : 2012

N°

**PRÉVENTION
DES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES A L'OFFICINE**

THÈSE

POUR LE

DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 1 juin 2012

par

Sophie de la HAYE SAINT HILAIRE

née le 28 Août 1986 à Peyrilhac (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur J. BUXERAUD Président

Madame le Docteur C. CHEVALIER..... Co-directeur

Monsieur le Docteur L. DURENGUE Co-directeur

Monsieur le Professeur G. LACHÂTREMembre

DOYEN DE LA FACULTÉ

Monsieur le Professeur **DUROUX** Jean Luc

1^{er} VICE-DOYEN

Madame **FAGNERE** Catherine, Maître de conférences

2^{ème} VICE-DOYEN

Monsieur **BATTU** Serge, Maître de conférences

PROFESSEURS

BENEYTOU Jean-Louis

BIOCHIMIE-BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

BOTINEAU Michel

BOTANIQUE-CRYPTOGAMIE

BROSSARD Claude

PHARMACIE GALÉNIQUE

BUXERAUD Jacques

CHIMIE ORGANIQUE-CHIMIE THÉRAPEUTIQUE

CARDOT Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

CHULIA Albert

PHARMACOGNOSIE

CHULIA Dominique

PHARMACOTECHNIE

DELAGE Christiane

CHIMIE GÉNÉRALE-CHIMIE MINÉRALE

DESMOULIERE Alexis

PHYSIOLOGIE

DREYFUSS Gilles

MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE

DUROUX Jean-Luc

BIOPHYSIQUE-BIOMATHÉMATIQUES-INFORMATIQUE

ODART Nicole

PHARMACOLOGIE

ROUSSEAU Annick

BIostatistique

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIER DES DISCIPLINES
PHARMACEUTIQUES**

LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIÈNE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT
ROGEZ Sylvie	BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE-BIOMATHÉMATIQUES-INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE-PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
SIMON Alain	CHIMIE GÉNÉRALE ET CHIMIE MINÉRALE
TROILLAS Patrick	BIOPHYSIQUE-BIOMATHÉMATIQUES-INFORMATIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE-BIOMATHÉMATIQUES-INFORMATIQUE

PROFESSEUR CERTIFIÉ

MARBOUTY Jean-Michel	ANGLAIS
-----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

IMBERT Laurent	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
-----------------------	-----------------------------------

REMERCIEMENTS

À Monsieur Jacques BUXERAUD,

Pharmacien, Professeur de Chimie Organique et Chimie Thérapeutique

Merci d'avoir accepté le sujet de cette thèse et de me faire l'honneur d'en présider le jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance pour la richesse de votre enseignement prodigué lors de mes études de pharmacie.

À ma co-directrice de Thèse, Madame le Docteur Catherine CHEVALIER, Psychiatre

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse, de m'avoir guidée tout au long de ce travail et du temps que vous m'avez consacré. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À mon co-directeur Monsieur le Docteur Laurent DURENGUE, Pharmacien

Je vous remercie d'avoir accepté de co-dirigé cette thèse, de votre grande disponibilité et de votre soutien. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

À Monsieur Gérard LACHÂTRE,

Pharmacien, Professeur de Toxicologie

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance pour la richesse de votre enseignement prodigué lors de mes études de pharmacie.

À Monsieur le Docteur André NGUYEN, Pharmacien

Je te remercie pour l'aide précieuse que tu m'as apportée tout au long de ce travail.

À ma famille,

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon affection.

À mes amis,

Pour les bons moments passés au cours de ces années.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	16
1^{ère} partie	18
ADDICTIONS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	18
I. GÉNÉRALITÉS	19
A. ADDICTION	19
1. Définition de l’addiction	19
2. Les critères de l’addiction	19
a. Critères de l’addiction selon Goodman	20
b. Intérêts du concept de pratiques addictives.....	21
c. Notion d’addiction(s) sans drogue.....	21
3. Comportement d’utilisation	21
a. Usage simple.....	21
b. Abus / usage nocif	22
(1) Abus	22
(2) L’usage nocif pour la santé selon la CIM-10.....	22
c. Dépendance	23
4. Repérage des facteurs de risque	24
a. Facteurs de risques individuels I.....	24
b. Facteurs liés aux produits P.....	24
c. Facteurs liés à l’environnement E	25
B. MÉCANISME NEUROLOGIQUE : ACTION SUR LE CERVEAU	26
1. Système de récompense	26
2. Dopamine	26
3. Actions des substances psychoactives	27
4. Schéma de Volkow	29
II. MODÈLE DE CHANGEMENT SELON LE DIAGRAMME DE PROCHASKA ET DICLEMENTE	30
A. NAISSANCE D’UN MODÈLE	30
B. STADES DU CHANGEMENT	30
1. Pré-contemplation	31
2. Contemplation.....	31
3. Préparation	31
4. Action.....	31

5. Maintien	32
6. Régression et rechute	32
III. SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	33
A. DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE	33
B. TABAC	34
1. Historique	34
2. Fumée du tabac	35
a. Composition de la fumée du tabac.....	35
b. Mode d'action de la fumée du tabac.....	36
3. Épidémiologie	36
a. Adolescents.....	36
b. Adultes.....	36
(1) Répartition selon l'âge et le sexe	37
(2) Évolution dans le temps	37
c. Quelques chiffres	37
4. Complications et maladies liés au tabac.....	38
a. Tabagisme actif.....	38
b. Tabagisme passif	39
C. ALCOOL.....	40
1. Historique	40
2. Définitions.....	40
3. Épidémiologie	41
a. Analyse de la consommation alcoolique	41
(1) Répartition selon l'âge et le sexe	41
(2) Répartition dans le temps.....	42
b. Adolescents.....	42
c. Adultes.....	43
d. Quelques chiffres.....	43
4. Informations générales	43
a. Seuils à ne pas dépasser.....	43
b. Repères de consommation.....	44
5. Complications et maladies liées à l'alcool.....	45
6. Alcool et femmes enceintes	45
D. CANNABIS	45

1. Historique	45
2. Présentation	46
a. Herbe (marijuana, ganga, beuh...)	46
b. Résine (haschisch, shit, chichon...)	46
c. Huile	46
3. Épidémiologie	47
a. Évolution 1992-2010	47
b. Adolescents.....	47
c. Adultes.....	47
d. Quelques chiffres.....	48
4. Effets et risques du cannabis	48
E. PSYCHOTROPES : BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS.....	49
1. Définition	49
2. Trois catégories d'addictions médicamenteuses	49
a. Escalade médicamenteuse, à l'insu des patients.....	49
b. Surconsommation médicamenteuse volontaire	49
c. Consommation de médicaments chez les toxicomanes à la cocaïne ou à l'héroïne.....	50
3. Classification des psychotropes	50
4. Épidémiologie	51
a. Évolution.....	51
b. Adolescents.....	51
c. Adultes.....	51
d. En Europe	52
5. Classe particulière des benzodiazépines	52
F. AUTRES DROGUES	53
1. Étude de ces autres drogues	53
a. Cocaïne et crack.....	53
b. Opiacés	54
(1) Historique.....	54
(2) Classification.....	54
(3) Effets de la morphine	56
c. Amphétamines et ecstasy.....	57
d. Hallucinogènes	58

2. Épidémiologie de ces autres drogues	58
a. Cocaïne	59
b. Héroïne	59
c. Hallucinogènes, amphétamines et ecstasy	60
2^{ème} Partie	61
POLITIQUE DE PRÉVENTION	61
I. DÉFINITIONS	62
A. PRÉVENTION PRIMAIRE	62
B. PRÉVENTION SECONDAIRE	62
C. PRÉVENTION TERTIAIRE	62
II. DIFFÉRENTS MODÈLES DE PRÉVENTION	64
A. MOYENS COERCITIFS	64
B. MOYENS ÉDUCATIFS	64
III. POLITIQUE DE PRÉVENTION	65
A. ENJEU MAJEUR POUR LA SANTÉ PUBLIQUE	65
B. MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE COHÉRENTE DE PRÉVENTION	65
C. MISE EN PLACE D'UNE ORGANISATION RATIONNELLE	65
1. Prévention universelle	65
2. Prévention de proximité	66
3. Intervention précoce	66
4. Education thérapeutique	66
D. PRÉVENTION CIBLÉE DES PERSONNES VULNÉRABLES ET DES SITUATIONS À RISQUES	66
1. Adolescents	66
2. Femmes enceintes	67
3. Autres niveaux d'intervention	67
IV. PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PRATIQUE DE CETTE POLITIQUE PAR LA MILDT	67
A. VOLET « VILLE » : LE DISPOSITIF AMBULATOIRE NON SPÉCIALISÉ	67
1. Médecine générale	68
2. Autres professionnels du champ sanitaire et social	68
3. Associations d'entraide	68
B. VOLET « MÉDICO-SOCIAL » : LES CSAPA	68
C. VOLET « HOSPITALIER »	70

D. RÉSEAUX DE PRÉVENTION ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE.....	71
1. Définition d'un réseau	71
2. Réseau AddictLim : réseau en Limousin	71
V. PROPOSITIONS DE LA FFA (FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE)	72
VI. MOYENS POUR LES PRÉVENTIONS	73
A. NIVEAU NATIONAL.....	73
B. DANS LES PHARMACIES D'OFFICINE.....	76
1. Loi HPST	76
2. Exemple de prévention universelle	77
3^{ème} partie	79
PRÉVENTION ET CONSEILS À L'OFFICINE	79
I. RÔLE DU PHARMACIEN	80
A. CODE DE DÉONTOLOGIE	80
B. CLÉS DU DIALOGUE PHARMACIEN-PATIENT.....	81
II. TABAC	82
A. TEST D'ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION	82
B. BÉNÉFICES À L'ARRÊT	82
C. OBJECTIONS À L'ARRÊT DU TABAC ET ARGUMENTS À LEUR OPPOSER	84
D. TRAITEMENTS DU SEVRAGE TABAGIQUE	86
1. Substituts Nicotiniques (SN).....	87
2. Traitements allopathiques	90
3. Homéopathie	91
4. Phytothérapie.....	92
5. Aromathérapie.....	93
F. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?.....	93
1. Au niveau national	93
2. Au niveau local	94
III. ALCOOL	94
A. APPROCHE PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE	95
1. Comportement du pharmacien d'officine avec les sujets alcooliques	95
a. Facteurs de vulnérabilité.....	95
b. Identification de buveurs excessifs.....	95
c. Comportement du pharmacien vis-à-vis du sujet alcoolique.....	95
d. Comportement du sujet alcoolique vis-à-vis du pharmacien	96

e. Analyse de l'enquête.....	97
B. TESTS D'ÉVALUATION.....	97
1. Test CAGE-DETA.....	97
2. Test AUDIT.....	97
C. BÉNÉFICES À L'ARRÊT.....	97
D. OBJECTIONS À L'ARRÊT ET ARGUMENTS À LEUR OPPOSER.....	98
E. TRAITEMENTS DU SEVRAGE ALCOOLIQUE.....	100
1. Accompagnement du patient par le pharmacien d'officine lors du sevrage.....	100
2. Traitements allopathiques du sevrage alcoolique.....	101
a. Médicaments d'aide au sevrage.....	101
b. Médicaments du maintien de l'abstinence.....	102
3. Traitements homéopathiques.....	104
a. Alcoolisme au stade de consommation excessive sans complication.....	104
b. Alcoolisme aggravé.....	105
F. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?.....	105
1. Au niveau national.....	105
2. Au niveau local.....	106
IV. CANNABIS.....	106
A. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION.....	106
B. BÉNÉFICES À L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DU CANNABIS.....	107
C. OBJECTIONS À L'ARRÊT DU CANNABIS ET ARGUMENTS À LEUR.....	109
OPPOSER.....	109
D. CONSEILS ASSOCIÉS AU SEVRAGE.....	110
E. QUE DIRE AUX PARENTS ?.....	112
1. Découverte de la consommation.....	112
2. Comment les aider à réagir.....	113
F. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?.....	114
1. Au niveau national.....	114
2. Au niveau local.....	114
V. PSYCHOTROPES : BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS.....	115
A. PRÉVENTION.....	115
B. TRAITEMENTS DE L'INSOMNIE ET DE L'ANXIÉTÉ.....	117
1. Médicaments allopathiques.....	117
2. Autres alternatives thérapeutiques.....	118

C. DÉPENDANCE ET SYNDROME DE SEVRAGE	120
1. Dépendance	120
2. Syndrome de sevrage	120
3. Accompagnement du sevrage	121
D. DÉPRESSION	121
E. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L' AIDE ?.....	122
1. Au niveau national	122
2. Au niveau local	122
VI. OPIACÉS : HÉROÏNE, MORPHINE, CODÉINE	123
A. TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS	123
1. Définition	123
2. Médicaments de substitution.....	123
B. RÉDUCTION DES RISQUES	126
1. Historique.....	126
2. Mésusages et conseils associés	127
3. Demande de codéine	128
C. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L' AIDE ?	128
1. Au niveau national	128
2. Au niveau local	128
VII. AUTRES DROGUES	129
4^{ème} partie	130
SUGGESTIONS POUR UNE MEILLEURE PRÉVENTION À L'OFFICINE	130
I. INTRODUCTION.....	131
II.VITRINES	131
III. AGENCEMENT DE L'OFFICINE.....	132
A. MOYENS À DISPOSITION POUR UNE BONNE PRÉVENTION	132
B. PROPOSITIONS PERSONNELLES	133
1. Exemples d'affichettes.....	133
2. Réalisation d'une brochure	138
IV. CONSEILS AU COMPTOIR	139
CONCLUSION.....	145
ANNEXES.....	147
BIBLIOGRAPHIE	160

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Les critères de l'addiction selon GOODMAN	p 20
Tableau 2 : Les critères de l'abus selon le DSM-IV	p 22
Tableau 3 : Les critères de la dépendance selon DSM-IV	p 23
Tableau 4 : Interactions entre P, I et E	p 25
Tableau 5 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans	p 33
Tableau 6 : Complications du tabagisme actif	p 39
Tableau 7 : Complications du tabagisme passif	p 40
Tableau 8 : Complications et maladies liées à l'alcool	p 45
Tableau 9 : Effets et risques du cannabis	p 48
Tableau 10 : Différentes classes et indications des psychotropes	p 50
Tableau 11 : Actions et effets secondaires des benzodiazépines	p 52
Tableau 12 : Effets et dépendance à la cocaïne et au crack	p 53
Tableau 13 : Principaux agonistes, agonistes-antagonistes et antagonistes opiacés	p 56
Tableau 14 : Effets de la morphine	p 57
Tableau 15 : Effets de l'amphétamine et de l'ecstasy	p 57
Tableau 16 : Hallucinogènes	p 58
Tableau 17 : Missions des CSAPA	p 70
Tableau 18 : Organismes et Missions	p 75
Tableau 19 : Législation si conduite avec consommation de substances psychotropes	p 76
Tableau 20 : Bénéfices à l'arrêt du tabac	p 83
Tableau 21 : Objections à l'arrêt du tabac et arguments à leur opposer	p 85
Tableau 22 : Les substituts nicotiques	p 89
Tableau 23 : Action du ZYBAN® et du CHAMPIX®	p 90
Tableau 24 : Principales souches en homéopathie ayant une action sur le tabagisme	p 91
Tableau 25 : Principales plantes utilisées dans le tabagisme	p 92
Tableau 26 : Principales Huiles Essentielles utilisées dans le tabagisme	p 93
Tableau 27 : Bénéfices à l'arrêt de la consommation d'alcool	p 98
Tableau 28 : Objections à l'arrêt de l'alcool et arguments à leur opposer	p 99
Tableau 29 : Médicaments d'aide au sevrage alcoolique	p 101
Tableau 30 : Médicaments du maintien de l'abstinence alcoolique	p 102
Tableau 31 : Principales souches actives sur l'alcoolisme sans complications	p 104
Tableau 32 : Principales souches actives sur l'alcoolisme aggravé	p 105
Tableau 33 : Bénéfices à l'arrêt de la consommation de cannabis	p 108
Tableau 34 : Objections à l'arrêt de la consommation cannabique et arguments à leur opposer	p 109
Tableau 35 : Conseils associés au sevrage de la consommation de cannabis	p 111
Tableau 36 : Découverte de la consommation de cannabis	p 112
Tableau 37 : Insomnie, anxiété et conseils associés	p 116
Tableau 38 : Autres alternatives thérapeutiques pour l'insomnie et l'anxiété légères	p 119
Tableau 39 : MÉTHADONE® et SUBUTEX®	p 125
Tableau 40 : Mésusages des opiacés et conseils associés	p 127
Figure 1 : Anatomie dopaminergique cérébrale	p 26
Figure 2 : Activité des neurones dopaminergiques	p 27
Figure 3 : Synapse dopaminergique	p 28

Figure 4 : Schéma de Volkow	p 29
Figure 5 : Modèle de changement de Prochaska et DiClemente	p 30
Figure 6 : Les principaux constituants d'une cigarette	p 35
Figure 7 : Proportion de fumeurs quotidiens de tabac, suivant l'âge et le sexe (en %)	p 37
Figure 8 : Évolution du tabagisme actuel depuis 1970 selon le sexe (en %)	p 37
Figure 9 : Usage quotidien d'alcool au cours de l'année 2010, selon le sexe et l'âge	p 41
Figure 10 : Évolution de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans	p 42
Figure 11 : Équivalence en unité alcool	p 44
Figure 12 : Évolution entre 1992 et 2010 de la proportion d'expérimentateurs de cannabis parmi les 18-64 ans, par sexe (en %)	p 47
Figure 13 : Évolution de l'expérimentation des principales autres drogues entre 1992 et 2010 parmi les 18-64 ans (en %)	p 59
Figure 14 : Pyramide des dépendances	p 63
Figure 15 : Mécanismes d'action des aides au sevrage tabagique	p 87
Figure 16 : Comportement du pharmacien vis-à-vis du sujet alcoolique	p 96
Figure 17 : Mécanisme d'action des traitements du maintien de l'abstinence alcoolique	p 103

TABLE DES ACRONYMES

ALAC : Test d'Auto-évaluation de la Consommation de Cannabis

ARS : Agence Régionale de Santé

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

BZD : Benzodiazépines

CAGE: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CCAA : Centre de Cure ambulatoire en Alcoologie

CRAFFT : Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centre de soins Spécialisés aux toxicomanes

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

HE : Huiles Essentielles

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

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

OFDT : Observatoire français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Office Mondial de la Santé

SN : Substituts Nicotiniques

TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés

INTRODUCTION

Les addictions aux substances psychoactives représentent un problème majeur de santé publique, concernant à la fois des substances licites et illicites.

Du fait de l'importance de cette problématique qui intéresse toute la population de l'adolescent au sujet âgé et de l'absence de réponse unitaire, le pharmacien d'officine est interpellé dans sa pratique quotidienne. La prévention qui est une des missions du pharmacien est souvent difficile à mettre en place.

Dans ce travail, nous choisissons de préciser dans un premier temps le concept d'addiction, les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent le comportement du sujet addict. La connaissance également par le pharmacien des principales substances psychoactives nous apparaît indispensable.

Dans la deuxième partie, nous faisons le point sur la notion de prévention, sur la politique de prévention nationale qui est proposée et sur la place du pharmacien d'officine dans cette organisation.

Ensuite dans la troisième partie, nous déclinons le rôle du pharmacien d'officine et proposons à ce dernier des éléments pouvant l'aider à aborder la prévention de l'abstiné au dépendant.

Nous terminons ce travail en réfléchissant à quelques outils que nous pouvons proposer et utiliser pour assurer une meilleure prévention aux addictions aux substances psychoactives.

1^{ère} partie

ADDICTIONS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

I. GÉNÉRALITÉS

A. ADDICTION

1. Définition de l'addiction (1)

Le terme « addiction » est d'étymologie latine, ad-dicere "dire à" et exprime une appartenance en terme d'esclavage. Être addict était ainsi, au Moyen Âge, une ordonnance d'un tribunal, obligeant le débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement, à payer son créancier par son travail. Par la suite, dans la langue anglaise, dès le XIV^e siècle, addiction a pu désigner la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis se rapprocher peu à peu du sens moderne, en désignant des passions nourries et moralement répréhensibles. Ce terme est utilisé depuis quelques années comme équivalent du mot dépendance (ou pharmacodépendance) et même de toxicomanie. Le terme français correct serait assuétude.

L'addiction a une caractéristique comportementale qui se reconnaît à une envie constante et irrépressible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper. Le sujet se livre à des conduites dites " addictives " et ceci souvent malgré la conscience aiguë des risques d'abus et de dépendance. L'addiction se rapporte autant à des produits qu'à des conduites telles que le " jeu compulsif ", les conduites à risques ou le suivi de certains entraînements sportifs inadaptés entraînant un syndrome de surentraînement.

Les problèmes engendrés par une addiction peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial ou social. Sa gravité naturellement croissante se traduit par une dégradation progressive et continue à tous ces niveaux, rendant le retour à l'équilibre de plus en plus difficile.

2. Les critères de l'addiction (2)

C'est en 1990 que le psychiatre anglais Goodman propose une définition, décrivant ainsi les critères d'inclusion dans le champ des addictions.

a. Critères de l'addiction selon Goodman

A. Impossibilité de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.

B. Sentiment croissant de tension précédant le début du comportement.

C. Sentiment de plaisir ou de soulagement durant la durée.

D. Sensation de perte de contrôle au cours de la réalisation du comportement.

E. Présence d'au moins cinq des neuf items suivants :

1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou à sa préparation
2. Une intensité et une durée des épisodes plus longues et importantes que celles souhaitées à l'origine
3. Tentatives répétées pour diminuer, contrôler ou arrêter la conduite addictive
4. Temps important consacré à la préparation des épisodes, à leur réalisation ainsi qu'à la récupération des effets
5. Apparitions fréquentes des épisodes quand l'individu doit entreprendre des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales
6. Réduction ou abandon des activités professionnelles, sociales ou récréatives en raison de ce comportement
7. Poursuite du comportement, bien que l'individu sache qu'il est responsable ou qu'il aggrave les problèmes sociaux, psychologiques, physiques persistants ou récurrents
8. Une tolérance marquée c'est-à-dire un besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence afin d'obtenir l'effet souhaité ou la diminution de l'effet si l'attitude est poursuivie avec la même intensité

F. Caractère agité ou irritable si le comportement ne peut être effectué.

Tableau 1 : Les critères de l'addiction selon GOODMAN (2)

En résumé, on peut simplifier la définition de l'addiction comme **l'impossibilité de contrôler un comportement** et par la **poursuite de ce comportement malgré la connaissance** de ses conséquences néfastes. Cette conduite vise à produire du plaisir et/ou à écarter une sensation de malaise interne.

b. Intérêts du concept de pratiques addictives. (3,4)

L'intégration dans les pratiques addictives de celles liées au tabac, à l'alcool ou aux médicaments psychotropes permet de comparer, le plus objectivement possible, leurs effets, les pathologies induites, leurs conséquences et leur coût, à ceux des différentes toxicomanies « illicites ».

De plus, ce concept permet de sortir du piège des expressions stigmatisantes : « alcoolisme », « toxicomanie ». En effet, tout consommateur de substances psychoactives, licites ou illicites, ne possède pas un comportement addictif s'il ne retrouve pas cette avidité, cette répétition et cette impossibilité de lutter contre la dépendance. **Ce n'est pas le produit en lui-même qui caractérise l'addiction mais l'utilisation qu'en fait le sujet.** Il est donc important de maintenir la distinction entre usage, abus et dépendance, repérage rendu impossible par l'utilisation des termes globalisants d'alcoolisme ou de toxicomanie.

c. Notion d'addiction(s) sans drogue

Il existe également des addictions sans drogues, telles que l'anorexie-boulimie, les addictions au travail, au sport, au sexe, le jeu pathologique ou les achats compulsifs. Les ressemblances comportementales des addictions sans drogues avec les addictions aux substances psychoactives sont expliquées par des mécanismes neurobiologiques et psychologiques proches.

3. Comportement d'utilisation (3,4)

L'utilisation des substances psychoactives entraîne immédiatement une modification de la perception, du comportement et de l'humeur. L'importance de ces réactions est fonction de différents facteurs (dose, fréquence, durée, facteurs individuels...).

La communauté scientifique internationale distingue trois grands niveaux de comportements dans la consommation de toute substance (quelle qu'elle soit). Ces types de consommation sont l'usage simple, l'abus ou l'usage nocif et la dépendance.

a. Usage simple

L'usage simple est défini par toute consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des effets nocifs sur soi ou sur les autres. L'usage est souvent le cas des jeunes adolescents qui essaient par curiosité ou par entraînement pour s'amuser avec les autres et qui en resteront à des consommations occasionnelles.

L'usage simple n'est pas considéré comme pathologique car il ne provoque pas de dommages. Cependant, il peut évoluer vers un usage à risque en cas de conduite automobile ou en cas de consommations excessives.

b. Abus / usage nocif (5)

(1) Abus

La DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) définit l'abus comme une consommation provoquant des souffrances au niveau somatique, psychoaffectif et social pour un individu mais également pour son entourage.

A. Mode de consommation d'une substance psychoactive provoquant une altération du comportement de façon à ce que l'on puisse constater la présence d'une ou plus de ces manifestations pendant une période d'un an :

1. Une consommation répétée d'une substance provoquant une incapacité à remplir des obligations de la vie professionnelle, à l'école, à la maison.
2. Une utilisation répétée d'une drogue dans des situations pouvant être physiquement dangereuses telle que la conduite automobile sous influence d'une drogue.
3. Des infractions répétées liées à l'utilisation d'une substance : arrestation pour violence...
4. La prise d'une substance malgré l'existence de problèmes personnels ou sociaux ; ceux-ci pouvant être causés ou amplifiés par ses effets (disputes conjugales, violences...)

B. Les symptômes ressentis n'ont jamais atteint le stade de dépendance.

L'abus ne fait pas référence à la notion du caractère licite ou illicite des substances.

Tableau 2 : Les critères de l'abus selon le DSM-IV (5)

Il faut noter qu'à ce stade on ne parle jamais de maladie mais d'état **réversible**. Ce sont des troubles qu'il faut dépister.

(2) L'usage nocif pour la santé selon la CIM-10

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) définit l'usage nocif comme étant une consommation de substance préjudiciable pour la santé provoquant des dommages physiques ou psychiques pour l'utilisateur. Ces troubles peuvent être causés par la substance en elle-même mais également par ses modalités de prise. Les dommages causés par la prise de la substance psychoactive sont ressentis par le consommateur et par son entourage. Il convient

de faire prendre conscience à l'utilisateur du problème existant dans sa modalité de consommation.

c. Dépendance (6,7)

L'installation de la dépendance est avérée lorsque l'on ne peut plus se passer de consommer un produit psychoactif sous peine de ressentir des souffrances physiques et/ou psychiques. Elle peut apparaître brutalement ou progressivement selon la substance consommée.

La dépendance est installée quand l'utilisateur présente 3 (ou plus) des manifestations suivantes à n'importe quel moment sur une durée d'un an :

1. Existence d'une tolérance caractérisée par le besoin d'augmenter les doses de la substance pour obtenir l'effet désiré ou un effet diminué pour un apport continu d'une même quantité de produit
2. Existence d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance qui nécessite la prise de la substance pour ne plus ressentir les symptômes
3. La prise de la substance se fait sur une durée plus longue que celle prévue initialement ou se fait en plus grande quantité
4. Des efforts infructueux sont réalisés dans le but de diminuer ou contrôler la consommation
5. Un temps important est nécessaire pour se procurer, consommer cette substance et de récupérer des effets de celle-ci
6. La réduction, voire l'abandon des activités sociales, de loisirs et occupationnelles à cause de la prise de produit
7. L'utilisateur continue à prendre cette substance malgré la présence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par celle-ci

L'utilisateur va avoir sa vie quotidienne largement, voire exclusivement tournée autour de la quête et la consommation de cette substance bien qu'il soit conscient des effets néfastes de celle-ci sur lui et sur son entourage

Tableau 3 : Les critères de la dépendance selon DSM-IV (7)

On distingue 2 dépendances : la dépendance psychique et la dépendance physique.

- **La dépendance physique** se définit par un besoin irrésistible de prendre une substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation de produit. Elle induit la

présence chez l'utilisateur du phénomène de tolérance et la présence du syndrome de sevrage.

- **La dépendance psychique** se définit par le besoin de maintenir ou de retrouver le sentiment de plaisir, de bien être et la stimulation que procure la substance à l'utilisateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise qui survient quand il n'y a plus de produit. Cette dépendance se traduit par le phénomène de **craving** qui se définit par la recherche compulsive et incontrôlée de la substance.

4. Repérage des facteurs de risque (8,9)

L'addiction peut être mesurée comme la résultante de 3 facteurs qui sont : les facteurs de risque liés au produit (P), les facteurs individuels de vulnérabilité (I), les facteurs de risques environnementaux (E).

$$\text{Addiction} = P \times I \times E$$

La connaissance de l'ensemble de ces facteurs est nécessaire car cela permettra d'élaborer des actions de prévention centrées et ciblées sur l'individu. Un soutien psychosocial adapté sera obligatoire pour permettre une prise en charge globale de l'utilisateur.

De plus, le repérage de ces facteurs individuels (I) ou environnementaux (E) représente un élément diagnostique et pronostic de première importance. En effet, la présence de ces éléments, associée à la prise de substances psychotropes, laisse fortement présager l'installation d'un usage nocif puis d'une dépendance.

a. Facteurs de risques individuels I

Toute consommation de substances psychoactives au niveau familial constitue un sérieux facteur de risque, de même qu'une faible estime de soi, l'autodépréciation, un comportement antisocial (agressivité, vol...) ainsi que la coexistence de signes dépressifs.

b. Facteurs liés aux produits P

La consommation de toute substance psychoactive entraîne un ensemble de symptômes caractéristiques du produit. Les effets ressentis sont variables entre les individus

et même chez un même individu en fonction du moment de la prise ainsi que de l'état physique ou psychique dans lequel il se trouve.

c. Facteurs liés à l'environnement E (10)

Les facteurs environnementaux liés aux risques de la consommation sont nombreux :

- Les facteurs familiaux : la gravité des carences éducatives subies par l'enfant, son rôle dans la famille, l'isolement social de la famille, la présence de conflits familiaux.
- Les facteurs sociaux-culturels : ils font référence à l'exposition à une substance dans une société déterminée. Ils peuvent être classés par âge, par sexe...
- Influence de l'entourage « copains » : la consommation à titre ludique et de convivialité joue un rôle crucial dans l'initiation de la consommation des substances psychoactives à l'adolescence. L'adolescent veut consommer pour augmenter son sentiment d'empathie et de communion avec le groupe. Il cherche ainsi, par la transgression des règles, à faire sa propre expérience.

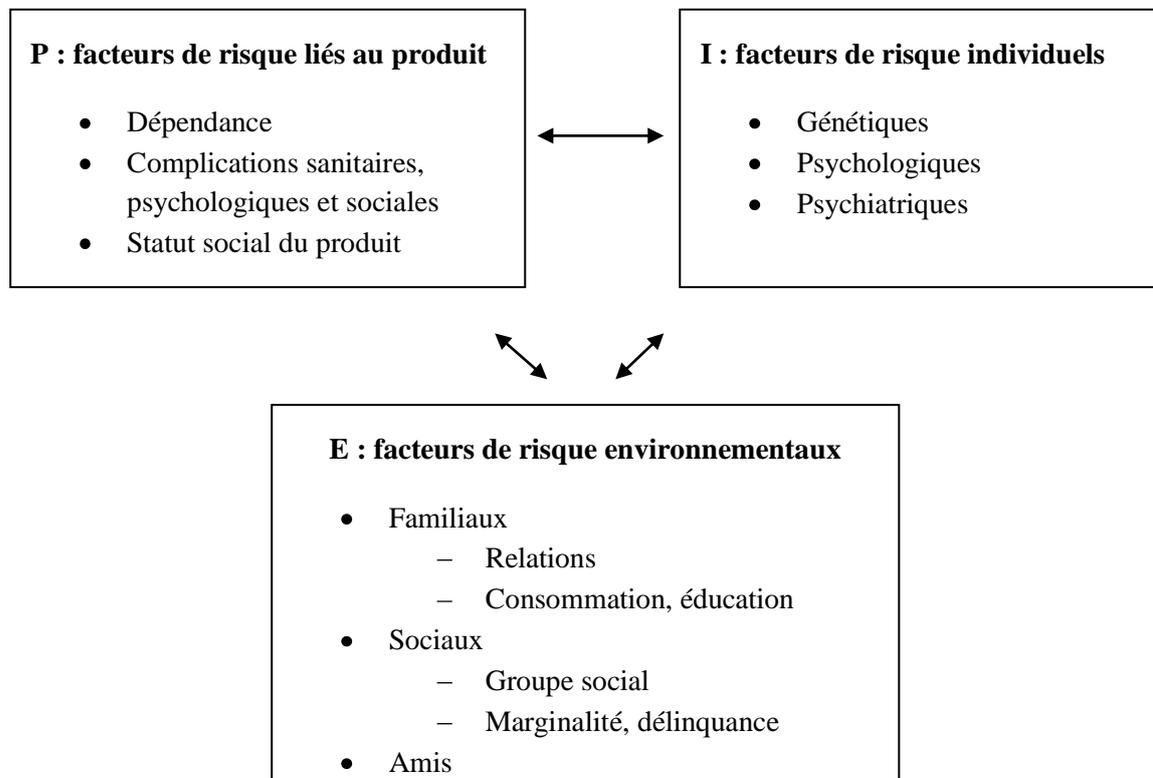


Tableau 4 : Interactions entre P, I et E (10)

B. MÉCANISME NEUROLOGIQUE : ACTION SUR LE CERVEAU (11, 12, 13)

1. Système de récompense

Le cerveau du patient addict ne fonctionne pas selon la norme. Il y a une **altération** des mécanismes cérébraux qui expliquent la difficulté des personnes concernées à contrôler leur comportement de consommation. Les altérations neurobiologiques sont celles du circuit **du plaisir et de la gestion des émotions** situé dans le système dopaminergique mésocortilimbique. Ce système est aussi appelé : « système de récompense et de punition », « d'approche ou d'évitement » ou de « plaisir et de souffrance ». Il est formaté dès l'enfance en fonction des expériences précoces de plaisirs et de déplaisirs. Ainsi, les événements, émotions et stress précoces préparent la sensibilité et la réactivité de ce système.

2. Dopamine

La dopamine est le neurotransmetteur clé du système de récompense. Les récompenses naturelles et la majorité des drogues addictives modifient la transmission dopaminergique en stimulant sa libération par les neurones de l'aire tegmentale ventrale qui se projettent au niveau de l'hypothalamus, de l'amygdale, du septum, du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

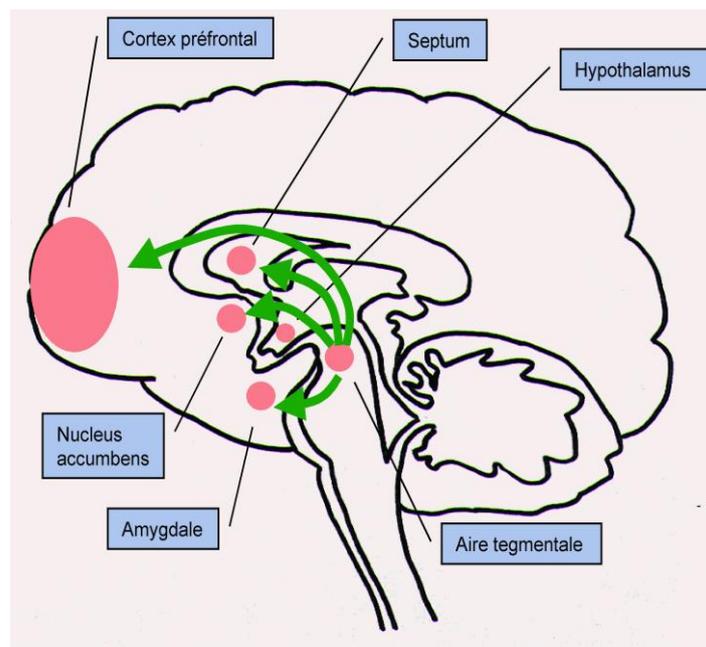


Figure 1: Anatomie dopaminergique cérébrale (13)

Le seuil dopaminergique varie en fonction de la récompense :

- Il augmente dans l'anticipation, l'attente de la récompense, du plaisir
- Il est plus élevé encore lors de la récompense
- Il ne retourne à son état basal qu'à l'obtention de celle-ci
- Son absence, malgré le signal annoncé, fait que l'activité dopaminergique sera en dessous de ce seuil et ceci entrainera une sensation de mal-être, d'anxiété et d'irritabilité.

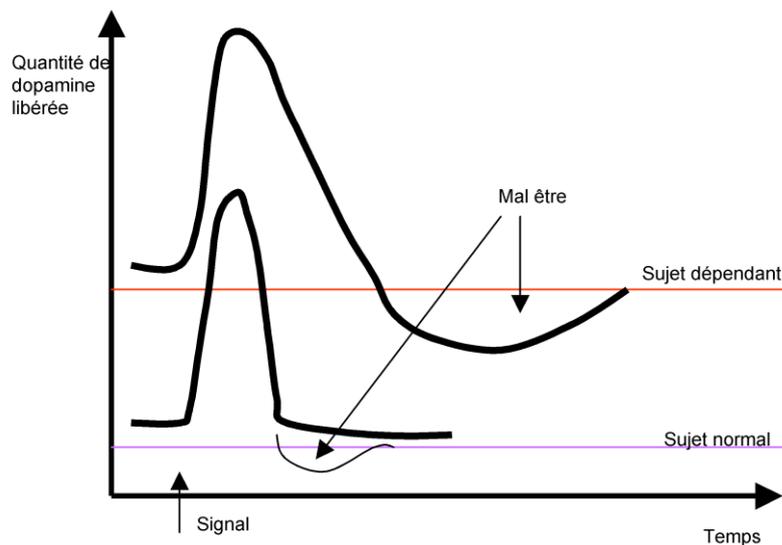


Figure 2 : Activité des neurones dopaminergiques (13)

Le seuil dopaminergique de base est relatif et peut se trouver augmenté de manière adaptative par des événements stressants, une ingestion chronique de produits provoquant des hausses répétées de dopamine.

3. Actions des substances psychoactives

Les substances psychoactives susceptibles d'entraîner une dépendance provoquent une hyperdopaminergie au niveau des synapses suivant des mécanismes différents :

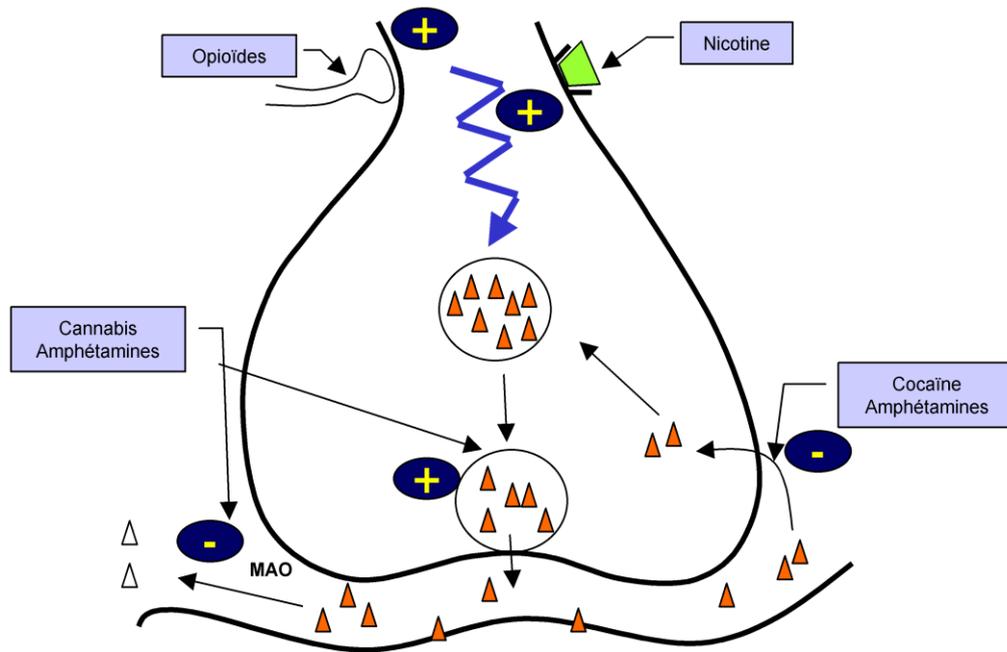


Figure 3: Synapse dopaminergique (13)

Alcool : blocage de la monoamine oxydase responsable de la dégradation de la dopamine

Amphétamines : augmentation de la libération de dopamine et blocage de sa recapture

Cannabis : augmentation de la libération de dopamine (faible)

Cocaïne : blocage de la recapture de la dopamine

Nicotine : stimulation des récepteurs nicotiques présents à la surface du neurone dopaminergique

Opiacés : inhibition des neurones GABAergiques inhibant les voies dopaminergiques.

Chaque nouvelle prise de drogues entrainera une libération de dopamine. C'est cette sur-stimulation anormale et répétée qui va provoquer un processus d'adaptation. Des systèmes de compensation appelés systèmes opposants seront activés afin de réduire les effets de la sur-stimulation.

4. Schéma de Volkow (14)

Volkow a proposé un schéma synthétique de fonctionnement du cerveau addict. En situation normale, 4 circuits interagissent :

- Le circuit de récompense situé dans le Nucleus accumbens
- Le circuit de la motivation et du sens situé dans le cortex orbito-frontal
- Les voies de la mémoire dans l’Amygdale
- Le contrôle cortical et intellectuel dans le cortex préfrontal.

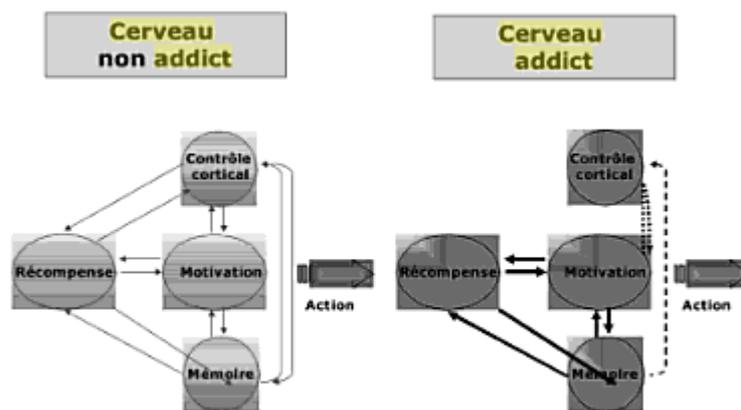


Figure 4: Schéma de Volkow (14)

- Dans un cerveau non addict il y a équilibre entre les quatre circuits.
- Dans le cerveau addict, on note un déséquilibre entre les circuits avec une déconnexion au moins partielle du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du contrôle cortical.

Le cerveau devient hypersensible à la drogue et aux stimuli environnementaux qui lui sont associés et accorde beaucoup moins d'importance aux autres intérêts qui sont devenus secondaires par rapport au besoin obsédant de se procurer du produit.

II. MODÈLE DE CHANGEMENT SELON LE DIAGRAMME DE PROCHASKA ET DICLEMENTE (15, 16, 17, 18)

A. NAISSANCE D'UN MODÈLE

En 1982, DiClemente et Prochaska, du Texas Research Institute of Mental Science, réalisent une analyse comparative de deux groupes de fumeurs dont l'un bénéficie d'une aide thérapeutique. Dans leur étude, ils constatent que les participants utilisent des processus naturels différents, au fur et à mesure qu'ils progressent dans leur combat pour arrêter de fumer.

Ils définissent **6 stades de changement** par lesquels les individus passent pour modifier leur comportement. Ce modèle définit clairement les étapes que parcourt un sujet désireux de modifier son comportement, soit pour un traitement, soit pour mettre fin à une dépendance quelconque que ce soit à l'alcool, au jeu ou à toute autre drogue.

B. STADES DU CHANGEMENT (18)

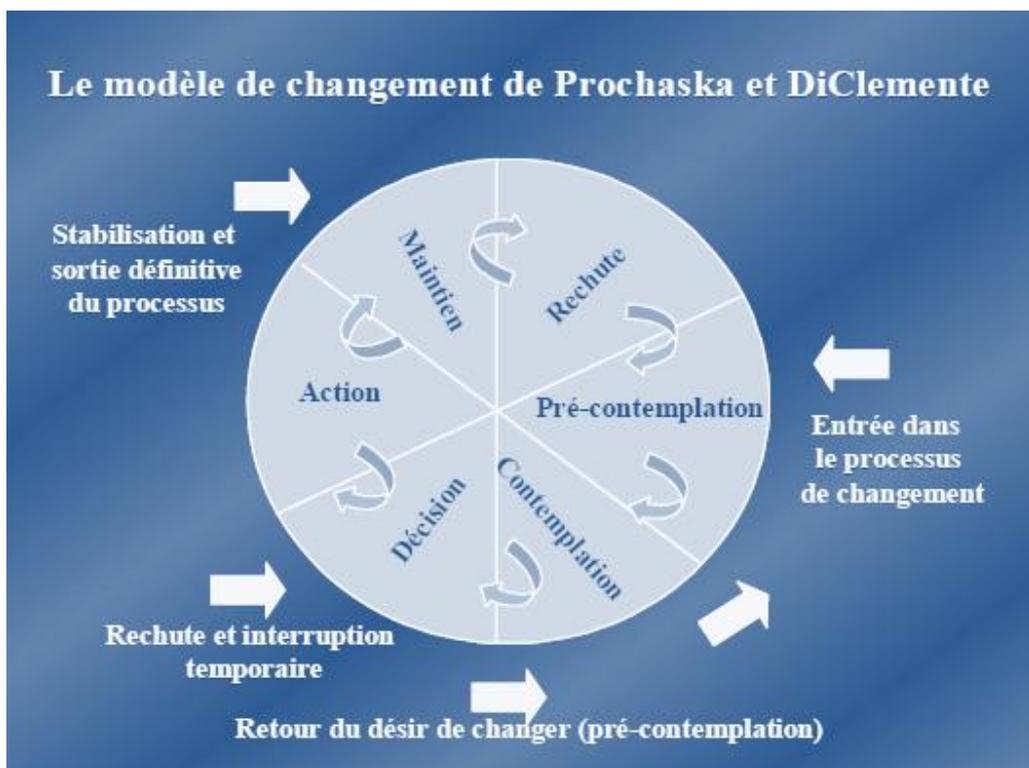


Figure 5 : Modèle de changement de Prochaska et DiClemente (18)

Les phases successives et les stratégies pour aboutir à des changements vont évoluer sur plusieurs mois.

1. Pré-contemplation

C'est le stade du consommateur « heureux » qui n'a pas l'intention de modifier son comportement dans les 6 mois à venir (17). A cette première étape du processus, les personnes ne sont pas conscientes que leur consommation de drogue est à l'origine des différents troubles qu'elles peuvent ressentir. Ce **déni du problème** fait que le sujet ne voit pas à quoi cela servirait de changer de comportement. Il refuse de se remettre en question et reporte le plus souvent l'origine de ces problèmes sur son entourage et sur la société.

2. Contemplation

C'est le stade du consommateur « indécis » qui a l'intention de modifier son comportement dans les 6 mois. Sa prise de conscience provoque chez lui un véritable **désir de changement**. Malheureusement, les changements sont souvent difficiles à initier et la personne dépendante a souvent tendance à remettre sa décision au lendemain. Ces individus ne sont pas prêts à commencer un programme de soins et vivent un réel dilemme : ils sont dans l'**ambivalence**. Le professionnel de santé devra être patient et ne pas mettre la pression pour que l'individu ne se détourne pas du processus de changement.

3. Préparation

C'est le stade du consommateur qui a l'intention de passer à l'action dans un futur proche, habituellement dans le mois qui suit. Ce stade commence dès que **la décision est prise**, lorsque l'individu a choisi après réflexion sa meilleure option et qu'il s'est fixé un objectif. Il ne lui reste plus qu'à s'organiser : parler à un médecin, consulter des ouvrages... Il est maintenant prêt à intégrer un programme de soin.

4. Action

C'est le stade de **l'arrêt de la consommation**. L'utilisateur a opéré, lors des 6 mois précédents, des modifications notables dans son style de vie. De nouveaux comportements se réalisent.

5. Maintien

C'est le stade de la **prévention de la rechute**. L'utilisateur inscrit les nouveaux comportements dans ses habitudes et les intègre dans sa vie. A cette phase apparaît la notion de durabilité dans le temps. Après une phase d'action de 6 mois, l'objectif est de stabiliser les changements de comportement et de limiter les rechutes. Le maintien couvre une longue période pendant laquelle le patient a la possibilité de réviser ses objectifs, d'élaborer de nouvelles stratégies afin de limiter les éventuelles rechutes.

6. Régression et rechute

La régression apparaît lorsqu'un individu retourne à un stade précédent du changement. La rechute est une régression du patient arrivé au stade de maintien. Un individu peut cependant régresser de n'importe quel stade à un stade précédent.

Il est important de noter que la rechute sur le long terme est fréquente et permet de progresser. La manière dont est gérée la rechute est primordiale ; en effet un individu mal préparé à une rechute peut vite se décourager et abandonner sa tentative d'arrêt. Le pharmacien veillera à rassurer le patient et à maintenir sa motivation.

III. SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

A. DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE (19)

Une substance psychoactive agit sur le système nerveux central. C'est une substance naturelle ou synthétique qui agit sur le psychisme en modifiant son fonctionnement. Elle peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement... Toutes les drogues et certains médicaments comme les somnifères et les anxiolytiques sont psychoactifs. Elles peuvent être classées en fonction de leur structure chimique, de leur mode d'action ou de leurs actions pharmacologiques.

Ces molécules ont toutes en commun **d'élever le taux de dopamine au niveau du circuit de récompense**. Celles-ci vont provoquer des modifications de comportements chez l'utilisateur.

Epidémiologie :

Les données du Baromètre Santé par l'OFDT et l'INPES concernant les résultats de 2009 et publiées en 2010 permettent une estimation des pratiques d'usage de substances psychoactives chez les adultes.

	Produits licites		Produits illicites			
	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne
Expérimentateurs :	44,4 M	35,5 M	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000
Dont usagers dans l'année	41,3 M	15,8 M	3,8 M	400 000	150 000	#
Dont usagers réguliers	8,8 M	13,4 M	1,2 M	#	#	#
Dont usagers quotidiens	5,0 M	13,4 M	550 000	#	#	#

Tableau 5 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans (19)

Données non disponibles : #

Définitions :

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la **vie**. Cet indicateur permet principalement de mesurer la diffusion du produit dans la population
- Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année
- Usage régulier : au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois ou d'au moins 120 fois au cours de l'année.

Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (dernière mise à jour de recensement) est d'environ 49 millions. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur du nombre d'usagers. Le tableau fait la synthèse globale des différents usages des produits licites et illicites, qui sont détaillés dans les paragraphes suivants. On note une forte consommation de l'alcool et du tabac ainsi qu'une expérimentation supérieure du cannabis par rapport aux autres drogues.

B. TABAC

1. Historique (20, 21)

Le tabac était inconnu en Europe dans l'antiquité. Néanmoins, les hommes se servaient de la fumée dégagée de cette herbe pour se soigner et prier. Les Indiens d'Amérique avaient recours au tabac lors de rituels et de fêtes religieuses. C'est en 1520 que les premières feuilles de tabac ont été importées en Europe. En 1560, l'ambassadeur de France à Lisbonne, Jean Nicot de Villemain, ramène le tabac à la cour française afin de guérir la reine de France Catherine de Médicis qui souffrait de terribles migraines. Cette herbe qui fut ensuite appelée « l'herbe à la reine », « la Catherinaire » devint très populaire.

Le tabac est connu dans le monde entier à la fin du XVI^{ème} siècle. Louis Nicolas Vauquelin, professeur de chimie à l'Ecole de médecine découvre **la nicotine** en 1809 et l'appelle ainsi en référence à Jean Nicot. C'est en 1830 que les premières cigarettes sont fabriquées industriellement et l'invention de la première machine à fabriquer des cigarettes date de 1843. La consommation tabagique se développe réellement après la seconde guerre mondiale touchant ainsi toutes les classes sociales.

Les médecins ont commencé à observer les méfaits du tabac au XVII^{ème} siècle mais il faut attendre les années 1950 pour que des études épidémiologiques apportent la preuve

indiscutable de la toxicité du tabac. A l'heure actuelle, de nombreuses études vont dans ce sens en dénonçant sa nocivité.

2. Fumée du tabac (22, 23)

a. Composition de la fumée du tabac

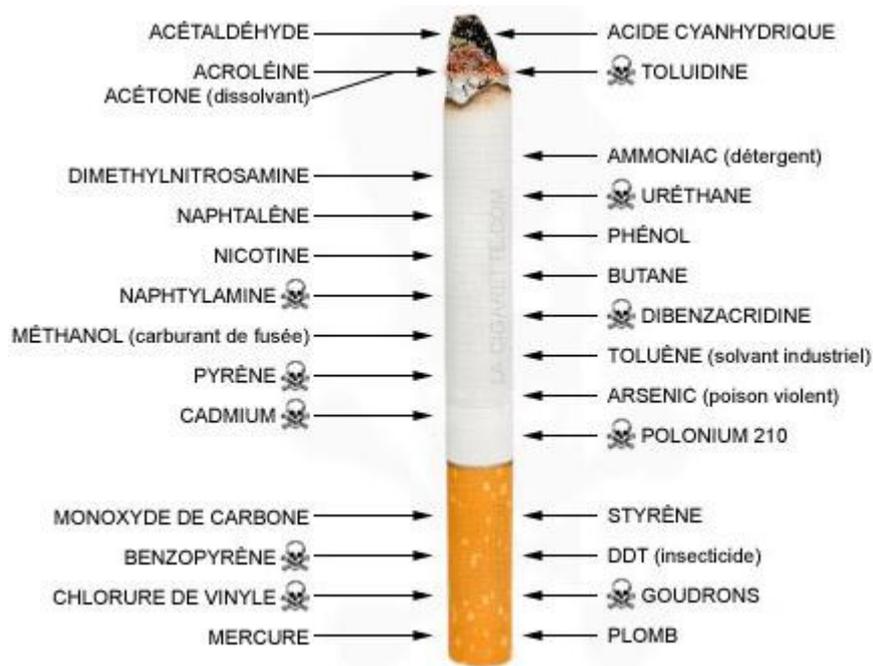


Figure 6 : Principaux constituants d'une cigarette (23)

La fumée de tabac est un aérosol contenant un mélange de gaz et de particules solides. Elle est constituée de 4 000 substances chimiques différentes. Sur ces 4000 substances, une cinquantaine provoque le cancer chez les animaux et l'homme. Les 4 principaux composants sont : la nicotine, l'oxyde de carbone, les composés irritants et les goudrons.

- **La nicotine** : alcaloïde de la feuille de tabac, c'est cette substance qui est à l'origine de la dépendance que ressent le fumeur, l'obligeant ainsi à renouveler les prises. Elle présente une action stimulante procurant le plaisir et la détente.
- **Le CO** : le principal gaz formé lors de la combustion de la cigarette est le monoxyde de carbone (CO). C'est un gaz toxique qui peut prendre la place de l'oxygène sur l'hémoglobine du globule rouge. L'oxygène n'étant pas fixé sur le globule rouge, cela aura pour conséquence l'hypoxie.
- **Les goudrons** : ils sont responsables des cancers. Ils sont nombreux dans la fumée. Peuvent être cités les hydrocarbures (benzène), le plomb. Ils présentent un effet délétère sur l'ensemble des tissus et des muqueuses.

- **Les substances irritantes** : par action sur l'arbre bronchique, elles sont responsables de la « toux réflexe ». Elles attaquent les muqueuses respiratoires et participent à la production de mucus plus visqueux. On peut citer comme exemple : les phénols, l'acide cyanhydrique, les aldéhydes...

b. Mode d'action de la fumée du tabac

La fumée du tabac agit directement ou indirectement sur presque tous les organes du corps. Les produits toxiques se déposent sur les muqueuses de la bouche, du larynx, des poumons, de l'œsophage et les composants gazeux et microparticules véhiculés par le sang exercent leurs effets nocifs sur les artères et les différents organes.

3. Épidémiologie (19)

a. Adolescents

Les données provenant d'enquêtes de la population recueillies par l'OFDT et l'INPES entre 2005 et 2010 montrent qu'avant 14 ans, la consommation est rare puis elle augmente nettement. Plus de 4 jeunes sur 10 de 17 ans (soit 41%) déclarent avoir consommé du tabac au cours des 30 derniers jours. L'âge de la première cigarette est de **13,7 ans** pour les filles et de **13,4 ans** pour les garçons.

L'usage quotidien reste largement répandu et on note une légère prédominance masculine (28% parmi les filles, 30% parmi les garçons). L'usage de tabac chez les jeunes français se situe dans la moyenne européenne.

b. Adultes

D'après l'OFDT, en 2009, parmi les 18-75 ans, 83% des hommes et 71% des femmes déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie.

(1) Répartition selon l'âge et le sexe

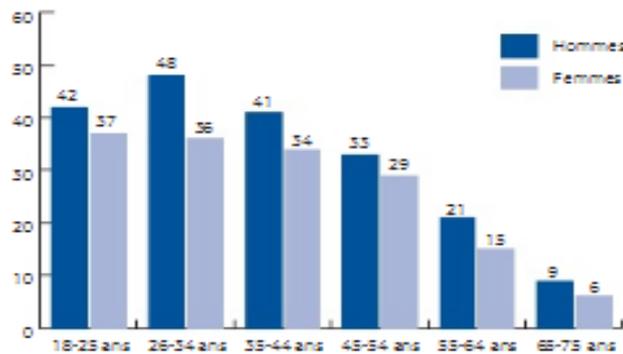


Figure 7 : Proportion de fumeurs quotidiens de tabac, suivant l'âge et le sexe (en %) (19)

Analyse : les hommes sont plus souvent fumeurs de tabac que les femmes et la consommation quotidienne diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier après 50 ans.

(2) Évolution dans le temps

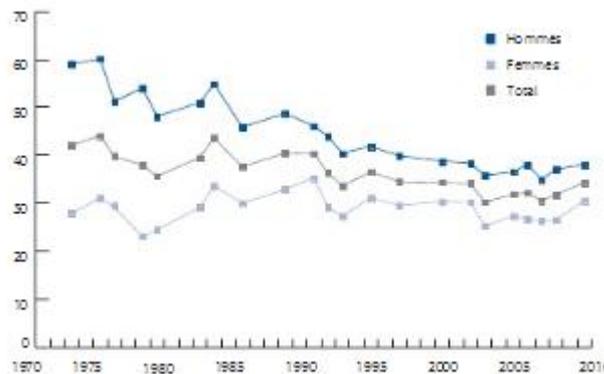


Figure 8 : Évolution du tabagisme actuel depuis 1970 selon le sexe (en %) (19)

Analyse : l'écart de la consommation entre les hommes et les femmes va en diminuant avec les années. La proportion de femmes fumant en 2010 est équivalente à celle de 1970, par contre celle des hommes a diminué. La consommation a diminué par rapport à 1970 mais depuis une dizaine d'année, elle reste stable.

c. Quelques chiffres

Dans leurs études de 2009, l'OFDT et l'INPES montrent que 69% des utilisateurs quotidiens de tabac déclarent fumer au moins 10 cigarettes par jour, surtout chez les hommes. Pour les fumeurs réguliers, le nombre moyen de cigarettes ou « équivalent cigarettes » fumées

quotidiennement est de **13,8**. En 2006, le nombre de décès par cancer attribuables au tabac est estimé à 36 990 dont 22 645 par cancer du poumon.

Remarque : Le mini-test de Fagerström qui tient compte du délai entre le réveil et la première cigarette et les quantités de tabac fumées chaque jour révèle que :

- 35% des fumeurs présentent des signes de dépendance moyenne
- 18% des fumeurs présentent des signes de forte dépendance
- Pour les adolescents de 17-18 ans, 30% des fumeurs présentent des signes de forte dépendance.

La dépendance tabagique s'avère plus fréquente chez les hommes.

4. Complications et maladies liés au tabac (24, 25, 26)

a. Tabagisme actif

Lors du tabagisme actif, il se forme 3 courants de fumée :

- Le courant primaire représente le courant de fumée libéré dès que le fumeur tire sur la cigarette. Lors de l'aspiration de la fumée, il est produit un milliard de particules de 0,3 µm de diamètre
- Le courant secondaire : c'est la fumée qui se dégage de l'extrémité de la cigarette
- Le courant tertiaire correspond à la partie de la fumée inhalée par le fumeur qui est rejetée lors de la prochaine expiration. Il a des effets négligeables car cette fumée comporte les toxiques qui ne sont pas déposés dans les voies respiratoires.

Les complications dues au tabagisme sont très nombreuses et sont notées dans le tableau suivant.

COMPLICATIONS DU TABAGISME ACTIF	
Cancers	Poumons : le plus fréquent, lié au tabac dans 90% des cas Autres : langues, larynx, pharynx, œsophage rein, vessie, pancréas, estomac
Cardiovasculaires	Infarctus du myocarde augmenté surtout avant 45 ans AVC, anévrisme de l'aorte, artérite des membres inférieurs
Respiratoires	Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO) Aggravation d'un asthme préexistant
Reproduction	Impuissance chez l'homme Baisse de la fertilité chez la femme
Os	Fractures pathologiques et d'ostéoporose post-ménopausique augmentées
Peau et phanères	Dessèchement de la peau, accentuation des rides, ongles et cheveux cassants
Infection	Infection bactérienne
Grossesse	Fausse couche, grossesse extra-utérine, retard de croissance du fœtus Faible poids à la naissance

Tableau 6 : Complications du tabagisme actif

b. Tabagisme passif

Le tabagisme passif est défini par l'inhalation involontaire de la fumée de tabac dégagée dans l'atmosphère par un ou plusieurs individus fumeurs. Les courants de fumée inhalés par le non fumeur sont le courant secondaire et une infime partie du courant tertiaire. Les conséquences nocives du tabagisme passif sont désormais démontrées par des études. En plus de la gêne occasionnée, il aggrave les maladies existantes et peut en créer de nouvelles. La relation dose/effet a été démontrée. Une étude impute au tabagisme passif 603 000 décès annuel dans le monde, soit 1% de la mortalité mondiale. (25)

COMPLICATIONS DU TABAGISME PASSIF	
Risque cardiovasculaire	Principal risque Augmenté de 25% pour un sujet vivant avec un fumeur
Cancer du poumon	Risque augmenté de 25%
Sur le jeune enfant	Infections respiratoires, otites, asthmes Troubles déficitaires de l'attention, risque de dépression, d'anxiété généralisée.

Tableau 7 : Complications du tabagisme passif (25)

C. ALCOOL (27)

1. Historique

Les boissons alcoolisées les plus anciennes sont les bières. Ces boissons, dont la première fut probablement élaborée à base de millet, sont largement répandues à travers le monde. Il existait, au troisième millénaire avant Jésus-Christ à Sumer, des pictogrammes « bières » et « brasseur ». En Europe de nombreuses vignes furent plantées près des abbayes et les moines commencèrent la fabrication des liqueurs et à brasser les bières. Par la suite, les boissons alcooliques devinrent des produits rares et chers seulement consommés lors d'occasions spéciales.

Au cours de l'industrialisation, la fabrication et la vente des boissons alcoolisées furent en pleine expansion. Cette augmentation s'explique par des raisons techniques (progrès des méthodes de production) et également par des raisons humaines (réconfort, sensation de chaleur, bien-être). Les excès d'une consommation alcoolique furent démontrés dès le début de l'industrialisation.

2. Définitions

De nombreuses définitions de l'alcoolisme ont été proposées. L'OMS propose en 1951, comme définition de l'alcoolisme, la formule suivante : « les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent, soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique ou mentale, leurs relations avec autrui et leur bon comportement social et économique, soit des prodromes de troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement. » (28)

Selon Fouquet (1951), l'alcoolisme est « la perte de la liberté de s'abstenir de l'alcool ». Fouquet distingue les alcoolites, les alcooloses et les somalcooloses.

- Les alcoolites recouvrent les dénominations d'alcoolisme primaire, d'entraînement, de buveurs excessifs et d'habitudes.
- Les alcooloses recouvrent les dénominations d'alcoolisme secondaire, alcoolisme névrotique, alcoolisme de compensation.
- Les somalcooloses recouvrent les dénominations d'alcoolisme symptomatique, d'alcoolisme psychiatrique.

3. Épidémiologie (19)

a. Analyse de la consommation alcoolique

(1) Répartition selon l'âge et le sexe

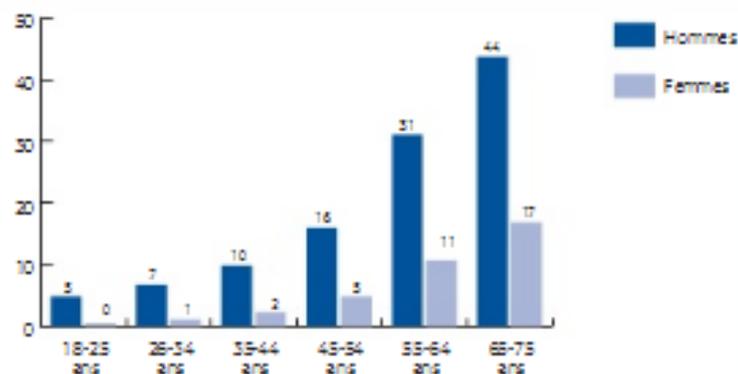


Figure 9 : Usage quotidien d'alcool au cours de l'année 2010, selon le sexe et l'âge (en %) (19)

Analyse : d'après l'OFDT et l'INPES, les hommes s'avèrent nettement plus consommateur d'alcool que les femmes. On observe une augmentation de l'usage quotidien d'alcool avec l'âge.

(2) Répartition dans le temps

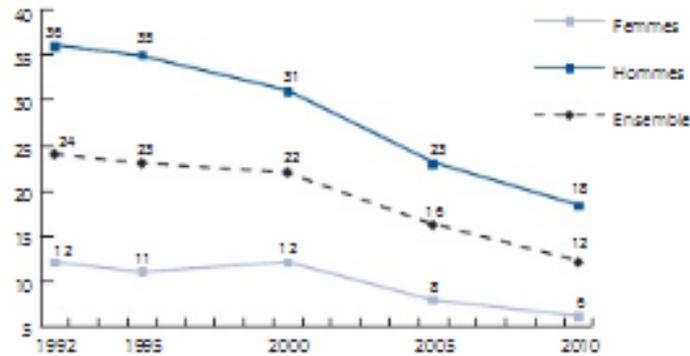


Figure 10 : Évolution de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans (en %) (19)

Analyse : la baisse des usages quotidiens de boissons alcoolisées depuis plusieurs années est confirmée par le Baromètre santé 2010, rédigé par l'OFDT et l'INPES.

b. Adolescents (19, 29)

Les données issues du Baromètre de Santé 2010 retenues par l'OFDT et l'INPES montrent qu'avant 14 ans, la consommation est rare. L'alcool est de très loin la substance psychoactive la plus consommée : 8 jeunes sur 10 déclarent un usage au cours des 30 derniers jours et 6 jeunes sur 10 ont déclaré avoir été ivres au moins une fois dans leur vie.

Le binge drinking : également appelé « d'intoxication aiguë alcoolique » ou « alcoolisation paroxystique intermittente ». C'est un terme anglosaxon désignant à la fois la pratique consistant à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion, dans un laps de temps court et dans une perspective de défonce. (5 verres chez les garçons, 4 verres chez les filles). Environ **49%** des jeunes disent avoir bu plus de 5 verres en une même occasion au cours des 30 derniers jours.

Classement des boissons : les bières et les prémix sont les boissons les plus populaires avec 57% et 48% des consommateurs. Viennent ensuite les alcools forts, puis le champagne, mousseux, cocktails et vins. La France se classe à la **15^{ème}** place des pays européens,

l'Autriche est le pays où la consommation mensuelle est la plus élevée et l'Islande celui où elle est la plus faible.

Premix et alcopops : les professionnels du secteur des boissons alcoolisées ont développé des stratégies marketing en direction des jeunes consommateurs, attirés par les saveurs sucrées. Conditionnés en bouteilles ou en canettes, ces produits possèdent une teneur en alcool s'élevant à 5-6% du volume, masquée par leurs saveurs sucrées.

- Premix : boissons mélangeant des sodas ou des jus de fruits avec des alcools forts (whisky, vodka...)
- Alcopops : mélange de boissons alcooliques (bière ou vodka par exemple) ou d'un alcool avec un arôme (vodka au citron par exemple).

c. Adultes

D'après l'OFDT, les usages d'alcool apparaissent en baisse en particulier depuis 2000. Le vin reste la boisson alcoolisée la plus couramment consommée, devant les alcools forts et la bière. La survenue d'une ivresse au cours de l'année écoulée concerne 19% des adultes. Elles s'avèrent nettement plus masculine : 27% des hommes contre 11% des femmes sont concernés.

d. Quelques chiffres

Les données recueillies par l'OFDT et l'INPES montrent que :

- La vente d'alcool en 2009 est de **12,5 litres** d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus
- **140 000** consommateurs ont été vus dans les centres spécialisés au cours des années 2008-2009
- En 2007, **30 000** décès ont été attribués à l'alcool, que ce soient par morts violentes ou conséquentes de pathologies liées à la consommation d'alcool
- En 2008, il a été noté **149 491** condamnations pour conduite en état alcoolique.

4. Informations générales (30, 31)

a. Seuils à ne pas dépasser

L'augmentation des risques liés à une absorption abusive d'alcool a été prouvée en cas d'une prise supérieure à 2 unités alcool soit 20 grammes d'alcool. Les recommandations sont les suivantes :

- Pour les hommes : ne pas consommer plus de **3 verres** d'alcool (3 unités alcool) / jour
- Pour les femmes : ne pas consommer plus de **2 verres** d'alcool (2 unités alcool) / jour
- Pour les consommations occasionnelles : ne pas consommer plus de **4 verres** d'alcool (soit 4 unités d'alcool) en une seule occasion.

Il est également important de préciser au patient de ne pas boire en cas de grossesse et d'allaitement, lors de la conduite d'un véhicule (pas plus de 2 verres : seuil légal à ne pas dépasser), en cas de certaines maladies chroniques (épilepsie, hépatite C, pancréatite), en cas de prise de médicaments, et si il est mineur. Les réactions à la consommation d'alcool sont extrêmement variables d'un individu à un autre en fonction du sexe, de la corpulence et du moment de la prise.

b. Repères de consommation (32)

L'« unité-alcool » permet de connaître la quantité d'alcool consommée par l'individu. Un verre d'alcool standard contient, quelque soit la boisson avalée, **10 grammes d'alcool pur ou 1,25 centilitre d'alcool pur**. Sa métabolisation est hépatique et on considère qu'une « unité-alcool » est éliminée en une heure.



Figure 11 : Équivalence en unité alcool (32)

5. Complications et maladies liées à l'alcool (30, 31)

Risques immédiats	Troubles comportementaux : violence, agressions Etat d'ivresse : nausées, vomissements Accidents de la voie publique(AVP) Coma voir décès
Risques à long terme	Cancers : bouche, gorge, œsophage
	Cirrhoses
	Troubles psychiques : anxiété, dépression

Tableau 8 : Complications et maladies liées à l'alcool

6. Alcool et femmes enceintes (30, 31)

Aucun seuil de consommation sans risque n'a été déterminé. Par conséquent, l'abstinence totale d'absorption d'alcool est recommandée pour les femmes enceintes dès le début de leur grossesse et en cas d'allaitement. Toute consommation, même insignifiante, peut provoquer des risques pour le fœtus.

L'atteinte la plus grave d'une exposition prénatale à l'alcool est le **syndrome de l'alcoolisation fœtale (SAF)**. Il se caractérise par un retard de croissance, des anomalies du système nerveux central à titre de troubles neurologiques, comportementaux, altération des fonctions intellectuelles...

D. CANNABIS

1. Historique (33)

Le cannabis ou chanvre indien est une plante connue depuis plus de 4000 ans par les peuples du Nord-est asiatique. Sa première indication comme substance toxicomanogène est révélée dans le traité de pharmacopée chinois Pen Ts'ao datant du 28^{ème} siècle avant Jésus-Christ. Son utilisation s'est élargie aux pays voisins. Les Indiens avaient recours à la plante lors de rituels religieux qu'ils considéraient comme une herbe sacrée.

Dès le début du XVIIIème siècle, le cannabis est utilisé pour soigner les maladies inflammatoires, les constipations, comme sédatif dans les dépressions et comme antalgique. La connaissance des effets narcotiques et hypnotiques de la plante fut mise en évidence vers 1890 et conduisit à un déclin de son utilisation à des fins médicales.

2. Présentation (34)

Le cannabis se présente sous différentes formes :

a. Herbe (marijuana, ganga, beuh...)

Il s'agit des différentes parties du chanvre : les feuilles, les tiges et les sommités fleuries qui ont été séchées voir écrasées. De couleur vert brunâtre, d'odeur forte, elle est le plus souvent mélangée à du tabac dans les « joints », « pétard ».

b. Résine (haschisch, shit, chichon...)

Forme la plus consommée en France, elle est obtenue à partir des sommités fleuries de la plante. De couleur brune, noire ou beige, c'est une pâte compacte présentée sous forme de boulettes ou barrettes emballées dans un papier d'aluminium ou un film plastique.

c. Huile

L'huile est un liquide visqueux de couleur vert, marron ou noir, qui est généralement mis sur le papier à cigarettes ou dans les joints pour accroître leur puissance d'action. Son utilisation en France est rare.

3. Épidémiologie (19)

Le cannabis est la première substance illicite consommée en France.

a. Évolution 1992-2010

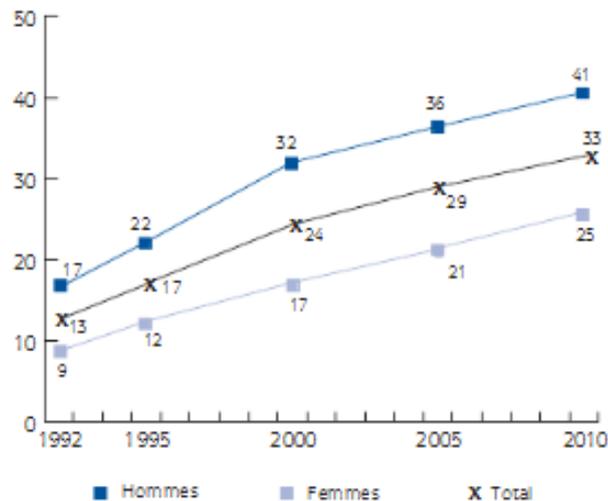


Figure 12 : Évolution entre 1992 et 2010 de la proportion d'expérimentateurs de cannabis parmi les 18-64 ans, par sexe (en %) (19)

Analyse : La proportion d'expérimentateurs a doublée en 20 ans et cette progression est constante.

b. Adolescents

Les données recueillies par l'OFDT et l'INPES ces dernières années montrent qu'1/4 des adolescents déclare avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois (20% des filles et 30% des garçons) et que la consommation de cannabis des jeunes français est une des plus élevée d'Europe.

c. Adultes

Durant cette même période, l'OFDT et l'INPES notent que la consommation concerne surtout les hommes, quelques soient la tranche d'âge ou le niveau d'usage observé. Il existe un usage différencié selon le statut professionnel :

- Les chômeurs : plus consommateurs que les actifs occupés du même âge
- Les artisans et employés affichent le plus haut niveau d'usage

- Les ouvriers affichent le plus faible niveau d’usage
- Les étudiants apparaissent nettement sur-consommateurs par rapport aux actifs du même âge.

d. Quelques chiffres

Les études faites par l’OFDT et l’INPES soulignent que :

- En 2008, **32 000** consommateurs de cannabis ont été accueillis dans les structures spécialisées en addictologie. Ce chiffre inclut les personnes faisant un usage intensif et celles qui en consomment occasionnellement
- Conduire sous l’effet du cannabis multiplie par **1,8** le risque d’être responsable d’un accident mortel de la route. Ce risque est multiplié par près de 15 en cas de consommation conjointe d’alcool
- **124 921** interpellations ont été effectuées en 2009 pour usage de cannabis.

En 2009 le prix d’un gramme de résine était de 5 € et de 7 € pour un gramme d’herbe.

4. Effets et risques du cannabis (35, 36)

Effets et risques immédiats	Désirés : Ivresse cannabique	Détente, bien-être, modification des perceptions Dose-dépendante
	Non désirés, « bad-trip »	Angoisses, tremblements, vomissements, confusion (dose-dépendant)
Effets et risques à long terme	Troubles cardiaques	Augmentation de la fréquence et du débit cardiaque
	Cancers	Poumons, gorge
	Cerveau	Effet sur mémoire immédiate Diminution de la capacité de concentration, difficultés scolaires, Modification de la perception visuelle, des réflexes et de la vigilance (Réversibles à l’arrêt) Syndrome amotivationnel : stade extrême chez le fumeur chronique
	Troubles psychiques	Paniques et angoisses, psychose cannabique, hallucinations, délires

Tableau 9 : Effets et risques du cannabis

Une consommation régulière de cannabis peut conduire à l'installation d'une dépendance chez certains usagers. L'usage régulier se transforme alors en habitude de vie. La recherche de cannabis, de lieux et d'occasions où on peut en fumer devient une obsession. La dépendance qui s'installe progressivement est essentiellement psychologique. Certaines personnes vont avoir plus de difficultés que d'autres à s'arrêter.

E. PSYCHOTROPES : BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS

1. Définition

Les médicaments psychotropes sont des substances susceptibles de modifier l'activité mentale et dont l'action essentielle s'exerce au niveau du système nerveux central et sur le psychisme. Ils sont prescrits par un médecin, chez une personne pour atténuer ou faire disparaître une souffrance psychique dans le but de diminuer les troubles anxieux, qu'ils soient transitoires, occasionnels ou chroniques. Les populations demandeuses de ces médicaments sont les personnes stressées, anxieuses, ayant d'importantes responsabilités mais également les personnes âgées touchées par la solitude. Leur prescription doit avoir une durée limitée et nécessite des consultations médicales régulières.

Les effets des médicaments psychotropes sont fonction de plusieurs facteurs. La structure chimique, la sensibilité du patient et les doses administrées influencent les effets.

2. Trois catégories d'addictions médicamenteuses (37)

Trois types de toxicomanies médicamenteuses sont à différencier.

a. Escalade médicamenteuse, à l'insu des patients

A la suite d'une prescription initiale, des médicaments supplémentaires sont prescrits pour lutter contre la persistance des symptômes voir l'apparition de nouveaux symptômes. Le patient, attaché à ses ordonnances, ne supporte pas que le médecin supprime un produit.

b. Surconsommation médicamenteuse volontaire

Elle concerne les médicaments psychotropes, notamment les opiacés, les benzodiazépines ou d'autres médicaments non psychotropes. Le sujet voit sa vie centrée sur la prise de ses médicaments avec une succession d'épisodes de consommation contrôlée et de

consommation abusive. L'individu, par son comportement, recherche le plaisir de « fonctionner » dans un état second.

c. Consommation de médicaments chez les toxicomanes à la cocaïne ou à l'héroïne.

La prise de médicaments associée à une consommation de substances psychoactives (par exemple : héroïne et benzodiazépines) module les effets de celles-ci qu'ils soient sédatifs ou excitants. Il est par ailleurs fréquent qu'il y ait consommation d'alcool en cas de ces polytoxicomanies.

3. Classification des psychotropes (38)

Les médicaments psychotropes regroupent 4 classes particulièrement impliquées dans une utilisation détournée : les anxiolytiques, les hypnotiques, les neuroleptiques et les antidépresseurs.

CLASSES DE PSYCHOTROPES	INDICATIONS	MOLÉCULES
Anxiolytiques ou tranquillisants	Diminution de l'anxiété et de l'angoisse	Alprazolam : XANAX® Bromazépam : LEXOMIL® Oxazépam : SERESTA® Prazépam : LYSANXIA®...
Hypnotiques ou somnifères	Déclenchement et/ou conservation du sommeil	Lormétazépam : NOCTAMIDE® Loprazolam : HAVLANE® Zolpidem : STILNOX® Zopiclone : IMOVANE® Doxylamine : DONORMYL®...
Neuroleptiques ou antipsychotiques	Traitement des psychoses (schizophrénies, troubles délirants...)	Halopéridol : HALDOL® Olanzapine : ZYPREXA® Sulpiride : DOGMATIL® Tiapride : TIAPRIDAL®...
Antidépresseurs	Traitement des dépressions (tristesse, fatigues, perte d'énergie...)	Citalopram : SEROPRAM® Clomipramine : ANAFRANIL® Fluoxétine : PROZAC® Venlafaxine : EFFEXOR®...

Tableau 10 : Différentes classes et indications des psychotropes

4. Épidémiologie (19)

a. Évolution

La découverte des médicaments psychotropes dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle a révolutionné la prise en charge des troubles psychiatriques. Leur usage s'est donc peu à peu banalisé. D'après l'OFDT et l'INPES au cours de la période 1990-2005, l'évolution des consommations a été caractérisée par une progression des antidépresseurs. La consommation des anxiolytiques et hypnotiques est restée stable.

Estimation du nombre d'usagers de médicaments psychotropes en France métropolitaine parmi les 12-75 ans (19)

Expérimentateurs	occasionnels	dont réguliers
//	8.9 millions	3.8 millions

// non disponibles

Expérimentateurs : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie

Occasionnels : consommateur dans l'année

Réguliers : au moins un usage dans la semaine pour les adultes, au moins 10 fois par mois pour les adolescents.

b. Adolescents

En 2005, les chiffres publiés par l'OFDT et l'INPES montrent qu'un peu moins d'un jeune de 17 ans sur 10 a eu recours à un médicament psychotrope, à la suite d'une prescription ou d'un usage détourné. Il est noté aussi que la consommation est supérieure chez les filles par rapport aux garçons (11,8% contre 3,7%) et qu'à 14-15 ans, **20%** des adolescents déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie.

c. Adultes

Dans cette même étude l'OFDT et l'INPES notent qu'environ 4 adultes sur 10 (37%) déclarent avoir déjà pris des médicaments psychotropes au cours de la vie. Les femmes sont plus concernées que les hommes (45% contre 28%). Par ailleurs, la consommation

des substances psychotropes sont fonction de l'âge. La prise d'anxiolytiques et antidépresseurs augmentent jusqu'à 55 ans puis reculent, tandis que celle des somnifères croît continuellement jusqu'à 75 ans.

d. En Europe

La France est **l'un des pays les plus consommateurs** de médicaments au monde. En Europe, elle est en tête pour les médicaments psychotropes.

5. Classe particulière des benzodiazépines (39)

Il est important de connaître les effets que provoquent les benzodiazépines sur l'organisme, comment elles agissent, comment l'organisme s'ajuste à leur usage chronique et pourquoi le syndrome de sevrage apparaît.

ACTION	EFFETS SECONDAIRES
<p>Anxiolytique : soulage l'anxiété</p> <p>Hypnotique : provoque le sommeil</p> <p>Myorelaxant : relaxe les muscles</p> <p>Anticonvulsif : arrête les crises et les convulsions</p> <p>Amnésie : permet d'éliminer les souvenirs à court terme</p>	<p>Sursédation : somnolence, trouble de la concentration, confusion mentale</p> <p>Troubles de la mémoire</p> <p>Effets contraires chez les personnes âgées</p> <p>Interactions avec les autres drogues : augmentation de l'action sédatrice (hypnotiques, antidépresseurs, alcool...)</p>

Tableau 11 : Actions et effets secondaires des benzodiazépines

Mécanisme d'action :

Toutes les benzodiazépines agissent en facilitant les actions d'une substance chimique naturelle, le GABA (acide gamma-aminobutyrique). Le GABA est un neurotransmetteur naturel qui transmet un message inhibiteur. Il exerce une influence apaisante sur le cerveau, c'est le tranquillisant naturel du corps humain. L'action naturelle du GABA est augmentée par les benzodiazépines qui exercent en retour une influence inhibitrice supplémentaire sur les neurones.

F. AUTRES DROGUES

Dans cette partie seront traités la cocaïne et le crack, les opiacés (héroïne, morphine etc.), l'amphétamine et l'ecstasy, les hallucinogènes (champignons hallucinogènes, le LSD et la kétamine).

1. Étude de ces autres drogues

a. Cocaïne et crack (40, 41)

	COCAÏNE	CRACK (FREE BASE, COCAÏNE BASE)
Présentation	Fine poudre blanche, cristalline Extraite des feuilles du cocaïer	Petits cailloux Mélange de cocaïne, bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque
Voie d'absorption	Fumée sous forme de crack Sniffée ou injectée	Inhalation de fumée après avoir chauffé les cailloux
Effets	Effet stimulant, physique, psychique et intellectuel Troubles cardiaques Contractions des vaisseaux sanguins : nécrose, altération de la cloison nasale Troubles psychiques : insomnies, paranoïas Levée des inhibitions : violence agressions sexuelles	Effets similaires mais plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne
Risques	Risque d'infections si échange de matériels : SIDA, hépatite B et C. Risque mortel : arrêt cardiaque ou respiratoire	
Dépendance	Puissante dépendance psychique	Forte dépendance physique, psychique Neurotoxicité élevée

Tableau 12 : Effets et dépendance à la cocaïne et au crack

b. Opiacés

(1) Historique (42)

Le développement de la consommation des opiacés fut largement accompli lors du siècle dernier après la découverte de l'extraction de la morphine de l'opium par Von Meuna et Sertuner. Dès la fin du XIX^{ème} siècle, il existait en France approximativement 100 000 consommateurs d'opiacés. Ceux-ci appartenaient au monde médical, paramédical, littéraire et colonial.

Les opiacés furent classés comme stupéfiants en 1916. Le carnet à souche, créé en 1945, qui contrôla leur utilisation permit une importante réduction de la consommation des opiacées jusque dans les années 1960 durant lesquelles de véritables comportements toxicomaniaques apparurent.

(2) Classification (43)

Le terme « d'opiacés » regroupe un nombre élevé de molécules ayant une utilisation thérapeutique et licite et celles ayant un emploi illicite. Ils peuvent être classés en fonction de **leur origine**.

Les opiacés naturels issus du pavot, plante dont l'incision de la fleur libère un latex qui, après séchage, est appelé opium. De nombreuses plantes existent mais la plante de base est *Papaver somniferum*. Les opiacés naturels peuvent être classés en fonction de leur structure chimique qui est homogène dans cette famille. Le noyau morphinane constitue la structure de base.

Les opiacés semi-synthétiques, fabriqués à partir d'opiacés naturels. Ils ont des structures chimiques relativement proches de celles des opiacés naturels.

Les opiacés synthétiques : leur structure chimique est entièrement différente. Ils ne renferment pas le noyau morphinane de base.

Bien que ces trois termes soient couramment utilisés, **la classification pharmacologique** permet de mieux comprendre leurs mécanismes d'action. Quatre groupes de molécules opiacées sont différenciés en fonction de leur fixation sur les différents récepteurs :

Les agonistes opiacés : Les effets de ces produits ressemblent à ceux des endomorphines sur l'ensemble des récepteurs opioïdes. Ils se fixent sur les récepteurs μ et se divisent en :

- agonistes purs qui se lient sur les μ
- agonistes partiels qui se lient sur les récepteurs μ mais également sur les récepteurs κ et δ , ils sont d'activité plus faible. Ils sont antagonistes κ ce qui explique l'absence de myosis chez les toxicomanes sevrés par le SUBUTEX®.

Les agonistes-antagonistes opiacés : Leurs effets ressemblent à ceux des endomorphines sur certains sous-types de récepteurs. Ils se fixent sur les récepteurs μ mais ils n'ont pas d'action : ils sont antagonistes des μ . Ils possèdent une activité agoniste forte ou partielle sur les récepteurs κ et δ . Une co-administration avec un agoniste pur doit être évitée pour ne pas diminuer l'activité antalgique de ce dernier.

Les antagonistes opiacés. Ils empêchent les agonistes d'exécuter leurs effets pharmacologiques par un mécanisme d'antagonisme compétitif. Ils possèdent une forte affinité pour les récepteurs μ .

Dans le tableau suivant sont regroupés les principaux agonistes, agonistes-antagonistes et antagonistes opiacés.

Buprénorphine : SUBUTEX®	Agoniste partiel et antagoniste semi-synthétique. Potentiel <u>toxicomagène</u> inférieur à celui de la morphine
Codéine	Agoniste naturel de faible puissance
Fentanyl : DUROGÉSIC	Agoniste synthétique puissant
Héroïne	Agoniste semi-synthétique. Potentiel <u>toxicomagène</u> identique à celui de la morphine
Chlorhydrate de méthadone : MÉTHADONE®	Agoniste synthétique à longue durée d'action. Potentiel <u>toxicomagène</u> identique à celui de la morphine
Morphine SKÉLAN®, MOSCONTIN®, SEVREDOL®	Agoniste naturel Pouvoir <u>toxicomagnogène</u> le plus fort
Naloxone : NARCAN®	Antagoniste semi-synthétique. <u>Antidote</u> spécifique des opiacés
Naltrexone : RÉVIA®	Antagoniste semi-synthétique
Oxycodone : OXYCONTIN®	Agoniste semi-synthétique

Tableau 13 : Principaux agonistes, agonistes-antagonistes et antagonistes opiacés

(3) Effets de la morphine (44)

Les effets de la morphine sont différents selon le type de récepteurs touchés.

Les récepteurs mu μ : il en résulte une analgésie centrale (μ_1), euphorie, hallucination, dépression respiratoire, myosis et une bradycardie.

Les récepteurs kappa κ : les effets obtenus sont une analgésie spinale, une sédation et un myosis.

Les récepteurs delta δ : ils interviendraient dans l'analgésie spinale, les modifications du comportement et les effets cardiovasculaires.

Effets sur le Système Nerveux central (SNC)	Souhaités	Ivresse morphinique : euphorie, bien être, somnolence, oubli des soucis Effets analgésiques
	Non souhaités	Convulsions, paniques, tremblements, délires
Appareil cardiovasculaire		Hypotension bradycardie, syncope, accélération de la fréquence cardiaque
Appareil digestif		Vomissement, constipation

Tableau 14 : Effets de la morphine

c. Amphétamines et ecstasy

	AMPHETAMINES (OU « SPEED »)	ECSTASY
Présentation Utilisation	Psychostimulants et anorexigènes puissants Stupéfiants	Substance de synthèse comprenant MDMA Rave, milieux festifs
Formes	Poudre à sniffer, comprimés	Comprimés de formes et couleurs variables, ornés de motifs
Effets/risques	Crise de tétanie, d'angoisse Dénutrition, sommeil, délire Etats dépressifs après la descente	Euphorie, ou angoisse Sueurs, nausées Déshydratation, hyperthermie intenses

Tableau 15 : Effets de l'amphétamine et de l'ecstasy

MDMA : pour Méthylendioxyamphétamine. Molécule appartenant à la famille des amphétamines. La teneur en MDMA par comprimé est variable et incertaine, voir nulle.

d. Hallucinogènes (45)

Deux catégories de substances hallucinogènes sont différenciées : **les hallucinogènes naturels** dont les principaux représentants sont les champignons et **les hallucinogènes synthétiques** qui sont principalement le LSD et la kétamine.

	CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES	LSD	KETAMINE
Présentation	Molécule active : psylocybine Stupéfiants utilisés lors de certains rituels en Amérique centrale Consommation rare en société occidentale Famille des psilocybes	Obtenu à partir de l'acide lysergique produit par un champignon, l'ergot de seigle Forme de buvards imbibés à dosage variable	Forme de poudre cristalline, comprimés Propriétés analgésiques à forte dose
Effets / risques	Risque toxique mortel, modifications sensorielles, hallucinations, crises d'angoisses, paniques, bouffées délirantes, confusions.		

Tableau 16 : Hallucinogènes

Quelques plantes hallucinogènes sont consommées en France mais de façon très marginale. La majorité de ces plantes relève de la classification des stupéfiants et leur prise peut être excessivement dangereuse voir mortelle. On peut citer les plantes à mescaline ou les cactus hallucinogènes tels que le Peyotl, les Solanacées : *Datura (Datura Stramonium)* Belladone (*Atropa Belladonna*), Mandragore...

2. Épidémiologie de ces autres drogues (19)

Pour toutes les drogues étudiées dans ce paragraphe, les données suivantes du Baromètre de Santé 2010 sont retrouvées dans la synthèse publiée par l'OFDT et l'INPES.

Depuis le début des années 1990, la disponibilité des substances stimulantes s'est développée en France. Cette augmentation s'explique par la démocratisation du produit qui, autrefois limité à des catégories plus aisées, touche maintenant des sphères de plus en plus large de la société.

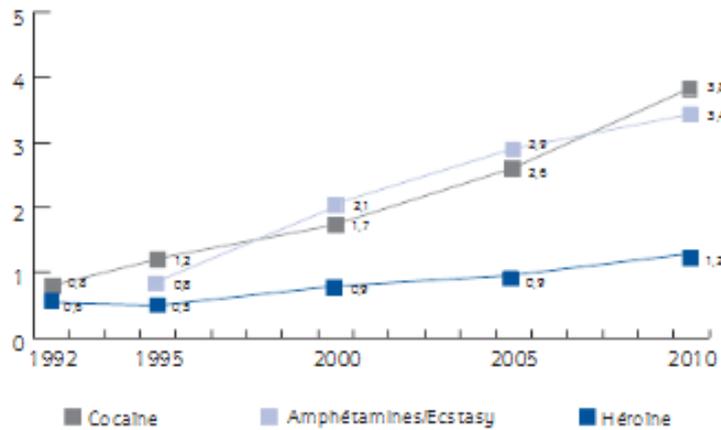


Figure 13 : Évolution de l'expérimentation des principales autres drogues entre 1992 et 2010 parmi les 18-64 ans (en %) (19)

Analyse : la consommation d'héroïne augmente faiblement et celle de cocaïne et d'ecstasy sont en constante évolution.

a. Cocaïne

Bien que la cocaïne se situe au **2^{ème} rang des produits illicites les plus consommés**, très loin derrière le cannabis, son niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) en France est relativement faible. Il concerne 2,6% des 15-64 ans, mais on observe une forte augmentation de la consommation de cocaïne depuis 1992. Elle est plus souvent expérimentée par les hommes et les jeunes adultes, les 26-44 ans.

La diffusion de la cocaïne, sous forme poudre (chlorhydrate) ne cesse de s'élargir en France, que ce soit dans l'espace festif ou dans l'espace urbain. Contrairement à la cocaïne sous sa forme crack/free base qui ne fait pas l'objet du même engouement.

Prix : 60 € le gramme de cocaïne.

b. Héroïne

La population utilisatrice est à dominante masculine et âgée de plus de 30 ans. Le niveau d'expérimentation de l'héroïne dans la population est faible : il ne dépasse pas 1% en moyenne (0,8% chez les femmes et 1,4% des hommes). Ce chiffre est stable depuis les années 1990, mais on note toutefois chez les jeunes, une augmentation de l'usage depuis 2005.

En 2007, 130 000 personnes ont bénéficié de traitement de substitution aux opiacés et en 2008, 58 000 consommateurs ont été suivis dans les CSAPA. En 2008, parmi les usagers

de drogue, la prévalence du VIH est de 6 à 8% et celle du VHC de 40 à 50%. Il y a eu 333 décès par surdoses.

Prix : 40 € le gramme d'héroïne brune.

c. Hallucinogènes, amphétamines et ecstasy

La consommation des hallucinogènes reste marginale sur l'ensemble de la population des 18-64 ans et leur niveau d'expérimentation apparaît plus élevé chez les jeunes adultes.

L'étude de l'OFDT et de l'INPES entre 2005 et 2008 montre une légère augmentation de la consommation pour les amphétamines, mais une baisse de l'expérimentation de l'ecstasy. Pour cette dernière on constate un usage fréquent chez les jeunes « errants » et en milieu festif (dans le milieu festif techno la moitié des personnes interrogées les ont expérimentées).

Prix : 5 € le comprimé d'ecstasy.

2^{ème} Partie

POLITIQUE DE PRÉVENTION

I. DÉFINITIONS (46)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-1948), la prévention est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle distingue 3 types de prévention qui correspondent à des états successifs de la maladie.

A. PRÉVENTION PRIMAIRE

La prévention primaire se fait avant l'apparition de la maladie. C'est l'ensemble des actes qui visent à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. Elle a pour objectif d'**éviter tout premier contact** avec une substance psychoactive.

B. PRÉVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population donnée. A ce stade, la prévention recouvre l'ensemble des actes destinés à agir au tout début de la maladie pour s'opposer à son évolution ou pour faire disparaître les facteurs de risques.

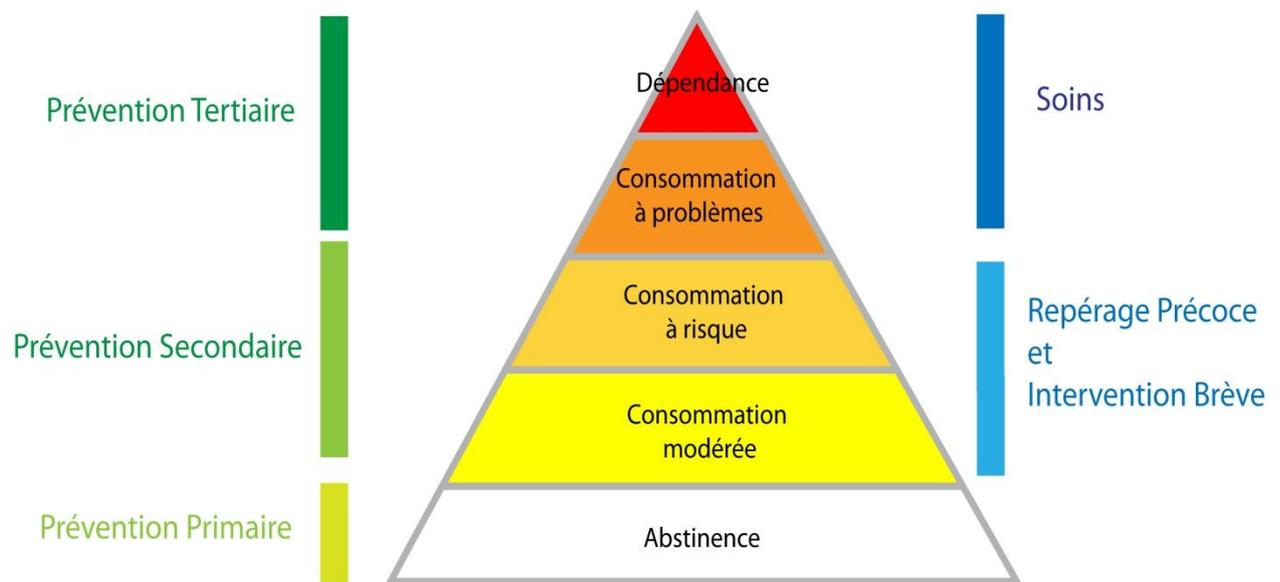
Le **dépistage** est l'élément au cœur de la prévention. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie représentent des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire.

C. PRÉVENTION TERTIAIRE

La prévention tertiaire a pour but de **diminuer les récidives ou les complications d'une maladie avérée**. Elle vise à diminuer les incapacités fonctionnelles faisant suite à une maladie installée. Elle fait appel à des processus de réadaptation et de réinsertion sociaux-professionnels.

En résumé, on peut schématiser les états successifs d'apparition de la dépendance sous forme de pyramide et y montrer à quel niveau les différentes préventions peuvent être réalisables.

Figure 14 : Pyramide des dépendances



Pyramide des dépendances

II. DIFFÉRENTS MODÈLES DE PRÉVENTION

Les moyens de prévention peuvent être soit de restreindre la rencontre avec les produits psychoactifs, soit basés sur l'éducation de la population.

A. MOYENS COERCITIFS

Des solutions coercitives pour freiner la consommation des produits peuvent être mise en place comme limiter la rencontre, limiter l'offre, interdire la publicité, taxer et augmenter les prix d'achats.

B. MOYENS ÉDUCATIFS

L'éducation de la population sur la nocivité des substances psychoactives a une place importante. Ces moyens éducatifs seront différents en fonction du public et du stade de la consommation.

Public ciblé

L'éducation à la santé sera faite sur l'ensemble de la population. Pour les sous-groupes particuliers, adolescents, femmes enceintes, jeunes, sujets âgés... les risques spécifiques sont expliqués. En fonction de certaines maladies, la participation du patient doit être active dans le cadre de son éducation thérapeutique.

A quel moment ?

Les conseils éducatifs seront différents selon le cas :

- Avant la rencontre : limiter et ne pas inciter à la consommation
- Après la rencontre : limiter la poursuite de la consommation, éviter le passage de l'usage nocif vers la dépendance, éviter les conséquences nocives
- Chez le sujet dépendant : prise de conscience de sa dépendance, évaluation du travail motivationnel, accompagnement pour une meilleure qualité de vie.

III. POLITIQUE DE PRÉVENTION (47, 48)

A. ENJEU MAJEUR POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Les addictions restent, en France et dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples : médicaux, psychologiques et sociaux. Il n'existe pas de réponse simple face aux addictions.

Du fait de la complexité de la problématique, la mission de l'Etat et le rôle de la MILDT sont de proposer les bases d'un système permettant à toute personne concernée par une addiction et qui en ressent le besoin, de savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté.

B. MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE COHÉRENTE DE PRÉVENTION

La prévention a besoin d'une véritable politique et d'une instance nationale qui permettent de la définir et de la mettre en pratique : cela implique de fixer des objectifs sur le moyen et le long terme. Il s'agit de déterminer les axes stratégiques ainsi que d'établir les besoins en moyens humains et financiers pour développer et coordonner les programmes aux différents échelons de la collectivité (départements, régions, Etat).

La prévention a donc besoin d'un **statut**, c'est-à-dire d'une définition politique et administrative et d'un financement clair, rationnel et pérenne qui implique l'Etat, l'Assurance Maladie et les collectivités locales.

C. MISE EN PLACE D'UNE ORGANISATION RATIONNELLE

Il est prévu dans la politique de l'État que cette organisation se décline selon **4 axes stratégiques** :

1. Prévention universelle

Il existe une continuité entre les consommations banales et les consommations problématiques aboutissant à des complications : il faut diminuer les niveaux de consommations en limitant la demande et l'offre. C'est le **rôle de la « prévention universelle »** (campagnes d'information et éducation pour la santé, mesure de contrôle social...)

2. Prévention de proximité

Il faut développer les capacités de choix et de réflexion de chacun : c'est le rôle de **l'éducation et de la citoyenneté** qui est à promouvoir au moyen de la « **prévention de proximité** ». Elle apporte les mesures et outils sur les effets et risques des conduites addictives aux concitoyens, à tous les âges de la vie et en tous lieux.

3. Intervention précoce

Les complications sont étroitement liées aux comportements de consommation que les usagers peuvent changer eux-mêmes. C'est le rôle de « **l'intervention précoce** » et la « **réduction des risques** » de réduire les conséquences nocives des consommations.

4. Education thérapeutique

Les complications et les dépendances induisent des souffrances physiques, psychiques et sociales qui nécessitent des traitements longs, souvent difficiles à maintenir. C'est le rôle de « **l'éducation thérapeutique** » associée aux soins de diminuer les risques de rechutes.

D. PRÉVENTION CIBLÉE DES PERSONNES VULNÉRABLES ET DES SITUATIONS À RISQUES

1. Adolescents

Les données cliniques et épidémiologiques mettent en évidence une particulière vulnérabilité de l'adolescent. Ces données impliquent une prévention particulièrement active de la consommation de substances psychoactives chez le jeune adulte:

- Information largement diffusée dans le cadre de la prévention primaire au sein des collèges et des lycées.
- Formation au repérage et à l'aide précoce des intervenants à leur contact.
- Développement d'une charte « lycées et facultés sans addiction »
- Intégration d'une consultation d'addictologie dans les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)
- Action envers les jeunes en errance ou en voie de désocialisation au moyen des CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues)

- Consultations pour jeunes consommateurs dans les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : agir dès les premiers stades de la consommation.

2. Femmes enceintes

L'action nocive des substances psychoactives sur le fœtus est désormais bien connue. Une prévention active ciblée vers les femmes enceintes est indispensable. Elle peut se faire par :

- Le développement de campagne d'information
- Un avertissement sanitaire (message, pictogramme) visibles sur les boissons contenant de l'alcool
- La mise en place de consultation d'addictologie dans les maternités.

3. Autres niveaux d'intervention

Des actions sont prévues également dans le cadre de la Prévention Routière avec un contexte plus répressif et également par la Médecine Préventive au niveau du travail.

A l'officine, le pharmacien apportera spécialement des conseils appropriés aux adolescents et aux femmes enceintes.

IV. PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PRATIQUE DE CETTE POLITIQUE PAR LA MILDT (49)

Le dispositif de soins proposé s'appuie sur des pôles complémentaires : le pôle « ville », le pôle « médico-social spécialisé » et le pôle « hospitalier ». Les Réseaux ont pour mission de coordonner l'action de ces différents pôles autour du patient.

A. VOLET « VILLE » : LE DISPOSITIF AMBULATOIRE NON SPÉCIALISÉ

Il est essentiel de coordonner les pôles hospitaliers et médico-sociaux spécialisés avec la ville. Les différents acteurs « en ville » ont un rôle très important dans le repérage et l'intervention précoces. La prévention des addictions passe par :

1. Médecine générale

Elle est mobilisée en raison de sa proximité, de la connaissance du patient, de son entourage et a un rôle d'éducation à la santé.

2. Autres professionnels du champ sanitaire et social

Les pharmaciens, les infirmières libérales et les kinésithérapeutes vont également être impliqués pour leur proximité et leur rôle éducatif.

3. Associations d'entraide

Elles ont un rôle dans l'accompagnement, par exemple celle qui s'adressent aux :

- Alcoolo-dépendants (Alcooliques Anonymes, Croix bleue, Alcool Assistance, la croix d'or)
- Toxicomanes : Narcotiques Anonymes, ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues).

B. VOLET « MÉDICO-SOCIAL » : LES CSAPA

Il est nécessaire de donner au secteur médico-social la reconnaissance et les moyens qui lui sont importants pour intervenir aux stades les plus précoces de l'addiction et pour accompagner les personnes dépendantes.

Le dispositif médico-social en addictologie remplit 4 missions :

- Développer des interventions précoces auprès des usagers dès le début des consommations.
- Apporter les aides nécessaires par toutes les ressources accessibles, tout au long du parcours de soin et d'accompagnement.
- Favoriser l'accès aux soins en offrant des services spécialisés proches et adaptés.
- Assurer les soins et l'accompagnement médical, psychologique et social spécifiques aux individus souffrant d'addiction.

Ce secteur se décline entre les structures spécialisées en alcoologie (les Centres de Cure Ambulatoires en Alcoologie : CCAA) et les structures spécialisées en toxicomanie (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes : CSST).

L'objectif de la MILDT est de rapprocher ces deux structures pour ne constituer qu'un seul **dispositif médico-social en addictologie : les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)**. Néanmoins on s'aperçoit qu'en pratique, il est difficile de ne constituer qu'un seul dispositif.

En effet sur la région Limousin il y a 5 CSAPA :

- 2 en Haute-Vienne :
 - CSAPAddictologie Centre Bobillot
 - CSAPA ANPAA 87
- 2 en Corrèze :
 - CSAPA Drogues illicites
 - CSAPA ANPAA 19
- 1 en Creuse :
 - CSAPA Creuséadd

La présence de 2 CSAPA dans le département de la Haute-Vienne et de la Corrèze, provient de l'approche historique de la prise en charge des addictions. En effet, les CSAPA Centre Bobillot et CSAPA Drogues Illicites proviennent de l'évolution des anciens CSST Toxicomanie, alors que les CSAPA ANPAA 19 et 87 proviennent des anciens CCAA. Actuellement seule la Creuse a centralisé la prise en charge de toutes les addictions dans une seule structure.

Leurs différentes missions se déclinent en 4 niveaux :

Accueil	Facile, anonyme, adapté à la confidentialité et aux handicaps. Information explicite, orale ou écrite, au patient ou à l'entourage
Prévention	Mise en œuvre de mesure de réduction des risques Conseils d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux...) Interventions précoces et informations au niveau des lycées et collèges
Soins	<u>Evaluation et prise en charge</u> médicale, psychologique et socio-éducative <u>Médicaments</u> Assure la prescription de l'ensemble des Traitements Substitutifs aux Opiacés (TSO) et la primo-prescription de la méthadone
Orientation	Prise en charge par le CSAPA ou orientation vers une autre structure plus adaptée si nécessaire

Tableau 17: Missions des CSAPA (50)

C. VOLET « HOSPITALIER » (51)

Dans le « volet hospitalier » sont prévues quatre missions : l'hospitalisation, les consultations avec évaluation, repérage précoce et prise en charge, la mise en place d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ainsi que la formation et la recherche.

Ce volet se décline en 3 niveaux :

- Niveau 1 : niveau de proximité.
- Niveau 2 : niveau de recours. Il regroupe les services d'addictologie et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) addictologique
- Niveau 3 : niveau régional qui comporte un Centre d'Addictologie Universitaire (recherche, enseignement...).

Le Pôle Addictologie en Limousin (PAL) répond à ces 3 niveaux.

D. RÉSEAUX DE PRÉVENTION ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

En complément des différents volets de soins, il y a les réseaux de soins.

1. Définition d'un réseau (52)

Un réseau de soins, c'est la collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, **pharmaciens**, infirmiers, kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux.

L'objectif d'un réseau est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population précis : son fondement est la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité, avec des protocoles définis en commun, tout en mesurant les coûts engendrés. Les pathologies prises en charge sont le plus souvent des pathologies chroniques (asthme, diabète, hypertension artérielle, dépression...) et lourdes (VIH, VHC...)

Il existe un réseau addictologique par département au minimum, mais plusieurs réseaux peuvent être envisagés en fonction des spécificités du territoire car la notion de proximité est primordiale.

L'action des réseaux de soins et de prévention se décline en **7 missions** :

- Favoriser l'accès aux soins des usagers du système de santé
- Assurer la continuité des soins
- Organiser leur coordination
- Garantir l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires
- Développer une prise en charge tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins
- Participer à des actions de santé publique
- Procéder à des actions d'évaluation.

2. Réseau AddictLim : réseau en Limousin (53)

Le premier réseau Ville-hôpital de la Haute-Vienne a vu le jour en avril 1996. Il s'agissait de développer un outil pour les professionnels de terrain impliqués dans la prise en charge des patients dépendants. La mise sur le marché de 2 traitements de substitution, la

méthadone (1995) et la buprénorphine haut dosage (1996) a poussé à développer la formation des médecins et des pharmaciens dans ce domaine.

Ce réseau s'est transformé pour devenir en 2009 **AddicLim** et est financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il intègre dans son fonctionnement les 7 missions des réseaux et est destiné à aider les professionnels de santé dans leurs prises en charge des patients addicts.

Ce réseau propose, des parcours de soins personnalisés, des modules de formations, des documentations (flyers, affiches, la lettre du réseau...) et bien sûr le travail de coordination indispensable entre les différents acteurs et partenaires.

(Contact : AddictLim 26 av de Courrières 87170 Isle, 05 55 05 99 00, addictlim@gmail.com)

V. PROPOSITIONS DE LA FFA (FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE)

Chez les professionnels et les scientifiques le concept d'addiction et l'approche addictologique organisent désormais la prévention, les soins et la prise en charge. Le « plan addictions 2007-2011 » a facilité le développement et l'organisation de l'addictologie en France. Mais il arrive à son échéance et l'évolution de la société nécessite une poursuite de ce travail. Pour ces raisons le conseil d'administration de la FFA a impulsé la rédaction d'un **livre blanc** qui rassemble un état des lieux de la prise en charge des addictions, le bilan du plan 2007-2011 et surtout **100 propositions** pour diminuer les dommages des addictions. Elles sont détaillées en fonctions de priorités et d'objectifs (54)

Les 6 priorités retenues sont :

- Annonce, mise en place et suivi d'un Plan 2012-2017
- Préparation d'une loi « addiction »
- Définir et organiser une prévention rationnelle, scientifique et efficace
- Définir une politique nationale d'accès aux soins cohérente
- Mettre en place un dispositif de formation performant et cohérent
- Donner à la recherche les moyens de se développer, donner la priorité à la recherche clinique et thérapeutique.

VI. MOYENS POUR LES PRÉVENTIONS (55)

A. NIVEAU NATIONAL

Le budget qui est prévu pour l'exécution du plan s'élève à 87,5 millions d'€ sur 4 ans.

Les moyens peuvent être :

- Les campagnes nationales par presse, télévisions, internet, radio
- Les affiches
- Les témoignages de « toxicomanes », d'anciens « toxicomanes », d'adolescents
- Les appels téléphoniques que proposent certaines associations
- Des lieux d'écoute jeunes, lieux d'accueil parents, les groupes de discussion...

Ces différents moyens sont coordonnés par différents Ministères actifs dans la lutte contre la toxicomanie sont présentés ci-dessous.

ORGANISMES	MISSIONS
MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)	Anime et coordonne les actions de l'Etat Prépare les plans gouvernementaux de lutte et veille à leur application Assure le financement de l'OFDT
INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)	Mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation
OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)	Assure la fonction d'observation des drogues, d'évaluation et de diffusion des données statistiques
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé	Le bureau des pratiques addictives met en œuvre la politique de santé dans la lutte contre les pratiques addictives avec ou sans substances dans : <ul style="list-style-type: none">- La prévention- Les soins- L'accompagnement social Travaille en concertation avec différents partenaires : INPES, MILDT, OFDT

ORGANISMES	MISSIONS
Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration	<p>Police nationale et gendarmerie nationale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre l'usage et le trafic des stupéfiants. - Acteur auprès des jeunes <p>OCRTIS : Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centralise les renseignements <p>Mission de lutte anti-drogue (Milad) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordonne la politique en matière de prévention - Lutte contre le trafic de stupéfiants le blanchiment d'argent.
Internet-sigalement : portail officiel de signalement des contenus illicites de l'internet	<p>Accessible à tout public</p> <p>Permet la signalisation de comportement illicite</p>
Ministère de la Défense et des Anciens Combattants	<p>Participation active de la marine nationale</p> <p>Lutte contre le trafic de drogue par le biais d'opérations maritimes</p>
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat	<p><u>La douane</u></p> <p>Action terrestre, maritime et aérienne</p> <p>Réalise les saisies de produits stupéfiants sur le territoire national</p> <p><u>TRACFIN : Traitement du renseignement et action contre les circuits financiers clandestins</u></p> <p>Collecte d'informations et de leur transmission à la justice</p> <p>Blanchiment de l'argent sale</p>
Ministère des Affaires étrangères et européennes	<p>La Mildt coordonne les positions françaises à défendre, au sein des instances internationales en charge des questions de lutte contre les drogues et les toxicomanies</p>
Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et le l'Aménagement du territoire	<p>Suivi de la mise en œuvre de l'éducation à la santé et de la prévention des conduites addictives.</p> <p>La DGER (Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche) a une action éducative au niveau scolaire</p>
Ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative	<p>Définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La politique de prévention des conduites addictives de l'école primaire au lycée - Met en place les CESC (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté) dans les établissements scolaires

ORGANISMES	MISSIONS
Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et à la Vie associative	Information de cadres et d'animateurs et de conception d'outils
Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche	Mise en place de SUMPPS (Services Universitaires de Médecine Préventive et de la Promotion de la Santé)
IUFM : Institut Universitaires de Formation des Maîtres	Mise en œuvre de formations et production d'outils destinés aux formateurs.
Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie	<p>Contrôle les mouvements internationaux de produits chimiques servant à la fabrication de drogue.</p> <p>S'assure que les précurseurs chimiques ne soient pas détournés du commerce légal.</p>
Ministère de la Justice et des Libertés	<p>Lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiant</p> <p>La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) mène une politique de prévention de la récidive de l'usage de produits psycho-actifs</p> <p>L'administration pénitentiaire favorise la réinsertion sociale et prévient la récidive de l'usage de produits psychotropes chez ces publics vulnérables</p>
Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable	<p>Rôle dans la prévention en matière de sécurité routière</p> <p>Mise en place d'une législation spécifique à la conduite sous l'emprise de ces substances addictives.</p>

Tableau 18 : Organismes et Missions

En ce qui concerne la conduite sous l'emprise de ces substances addictives, la législation en vigueur en 2012 est la suivante :

SUBSTANCES	RISQUES	
Alcool	0,5 < taux d'alcoolémie < 0,8 g/l	Amende de 135 euros Perte de 6 points sur le permis de conduire voire le retrait si il y a comparution devant le tribunal
	Taux \geq 0,8 g/l	2 ans d'emprisonnement 4 500 € d'amende Perte de 6 points du permis
	Blessures graves occasionnées	30 000 € d'amende
	Mort d'un autre usager	150 000 € d'amende Jusqu'à 10 ans d'emprisonnement
Stupéfiants	2 ans d'emprisonnement 4 500 € d'amende Perte de 6 points du permis	
Alcool + stupéfiant	3 ans d'emprisonnement 9 000 € d'amende	

Tableau 19 : Législation si conduite avec consommation de substances psychotropes

B. DANS LES PHARMACIES D'OFFICINE

En tant que professionnel de santé, le pharmacien a un rôle à jouer au niveau de la prévention, des soins et de l'accompagnement social car il se positionne dans ce tableau au niveau du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

1. Loi HPST (56)

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), article 36 et 38, parue au Journal Officiel du 22 juillet 2009 décrit les missions de pharmacien.

Structures traditionnelles de l'exercice de la pharmacie, les officines de ville disposent désormais d'un rôle renforcé. Leurs missions, jusque-là consacrées à la dispensation au détail des médicaments et des produits, ainsi qu'à l'exécution de préparations magistrales et officinales, sont intégrées dans l'offre de soins globale.

L'accès aux soins de premier recours et la prise en charge des malades sont définis au niveau territorial à l'initiative de l'ARS (Agence Régionale de Santé). Ces soins de premier recours comprennent en outre, le conseil pharmaceutique, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, l'éducation pour la santé.

En plus de son rôle d'éducation et de prévention des addictions, le pharmacien :

- Elargira ses compétences dans le domaine du conseil, non seulement à propos des médicaments, mais également dans les aspects liés à la prévention des consommations de drogue jusqu'à l'éducation thérapeutique
- Veillera à une dispensation rigoureuse des médicaments, en particulier ceux qui risquent d'être détournés de leur usage thérapeutique et qui sont recherchés par les toxicomanes. Il détectera les demandes répétées et suspectes.

En pratique dans la prévention des addictions, le pharmacien d'officine a une mission importante aussi bien dans la prévention universelle, la prévention de proximité, la réduction des risques et l'éducation thérapeutique.

Dans les 3^{ème} et 4^{ème} parties seront détaillés les moyens dont dispose le pharmacien pour agir au niveau des différents stades de prévention de la maladie :

- Prévention I^{aire} : chez les sujets n'ayant jamais consommé
- Prévention II^{aire} : chez consommateurs modérés et à risques
- Prévention III^{aire} : chez les consommateurs à problèmes et les dépendants.

2. Exemple de prévention universelle

Une campagne d'affichage a été réalisée à la demande de la MILDT, en partenariat avec la Direction générale de la santé, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens et l'INPES.

Ces 4 affiches ont pour objectif de :

- Faciliter le dialogue sur les dangers du tabac, de l'alcool et autres drogues
- Permettre au grand public d'identifier l'équipe officinale comme ressource en matière d'information et de prévention des consommations de substances psychoactives.

Toutes les pharmacies d'officine de métropole et des DOM ont reçu ces 4 affiches à partir du 21 juin 2010.

Les pharmaciens peuvent les télécharger et les commander depuis le site www.cespharm.fr. (57)



« **La dépendance, ça commence quand ?** »

Cette affiche invite à s'interroger sur son niveau de consommation, quelque soit le produit consommé : alcool, tabac ou autres drogues



« **Qui peut m'aider à arrêter ? A diminuer les risques ?** »

Cette affiche invite à demander de l'aide afin d'être orienté vers un médecin ou une structure de soins.



« **J'en ai besoin pour faire la fête ?** »

Cette affiche est plus spécifiquement destinée aux jeunes, pour les amener à se questionner sur les raisons des consommations dites festives.



« **Qu'est-ce que je cherche ? Qu'est-ce que je risque ?** »

Cette affiche invite à s'interroger et à s'informer sur les risques.

3^{ème} partie

PRÉVENTION ET CONSEILS À L'OFFICINE

I. RÔLE DU PHARMACIEN (58)

Le pharmacien accueille le patient consommateur de substances psychoactives à la pharmacie. Cet accueil est parfois difficile de part l'immédiateté de la demande. Elle peut être pressante de la part du patient addict que ce soit lors d'un achat de NÉOCODION® ou d'une demande de STÉRIBOX®.

Le pharmacien est un professionnel de santé ; il se doit d'être empathique, de savoir être disponible et surtout d'évaluer la demande réelle du patient. Il doit pouvoir être à son écoute afin de créer une alliance thérapeutique. Quand le cadre est posé, notamment avec les Traitements Substitutifs aux Opiacés (TSO), l'accueil et la relation s'en trouvent plus sereins en général.

Le pharmacien d'officine a un rôle dans la prévention universelle quelques soient les produits. Dans les chapitres suivants sera étudié le rôle du pharmacien dans la prévention secondaire et dans la prévention tertiaire. La prévention primaire est souvent réalisée uniquement par des campagnes d'information, d'affichage et confiée à des équipes de prévention ou à des associations d'usagers.

A. CODE DE DÉONTOLOGIE (59)

L'exercice quotidien de la pharmacie est encadré pour un ensemble de règles et de devoirs à respecter : c'est le **Code de Déontologie**. Il regroupe un ensemble de 77 articles insérés dans le Code de Santé Publique (art R 4235-1 à R 4235-77). Il s'impose à tous les pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre.

La section « dispositions communes à tous les pharmaciens » englobe les devoirs généraux comme :

- Le pharmacien exerce sa mission dans **le respect de la vie et de la personne humaine**
- Il doit contribuer à **l'information et à l'éducation du public** en matière sanitaire et sociale

- L'article R4235-62 rappelle au pharmacien qu'il doit être **conscient de ses limites**, notamment dans son rôle de conseil « chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié »
- Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens, les **espaces de confidentialité** dans le cadre de la loi HPST doivent être particulièrement respectés.

B. CLÉS DU DIALOGUE PHARMACIEN-PATIENT (60)

La prise en charge du patient doit être organisée et structurée dans sa globalité. Différents temps identifiables composent cet accompagnement. La démarche **A.C.R.O.P.O.L.E** proposée par l'Ordre National des Pharmaciens est la suivante :

- Accueillir : se rendre entièrement disponible
- Collecter : laisser au demandeur le temps de s'exprimer
- Rechercher : par des questions ouvertes, des questions fermées
- Ordonner : reformulation des propos du patient
- Préconiser : évaluation soit d'une prise en charge à l'officine (réconfort, recommandations comportementales, réponse médicamenteuse...) soit d'une orientation extérieure.
- Optimiser : associer les conseils hygiéno-diététiques
- Libeller : conseils posologie, prises, effets indésirables...
- Entériner : s'assurer de la compréhension, suite à donner

L'utilisation d'outils tels que les auto-questionnaires peut s'avérer très utile dans le repérage et l'évaluation des consommations de produits licites et illicites. Elle évalue les objectifs de la prise en charge thérapeutique du patient et mais ne permet de poser un diagnostic de dépendance qui est un diagnostic clinique.

Les tests courts peuvent être utilisés par les pharmaciens d'officine. D'autres tests, en raison de leur durée plus importante, ne pourront pas être utilisés facilement par les pharmaciens. Ces tests et questionnaires sont détaillés dans les annexes.

II. TABAC

Nous allons étudier l'intervention du pharmacien dans les différents stades de la prévention. Dans la prévention primaire et secondaire, nous allons évoquer les outils pouvant être utilisés, les bénéfices et les objections à l'arrêt ainsi que les arguments à leur opposer.

Concernant la prévention tertiaire, nous allons mentionner les traitements proposés quand le « client-patient » accepte la prise en charge pour éviter les conséquences de sa consommation et l'accompagner dans sa démarche et/ou l'orienter si nécessaire.

Il est important de préciser que le pharmacien ne pose pas un diagnostic. C'est l'interlocuteur privilégié d'un fumeur qui souhaite cesser de fumer grâce à un contact direct facile. Il évalue, aide à diminuer et à arrêter la consommation, voire à orienter vers une structure spécialisée.

A. TEST D'ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION (61)

Le questionnaire de référence pour évaluer la dépendance tabagique est le questionnaire de **Fagerström**, élaboré en 1978. Ce test, très employé en pratique clinique courante, existe sous forme de six ou de deux questions. Poser la question de la consommation tabagique permet au pharmacien d'identifier rapidement le niveau de consommation de cigarette.

B. BÉNÉFICES À L'ARRÊT (62)

L'arrêt du tabac procure de très nombreux bénéfices, qu'ils soient généraux, physiques et dans le temps ; ils sont regroupés dans le tableau suivant.

BÉNÉFICES À L'ARRÊT DU TABAC		
GÉNÉRAUX	PHYSIQUES	DANS LE TEMPS
<p>Diminution des risques néfastes sur la santé</p> <p>Plaisir du goût retrouvé</p> <p>Activité physique plus élevée</p> <p>Vie sociale et familiale plus agréable</p> <p>Plus de tabagisme passif pour l'entourage</p> <p>Disparition des odeurs de tabac froid</p> <p>Économies importantes : environ 1800€/an pour un sujet fumant 1 paquet/j (le prix d'un paquet est d'environ 5 €)</p> <p>Perte des automatismes comportementaux</p>	<p>La récupération du souffle : c'est un des bienfaits les plus rapides</p> <p>Le teint s'éclaircit, la peau retrouve son éclat</p> <p>La voix devient moins rauque</p> <p>Les cheveux sont plus brillants</p> <p>Disparition de la mauvaise haleine</p> <p>Les dents sont plus blanches</p> <p>L'odorat et le goût sont retrouvés</p> <p>Disparition de la dépendance physique en quelques semaines.</p>	<p>20 mn : pression sanguine et rythme cardiaque redeviennent normaux</p> <p>8h : taux de CO sanguin diminue de moitié et taux O₂ revient à la normale</p> <p>24h : disparition de la nicotine dans l'organisme et élimination des résidus de fumée</p> <p>48h : amélioration du goût et de l'odorat</p> <p>72h : la respiration est plus aisée</p> <p>15 jours à 3 mois : disparition de la toux et de la fatigue et la marche devient plus facile</p> <p>1 an : le risque d'infarctus diminue de moitié et le risque d'AVC rejoint celui du non fumeur</p> <p>5 ans : le risque de cancer du poumon diminue de moitié</p> <p>10-15 ans : l'espérance de vie est identique à celle d'un non fumeur</p>

Tableau 20 : Bénéfices à l'arrêt du tabac

C. OBJECTIONS À L'ARRÊT DU TABAC ET ARGUMENTS À LEUR OPPOSER

La connaissance indispensable des différents bénéfices à l'arrêt du tabac ainsi que les symptômes de sevrage nous permet d'apporter des conseils plus pertinents. Les signes de sevrage sont les suivants : (63, 64)

- Etourdissements : 1 à 2 jours
- Fatigue, trouble de la concentration : 2 à 4 semaines
- Insomnies, anxiété : Jusqu'à 3 semaines
- Toux : 1 semaine
- Constipation : 3 à 4 semaines
- Sensation de faim : quelques semaines
- Goût augmenté pour les aliments sucrés : quelques semaines

Lors de l'échange le pharmacien veillera à argumenter et orienter son client en fonction de ses différentes objections à l'arrêt. Nous allons évoquer quelques oppositions le plus souvent formulées par l'usager et voir quels arguments le pharmacien d'officine peut proposer en réponse.

EXEMPLES D'OBJECTIONS	CONSEILS DU PHARMACIEN
« Il y a tellement longtemps que le fume ! cela ne sert à rien d'arrêter maintenant »	<p>Dans ce cas, il est important de souligner au consommateur qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter, même si la consommation est importante et ancienne.</p> <p>Lui donner à ce moment là les éléments du tableau 20 et insister sur l'amélioration générale de l'état de santé et sur la satisfaction personnelle.</p>
« Je ne veux pas grossir »	<p>Dans cet exemple, notre rôle est éducatif et on donne de l'information :</p> <ul style="list-style-type: none">- A alimentation égale le corps d'un non-fumeur consomme environ 200 calories de moins par jour que celui d'un fumeur- Prise de poids moyenne : 2.8 kg chez les hommes et 3.8 kg chez les femmes. <p>Le pharmacien donnera des conseils hygiéno-diététiques appropriés :</p> <ul style="list-style-type: none">- Place importante de <u>l'hydratation</u> : (boire entre 1.5 et 2 litres d'eau par jour) et <u>supprimer</u> les boissons excitantes (café, alcool...)- Avoir une <u>alimentation saine</u>, consommer fruits et légumes- <u>Eviter</u> les grignotages- Pratiquer une <u>activité physique</u>.

EXEMPLES D'OBJECTIONS	CONSEILS DU PHARMACIEN
<p>« Je ne veux pas devenir dépendants aux Substituts Nicotiques (SN) »</p>	<p>Le pharmacien donnera des <u>informations sur le mode d'action</u> des différents Substituts Nicotiques (SN) et sur l'importance de la diminution par paliers.</p> <p>Goudrons, CO et substances irritantes sont responsables des pathologies qu'engendre la consommation tabagique. La nicotine est responsable de la <u>dépendance</u>.</p> <p>Dans les SN :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nicotine est diffusée à dose constante (pas de shoot nicotinique) - Pas de goudrons, CO et substances irritantes - Donc l'utilisation est moins nocive.
<p>« J'ai fait plusieurs tentatives et à chaque fois je recommence »</p>	<p>Le pharmacien aide le client à analyser les situations ou les symptômes de sevrage qui l'ont poussé à recommencer. Il pourra lui expliquer ce qu'est la dépendance et donc la rechute.</p> <p>Pour l'aider à analyser son comportement, il pourra lui proposer le <u>Test de Horn</u> qui évalue les motivations à fumer ; et en fonction des résultats il dispensera des conseils appropriés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Techniques de respiration, relaxation, yoga - Changer d'activité et pratiquer : sport, lecture, bricolage...
<p>« Je ne risque pas grand-chose si je fume 3 ou 4 cigarettes par jour »</p>	<p>Le pharmacien donnera des informations selon les patients :</p> <p><u>A une femme qui prend une pilule contraceptive (65) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de thrombose veineuse augmenté. En effet les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de près de 180 000 personnes chaque année en France. C'est la première cause de mortalité féminine. - Au-delà de 15 cigarettes/j, le risque cardiovasculaire est multiplié par 7. - Le risque d'infarctus est multiplié par 4 chez les grosses fumeuses. <p><u>A une femme enceinte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le tabac est responsable de fausses couches, de grossesses extra-utérines, de retard de croissance pour le fœtus - Toute consommation de tabac est à proscrire - Les patchs sont autorisés

Tableau 21 : Objections à l'arrêt du tabac et arguments à leur opposer

Le pharmacien pourra prendre comme support « **une fiche d’entretien officinal** » que nous proposons en 4^{ème} partie. Il sera important que cet échange ait lieu dans un espace confidentiel. Le pharmacien proposera de le suivre au cours de son sevrage en lui fixant des dates précises de rendez-vous pour l’aider dans sa décision de limiter sa consommation tabagique.

D. TRAITEMENTS DU SEVRAGE TABAGIQUE (66)

Le pharmacien peut proposer un rendez-vous avec le patient une fois que la décision d’arrêter de fumer est prise. Lors du rendez-vous, une évaluation individuelle et un accompagnement lui seront proposés. Le patient veillera à s’organiser pour avoir le maximum de chances de réussir : par exemple, décider à l’avance d’une date précise pour éviter tout arrêt sur « coup de tête », écarter toute tentation, se débarrasser des briquets, cendriers, réserve de tabac. Il est très important de faire part à son entourage de cette décision et aux personnes susceptibles de l’encourager dans cette démarche. L’important est le **degré de motivation** de la décision et de savoir si le patient est en phase d’action.

Les substituts nicotiques, des médicaments allopathiques ou homéopathiques, la phytothérapie ou l’aromathérapie peuvent apporter une aide importante au cours du sevrage.

Dans la figure ci-dessous sont expliqués les mécanismes d’action des aides au sevrage tabagique

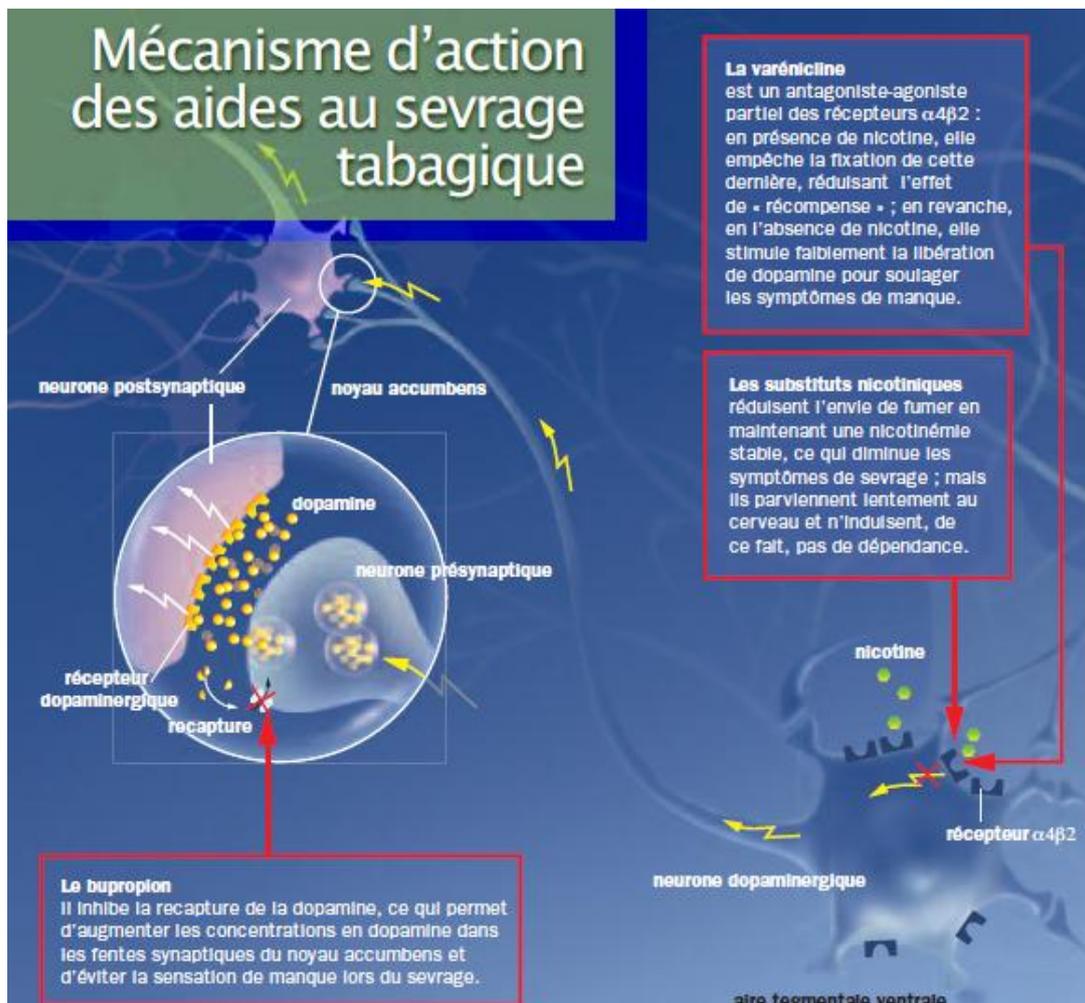


Figure 15 : Mécanismes d'action des aides au sevrage tabagique (66)

1. Substituts Nicotiques (SN) (66,67)

Le traitement de substitution à la nicotine est le premier traitement qui a démontré une efficacité réellement significative dans l'arrêt de la consommation tabagique et le plus évalué scientifiquement. Il a pour objectif d'atténuer les symptômes du sevrage tabagique rendant l'arrêt plus confortable et facilite le maintien de l'abstinence. Le pharmacien va adapter avec le patient la posologie. Afin d'adapter le dosage des SN en fonction de la consommation de tabac, on considère qu' **1 cigarette équivaut à 1 milligramme de nicotine de substitution** et qu'un cigare ou un cigarillo équivalent à 2 cigarettes et une pipe à 5 cigarettes.

Les formes galéniques disponibles en France sont présentées dans le tableau suivant. Elles présentent chacune leurs propres particularités, adaptées aux profils et aux goûts variés des patients. Il est nécessaire que le pharmacien lui montre concrètement les différentes formes qui existent.

	SYSTÈMES TRANSDERMIQUES	GOMMES COMPRIMÉS SUBLINGUAUX COMPRIMÉS À SUCER	INHALEUR
Mécanisme d'action	Administration automatique et passive de nicotine, à un taux régulier et contrôlé sur 16h ou 24h Action 30 mn après la pose	Absorption de la nicotine par voie sublinguale	En aspirant à travers l'embout en plastique, l'air se charge en micro-gouttelettes de nicotine qui vont se déposer sur la muqueuse buccale.
Spécialités	NICOPATCH® : 7, 14, 21 mg/24h NICORETTE® : 5, 10, 15 mg/24h NICOTINELL TTS® : 7, 14, 21mg/24h NIQUITIN® : 7, 14, 21 mg/24h	Gommes : NICORETTE® NICOTINELLE®. 2 ou 4 mg Comprimés sublinguaux : NICORETTE MICROTAB® : 2 mg Comprimés à sucer : NICIPASS®, NIQUITIN®...de 1.5 mg à 4 mg Parfums variés.	NICORETTE® INHALEUR cartouche de 10 mg de nicotine
Mode d'emploi	Application sur la peau sèche et saine, sur le haut du corps Varier les sites d'application	Gommes : Mâcher la gomme une fois puis la placer contre la muqueuse jugale 10 mn et reprendre lentement la mastication. Alternier avec des pauses pendant 30 mn au total.	Embout buccal dans lequel le fumeur insère une cartouche.
Dépendance	Risque de dépendance quasi nulle avec les patches. De rares cas de dépendance aux autres formes, en particulier les gommes, ont été signalés.		

Tableau 22 : Les Substituts Nicotiniques

	SYSTÈMES TRANSDERMIQUES	GOMMES COMPRIMÉS SUBLINGUAUX COMPRIMÉS A SUCER	INHALEUR
Posologie	Dosage à déterminer en fonction de la dépendance Diminuer la posologie de 1/3 par palier toutes les 4 semaines Durée maximale de traitement : 6 mois	Sevrage total immédiat : 8 à 12 prises dans la journée Sevrage progressif : 1 prise lors de l'envie de fumer (alternance avec la cigarette) En complément d'un patch : 1 prise lors de l'envie de fumer : 5 à 6 / jour	6 à 12 cartouches/jour en monothérapie En complément d'un patch : 1 cartouche lors de l'envie de fumer (4 à 5/j)
Grossesse	Préférer les formes orales ou les patchs 16 h		
Allaitement	Patchs déconseillés. Préférer les formes orales juste après la tétée et 2 h avant la tétée suivante		
Remarques	Patchs 16h ou 24h	Gommes à déconseiller pour les porteurs de prothèses Eviter les vinaigrettes et les sodas (au cola) avant la prise.	Durée d'utilisation d'une cartouche : entre 20 à 80 mn.
Taux de réussite sur 12 mois (69)	Souvent les laboratoires avancent des pourcentages de 10 à 16%. L'étude indépendante la plus crédible donne 7%	Gommes : 11,2% Nicorette® (source Pfizer) Comprimés : environ 7%	De 7 à 10%

Tableau 22 : Les Substituts Nicotiniques

2. Traitements allopathiques (63, 68)

Ces traitements sont **indiqués dans le sevrage tabagique de l'adulte** et seul le médecin pourra juger de l'intérêt de ces médicaments en fonction de la dépendance du patient et des contre-indications.

	Chlorhydrate de bupropion (ZYBAN® LP) comprimés	Varénicline (CHAMPIX®) Comprimés à 0,5mg et 1mg
Action	Antidépresseur Inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la sérotonine Agit sur l'irritabilité, les difficultés de concentration, le craving et perception des effets positifs	Agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha_4\beta_2$ Diminution de l'envie de fumer et des symptômes du sevrage
Posologie	<ul style="list-style-type: none"> – J-1 à J-6 : 1 cp /j le matin – Puis 2 cp /j avec un intervalle de 8h entre chaque prise L'arrêt du tabac intervient au cours de la deuxième semaine.	Début : 1 à 2 semaines avant la date fixée par le patient pour arrêter de fumer. En cours ou après les repas <ul style="list-style-type: none"> – J-1 à J-3 : 0,5 mg le matin – J-4 à J-7 : 0,5 mg matin et soir. – J-8 à la fin du traitement : 1 mg x2 / j
Durée	7 à 9 semaines	3 à 6 mois
Grossesse-allaitement	Emploi déconseillé	Emploi non recommandé Avis médical
Effets indésirables	Insomnies fréquentes Crises convulsives très rares mais les plus redoutées Sécheresse de la bouche, céphalées	Nausées transitoires Troubles digestifs, troubles du sommeil, vertiges, maux de tête
Taux de réussite sur 12 mois (69)	15%	22.4%

Tableau 23: Action du ZYBAN® et du CHAMPIX®

3. Homéopathie (63)

Malgré l'absence de données scientifiques validées, certains effets positifs ont été rapportés avec l'homéopathie dans le sevrage tabagique. On peut associer 3 ou 4 souches parmi les souches suivantes en fonction des symptômes.

SOUCHES	ACTION
Caladium seguinum 9CH	Pour lutter contre l'anxiété, l'irritabilité, l'envie impérieuse de fumer, les vertiges
Lobelia inflata 5CH	Pour dégoûter de la cigarette 5 granules à chaque envie de fumer (en prise complémentaire)
Nux vomica 9CH	Pour diminuer l'agressivité Rééquilibre les troubles psychiques
Tabacum 9CH	Agit sur les difficultés de concentration, troubles du sommeil, troubles du transit, migraines
Gelsemium 9CH	Aide à lutter contre les tremblements, l'humeur changeante
Staphysagria 9CH	Atténue le sentiment de frustration
Anacardium orientale 5CH Antimonium crudum 5CH	Ce sont des coupe-faim naturels Ils permettent d'éviter le grignotage entre les repas
<p>Modalités de prise : Prendre 5 granules 3 fois par jour à laisser fondre sous la langue, avant les repas, jusqu'à disparition des troubles.</p>	

Tableau 24 : Principales souches en homéopathie ayant une action sur le tabagisme

4. Phytothérapie (63)

Certaines plantes peuvent être utiles lors de l'arrêt du tabac, seules ou en association avec d'autres traitements.

Avoine : Avena sativa	Teinture mère : favorise la désaccoutumance au tabac 50 gouttes au début de chaque repas dans un verre d'eau
Ballote	Propriétés sédatives, anxiolytiques et antidépressives En infusion
Café vert	Augmente l'efficacité des substituts nicotiniques 1 à 2 gélules par jour
Kudzu : Pueraria lobata	Propriétés spasmolytiques, calmantes et détoxifiantes 2 gélules d'extrait sec à 100 mg matin et soir pendant 3 mois
Marrube blanc : Marrubium vulgare	Propriétés fluidifiantes, expectorantes et antiseptiques des bronches Calme les palpitations cardiaques Infusion : 15 à 30 g de plantes sèches par litre d'eau : 3 tasses par jour, avant les repas Gélules : une gélule matin, midi et soir avant les repas
Mauve	Adoucissante des voies respiratoires, calme l'inflammation, combat la constipation En infusion 2 à 3 fois / j
Valériane	Propriétés sédatives Donne un goût désagréable à la cigarette Gélules à 350 mg : 2 le soir

Tableau 25 : Principales plantes utilisées dans le tabagisme

5. Aromathérapie (63)

Il est possible pour réduire l'envie de fumer d'utiliser certaines Huiles Essentielles (HE) en association avec d'autres thérapeutiques.

En diffusion dans une pièce	En spray buccal
<ul style="list-style-type: none">▪ Huile Essentielle (HE) de citronnelle▪ Respir ® Spray Air pur 50 ml Menthe Citron <p>Les odeurs citronnées sont très efficaces pour aider les fumeurs à se désaccoutumer du tabac en limitant les effets du syndrome de privation de la nicotine, en particulier l'état de tension qui en résulte.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ HE de Pin	<p><u>En mélange :</u></p> <p>HE de camomille romaine : 2 ml HE de santal : 2 ml HE d'angélique : 2 ml HE d'eucalyptus radiate : 2 ml</p> <p>Mettre dans un flacon spray 2 ml de chaque HE. Pulvériser cette préparation sous la langue dès que de fortes envies de fumer se font sentir.</p>

Tableau 26 : Principales Huiles Essentielles utilisées dans le tabagisme

F. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?

Le pharmacien d'officine rappellera le rôle important du médecin traitant, donnera également des informations complémentaires et orientera le patient vers des structures spécialisées.

1. Au niveau national

Les informations et campagnes de sensibilisation sur la consommation tabagique sont disponibles et peuvent être consultés sur ces sites :

- CNCT (Comité national contre le tabagisme) : www.cnct.org
- INPES - Tabac : www.cfes.sante.fr/10000/themes/tabac
- MILDT: www.drogue.gouv.fr
- www.tabac.drogue.gouv.fr

2. Au niveau local

Le pharmacien pourra indiquer au patient les différentes structures de prévention ou de soins selon sa demande.

Actions et documents de prévention : AddictLim, CIRDD Limousin, CPAM 87, CSAPA ANPAA, CSAPA Centre Bobillot, Unité de prévention du Pôle d'Addictologie en Limousin

Demande de soins : Comité Départemental des Maladies Respiratoires, Consultation tabacologie 87, CRESLI 87 (centre régionale d'examen de santé du Limousin), CSAPA ANPAA, CSAPA Centre Bobillot, Fédération limousine de tabacologie, La ligue contre le cancer, Pôle d'Addictologie en Limousin CH Esquirol.

On peut également proposer aux patients le numéro 0 825 309 310 de tabac info service qui permet de proposer au patient de parler avec un tabacologue.

III. ALCOOL

En ce qui concerne le produit « Alcool », de par son métier, le pharmacien d'officine est essentiellement confronté aux problèmes suivants : la détection et la mise en garde des patients contre les interactions alcool-médicaments et la dispensation de traitements aux sujets alcooliques. Parfois, il peut être interpellé par l'entourage qui va lui demander des conseils et des informations. Il participe également aux campagnes nationales d'information.

Nous allons de nouveau étudier l'intervention du pharmacien dans les différents stades de la prévention. Dans la prévention primaire et secondaire, nous évoquerons les outils pouvant être utilisés, les bénéfices et les objections à l'arrêt ainsi que les arguments à leur opposer. Pour mieux comprendre la difficulté du dialogue pharmacien/sujet alcoolodépendant, nous citerons une enquête réalisée dans le Puy de Dôme.

Concernant la prévention tertiaire, nous allons mentionner les **traitements proposés** quand il accepte la prise en charge pour éviter les **conséquences** et accompagner le consommateur dans sa démarche et/ou l'orienter si nécessaire.

A. APPROCHE PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE (70)

1. Comportement du pharmacien d'officine avec les sujets alcooliques

Une enquête, ayant pour but de décrire la perception de l'alcoolisme par le pharmacien d'officine a été réalisée entre septembre et novembre 2007 dans des pharmacies du département du Puy de Dôme. Elle nous permet d'analyser certains points.

a. Facteurs de vulnérabilité

Selon cette enquête, différents facteurs entrent en jeu. Les problèmes psychologiques sont majoritaires, arrivent en suite le milieu socio-professionnel, le mal être dans la société, les habitudes culturelles, l'hérédité, la recherche d'un effet stimulant, le mimétisme vis-à-vis de l'entourage...

Il est à noter aussi que cette dépendance touche aussi bien les hommes que les femmes.

b. Identification de buveurs excessifs

Pour le pharmacien d'officine, la mise en évidence d'un problème d'alcoolodépendance est liée à :

- La délivrance d'un traitement de sevrage
- La présence de signes cliniques évocateurs : visage érythrosique, haleine fétide, tremblements, irritabilité, dénutrition.

La reconnaissance directe d'un problème d'alcoolisme, par le sujet concerné ou sa famille, est mentionnée par les pharmaciens interrogés dans respectivement 12 et 37% des situations.

c. Comportement du pharmacien vis-à-vis du sujet alcoolique

Lorsque les pharmaciens d'officine suspectent un problème d'alcoolisme chez l'un de leurs clients, leurs réactions sont très variables :

- 25% des pharmaciens essaient d'instaurer un dialogue direct avec le sujet. Ils tentent de faire prendre conscience au sujet alcoolique de la nécessité d'une prise en charge médicale et oriente la discussion sur les répercussions familiales et professionnelles
- 15% préfèrent avertir la famille et/ou le médecin traitant

- 43% choisissent une attitude d’attente, laissant à leur client la liberté ou non d’évoquer ce problème.

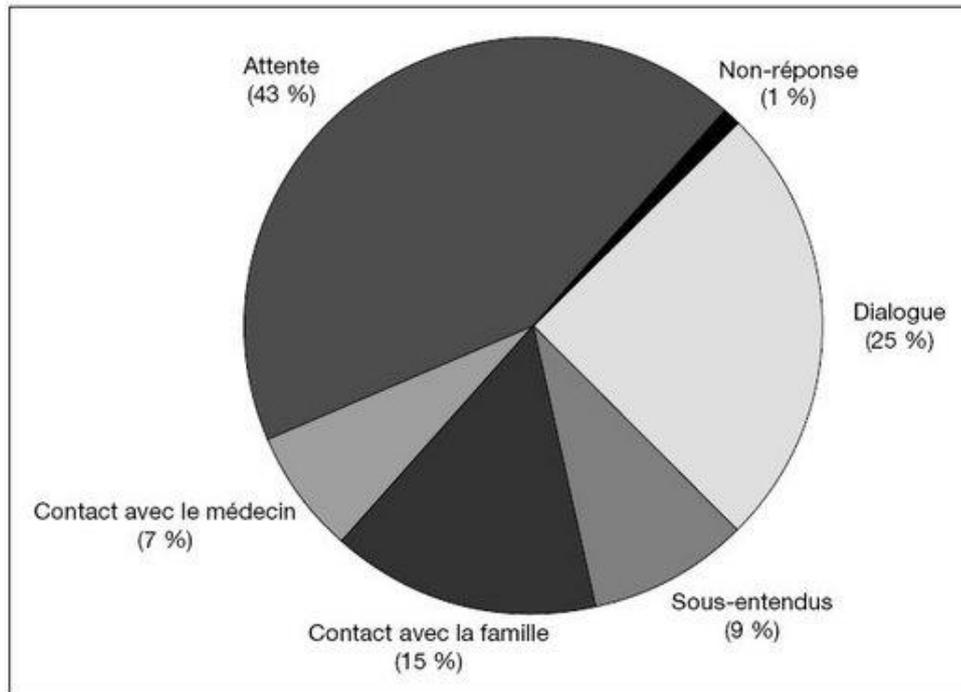


Figure 16 : Comportement du pharmacien vis-à-vis du sujet alcoolique (70)

d. Comportement du sujet alcoolique vis-à-vis du pharmacien

Lors du dialogue avec le pharmacien, le sujet alcoolique peut adopter différentes attitudes :

- Dans la majorité des situations, 41% des cas, les sujets alcooliques écoutent passivement les recommandations du pharmacien
- Dans 31 % des cas on note une attitude d’ouverture
- Dans 16 % des cas on note un repli sur lui-même
- Dans 11 % des cas on note une attitude de déni
- Peu de réactions agressives sont signalées par le pharmacien.

e. Analyse de l'enquête

Dans 75% des situations, il existe un sentiment de gêne entre le sujet alcoolique et le pharmacien pour aborder le problème de l'alcoolisme. Les résultats de cette enquête permettent de soulever des éléments qui doivent permettre au pharmacien d'officine d'aborder le patient alcoolique. On note qu'il sera possible de proposer une aide pour 72% des sujets présentant une consommation alcoolique excessive (41% + 31%) mais que 27% des patients refuseront toute aide (16% + 11%).

B. TESTS D'ÉVALUATION (71)

Plusieurs tests existent pour connaître le niveau de dépendance à l'alcool ; ils sont décrits en Annexes. Le pharmacien peut, soit les proposer au patient pour l'inciter à réfléchir sur sa consommation, soit les faire avec lui dans un espace confidentiel.

1. Test CAGE-DETA

Le CAGE, (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener,) est un outil à 4 questions fréquemment utilisé pour dépister les sujets présentant des problèmes d'**abus** ou de **dépendance** à l'alcool. C'est un test simple qui permet une première approche.

2. Test AUDIT

Cet auto-questionnaire Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) semble être l'outil le plus pertinent pour identifier les sujets présentant une alcoolisation à risque. Il permet d'étudier et d'approfondir la fréquence de la consommation.

C. BÉNÉFICES À L'ARRÊT (30, 72)

Un dialogue avec le client permet d'évaluer sa motivation à l'arrêt ou à la diminution de sa consommation et de lui exposer les nombreuses conséquences sur la santé d'une consommation excessive, qui sont notées dans le tableau suivant. Il est important de répertorier et connaître les différents bénéfices à l'arrêt de la consommation pour les utiliser avec le patient.

BÉNÉFICES SUR LA VIE DE TOUS LES JOURS	BÉNÉFICES À LONG TERME
<p>Au niveau personnel : Se sentir mieux, ne pas culpabiliser, ne pas être dépendant</p> <p>Au niveau familial : Maitriser son comportement (disputes, violence...)</p> <p>Au niveau du travail : Augmentation de la concentration, de la mémoire et de la motivation</p> <p>Au niveau social : Reprise du sport et autres activités, choix de ses fréquentations.</p>	<p><u>Diminution des risques dus à la consommation alcoolique :</u></p> <p>Appareil digestif : Hépatite, stéatose, cirrhose</p> <p>Système cardiovasculaire : HTA, troubles du rythme cardiaque, AVC</p> <p>Troubles neurologiques : Neuropathie périphérique par carence en vit B₁ (Syndrome de Korsakoff)</p> <p>Cancers des voies aériennes respiratoires supérieures</p> <p>Troubles psychiques et psychiatriques : Troubles anxieux, de l'humeur</p> <p>Grossesse : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF)</p>

Tableau 27 : Bénéfices à l'arrêt de la consommation d'alcool

Le pharmacien a un rôle très important de prévention chez les femmes enceintes. Les informations sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse sont encore peu connues et mal relayées. Aucun seuil de consommation sans risque pour le fœtus n'a été mis en évidence. Lors d'une campagne de sensibilisation (septembre 2006), l'INPES recommande « Zéro alcool pendant le grossesse » et l'apparition des pictogrammes sur les substances alcoolisées.

D. OBJECTIONS À L'ARRÊT ET ARGUMENTS À LEUR OPPOSER (30)

La connaissance des raisons pour lesquelles l'individu consomme peut s'avérer utile pour comprendre la relation qu'il a établit avec l'alcool. Comme le montre l'étude, le dialogue entre pharmacien et patient-dépendant est délicat à mettre en place. Toutefois quand la confiance est installée, les conseils notés dans le tableau ci-dessous peuvent être des leviers permettant des réponses à apporter aux différentes objections à l'arrêt.

Ces arguments pourront également être utilisés lors d'échanges avec la famille ou l'entourage, demandeurs d'aide devant une personne dépendante. Le pharmacien rappellera au patient que ce sont la fréquence, la répétition de la consommation et aussi la quantité absorbée qui procurent la dépendance alcoolique.

OBJECTIONS À L'ARRÊT : POURQUOI M'ARRÊTER ?	ARGUMENTATIONS ET CONSEILS
« Je bois pour me détendre »	Le patient recherche un effet <u>anxiolytique</u> et déstressant. Le pharmacien recherchera avec lui des activités relaxantes (en fonction de ses centres d'intérêts).
« Je bois pour avoir confiance en moi »	Analyser avec lui ses <u>qualités</u> pour qu'il se sente valorisé.
« Je bois pour faire la fête »	« Décidez à l'avance le nombre maximum de verres que vous allez boire, alternez boissons non alcoolisées pour calmer la soif et les boissons alcoolisées ». « Au cours d'un repas, ne terminez pas votre verre pour ne pas être resservi ». « Ne participez pas à des tournées ou bien choisissez des boissons non alcoolisées ». Voir avec lui comment faire la fête sans alcool
« Je bois de l'alcool parce que je n'ose pas refuser »	Encourager le patient à refuser en l'aidant à préparer et à répéter des <u>phrases de refus</u> : « je prends la route », « mon médecin me le déconseille »...
« Je bois de l'alcool par habitude »	Rappeler au patient les nombreux bénéfices à l'arrêt, sur la vie de tous les jours et à long terme. « Recherchez les situations dans lesquelles vous avez tendance à boire et choisissez celles que vous souhaitez supprimer ».
« J'ai essayé plusieurs fois, mais je rechute à chaque fois »	Expliquer au patient que la rechute provient de sa <u>dépendance</u> à l'alcool, en identifier avec lui les raisons, l'encourager à faire une <u>démarche de sevrage</u> . Pour la réussite du <u>maintien de l'abstinence</u> : prévenir votre entourage de votre décision et trouvez des soutiens, prévoir des activités de loisirs pour éviter toute envie de boire, choisir vos boissons (eau, jus de fruits), éviter les excitants (café, thé).

Tableau 28 : Objections à l'arrêt de l'alcool et arguments à leur opposer

Le pharmacien pourra prendre comme support « **une fiche d'entretien officinal** » que nous proposons en 4^{ème} partie. Il sera important que cet échange ait lieu dans un espace confidentiel. Le pharmacien proposera de le suivre au cours de son sevrage en lui fixant des dates précises de rendez-vous pour l'aider dans sa décision de limiter sa consommation alcoolique.

E. TRAITEMENTS DU SEVRAGE ALCOOLIQUE (73, 74)

Le syndrome d'alcool-dépendance relève d'une intervention médicale et médico-sociale intégrée dans un projet thérapeutique total. Le sevrage alcoolique (arrêt complet de l'alcool) peut se faire en milieu hospitalier ou en ambulatoire ; ce dernier est le plus fréquent car il permet le maintien des relations familiales et sociales et la poursuite d'une activité professionnelle. Tout traitement doit être associé à un accompagnement psychologique et social du patient. Nous allons évoquer le rôle du pharmacien dans l'accompagnement et le traitement lors du sevrage.

1. Accompagnement du patient par le pharmacien d'officine lors du sevrage

La délivrance d'une ordonnance comportant des médicaments destinés à un sevrage alcoolique peut être la porte d'entrée à une discussion et à une aide au suivi thérapeutique du patient. Le pharmacien va donner le conseil officinal et les informations utiles et pourra préciser avec le patient les différents points :

- La consommation d'alcool doit être évitée dès le premier jour du sevrage et de manière définitive. Il faut éviter de consommer de denrées alimentaires contenant de l'alcool. Il est indispensable de s'hydrater (boissons non alcoolisées).
- Les médicaments prescrits ont pour but d'éviter les réactions dues au manque, mais certains effets secondaires peuvent survenir (agitation, cauchemars, insomnies, sueurs..), en informer son médecin si nécessaire.
- Lors de la délivrance d'ordonnances, le pharmacien doit signaler les spécialités susceptibles d'interactions avec les traitements du sevrage. Il va indiquer les médicaments renfermant de l'alcool dans leur composition (exemple : Biocalyptol®, Alodont®) qui peuvent provoquer un effet « Antabuse » ou de somnolence et préciser l'existence d'interactions avec d'autres médicaments (psychotropes, antiépileptiques, antiparkinsoniens, antivitamines K...)

2. Traitements allopathiques du sevrage alcoolique

Le traitement du sevrage alcoolique comprend deux étapes. La première comporte l'utilisation de médicaments d'aide au sevrage. Pendant la seconde étape, les médicaments de maintien de l'abstinence ne seront prescrits qu'au cas par cas et associés à un accompagnement psychologique et social. Le pharmacien va expliciter cette prescription et accompagner la délivrance du traitement.

a. Médicaments d'aide au sevrage

Les principales molécules utilisées dans l'aide au sevrage sont détaillées ci-dessous.

	Diazépam VALIUM®	Tiapride TIAPRIDAL®
Présentation	Comprimés sécables à 2, 5 ou 10 mg Sol. inj. à 10 mg/2ml	Comprimés sécables à 100 mg Sol. buv. à 5 mg/goutte Sol. inj. IM/IV à 100 mg/2ml
Classe thérapeutique	Benzodiazépine	Antipsychotique
Utilisation	En première intention pour éviter les crises convulsives	Neuroleptique si agitation importante
Posologie	Voie orale : 5 à 40 mg/jour Voie injectable : 0.1 à 0,2 mg/kg/injection plusieurs fois/24 h	200 à 300 mg/j Jusqu'à 1800 mg/j en cas de délirium tremens
Durée du traitement	8 à 10 jours pour éviter une dépendance	1 à 2 mois
Effets indésirables	Sensations ébrieuses, céphalées, prurits, insuffisance respiratoire...	Fatigue, somnolence, troubles endocriniens et cardiaques
Contre-indications	Insuffisance respiratoire sévère, apnée du sommeil, insuffisance hépatique sévère	Hypersensibilité, tumeur prolactino-dépendante
Grossesse Allaitement	Eviter les fortes doses au 3 ^{ème} trimestre Utilisation à éviter	À éviter

Tableau 29 : Médicaments d'aide au sevrage alcoolique

D'autres molécules peuvent être utilisées hors Autorisation de Mise sur le Marché :

- Carbamazépine (TÉGRETOL®)
- Valproate de sodium (DÉPAKINE®)
- Béta-bloquants : Aténolol (TÉNORMINE®), Propanolol (AVLOCARDYL®)
- Sulfate de magnésium (SPASMAG®)

b. Médicaments du maintien de l'abstinence

Trois molécules sont utilisées pour l'aide au maintien de l'abstinence. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau suivant.

	Acamprostate AOTAL®	Naltrexone RÉVIA®	Disulfirame ESPÉRAL®
Présentation	Comprimés à 333 mg	Comprimés sécables à 50 mg	Comprimés à 500 mg
Utilisation	Diminution de l'appétence à l'alcool	Limite l'envie de boire	Action antabuse
Posologie	Sujets de plus de 60 kg : 2 cp 3fois/jour Sujets de moins de 60 kg : 2 cp le matin, 1 à midi, 1 le soir	1 comprimé par jour	1 comprimé le matin après une abstinence de 24 h d'alcool
Durée du traitement	Durée recommandée : 1 an	Durée limitée à 3 mois	Non précisée
Effets indésirables	Diarrhées transitoires	Nausées et vomissements, céphalées, anxiété, douleurs articulaires.	Fatigue transitoire, troubles digestifs
Points particuliers	Administration de préférence en dehors des repas si la tolérance digestive est bonne	Le patient signalera aux médecins, dentistes et pharmaciens la prise de RÉVIA® pour éviter les interactions avec les dérivés morphiniques antalgiques	L'effet antabuse peut persister une semaine après l'arrêt du traitement. Ne jamais administrer à l'insu du patient
Contre-indications	Insuffisance rénale	Insuffisance hépatocellulaire sévère, dépendance aux opiacés	Prise de médicaments ou boissons alcoolisées
Grossesse et allaitement	Emploi déconseillé		

Tableau 30 : Médicaments du maintien de l'abstinence alcoolique

Le mécanisme d'action de ces médicaments est expliqué dans la figure suivante.

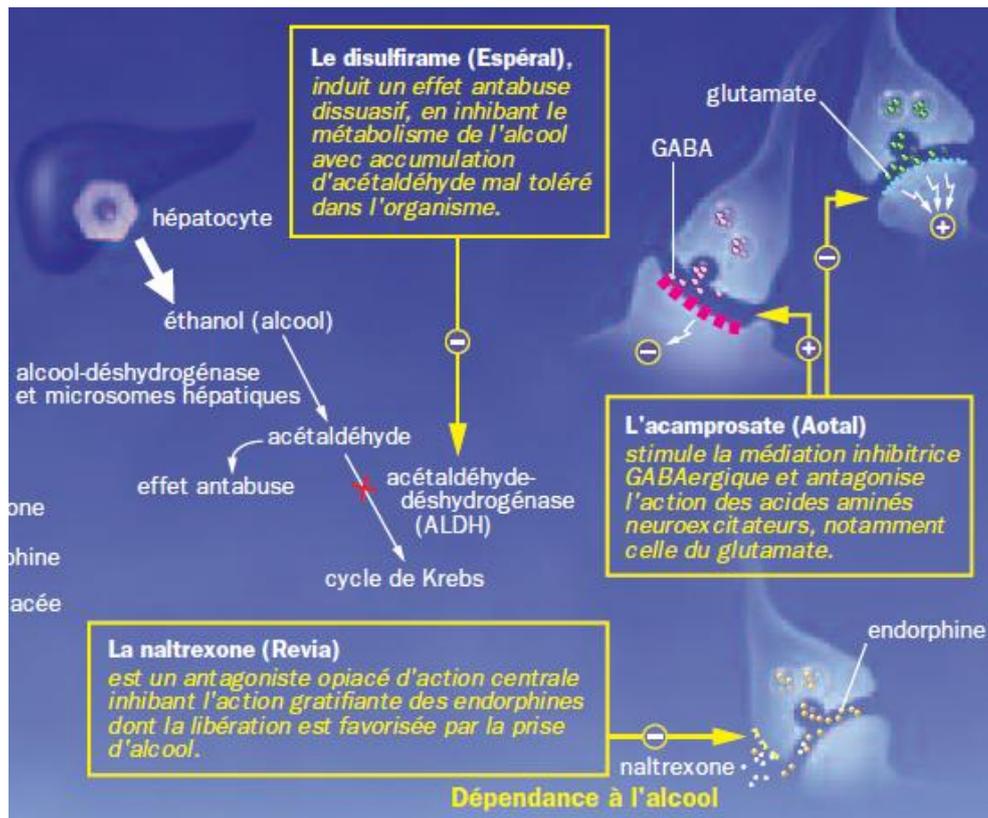


Figure 17 : Mécanisme d'action des traitements du maintien de l'abstinence alcoolique (75)

Les traitements associés sont également important à notifier et concourent à la réussite de la prise en charge du sevrage et le pharmacien va insister pour informer sur l'importance de ces médicaments.

Hydratation : au minimum 2 litres par jour per os chez le sujet conscient pendant 3 à 4 jours (perfusions chez le malade inconscient)

Vitaminothérapie :

- Vitamine B1 = thiamine. Pour lutter la carence fréquente par négligence alimentaire et/ou par mauvaise absorption. Posologie : 500 mg/jour pendant 10 à 20 jours
- Vitamine B6 = pyridoxine (BÉCILAN®). Elle permet de prévenir les crises d'épilepsies ; ne doit pas être administrée au long court et prescrite en association avec la vitamine PP = nicotinamide (NICOBION®)

- Acide folique sera prescrit en cas de carence et particulièrement chez la femme enceinte pour réduire le risque de malformations fœtales.

3. Traitements homéopathiques (72)

La dépendance à l'alcool est une maladie complexe ; en complément des traitements précédents, un accompagnement homéopathique peut être proposé. En cas de traitement par gouttes, faire des préparations aqueuses et non alcooliques. Ces souches sont prescrites en prises régulières et prolongées matin et soir, en gouttes ou granules.

a. Alcoolisme au stade de consommation excessive sans complication

Nux vomica	Sera conseillé en cas de consommation excessive d'alcool, d'autres excitants, d'aliments, suivie de somnolence améliorée par une sieste
Sulfur	Prescrit pour les personnes joviales buvant beaucoup, mangeant peu ayant une congestion de la face
Lycopodium	Pour le petit buveur ou l'ancien grand buveur devenu intolérant
Lachesis mutus	Donné au buveur solitaire souvent féminin
Modalités de prise : Prendre 5 granules 3 fois par jour à laisser fondre sous la langue, avant les repas, jusqu'à disparition des troubles.	

Tableau 31: Principales souches en homéopathie actives sur l'alcoolisme sans complications

b. Alcoolisme aggravé

Phosphorus	Pour l'amateur de grands vins, qui boit par passion
Arsenicum album	Sera prescrit en cas de présence d'un besoin irréprensible de boire
Aurum metallicum	Donné si alcoolisation a lieu dans la solitude et la tristesse
Zincum métallicum	Prescrit aux patients pâles et asthéniques ; aggravation de tous les symptômes par le moindre verre d'alcool
Modalités de prise : Prendre 5 granules 3 fois par jour à laisser fondre sous la langue, avant les repas, jusqu'à disparition des troubles.	

Tableau 32: Principales souches actives sur l'alcoolisme aggravé

Ethylicum : indiquée en plus du traitement de fond correspondant au tempérament du patient alcoolo-dépendant.

F. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?

Le pharmacien d'officine rappellera le rôle important du médecin traitant, donnera également des informations complémentaires et orientera le patient vers des structures spécialisées.

1. Au niveau national

Les informations et campagnes de sensibilisation sur la consommation alcoolique sont disponibles et peuvent être consultées sur ces sites :

- ANPAA : Association nationale de prévention de l'alcoologie et Addictologie : www.anpaa.asso.fr
- INPES : www.inpes.sante.fr

- MILDT : www.drogues.gouv.fr

2. Au niveau local

Le pharmacien pourra indiquer au patient les différentes structures de prévention ou de soins selon sa demande.

Actions et documents de prévention : AddictLim, Association d'usagers (Alcoolique Anonyme, Vie libre, La santé de la famille), CIRDD Limousin, CPAM 87, CSAPA ANPAA, CSAPA Centre Bobillot, Unité de prévention Pôle d'Addictologie en Limousin.

Demande de soins : CSAPA ANPAA, CSAPA Centre Bobillot, Pôle d'Addictologie en Limousin CH Esquirol.

IV. CANNABIS (76)

La demande d'information sur le cannabis concerne surtout les parents, cette problématique sera évoquée dans un chapitre ultérieur. En effet, le pharmacien d'officine est l'un des professionnels de santé auquel les familles pourraient facilement faire appel lorsqu'elles suspectent ou découvrent l'usage de cannabis chez l'adolescent. Il peut constituer une aide pour les parents pour leur permettre **d'engager le dialogue** avec leurs enfants dans une situation souvent de crise.

Lorsqu'un consommateur est en demande d'informations, le pharmacien peut proposer un rendez-vous pour **aborder le sujet en toute confidentialité**. Le pharmacien va pouvoir s'aider de questionnaires. Il doit connaître les effets des produits et également les bénéfices à l'arrêt et proposer des arguments pour aider et accompagner l'arrêt.

A. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION (71)

Généralement, le consommateur de cannabis pense réussir à maîtriser sa consommation et n'envisage pas qu'elle puisse le rendre dépendant ou avoir des conséquences négatives. Les questionnaires **CAST** et **ALAC** qui sont détaillés en annexes permettent d'aider l'adolescent à évaluer les risques de sa consommation.

Le questionnaire **CAST** ne comporte que 6 questions : il peut donc être réalisé au comptoir. Selon l'importance du problème de la consommation cannabique, il est nécessaire que le professionnel de santé l'incite à réfléchir sur sa consommation et l'orienter vers une consultation spécialisée.

Le questionnaire **ALAC** (Test d'Autoévaluation de la Consommation de Cannabis) permet le repérage des différents dommages liés à l'usage du cannabis. Il est plus complet que le CAST et permet d'évaluer l'usage nocif et de repérer des éléments de dépendance.

B. BÉNÉFICES À L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DU CANNABIS (76)

Il existe de nombreuses raisons pour inciter les consommateurs à arrêter de fumer. Ces raisons, invoquées par les anciens consommateurs, les consommateurs actuels, les chercheurs et les professionnels de santé, sont celles liées à la santé, à la vie sociale ou en rapport à la loi. Elles sont aussi financières. La consommation de cannabis est nocive et les bénéfices à l'arrêt sont multiples. Ils sont détaillés dans le tableau suivant.

BÉNÉFICES À L'ARRÊT DU CANNABIS	
Bénéfices liés à la santé	<p>Amélioration de la concentration intellectuelle, de la mémoire immédiate et de la vigilance</p> <p>Diminution des risques d'apparition de maladies respiratoires (asthme, bronchites), de pathologies ORL</p> <p>Disparition des troubles du système endocrinien (stérilité, impuissance) dès l'arrêt de la consommation.</p> <p>Absence de survenue de crises d'angoisses, paranoïas, vomissements, bad-trip, troubles du sommeil</p>
Bénéfices liés à la vie sociale	<p>Au niveau familial : meilleures relations parentales</p> <p>Au niveau scolaire et travail : amélioration des résultats scolaires, meilleure efficacité professionnelle, moins d'absentéisme</p> <p>Au niveau social : relations amicales antérieures retrouvées</p> <p>Au niveau sportif : reprise des activités sportives avec procuration de plaisir</p>
Bénéfices financiers	<p>Bien qu'illicite, l'accès au cannabis est facile en France.</p> <p>1 gr de cannabis varie entre 4 et 8 €, une barre de shit varie entre 10 et 15 € (35)</p> <p>Un fumeur moyen consomme environ pour 25 à 80 € par mois (19)</p> <p><u>Pouvoir avoir plus d'argent pour se faire plaisir différemment</u></p>
Bénéfices liés à la Loi	<p>En France, <u>le cannabis est interdit, illicite, prohibé et dopant</u></p> <p>Éviter les risques judiciaires : contrôle positif lors de conduite (perte de 6 points, du permis...), poursuites judiciaires pour les usagers et trafiquants.</p>

Tableau 33 : Bénéfices à l'arrêt de la consommation de cannabis

C. OBJECTIONS À L'ARRÊT DU CANNABIS ET ARGUMENTS À LEUR

OPPOSER (76, 77)

Les raisons de la consommation de cannabis peuvent être très différentes, les fréquentations représentant l'une des principales ; il est utile de les analyser pour pouvoir accompagner un sujet qui souhaite arrêter.

OBJECTIONS À L'ARRÊT DU CANNABIS	
« Mes amis fument, il faut que je fasse comme eux pour être intégré à leur groupe »	Insister sur le fait qu'avec le temps, la qualité de la vie sociale se détériore et orienter l'adolescent vers des choix différents de relation. L'aider à trouver des arguments pour être intégré et pouvoir dire « NON »
« Je fume par plaisir, pour me détendre »	Le pharmacien pourra voir avec l'utilisateur ses autres centres d'intérêts, comme écouter de la musique, faire du sport... Les pratique-t-il toujours ? Expliquer que les effets d'euphorie ne durent que peu de temps et sont suivis de troubles de l'humeur, d'angoisses.
« Je fume du cannabis par envie d'essayer, pour voir ce que ça fait »	L'ignorance sur les effets liés à la consommation de cannabis est une des principales raisons de l'expérimentation. Le pharmacien fournira au patient et pourra mettre à la disposition de sa clientèle des <u>informations sur les risques</u> .
« Je m'arrête quand je veux »	Le pharmacien donnera <u>des informations sur la dépendance</u> . « Quand la consommation est régulière, votre cerveau se met à fonctionner différemment et vous vous habituez à l'effet produit sur vous. Avez-vous déjà essayé de diminuer ou d'arrêter : est ce difficile ? »
« Ce n'est pas grave : un tous les soirs »	Le pharmacien indiquera que l'habitude de la consommation risque d'induire une <u>dépendance</u> .
« Il y a si longtemps que je fume, je ne veux pas arrêter »	Inciter l'utilisateur à essayer d'arrêter en argumentant sur les <u>bénéfices à l'arrêt</u> décrits dans le tableau 33.

Tableau 34 : Objections à l'arrêt de la consommation cannabique et arguments à opposer

D. CONSEILS ASSOCIÉS AU SEVRAGE (76)

Le cannabis est un produit que certains peuvent arrêter seul. Cependant d'autres cas nécessitent une aide médicale et psychologique. Il n'existe **aucun médicament de substitution**.

La réussite dépend principalement de la motivation à l'arrêt de la consommation et des changements d'habitudes dans la vie de tous les jours. Le pharmacien pourra prendre comme support « **une fiche d'entretien officinal** » que nous proposons en 4^{ème} partie. Il sera important que cet échange ait lieu dans un espace confidentiel. Le pharmacien proposera de le suivre au cours de son sevrage en lui fixant des dates précises de rendez-vous pour l'aider dans sa décision de limiter sa consommation de cannabis.

Le tableau suivant résume les possibilités de conseils pour le pharmacien :

CONSEILS ASSOCIÉS AU SEVRAGE DU CANNABIS	
Etude de la motivation et choix d'une stratégie d'arrêt	<p>Arrêt immédiat ou progressif</p> <p>Fixer une semaine avant l'arrêt d'un jour « J »</p> <p>A partir de ce jour « J », il y aura des phases de renoncement à l'engagement puis cela deviendra de plus en plus facile.</p> <p>La période moyenne pour arrêter est de 3 à 4 semaines.</p>
Agir en fonction des symptômes du sevrage	<p>Si le sevrage s'accompagne d'anxiété, d'angoisse, de troubles du sommeil, de nausées : orienter le patient vers une consultation médicale</p> <p>Possibilités d'avoir recours à des méthodes de soins alternatives, relaxation, psychothérapie, homéopathie et phytothérapie.</p>
Changer ses habitudes	<p>Pour compenser le manque, se faire plaisir</p> <p>Trouver de nouvelles activités et centres d'intérêts dès que l'envie de fumer se fait sentir : sports...</p> <p>Aller à la rencontre de nouvelles personnes pour changer d'environnement.</p> <p>Éviter certaines situations : lieux, situations stressantes, entourage.</p> <p>« Faire du ménage » : ranger ou jeter les objets qui peuvent stimuler l'envie de fumer du cannabis : posters, autocollants, pipes...</p> <p>Rester vigilant à l'alcool, tabac : ne pas remplacer une dépendance par une autre.</p>
Pour éviter la rechute	<p>Trouver une personne de confiance qui sera à l'écoute pour encourager et renforcer la décision d'arrêt.</p> <p>Se rappeler les raisons du choix de l'arrêt permet de se remotiver.</p> <p>Si une rechute survient, ne pas considérer cela comme un échec mais plutôt comme un accident de parcours.</p> <p>Réflexions que peut se faire un consommateur qui a rechuté : « dans quelle situation j'étais quand j'ai rechuté ? qu'est ce que je recherchais en consommant à nouveau? »</p>

Tableau 35 : Conseils associés au sevrage de la consommation de cannabis

E. QUE DIRE AUX PARENTS ? (78, 79)

1. Découverte de la consommation

L'adolescence est une période particulière d'explorations et d'expérimentations de soi-même et du monde extérieur. Parfois, dans cette quête identitaire, qui se déroule dans un climat de disputes, conflits avec l'entourage, la prise de risques constitue l'un des aspects caractéristiques qui favorise la consommation de drogue. Les parents sont souvent désarmés devant la découverte d'une consommation de drogues par leurs enfants. Le pharmacien va évaluer avec eux la situation et leur donner des informations de base.

Pourquoi un premier contact	Analyse de la consommation	Signes d'alertes : les repérer
Curiosité Recherche du plaisir Recherche d'expériences nouvelles Besoin d'identification à un groupe Opposition par rapport au monde des adultes	La consommation est révélatrice de problèmes sous-jacents (séparation, deuils, difficultés liées à l'adolescence...) Aider les parents à rechercher et à résoudre les conflits relationnels	<u>Symptômes inhabituels</u> : Somnolence, yeux rouges, tremblements, odeurs des vêtements <u>Objets inhabituels</u> : Couteau, sachets en plastique (cannabis) <u>Comportements différents</u> : Absentéisme scolaire, démotivation, violence, disparition d'argent fréquente

Tableau 36 : Découverte de la consommation de cannabis

Si l'entourage de l'adolescent constate l'existence **de plusieurs** de ces indices, il est important d'inciter les parents à parler de leur doute à leur enfant.

2. Comment les aider à réagir

Il est nécessaire que le pharmacien rassure le parent en lui expliquant qu'un adolescent qui fume occasionnellement du cannabis n'est pas toxicomane, tout comme un verre de vin ne fait pas l'alcoolique et une cigarette ne fait pas le tabagique. Le pharmacien va inciter les parents à ouvrir le dialogue avec leur jeune.

Toute la réussite de l'aide au sevrage à la consommation de cannabis que vont porter les parents à leur adolescent va dépendre essentiellement de la manière dont est abordé le sujet.

Il est souhaitable d'aborder certaines attitudes :

- Pas de panique ni de précipitation, par contre, il ne faut pas passer à côté du problème et négliger une consommation de drogue. Prendre le temps de réfléchir à la façon de gérer la situation
- Ne pas préjuger d'une consommation
- Instaurer un dialogue et un minimum de confiance : parler avec son enfant, ne pas le sermonner (remontrances, cris auront pour seul effet de le stresser davantage et donc de renforcer son envie de consommer), ne pas l'espionner
- Trouver de l'aide extérieur
- Ne pas culpabiliser et redonner confiance en lui à l'adolescent
- Ne pas l'abandonner et lui conseiller de se faire aider
- L'inciter rencontrer un médecin ou à prendre rendez-vous avec un centre d'aide.

D'où le rôle important de l'écoute par le pharmacien qui devra bien comprendre la demande des parents, la résumer, la reformuler. En complément des conseils précédents il informera de l'existence de tests de dépistages (CAST ET ALAC), et donnera de la documentation, des brochures, flyers...

Le pharmacien pourra prendre également comme support « **la fiche d'aide aux parents** » que je propose en 4^{ème} partie. Il sera important que cet échange ait lieu dans un espace confidentiel.

F. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?

Le pharmacien d'officine rappellera le rôle important du médecin traitant, donnera également des informations complémentaires et orientera le patient vers des structures spécialisées.

1. Au niveau national

Les informations et les campagnes de sensibilisation sur la consommation cannabique sont disponibles et peuvent être consultés sur ces sites :

- INPES : www.inpes.sante.fr
- MILDT : www.drogues.gouv.fr

2. Au niveau local

Le pharmacien pourra indiquer au patient les différentes structures de prévention ou de soins selon sa demande.

Actions et documents de prévention : AddictLim, CIRDD Limousin, Comité Départemental des Maladies Respiratoires, CPAM 87, CSAPA ANPAA, CSAPA Centre Bobillot, La ligue contre le cancer, Unité de prévention Pôle d'Addictologie en Limousin.

Demande de soins : CSAPA ANPAA, CSAPA Centre Bobillot, Pôle d'Addictologie en Limousin CH Esquirol.

V. PSYCHOTROPES : BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS

D'après l'étude de l'OFDT et de l'INPES (19), actuellement en Europe, la France est en tête de la consommation des médicaments psychotropes : c'est donc un problème de santé publique. Le Limousin est la 1^{ère} région de France de consommateurs chez les jeunes.

A. PRÉVENTION (80, 81)

Face à une plainte d'un de ses patients souffrant d'anxiété ou d'insomnie, le pharmacien exercera son rôle de prévention en donnant des conseils adaptés.

Pour les psychotropes, il pourra essentiellement agir lors d'une première prescription et lors d'une demande d'avance. A ce moment là, le pharmacien rappellera les règles de bonnes pratiques de prescription, les modalités de prise. Dans ce chapitre sur les psychotropes, nous allons analyser les raisons de la consommation et donner des informations sur l'apparition possible de risque de dépendance.

L'évaluation de la dépendance psychologique aux benzodiazépines peut être réalisée avec la « Severity Dependence Scale » (décrite en annexe). Addictlim a fait une enquête lors de la 7^{ème} semaine des addictions pour interpeler et aider au dialogue lors de cette semaine (outils pour information) sur « Les psychotropes, de l'abus au bon usage » (noté en annexes). Il peut en être fait allusion au comptoir afin de faire réfléchir le patient sur sa consommation de médicaments psychotropes.

	INSOMNIE	ANXIÉTÉ
Rappels physiologiques	<p>Le sommeil permet une récupération physique, psychologique et intellectuelle.</p> <p>Diminution du temps de sommeil avec l'âge.</p>	<p>Réaction normale lors de situations comme la peur d'un examen, l'arrêt du tabac, un accident de la route, un deuil...</p> <p>Elle se manifeste par une sensation de malaise, de nervosité et des troubles du sommeil.</p>
Au stade maladie	<p>Altération de la durée du sommeil, de sa qualité et/ou difficultés à l'endormissement.</p> <p><u>Causes :</u> Mauvaise hygiène de vie, réaction à un stress, insomnie de rebond iatrogène (à l'arrêt brutal d'un traitement hypnotique)</p> <p><u>Impacts sur la vie</u> Inquiétude de la nuit à venir, manque concentration, d'énergie, somnolence diurne</p>	<p>Si elle survient sans raison, répétitive, avec intensité disproportionnée par rapport à la cause.</p> <p><u>Causes :</u> Chocs intenses (accident, conflit...) Possibilité d'anxiété chez les personnes dépressives ou souffrant de maladies cardiovasculaires, respiratoires (asthme) Après un abus de médicaments excitants, anxiolytiques...</p>
Conseils associés	<p>Le pharmacien insistera sur l'importance d'avoir <u>une bonne hygiène de vie</u> et pourra donner les conseils suivants :</p> <p>Avoir une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et limiter les excitants. Prendre un diner léger. Se détendre : techniques de relaxation, sortir Eviter le soir les jeux vidéo, la télévision mais privilégier un rituel d'endormissement (lecture) Ne pas surchauffer sa chambre Parler, se confier</p> <p>Le pharmacien <u>orientera vers une consultation médicale</u> si l'insomnie ou l'anxiété s'accompagne d'autres signes (perte d'appétit, crises de paniques...) et/ou devient permanente et handicape la vie quotidienne.</p> <p><u>A propos du traitement</u>, le pharmacien rappellera l'intérêt d'un traitement de courte durée ou de prise discontinuée afin d'éviter la dépendance et encouragera les patients traités depuis longtemps à parler de sevrage avec leur médecin.</p>	

Tableau 37 : Insomnie, anxiété et conseils associés

Le pharmacien pourra prendre comme support « **une fiche d'entretien officinal** » que nous proposons en 4^{ème} partie. Il sera important que cet échange ait lieu dans un espace confidentiel. Le pharmacien proposera de le suivre au cours de son sevrage en lui fixant des dates précises de rendez-vous pour l'aider dans sa décision d'arrêter.

B. TRAITEMENTS DE L'INSOMNIE ET DE L'ANXIÉTÉ

1. Médicaments allopathiques (38)

Les principaux hypnotiques indiqués chez l'adulte sont les benzodiazépines (lormétazépan : NOCTAMIDE®, loprazolam : HAVLANE®...), les imidazopiridines (Zolpidem : STILNOX®), les cyclopyrrolones (Zopiclone : IMOVANE®) et certains antihistaminiques (doxylamine : DONORMYL®). Le choix d'une molécule par le médecin sera fonction du type d'insomnie. Ils sont à prendre juste avant le coucher.

Les principaux anxiolytiques sont les benzodiazépines (Alprazolam : XANAX®, Bromazépan : LEXOMIL® : ...) et divers anxiolytiques comme l'Hydroxyzine (ATARAX®) ou la Buspirone (BUSPAR®). Les prises d'anxiolytiques seront réparties dans la journée selon la prescription médicale.

Les hypnotiques et les anxiolytiques sont soumis à des règles de prescription et de délivrance particulières (respectivement 4 semaines et 4 semaines renouvelables 2 fois).

Cas particuliers : (39)

▪ **GROSSESSE**

Les benzodiazépines traversent le placenta et si elles sont absorbées régulièrement par la mère en fin de grossesse, même en dosages thérapeutiques, peuvent provoquer des complications néonatales. A l'accouchement l'équipe médicale mettra en place une surveillance renforcée du nouveau né. L'usage chronique maternel peut entraver la croissance intra-utérine et retarder le développement du cerveau. En cas de troubles du sommeil chez une femme enceinte lui conseiller un traitement homéopathique : SEDATIF PC®, 2 comprimés 3 fois/j, IGNATIA AMARA 9 CH, 5 granules plusieurs fois / jour.

▪ **PERSONNES AGÉES**

Les personnes âgées métabolisent les benzodiazépines d'une façon moins efficace que les plus jeunes. L'effet de ces médicaments dure donc plus longtemps formant une accumulation résiduelle plus importante à l'utilisation régulière. Il est généralement conseillé d'utiliser chez les personnes âgées la moitié de la dose prescrite généralement pour les adultes. Le pharmacien leur expliquera que le besoin de sommeil diminue avec l'âge et les aidera à relativiser leurs plaintes.

2. Autres alternatives thérapeutiques (82)

Il existe plusieurs autres aides thérapeutiques pour lutter contre les différents symptômes de l'insomnie et de l'anxiété : l'homéopathie, la phytothérapie et l'aromathérapie. Cette dernière ne devant pas être utilisée en cas de grossesse et d'allaitement. Elles sont décrites dans le tableau suivant.

	HOMÉOPATHIE	PHYTOTHÉRAPIE	AROMATHÉRAPIE
Insomnie	<p>Aconitum napellus (insomnie avec frayeur)</p> <p>Arsenicum album (par agitation anxieuse)</p> <p>Coffea (par abondances d'idées)</p> <p><u>Posologie :</u></p> <p>A des dilutions moyennes (7 et 9 CH)</p> <p>3 granules au moment de la crise et à répéter toutes les heures</p>	<p><u>Les plantes sédatives :</u></p> <p>Eschscholtzia, tilleul, aubépine, passiflore, valériane, lavande...</p> <p>Houblon (recommandé à la ménopause)</p> <p><u>Posologie :</u></p> <p>Tisanes ou gélules à prendre en une prise 30 mn avant le coucher et à renouveler en cas de réveil nocturne.</p>	<p><u>Huiles essentielles de :</u></p> <p>Cumin (inductrice de sommeil)</p> <p>Mandarine (relaxante et sédative)</p> <p>Lavande (favorise un sommeil rapide et réparateur)</p> <p>Camomille romaine</p> <p><u>Posologie :</u></p> <p>Voie orale : 1 à 2 gouttes sur un sucre</p> <p>Voie externe en massages ou diffusion</p>
Anxiété	<p>Argentum nitricum (en cas d'anxiété d'anticipation)</p> <p>Aconitum napellus (après une frayeur ou pendant la fièvre avec une peur de mourir)</p> <p>Ignatia amara (en cas de contrariété, chagrin)</p> <p>Arsenicum album (en cas peur de la solitude)</p> <p><u>Posologie :</u></p> <p>A des dilutions moyennes (7 et 9 CH)</p> <p>3 granules au moment de la crise et à répéter toutes les heures</p>	<p><u>Les plantes sédatives :</u></p> <p>Passiflore, valériane (en cas d'agressivité ou de tensions musculaires)</p> <p>Eschscholtzia (en cas d'émotivité)</p> <p>Ballote noire (en cas de crampes digestives)</p> <p>Aubépine, lavande, mélisse...</p> <p><u>Posologie :</u></p> <p>En 3 ou 4 prises/jour</p>	<p><u>Huiles essentielles de :</u></p> <p>Lavande (en cas de spasmes, nausées)</p> <p>Petit grain bigarade (en cas de spasmes musculaires, fatigue mentale)</p> <p>Marjolaine des jardins</p> <p><u>Posologie</u></p> <p>En voie cutanée externe pure ou dilué : 3 gouttes x 2 fois/j</p>

Tableau 38 : Autres alternatives thérapeutiques pour l'insomnie et l'anxiété légères

C. DÉPENDANCE ET SYNDROME DE SEVRAGE (83, 84)

1. Dépendance

La dépendance psychique est en général modérée mais variable selon les benzodiazépines. La dépendance physique est forte.

Les points suivants révèlent une dépendance apparue à la suite d'une prescription :

- Consommation de benzodiazépines pendant des mois ou des années
- « Besoin » d'absorber des benzodiazépines pour poursuivre leurs activités
- Difficultés à arrêter ou à réduire le dosage à cause des symptômes de sevrage
- Consultations médicales fréquentes pour obtenir des ordonnances répétées
- Les personnes dépendantes transportent toujours sur elles les comprimés de peur d'un événement troublant.

Il existe un mésusage des benzodiazépines et apparentés lors d'association aux drogues illicites. Ce mélange a pour but d'en augmenter l'action ou d'alléger les symptômes dus à leurs consommations.

2. Syndrome de sevrage

Tout arrêt de benzodiazépine même prise à posologie normale peut être suivi d'un symptôme de sevrage. La sévérité des symptômes de sevrage est liée à la fois à la dose et à la rapidité de la diminution.

Les symptômes de sevrage aux benzodiazépines les plus fréquents sont :

- Les céphalées
- Les douleurs et faiblesses musculaires, les nausées
- Les cauchemars, l'agitation, l'irritabilité, ...

Des symptômes plus sévères ont été décrits tels que des changements d'humeur, des hallucinations, des dépressions, une hypersensibilité au bruit et à la lumière...

Les symptômes comme le délirium et/ou l'épilepsie peuvent être mortels chez les utilisateurs à fortes doses.

3. Accompagnement du sevrage

Pour accompagner le patient pendant le sevrage, le pharmacien :

- Analysera avec lui l'origine de la prescription et sa motivation à l'arrêt
- Expliquera que l'arrêt ne doit pas être brutal et qu'il doit suivre le plan de diminution de posologie progressif sur longs paliers (8 à 16 semaines) prescrits par son médecin
- Lors de la période de sevrage, le pharmacien conseillera d'avoir recours aux autres alternatives thérapeutiques (homéopathie, phytothérapie, aromathérapie) étudiées dans le tableau 38 et d'avoir une bonne hygiène de vie suivant les conseils décrits dans le tableau 37
- Evoquera les rechutes possibles dues à la dépendance psychique, à la sévérité des symptômes de sevrage et à la réapparition des troubles qui avaient nécessité l'utilisation des benzodiazépines.

D. DÉPRESSION (85)

La dépression est un trouble de l'humeur se traduisant par une perte d'énergie psychique, une anxiété, une culpabilisation, des troubles cognitifs et somatiques. Une humeur dépressive peut conduire au suicide. Le traitement repose sur l'administration d'un antidépresseur en monothérapie sous surveillance médicale. Si nécessaire, le traitement peut être accompagné par la prescription d'autres médicaments psychoactifs : anxiolytiques, hypnotiques.

Lors de la délivrance d'une ordonnance d'antidépresseur le pharmacien veillera à bien préciser au patient l'importance du respect de la posologie, de la durée du traitement et d'avoir un suivi médical. Il précisera également les règles hygiéno-diététiques.

E. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?

Le pharmacien d'officine rappellera le rôle important du médecin traitant, donnera également des informations complémentaires et orientera le patient vers des structures spécialisées.

1. Au niveau national

Les informations et les campagnes de sensibilisation sur la consommation de psychotropes sont disponibles et peuvent être consultés sur ces sites :

- AFTA (Association Française des troubles Anxieux) : www.afta-anxiété.org
- Association France Dépression : www.france-depression.org
- Associations de patient « sommeil et santé » : 1, place Verlaine, 921000 Boulogne-Billancourt www.sommeilsante.asso.fr
- Réseau Morphée : www.reseau-morphee.org
- UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles des Malades psychiques) : ecoute-famille@unafam.org.

2. Au niveau local

Le mésusage de médicaments psychotropes n'est apparu que récemment dans les textes officiels (Plans nationaux, Plan Régional de Santé, ...). Pour éviter ce mésusage, il est important que le médecin traitant soit sensibilisé à cette problématique. Il n'existe actuellement pas de structures spécifiques de prise en charge pour la dépendance des médicaments psychotropes.

Cependant des structures spécialisées en Addictologie peuvent prendre en charge cette dépendance : CSAPA Centre Bobillot, Pôle d'Addictologie en Limousin CH Esquirol, les psychiatres libéraux et hospitaliers.

Le réseau AddictLim travaille également sur la prévention et la prise en charge des patients addicts aux médicaments psychotropes. Il a réalisé dans ce sens des manifestations pour les professionnels lors de la 7^{ème} semaine des addictions en octobre 2011 et a proposé une enquête sur ce thème auprès des patients. A partir de ce travail, des actions ont été envisagées auprès des professionnels de santé.

VI. OPIACÉS : HÉROÏNE, MORPHINE, CODÉINE

Le pharmacien aura une approche différente en fonction des demandes. Lors de la délivrance des TSO, le pharmacien dispensera des informations autour de ces traitements et des risques associés à la prise d'opiacés.

Le **test ASI** ne peut pas être réalisé par les pharmaciens d'officine car il est trop long à faire : il dure entre 30 et 45 minutes. Ce test est réalisé dans les centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes. Il est décrit en annexes.

A. TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (86, 87)

1. Définition

Les traitements de substitution des opiacés permettent de traiter médicalement le phénomène de dépendance aux opiacés en supprimant les effets du manque. Ce ne sont pas des traitements du sevrage. Ils n'ont pas d'effet flash ni de phénomène de plaisir contrairement à l'héroïne.

Leur objectif est de répondre à court terme à la souffrance physique et moral du patient, traiter la dépendance aux opiacés, favoriser la réduction des risques (hépatites C et B, HIV, complications infectieuses).

En modifiant le comportement de consommation de drogue, ils facilitent la réinsertion familiale et professionnelle, limitent ou suppriment la délinquance liée à l'acquisition de la drogue, permettent d'améliorer les grossesses, et offrent un meilleur accès aux soins.

Les traitements de substitution aux opiacés s'inscrivent dans la durée, de quelques mois à plusieurs années. L'arrêt de ces traitements se fait en concertation entre le prescripteur et le patient, quand l'environnement personnel et social est favorable.

Le pharmacien a une part non négligeable dans la prise en charge des patients ayant un traitement de substitution aux opiacés et joue un rôle majeur dans l'accompagnement de son traitement.

2. Médicaments de substitution (87)

Le pharmacien donnera des informations sur la délivrance de ces médicaments, la posologie et les recommandations de prise décrites dans le tableau ci-dessous. Il est nécessaire de rappeler au patient que les meilleurs résultats sont obtenus quand la substitution s'accompagne d'une psychothérapie et d'une prise en charge sociale.

		MÉTHADONE® : chlorhydrate de méthadone	SUBUTEX® : chlorhydrate de buprénorphine haut dosage
Présentation		Sirop unidose prêt à l'emploi 5, 10, 20, 40, 60 mg Gélule sous blister sécurisé de 1, 5, 10, 20 et 40 mg Stupéfiant	Comprimés sublinguaux (boîte de 7) : 0,4 mg, 2 et 8 mg Liste I
Délivrance		Délivrance 7 jours au maximum, sauf mention expresse du prescripteur Prescription 14 j maximum Prescription initiale réservée aux centres de soins spécialisés Contact médecin-pharmacien obligatoire Ordonnance sécurisée	Délivrance 7 jours au maximum, sauf mention expresse du prescripteur. Prescription 28 j maximum Ordonnance sécurisée
Action pharmacologique		Opiacé agoniste μ	Opiacé agoniste μ partiel Et antagoniste κ
Posologie	Initialisation	20 à 30 mg en une seule prise le matin Au moins 10h après la dernière prise d'opiacés	0,8 mg à 4mg/j en une prise au moins 4h après la dernière prise d'opiacés
	stabilisation	Augmentation de 10 mg/semaine	Augmentation progressive des doses
	Maintien	60 à 100 mg/j voir plus	8 mg à 16 mg/j
	Arrêt	Progressif ou transition par buprénorphine	Progressif
Modalités de prise		Pour le sirop rincer le flacon	Prise le matin Ne pas fractionner la dose Ne pas croquer, ne pas sucer, à maintenir sous la langue. Dissolution en 5 à 10 mn
Tableau 39 : MÉTHADONE® ET SUBUTEX®			

	MÉTHADONE® : chlorhydrate de méthadone	SUBUTEX® : chlorhydrate de buprénorphine haut dosage
Effets indésirables	Hypersudation, constipation, vertiges, somnolence, nausées, vomissements, pharmacodépendance, ...	
Grossesse et allaitement	Passe la barrière placentaire et dans le lait maternel La méthadone est plutôt déconseillée pendant l'allaitement	
Interactions médicamenteuses	<p><u>Risque dépression respiratoire, risque sevrage aigu :</u></p> <p>Les morphiniques : SKÉNAN®, MORPHINE® Association MÉTHADONE®-SUBUTEX® : inhibition de l'action RÉVIA® (Naltrexone), antagoniste récepteurs opiacés : risque de survenue d'un syndrome de sevrage La Codéine : NÉOCODION®, CODOLIPRANE®</p> <p><u>Majoration effet sédatif :</u> Alcool</p>	
Associations à prendre en compte	benzodiazépines : risque accru de dépression respiratoire Inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques Autres analgésiques morphiniques et médicaments sédatifs	
Signes de manque	Ne jamais arrêter le traitement « pour voir » : apparition de signes de manque : sueurs, frissons, douleurs, troubles digestifs, troubles du sommeil, irritabilité	
Signes de surdosage	Somnolence, fatigue, myosis, ralentissement du cœur et de la respiration	

Tableau 39 : MÉTHADONE® ET SUBUTEX®

B. RÉDUCTION DES RISQUES

1. Historique (88, 89)

Stéribox®: Première génération de kit de prévention qui fut conçue par un médecin français, Elliot Imbert, en 1991, et expérimentée à Ivry-sur-Seine en Val-de-Marne : elle était à l'époque appelée « la petite boîte de la mairie ». Elle fut progressivement diffusée à l'échelle nationale entre 1992 et 1994, année de sa commercialisation en pharmacie, au prix de 5 francs.

Stéribox2® : deuxième génération qui a été commercialisée en décembre 1999. Il est vendu au prix d'1 €. Le kit comprend 2 seringues à insuline 100 UI/ml, 2 compresses alcoolisées, 2 coupelles de dilution en aluminium (Stéricup) avec tampon de filtrage (Stérifilt), 2 unidoses plastiques d'eau stérile de 5 millilitres pour injection, 1 préservatif, un mode d'emploi et des conseils explicites. Stéribox2 contient tout en double pour éviter un risque de réutilisation du matériel.

Le kit Stéribox® offre un emballage qui contient des conseils d'utilisation sous forme d'un mode d'emploi. Il permet aux pharmaciens de mener une action de santé publique tout en préservant une relation commerciale discrète, anonyme et qui respecte un climat de confiance. (94)

2. Mésusages et conseils associés (90, 91)

Dans le tableau suivant sont regroupés les mésusages des opiacés, les pathologies associées et les conseils pouvant être donnés au comptoir auprès des toxicomanes.

MÉSUSAGES	PATHOLOGIES ASSOCIÉES	CONSEILS
<p>1. Pratiques intraveineuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prêt de seringues - Injection de comprimés 	<p>Les pathologies ne sont pas directement liées à la drogue mais sont d'origine <u>infectieuse et virale</u> :</p> <p>Abcès, bactériémies, endocardites, ORL, broncho-pulmonaires, oculaires, hépatites B et C, Sida...</p>	<p><u>Utilisation de Stéribox®</u> :</p> <p>Se laver les mains, délimiter un espace personnel protégé, utiliser que du matériel neuf, ne jamais partager le matériel (ni eau, cuillère, coton), essuyer toutes traces de sang.</p> <p><u>Dans la vie courante</u> :</p> <p>Contraception indispensable, utilisation de préservatifs contre les IST (Infections Sexuellement Transmissibles)</p> <p>Règles hygiéno-diététiques : alimentation équilibrée, hydratation, activité physique, éviter la consommation alcool.</p>
<p>2. Sniff</p>	<p>Destructions des cloisons nasales</p>	<p><u>Accompagner l'entourage</u> en informant sur les modalités, les effets indésirables, la durée parfois très longue des traitements et la possibilité de rechutes, incitant à la mise en place d'une thérapie familiale.</p>
<p>3. Overdoses</p>	<p><u>Savoir reconnaître une overdose</u> :</p> <p>seringue à proximité, forte somnolence, pâleur, absence de réaction, respiration irrégulière, lèvres bleues...</p>	<p>Eviter les mélanges (héroïne + benzodiazépine, TSO+benzodiazépine, héroïne + alcool) et les injections trop rapprochées.</p> <p><u>Savoir réagir en cas d'overdose</u> : ne pas paniquer, placer la personne en position latérale de sécurité, appeler le 15 (SAMU), ne pas laisser la victime seule</p>

Tableau 40 : Mésusages des opiacés et conseils associés.

3. Demande de codéine

Deux situations de demande de spécialités codéinées peuvent se présenter à l'officine :

- Demandes pressantes par des toxicomanes
- Clients devenus dépendants à la suite d'une consommation excessive.

Lors de la délivrance, le pharmacien engagera le dialogue en rappelant :

- La posologie maximale de ces spécialités : NÉOCODION® : 1 comprimé 4 fois/jour, CODOLIPRANE : 2 comprimés 3 fois/jour
- L'indication thérapeutique et essaiera de conseiller une autre spécialité antitussive ou antalgique.

Si la demande est fréquente, une dépendance peut s'installer, mais c'est une problématique difficile ; essayer d'instaurer un climat de confiance et fournir quelques informations brèves (flyers)

C. OÙ SE RENSEIGNER ET DEMANDER DE L'AIDE ?

Le pharmacien d'officine rappellera le rôle important du médecin traitant, donnera également des informations complémentaires et orientera le patient vers des structures spécialisées.

1. Au niveau national

Les informations et campagnes de sensibilisation sur la consommation cannabique sont disponibles et peuvent être consultés sur ces sites :

- MILDT : www.drogues.gouv.fr
- Drogues et dépendances : www.drogues-dependance.fr
- Associations usagers (ASUD, ...)

2. Au niveau local

Le pharmacien pourra indiquer au patient les différentes structures de prévention ou de soins selon sa demande.

Actions et documents de prévention : AddictLim, AIDES, CAARUD, CIRDD Limousin, CSAPA Centre Bobillot, Entr'AIDSida, Unité de prévention Pôle d'Addictologie en Limousin.

Demande de soins : CSAPA Centre Bobillot, Pôle d'Addictologie en Limousin CH Esquirol.

VII. AUTRES DROGUES

Les autres drogues : **cocaïne et crack, amphétamines et ecstasy, substances hallucinogènes (champignons et plantes hallucinogènes, LSD, kétamine)**, sont essentiellement consommées dans des milieux particuliers ou fermés, milieux festifs ou par des groupes de « jeunes errants ».

La prévention primaire consiste en la diffusion auprès des patients de flyers, brochures et documents qui seront mis à disposition dans l'officine. Au niveau de la prévention secondaire et tertiaire, les pharmaciens d'officine ne sont pas habituellement confrontés au comptoir à des personnes souffrant de dépendance à ces drogues.

Le pharmacien d'officine rappellera le rôle important du médecin traitant, donnera également des informations complémentaires et orientera le patient vers des structures spécialisées.

Au niveau national

Les informations et campagnes de sensibilisation sur la consommation cannabique sont disponibles et peuvent être consultés sur ces sites :

- INPES : www.inpes.sante.fr
- MILDT : www.drogues.gouv.fr
- Drogues et dépendances : www.drogues-dependance.fr

Au niveau local

Le pharmacien pourra indiquer au patient les différentes structures de prévention ou de soins selon sa demande.

Actions et documents de prévention : AddictLim, CIRDD Limousin, Unité de prévention Pôle d'Addictologie en Limousin.

Demande de soins : CSAPA Centre Bobillot, Pôle d'Addictologie en Limousin CH Esquirol.

4^{ème} partie

SUGGESTIONS POUR UNE MEILLEURE PRÉVENTION À L'OFFICINE

I. INTRODUCTION

Dans cette partie, il m'a paru intéressant d'évoquer les moyens dont disposent les pharmaciens d'officine pour réaliser au mieux leur mission de prévention aux addictions aux substances psychoactives. Ils ont de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient :

- Leurs formations, proximité, accessibilité et disponibilité
- Leur crédibilité auprès du public en tant que professionnels de santé
- La relation de confiance instaurée avec le patient
- La connaissance globale du patient dans son contexte familial et socioprofessionnel, son entourage, son historique médicamenteux...

Le pharmacien a un rôle important à jouer dans l'information, la prévention et le dépistage des maladies. Il peut s'y impliquer notamment par :

- La participation aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique
- La transmission d'informations validées sur les moyens de prévention, sur les maladies
- L'accompagnement des patients venant à l'officine pour la mise en route d'un traitement psychotrope ou pour une addiction
- La mise en place d'un entretien officinal.

II. VITRINES

La vitrine est un des lieux principaux permettant de délivrer un message dans le cadre de la **prévention I^{aire}**.

L'objectif de la vitrine est de :

- Renforcer le rôle d'éducateur de santé du pharmacien
- Aider le pharmacien à consacrer une partie de sa vitrine à l'information et à la prévention ainsi qu'à relayer régulièrement des campagnes de santé publique
- Interpeller le public sur les grands thèmes de santé et faciliter le dialogue.

Le message délivré doit être clair et pertinent. Les thèmes abordés ont un rôle éducatif : soit un thème choisi par le pharmacien comme celui des **addictions aux substances psychoactives**, soit en rappelant les journées nationales sur différents thèmes...

Exemples d'affiches pouvant servir à la mise en place de vitrine. (92)



III. AGENCEMENT DE L'OFFICINE

L'agencement de l'officine a un impact important pour permettre de délivrer des messages de prévention aux clients. Dès son entrée dans la pharmacie, le patient devra rapidement visualiser l'agencement de la partie de l'officine à laquelle il a accès :

- L'espace clientèle dans lequel sont installées différentes travées : grossesse et bébé, parapharmacies, Substituts Nicotiniques, phytothérapie...
- Les comptoirs
- L'espace confidentiel fermé, signalé et facilement accessible.

A. MOYENS À DISPOSITION POUR UNE BONNE PRÉVENTION

Dans le cadre prévention I^{aire} le pharmacien peut mettre en place les outils ci-dessous.

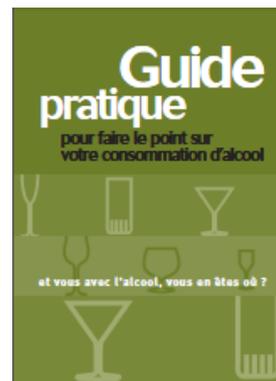
Animations : elles permettront au patient de rencontrer et discuter avec un intervenant pouvant être un tabacologue, un addictologue, un membre d'un réseau sur les addictions...

Vidéo : des vidéo-clips de prévention pourront être diffusés sur des écrans.

Affiches : elles pourront être disposées dans l'espace client.

Présentoir « bibliothèque » : dans un endroit bien visible, le pharmacien implantera un présentoir « bibliothèque » sur lequel sera mis à la disposition du client de la documentation.

Quelques exemples de brochures, flyers, ... traitant des différentes addictions (57)



B. PROPOSITIONS PERSONNELLES

1. Exemples d'affichettes (93)

En complément des moyens décrits précédemment, nous proposons d'installer devant le rayonnage des affichettes attractives avec un message simple. Avec quelques mots clés, nous souhaitons interpeller les clients pour les faire réfléchir sur les effets nocifs des comportements addictifs.

Fiche conseil de votre pharmacien

En attendant bébé ...

ZÉRO tabac alcool et autres drogues ...



Pas d'automédication



Alimentation équilibrée



Insomnie, anxiété, stress, difficultés à l'arrêt du tabac ...



L'homéopathie,
la phytothérapie
et l'aromathérapie
peuvent être une solution à vos problèmes



Demandez conseil à votre pharmacien



En cas d'insomnie

Homéopathie

Arsenicum album



Coffea

en 7 ou 9 CH
3 granules au moment de la crise et à répéter si besoin

Phytothérapie

Eschscholtzia



Valériane

Tisanes ou gélules à prendre 30 mn avant le coucher
et à renouveler en cas de réveil

Aromathérapie

Lavande : favorise un sommeil rapide et réparateur
Voie orale : 1 à 2 gouttes sur un sucre
Voie externe en massages ou diffusion



En cas d'anxiété

Homéopathie

Argentum nitricum

Ignatia amara

A des dilutions moyennes (7 et 9 CH)
3 granules en cas de crise et à répéter si besoin

Phytothérapie

Passiflore,



Aubépine

En 3 ou 4 prises/jour

Aromathérapie

Lavande

Petit grain bigarade



En voie cutanée externe pure ou dilué : 3
gouttes x 2 fois/j



Savez-vous que ?

La cigarette, l'alcool

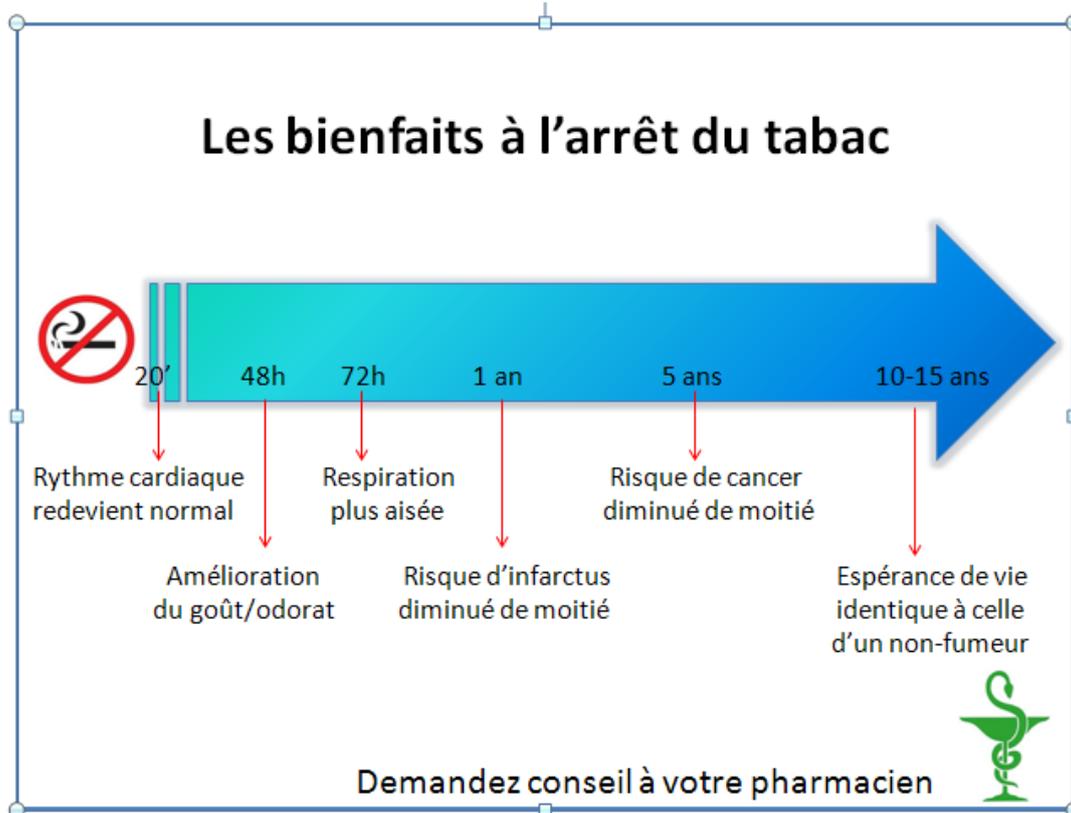
et les autres drogues illicites provoquent :

- ❖ Un teint terne
- ❖ Des rides accentuées
- ❖ Une voix rauque
- ❖ Des cheveux ternes
- ❖ Une mauvaise haleine
- ❖ Des dents jaunes
- ❖ Une perte d'odorat et de goût ...



Demandez conseil à votre pharmacien





Aides au sevrage tabagique

Passiflore : pour retrouver le **calme**

1 gélule 3 fois/jour



Aubépine: contre les **palpitations**

1 gélule 3 fois/jour

Valériane: aide à l'endormissement

1 gélule au dîner, 1 au coucher



Pour éviter le **grignotage**, atténuer la **faim**:

Anacardium orientale 5 CH,

Antimonium crudum 5 CH

3 granules 1 h avant les 3 repas



Pour **dégoûter** de la cigarette

Lobelia inflata 5 CH

3 granules à chaque envie de fumer



2. Réalisation d'une brochure

Brochure à installer dans le « présentoir-bibliothèque » dans l'espace client.

Où se renseigner et trouver de l'aide

 **Au niveau national**

ANPAA : Association nationale de prévention de l'alcoolologie et Addictologie : www.anpaa.asso.fr
CNCT (Comité national contre le tabagisme) : www.cnct.org
INPES : www.inpes.sante.fr
MILDT : www.drogues.gouv.fr
Drogues et dépendances : www.drogues-dependance.fr

Au niveau local (en Haute-Vienne)

Actions et documents de prévention : Addic-Lim, Association d'usagers, CIRDD Limousin, CPAM 87, CSAPA ANPAA, CSAPA centre Bobillot, Unité de prévention des Pôles Addictologie en Limousin
Demande de soins : Consultation tabacologie 87, CSAPA ANPAA, CSAPA centre Bobillot, Fédération limousine de tabacologie, Pôle Addictologie en Limousin



**Demandez
Conseil à votre
pharmacien**



**Tabac,
alcool,
cannabis,
opiacés, psychotropes
et autres ...**



**Votre pharmacien
peut vous aider**

**Une addiction ?
C'est quoi ??**

Impossibilité de contrôler sa consommation de produit 

Poursuite de comportement malgré la connaissance de ses conséquences néfastes :
physiques
psychologiques
relationnelles, familiales
ou sociales

Substances addictives :
tabac, alcool
cannabis, opiacés

Testez-vous



En avez-vous déjà consommé ?

Pourquoi en prenez-vous :
plaisir, détente, fête
ou
angoisse, stress, ennui... ?

En ressentez-vous des effets néfastes sur votre santé ?

Avez-vous déjà eu l'impression que votre consommation est trop importante ?

Votre entourage en est-il gêné ?

Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?



Conseils de votre pharmacien

Bénéfices à l'arrêt

Au niveau personnel : se sentir mieux, ne pas être dépendant...

Au niveau social et familial : meilleures relations...

Au niveau du travail : augmentation de la concentration, mémoire, motivation...

Economies importantes...



IV. CONSEILS AU COMPTOIR

Au comptoir, le pharmacien adaptera ses conseils pendant l'acte pharmaceutique, soit lors de la délivrance de médicaments psychotropes, d'ordonnances de TSO ou de traitements du sevrage tabagique ou alcoolique, soit lors de toute autre demande. Il pourra également proposer de la documentation appropriée.

Dans le cadre de la prévention, le pharmacien :

- Mettra à disposition du patient des brochures d'information qui peuvent être très utiles pour renforcer le(s) message(s).
- Participera aux campagnes de dépistage des maladies
- Repérera les personnes à risque et les orientera vers une consultation médicale si nécessaire
- Mettra en place des entretiens officinaux pendant lesquels il se servira de fiches pour aider le patient dans sa démarche.

QUELQUES PROPOSITIONS DE « FICHE D'ENTRETIEN OFFICINAL »

Par la loi HPST, le pharmacien a un rôle de plus en plus important dans le conseil, la prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique, c'est pour cela que l'espace de confidentialité occupe une place essentielle dans l'officine.

Selon l'addiction, nous proposons comme support les « fiches d'entretien officinal » détaillées ci-dessous. Cela facilitera le dialogue, l'argumentation en faveur de la réduction de ces consommations et la prévention.



Pharmacie...

Adresse, n° de téléphone

Contact internet

FICHE D'ENTRETIEN OFFICINAL : TABAC

Informations personnelles

Date, Nom, prénom, âge, situation familiale, poids, antécédents médicaux, traitements en cours

Bilan de la consommation

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? Depuis combien de temps ?

Quelle est la cigarette que vous préférez (au réveil, après un café...)?

Fumez-vous autant la semaine que le week-end ?

Pour quelles raisons fumez-vous ?

Motivations à l'arrêt

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous décidé d'arrêter de fumer ?

Pensez-vous que la cigarette est néfaste pour votre santé ?

Votre entourage en est-il gêné (odeur, hygiène, dépendance, nervosité) ?

Quel budget consacrez-vous à la consommation de cigarettes par semaine ?

Quelle est selon vous la raison pour laquelle vous n'arrivez pas à arrêter de fumer (ennui, entourage fumeur, manque de volonté...)?

Analyse d'éventuelles rechutes antérieures

Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ?

Si oui, combien de fois ?

Quel traitement avez-vous utilisé à chaque tentative ?

Pour quelle raison avez-vous repris ?

Si vous avez déjà essayé d'arrêter de fumer, quelles ont été les clés de votre réussite ?

Evaluation du besoin d'une aide extérieure

Pensez-vous qu'une aide psychologique soit nécessaire pour l'arrêt du tabac ?

Pensez-vous qu'un suivi nutritionnel offrirait de meilleures chances de réussite à un individu voulant arrêter de fumer ?

Conduite à tenir

Le pharmacien adaptera à chaque patient les conseils à donner et la proposition de suivi



Pharmacie...

Adresse, n° de téléphone

Contact internet

FICHE D'ENTRETIEN OFFICINAL : ALCOOL

Informations personnelles

Date, Nom, prénom, âge, situation familiale, poids, antécédents médicaux, traitements en cours

Bilan de la consommation

Combien de verre d'alcool consommez-vous ? Depuis combien de temps ?

Pour quelles raisons buvez-vous ?

Consommez-vous autant le week-end que la semaine ?

Quel est le verre que vous préférez ?

Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation d'alcool (personnels, professionnels, conduite...) ?

Motivations à l'arrêt

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous décidé de diminuer votre consommation alcoolique ?

Pensez-vous que l'alcool est néfaste pour votre santé ?

Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches ?

Quel budget consacrez-vous à cette consommation par semaine ?

Quelle est selon vous la raison pour laquelle vous n'arrivez pas restreindre votre consommation (ennui, relations, manque de volonté...) ?

Analyse des rechutes antérieures

Avez-vous déjà tenté de limiter votre consommation ?

Si oui, combien de fois ?

Pour quelle raison vous avez repris ?

Si vous avez déjà essayé de réduire la prise d'alcool, quelles ont été les clés de votre réussite ?

Quel traitement avez-vous utilisé à chaque tentative ?

Évaluation du besoin d'une aide extérieure

Pensez-vous avoir besoin d'une aide médicamenteuse ou psychologique pour arriver à diminuer votre consommation ?

Conduite à tenir

Le pharmacien adaptera à chaque patient les conseils à donner et la proposition de suivi



Pharmacie...

Adresse, n° de téléphone

Contact internet

FICHE D'ENTRETIEN OFFICINAL : CANNABIS

Informations personnelles

Date, Nom, prénom, âge, situation familiale, poids, antécédents médicaux, traitements en cours

Bilan de la consommation

Combien de joints fumez-vous par jour ? Depuis combien de temps ?

Fumez-vous autant la semaine que le week-end ?

Quelle est le joint le plus difficile pour vous à arrêter ?

Pour quelles raisons fumez-vous ?

Motivations à l'arrêt

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous décidé d'arrêter de fumer ?

Pensez-vous que la consommation de cannabis est néfaste pour votre santé ?

Votre entourage en est-il gêné (odeur, hygiène, dépendance, nervosité) ?

Quel budget consacrez-vous à la consommation de cannabis par semaine ?

Quelle est selon vous la raison pour laquelle vous n'arrivez pas à arrêter de fumer (ennui, entourage fumeur, manque de volonté...) ?

Analyse d'éventuelles rechutes antérieures

Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ?

Si oui, combien de fois ?

Quel traitement avez-vous utilisé à chaque tentative ?

Pour quelle raison avez-vous repris ?

Si vous avez déjà essayé d'arrêter de fumer, quelles ont été les clés de votre réussite ?

Evaluation du besoin d'une aide extérieure

Pensez-vous qu'une aide psychologique soit nécessaire pour l'arrêt du cannabis ?

Pensez-vous qu'un suivi nutritionnel offrirait de meilleures chances de réussite à un individu voulant arrêter de fumer ?

Conduite à tenir

Le pharmacien adaptera à chaque patient les conseils à donner et la proposition de suivi



Pharmacie...

Adresse, n° de téléphone

Contact internet

DROGUES : FICHE D'AIDE AUX PARENTS

Le cannabis : c'est quoi ?

C'est le chanvre indien qui peut être mélangé au tabac dans les « joints » ou « pétards », sous forme de:

Herbe : marijuana, ganga, beuh

Résine : haschich, shit, chichon

Huile.

Connaître les effets et les risques

Effets immédiats recherchés : ivresse cannabique, détente, bien être

Effets néfastes :

Immédiats non désirés : angoisse, tremblements, confusion...

A long terme : diminution de la capacité de concentration, difficultés scolaires, modification de la perception visuelle et des réflexes, apparition d'une dépendance psychologique.

Que faire en cas de doutes ?

Repérer les signes d'alertes possibles :

Symptômes : somnolence, odeurs, yeux rouges, odeurs des vêtements...

Objets inhabituels : couteaux, sachets en plastiques...

Changement de comportement : démotivation générale, violence, disparition d'argent fréquente...

Comment réagir ?

Pas de panique

Parler calmement avec son enfant, lui expliquer les effets néfastes

Rechercher les causes de sa consommation : curiosité, pour faire comme les copains, par opposition aux adultes...

Inciter son adolescent à en parler à un professionnel.

Où trouver de l'aide ?

INPES : www.inpes.sante.fr, MILDT : www.drogues.gouv.fr

Au niveau local : présence de nombreuses structures de documentations et de soins.



Pharmacie...

Adresse, n° de téléphone

Contact internet

FICHE D'ENTRETIEN OFFICINAL : PSYCHOTROPES

Informations personnelles

Date, nom, prénom, âge, situation familiale, poids, antécédents médicaux, traitements en cours

Bilan de la consommation

Depuis combien de temps prenez-vous ce traitement ?

Est-ce un traitement occasionnel ou au long court ?

Quelles ont été les raisons de la 1^{ère} prescription (stress, insomnie, anxiété...) ?

Avez-vous été obligé d'augmenter la posologie pour vous sentir mieux ?

Motivations à l'arrêt

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous décidé de diminuer la posologie de votre traitement ?

Pensez-vous que les psychotropes sont néfastes sur votre vie quotidienne, sur votre santé ?

Quelle est selon vous la raison pour laquelle vous n'arrivez pas à vous en passer (habitude, pathologie, syndrome de sevrage...) ?

Analyse des rechutes antérieures

Avez-vous déjà tenté de limiter votre consommation ?

Si oui, combien de fois ?

Quel traitement avez-vous utilisé à chaque tentative ?

Pour quelle raison avez-vous repris ?

Evaluation du besoin d'une aide extérieure

Pensez-vous avoir besoin d'une aide médicamenteuse ou psychologique pour arriver à diminuer votre consommation ?

Conduite à tenir

Le pharmacien adaptera à chaque patient les conseils à donner et la proposition de suivi

CONCLUSION

Les addictions restent en France comme dans beaucoup de pays européens un problème de santé publique majeur dont les impacts sont médicaux, psychologiques et sociaux. De fait, il n'existe pas de réponse simple aux conduites addictives.

Face à cette problématique, une réflexion autour de la prévention nous paraît intéressante afin que le pharmacien d'officine puisse se positionner comme un maillon indispensable de la prévention.

Cette prévention à l'officine s'articule dans la politique nationale de la santé et la loi HPST a décrit les missions du pharmacien et renforcée son rôle. Si on se réfère aux 3 types de préventions décrites par l'OMS, le pharmacien intervient aux 3 niveaux.

Dans ce travail, nous évoquons les outils mais surtout les leviers pouvant être utilisés afin d'aborder avec le « client-patient » cette problématique d'addiction aux substances psychoactives. Nous proposons au pharmacien d'officine des arguments, des moyens et des outils utilisables en officine que ce soit des flyers, des affichettes, des fiches d'entretien officinal...

Nous avons conscience qu'il est plus facile d'aborder la problématique « tabac », qu'« alcool » ou autres substances psychoactives et que le dialogue est difficile à mettre en place.

ANNEXES

LES OUTILS DE LA PRÉVENTION (53, 71, 93)

TABAC

(1) Questionnaire de FAGERSTROM long

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes	3
- 6 à 30 minutes	2
- 31 à 60 minutes	1
- Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui	1
- Non	0

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée	1
- A une autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins	0
- 11 à 20	1
- 21 à 30	2
- 31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui	1
- Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui	1
- Non	0

Interprétation : Dépendance :

Très faible	0-2
Faible	3-4
Moyenne	5
Forte	6-7
Très forte	8-10

(2) Questionnaire de FAGERSTROM court

1. Combien de cigarette fumez-vous ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

Interprétation

Score	Dépendance
0 à 1	Peu ou pas dépendant
2 à 3	Moyenne
4 à 6	Forte

(3) Test de HORN

Il évalue la motivation à fumer, le pourquoi de la consommation

Questionnaire: Plus le score obtenu pour un facteur est élevé, plus ce facteur est déterminant dans le comportement de fumer.

A	Je fume pour me donner un coup de fouet	Toujours=5
B	Je prends plaisir à fumer et tenir ma cigarette	
C	Tirer sur une cigarette est relaxant	
D	J'allume une cigarette quand je suis soucieux	
E	Quand je n'ai plus de cigarette, je cours en chercher	
F	Je fume avec automatisme	Souvent=4
G	Je fume pour me donner du courage	
H	Le plaisir, c'est d'abord manipuler ma cigarette	Moyennement=3
I	Il y a quantité de plaisir dans l'acte de fumer	
J	Je fume quand je suis mal à l'aise	
K	Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	Parfois=2
L	J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	
M	Je fume pour en imposer aux autres	Jamais=1
N	J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	
O	Je fume même si c'est défendu	
P	Je fume pour oublier que j'ai le cafard	
Q	J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose	
R	J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche	

Interprétation

Recherche de situations	Score
Recherche d'une stimulation (A) + (G) + (M)	
Plaisir du geste (B) + (H) +(N)	
Détente et relaxation (C) + (I) + (O)	
Une aide, un soutien face à l'anxiété (D) +(J) +(P)	
Besoin absolu (E) + (K) + (Q)	
Habitude acquise (F) + (L) + (R)	

ALCOOL

(1) Test CAGE-DETA

Le CAGE, (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener,) est un outil à quatre questions fréquemment utilisé pour dépister les sujets présentant des problèmes d'**abus** ou de **dépendance** à l'alcool. C'est un test simple qui permet une première approche.

Questionnaire

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour sentir en forme ?

Interprétation

- Une réponse positive à l'un de ses items doit attirer l'attention du praticien et celui-ci doit poursuivre des investigations plus poussées.
- Deux réponses positives ou plus suggèrent un diagnostic d'alcool-dépendance.

(2) Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Cet auto-questionnaire semble être l'outil le plus pertinent pour identifier les sujets présentant une alcoolisation à risque. Il permet d'étudier et d'approfondir la fréquence de la consommation.

Il explore trois dimensions :

- La fréquence et la quantité consommée (questions 1, 2, 3)
- La dépendance (questions 4, 5, 6)
- Les problèmes rencontrés du fait de la consommation d'alcool (questions 7, 8, 9, 10)

Questionnaire :

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
 - Jamais 0
 - Une fois par mois ou moins 1
 - 2 à 4 fois par mois 2
 - 2 à 3 fois par semaine 3
 - Au moins 4 fois par semaine 4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
 - 1 ou 2 0
 - 3 ou 4 1
 - 5 ou 6 2
 - 7 ou 8 3
 - 10 ou plus 4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
 - Jamais 0
 - Moins d'une fois par mois 1
 - Une fois par mois 2
 - Une fois par semaine 3
 - Tous les jours ou presque 4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?
 - Jamais 0
 - Moins d'une fois par mois 1
 - Une fois par mois 2
 - Une fois par semaine 3
 - Tous les jours ou presque 4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
 - Jamais 0
 - Moins d'une fois par mois 1
 - Une fois par mois 2
 - Une fois par semaine 3
 - Tous les jours ou presque 4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?
 - Jamais 0
 - Moins d'une fois par mois 1
 - Une fois par mois 2
 - Une fois par semaine 3
 - Tous les jours ou presque 4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
- Jamais 0
 - Moins d'une fois par mois 1
 - Une fois par mois 2
 - Une fois par semaine 3
 - Tous les jours ou presque 4
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?
- Jamais 0
 - Moins d'une fois par mois 1
 - Une fois par mois 2
 - Une fois par semaine 3
 - Tous les jours ou presque 4
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?
- Non 0
 - Oui mais pas au cours de l'année écoulée 2
 - Oui, au cours de l'année 4
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?
- Non 0
 - Oui mais pas au cours de l'année écoulée 2
 - Oui, au cours de l'année 4

Interprétation

	Homme	Femme
Mésusage d'alcool	8 à 12	7 à 11
Alcoololo-dépendance	12 et plus	11 et plus

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un **mésusage** d'alcool.

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme est en faveur d'une **alcoololo-dépendance**.

(3) Test CRAFFT – ADOSPA

CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble.)

L'ADOSPA est la version française du CRAFFT. ADOSPA est l'acronyme correspondant aux items suivant : Auto/moto (conduite d'un véhicule sous influence ou par quelqu'un sous influence de l'alcool ou d'autres drogues), Détente (usage autothérapeutique), Oubli (troubles mnésiques sous produit), Seul (consommation solitaire), Problèmes, Amis/famille (reproches faits par les amis ou la famille).

Questionnaire

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) lorsque vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool ou d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Interprétation

Score	Risque
Supérieur à 2	Modéré
Supérieur ou égal à 3	Elevé

Un score de 2 indique des qualités de repérage large de **l'usage nocif**

Un score supérieur à 2 indique un **risque modéré**

Un score supérieur ou égal à 3 indique un **risque élevé**.

CANNABIS

Il existe différents questionnaires spécifiques pour le repérage de l'usage nocif du cannabis. En plus de ces outils, une cinquantaine de tests validés pour l'alcool et les autres drogues sont susceptibles d'être adaptés au repérage des consommations de cannabis.

(1) Test CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

CAST permet de repérer les différents aspects de l'usage nocif du cannabis.

Questionnaire

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de diminuer ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?
6. Avez-vous déjà rencontré des problèmes dus à votre consommation de cannabis, tels que des disputes, bagarres, accident, crises d'angoisse, mauvais résultats scolaires ?

La durée de ce test est de deux minutes et la période de référence est la vie entière.

Interprétation :

Un score de 3 ou plus indique un usage nocif de cannabis.

(2) Test ALAC

Le questionnaire ALAC (Test d'Autoévaluation de la Consommation de Cannabis) permet le repérage de différents dommages liés à l'usage du cannabis. Il est plus complet que le CAST

Questionnaire

1. Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?
2. Avez-vous eu des problèmes de mémoire immédiate ?
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?
4. Considérez-vous qu'il soit difficile de passer une journée sans joints ?
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
6. Vous êtes vous déjà senti(e) préoccupé(e) par les effets de votre usage de cannabis ?
7. Avez-vous des difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?
8. Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
9. Aimez-vous planer, être défoncé(e), « stoned » dès le matin ?
10. Etes-vous de plus en plus défoncé(e) ?
11. Avez-vous ressenti une envie très forte de consommer, des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage de cannabis ?

La durée de ce test est de 2 minutes.

Interprétation : un score de 3 ou plus suggérerait un **usage nocif** de cannabis.

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES (93)

(1) Severity of Dependence Scale (SDS)

	Never/ almost never	Sometimes	Often	Always/ nearly always
1. Do you think your use of (drug) was out of control?	0	1	2	3
2. Did the prospect of missing a fix (or dose) make you anxious or worried?	0	1	2	3
3. Did you worry about your use of (drug)?	0	1	2	3
4. Did you wish you could stop?	0	1	2	3
	Not difficult	Quite difficult	Very difficult	Impossible
5. How difficult did you find it to stop or go without (drug)?	0	1	2	3

SDS TOTAL: _____

(2) Document de « l'abus au bon usage » publié par AddictLim

PSYCHOTROPE de l'abus au bon usage TEST

Troubles du sommeil, anxiété, dépression, ... font partie de la vie
quotidienne de nombreuses personnes. Ce questionnaire anonyme
vous est proposé pour vous évaluer.
Remettez-le à votre professionnel.

Sexe : (cocher la case correspondante)

Homme Femme

Age : (cocher la case correspondante)

15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94

1. Avez-vous des problèmes de sommeil ?

Oui Non

Si oui :

Difficulté à l'endormissement

Réveils fréquents

Réveils précoces

Autre :

2. Prenez-vous quelque chose pour dormir ?

Oui (répondez à la question 3.)

Non (passer directement à la question 8)

3. Si vous prenez un médicament, est-il :

Prescrit par votre médecin traitant

Prescrit par un autre médecin

Conseillé par votre pharmacien

Conseillé par votre entourage

Autre :

4. a) Depuis quand prenez-vous ce médicament ?

Moins d'un mois

De 1 à 5 mois

De 5 à 12 mois

De 1 à 5 ans

Plus de 5 ans

4. b) et à quelle fréquence ?

Tous les jours

De 2 à 3 fois par semaine

Moins d'une fois par semaine

Moins d'un fois par mois

Ponctuellement

5. Pensez-vous que l'on peut régler votre problème de
sommeil différemment que par les somnifères ?

Oui Non

6. Vous est-il arrivé de prendre plus de médicaments que
prescrits ?

Oui Non

7. Avez-vous entendu parler d'autres alternatives ?

Oui Non

Si OUI lesquels :

8) Sur une échelle de 0 à 10, Combien jugez-vous votre niveau d'anxiété dans la vie actuelle?

Entourer le chiffre correspondant

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

9. Prenez-vous quelque chose pour votre anxiété?

- Oui (répondez à la question 10.)
 Non (passer directement à la question 15.)

10. Si vous prenez un médicament, est-il :
(Plusieurs réponses sont possibles)

- Prescrit par votre médecin traitant
 Prescrit par un autre médecin
 Conseillé par votre pharmacien
 Conseillé par votre entourage
 Autre :

11.a) Depuis quand prenez-vous ce médicament ?

- Moins d'un mois
 De 1 à 5 mois
 De 5 à 12 mois
 De 1 à 5 ans
 Plus de 5 ans

15) Pour vous, qu'est ce qu'un médicament ?
(Plusieurs réponses sont possibles)

- Un produit prescrit par un médecin et délivré par un pharmacien
 Un produit de laboratoire pharmaceutique
 Un produit homéopathique
 Un produit de phytothérapie
 Autre :

16. Si vous prenez un médicament pour dormir ou pour l'anxiété, aimeriez-vous mettre un terme à votre prise de médicament ?

- Oui Non

11. b) et à quelle fréquence ?

- Tous les jours
 De 2 à 3 fois par semaine
 Moins d'une fois par semaine
 Moins d'un fois par mois
 Ponctuellement

12. Pensez-vous que l'on peut régler votre problème d'anxiété différemment que par la prise de médicaments ?

- Oui Non

13. Vous est-il arrivé de prendre plus de médicaments que prescrits ?

- Oui Non

14. Avez-vous entendu parler d'autres alternatives ?

- Oui Non

Si OUI lesquels :

17. En parleriez-vous en avec votre médecin ?

- Oui Non

18. En parleriez-vous en avec votre pharmacien ?

- Oui Non

Le réseau vous remercie de votre contribution.

Le résultat de cette étude sera consultable sur notre site www.addictim.fr.

N'hésitez pas à demander à votre médecin ou à votre pharmacien un complément d'informations sur ce questionnaire, il est disponible pour répondre à vos interrogations, questions, ...

BIBLIOGRAPHIE

- 1) CENTRE BOBILLOT (centre hospitalier Esquirol). Définition de l'addiction. 22/10/2007. [en ligne]. Disponible sur : http://www.centrebobillot.fr/admin/fileuploaded/22-10-2007_11-15-36_250.html. (Page consultée le 10/09/2011)
- 2) VELEA D. *Critère des addictions selon GOODMAN*. Hometox Dépendance-Toxicomanies-conduites addictives Janvier 2005. [en ligne]. Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/psychopath/psychopath.html>. (Page consultée le 15/10/2010)
- 3) MILDT. *Comportement d'usage* 2009. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/> (Page consultée le 15/10/2010)
- 4) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed, Paris : Flammarion, 2006, p. 4-6.
- 5) VELEA D. *Clinique des toxicomanies*. Hometox Dépendance-Toxicomanies-conduites addictives Janvier 2005. [en ligne]. Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr> . (Page consultée le 20/10/2010)
- 6) MILDT. *Dépendance* 2009. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/> . (Page consultée le 30/10/2010)
- 7) VELEA D. *Critère de la dépendance selon DSM-IV*. Hometox Dépendance-Toxicomanies-conduites addictives Janvier 2005 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr> . (Page consultée le 20/10/2010)
- 8) VELEA D. *Facteurs de risque*. Hometox Dépendance-Toxicomanies-conduites addictives Janvier 2005. [en ligne]. Disponible sur : http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/psychopath/facteurs_risque.htm . (Page consultée le 1/10/2011)
- 9) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 9-10.
- 10) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 45.
- 11) MILDT. *Action sur le cerveau*. 2009 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/> (Page consultée le 15/10/2010)
- 12) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 6-8.
- 13) CEIP (de Grenoble. *Premières rencontres avec la drogue*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/ORITHYE/index.html> . (Page consultée le 8/12/2011)

- 14) CUPA D., REYNAUD M., MARINOV V., et al. *Entre corps et psyché*. Edition EDK, Sévres, 2010 p. 38. [en ligne] Disponible sur : http://books.google.fr/books/about/Entre_corps_et_psych%C3%A9_les_addictions.html?id=beYGDAoAlkYC&redir_esc=y . (Page consultée le 15/12/2010)
- 15) MULLER B, SANER H. *Comment motiver le patient pour changer son mode de vie ? Curriculum* 2008, p 626-631. [enligne]. Disponible sur : http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2008/2008-35/2008-35-323.pdf . (Page consultée le 15/10/2010)
- 16) HERIE M, GODDEN T, SHENFELD J, KELLY C. *La toxicomanie ; Guide d'information*, p 26-31. [en ligne]. Disponible sur : http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/Addiction_information_guide/index.html (Page consultée le 15/10/210)
- 17) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 234-235.
- 18) PHANEUF M. *L'entretien motivationnel*. 08/2006 p8-9. [en ligne] Disponible sur : www.infressources.ca/fer/depotdocuments/L_entretien%20motivationnel.pdf . (Page consultée le 20/10/2010)
- 19) OFDT, INPES. *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010*. Tendances n°76, juin 2011, 6 p. [en ligne].Disponible sur : www.ofdt.fr. (Page consultée le 10/08/2011)
- 20) TABAC INFO SERVICE. *Petite histoire du tabac*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.tabac-info-service.fr> .(Page consultée le 25/11/2010)
- 21) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 401.
- 22) TABAC INFO SERVICE. *Composition de la fumée du tabac*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.tabac-info-service.fr> . (Page consultée le 25/11/2010)
- 23) LA CIGARETTE.COM. *Composition d'une cigarette*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.la-cigarette.com/> . (Page consultée le 2/12/2010)
- 24) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 428-432.
- 25) M.TEKNETZIAN ET FBONTEMPS. *Le sevrage tabagique*. Revue : Le Moniteur Formation n°134, Cahier 2 du 1^{ier} octobre 2011, 16 p.
- 26) TABAC INFO SERVICE. *Le tabagisme passif*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.tabac-info-service.fr> . (Page consultée le 25/11/2010)
- 27) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 303-311.
- 28) ODESEM (prévention santé MGEN). *Dossier Alcool Définition alcoolisme OMS*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.adosen-sante.com> . (Page consultée le 28/12/2010)

- 29) MILDT. *Alcool.*, 2009. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/> . (Page consultée le 05/01/2011)
- 30) MINISTERE DE LA SANTE, INPES, ANPAA. *Guide pratique pour faire le point sur sa consommation d'alcool.* Brochure ref parimage-210-05111-B, 32 p.
- 31) MINISTERE DE LA SANTE, INPES, ANPAA. *Alcool Outil d'éducation du patient destiné aux professionnels de santé. Ouvrons le dialogue.* Brochure, 35 p.
- 32) STOP-TABAC. *2 points : consommation à tendance excessive.* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.stop-tabac.ch/fra/alcool/alcool-consommation-a-tendance-excessive-score-2.html> . (Page consultée le 5/01/2011)
- 33) VELEA D. *Historique du cannabis.* Hometox Dépendance-Toxicomanies-conduites addictives Janvier 2005. [en ligne]. Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/cannabis/historique.htm> . (Page consultée le 10/01/2011)
- 34) MILDT, INPES, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Cannabis : les risques expliqués aux parents.* Brochure n° 240-06333-B. 31 p.
- 35) MILDT. *Cannabis.* [en ligne]. Disponible sur : www.droguegouv.fr . (Page consultée le 20/01/2011)
- 36) MILDT, INPES, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Cannabis, ce qu'il faut savoir, le cannabis est une réalité.* Brochure n°08-05965-B. 23 p.
- 37) DAUBISSE L. *Médicaments psychoactifs et toxicomanie .Mda23.Santé-Limousin.* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante-limousin.fr/public/reseaux-de-sante/maison-des-adolescents-de-le-creuse> . (Page consultée le 5/01/2012)
- 38) DOROSZ 2010. *Guide pratique des médicaments.* Edition Maloine. 29^{ème} édition.
- 39) C.HEATHER ASHTON. *Les benzodiazépines : comment fonctionnent-elles dans notre organisme ?* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.benzo.org.uk/freman> . (Page consultée le 14/01/2012)
- 40) OFDT. *Cocaïne et crack.* [en ligne]. Disponible sur : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/cocaine/general.html#aff_rech . (Page consultée le 15/1/2011)
- 41) MILDT. *Cocaïne et crack.* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/haut-de-page/moteur-de-recherche> . (Page consultée le 15/1/2011)
- 42) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie.* 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p. 556-557.

- 43) L.LEONARD, M BEN AMAR. *Les psychotropes, pharmacologie et toxicomanie*. Les presses de l'université de Montréal, 4^{ème} trimestre 2002. [en ligne]. Disponible sur : books.google.fr/. (Page consultée le 02/03/2012)
- 44) Pr LACHATRE. Toxicologie. Cours de 1^{ère} année de pharmacie. Université de Limoges 2005.
- 45) MILDT. Champignons et plantes.[en ligne].Disponibles sur : <http://www.drogues.gouv.fr/drogues-illicites/champignons-et-plantes> . (Page consultée le 20/01/2011)
- 46) RAPPORT FLAGEOLET. *La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales*. Annexe 1 p.1-2. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> . (Page consultée le 15/09/2011)
- 47) Pr LEPINE JP , Dr MOREL A, Pr REYNAUD M. et al. *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur pour la santé*. Octobre 2006, p.21-24 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> . (Page consultée le 15/09/2011)
- 48) BERTRAND X. Ministre de la santé et des solidarités. *La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011*.Edité par le Ministère de la santé et des solidarités p.3. [en ligne]. Disponible sur le site : www.legislation-psy.com/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf . (Page consultée le 25/09/2011)
- 49) Pr LEPINE JP, Dr MOREL A, Pr REYNAUD M. et al. *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur pour la santé*. Octobre 2006. p. 38-48. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> . (Page consultée le 15/09/2011)
- 50) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. *Mise en place des CSAPA*. Circulaire n°dgs/mc2/2008/79 du 28 février 2008. p 4-5. [en ligne]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf . (Page consultée le 01/10/2011)
- 51) Dr FONTANARAVA C, ZURBACH E. *Les nouvelles dispositions de la prévention et de la prise en charge des addictions. Politique santé publique, plan national de prise en charge et de la prévention des addictions 2007-2011*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=navclient&gfns=1&q=nouvelles+dispositions+prevention+addiction> . (Page consultée le 10/10/2011)
- 52) ETIENNE D. *L'annuaire des réseaux de soins. En savoir plus sur les réseaux de soins*. Juin 2000. [en ligne]. Disponible sur : http://www.medcost.fr/asp/reseaux/savoir_plus.htm . (Page consultée le 25/09/2011)

- 53) ADDICTLIM. *Le réseau Addictlim*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante-limousin.fr> . (Page consultée le 25/09/2011)
- 54) REYNAUD M., MOREL A., et al. *Le livre blanc de l'addictologie française*. Fédération Française d'Addictologie. 24 mai 2011, 44 p.
- 55) MILDT. *Les acteurs. qui fait quoi ?* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/les-acteurs/qui-fait-quoi> . (Page consultée le 12/10/2011)
- 56) MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. *Loi HPST*. [en ligne] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>. (Page consultée le 20/10/2011)
- 57) INPES.MILDT.ONP. CESPARM *Catalogue affiche*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue> . (Page consultée le 20/10/2011)
- 58) LAMARCHE J. *L'accueil du toxicomane à l'officine*. Editions Masson, p. 3-5.
- 59) AMOUROUX F. *Le code de déontologie des pharmaciens*. UTIP FPC du 21/12/11. Site professionnel. [en ligne]. Disponible sur : www.univadis.fr . (Page consultée le 21/12/11)
- 60) ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Recommandations : Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance*. Edition de septembre 2011.
- 61) DR LE MAITRE B., PR HIRSH A. *Pharmacien et tabac : prise en charge de l'arrêt du tabac*. Cespharm (Education et prévention pour la santé). Fiche technique mai 2007, p.3.
- 62) JONHSON ET JONHSON SANTE BEAUTE France sas. *Les bénéfices de l'arrêt*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.nicorette.fr> (Page consultée le 10/05/2011)
- 63) PHARMACIE DELEPOULE. *Fiche conseil tabac*. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.pharmaciedelepouille.com> . (Page consultée le 10/08/2011)
- 64) ASSURANCE MALADIE, INPES, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *J'arrête de fumer, le guide pratique pour y parvenir*. Brochure réf 220-09072-B, 28 p.
- 65) CENTRE ANTI-TABAC BASSET. *Santé : les femmes et la cigarette*. [en ligne]. Disponible sur : http://www.tabac-stop.net/tabac_femmes.html . (Page consultée le 12/03/2012)
- 66) TEKNETZIAN M., BONTEMPS F. *Le sevrage tabagique*. Le Moniteur Formation n° 134, Cahier II du n°2899 du 1/10/2011.
- 67) TABAC INFO SERVICE.OFT (Office français de prévention du tabagisme). *Les substituts nicotiniques*. Brochure, DRAFTFCB, réf.220-07.
- 68) VIDAL 2009 : le dictionnaire. 85ème édition, Paris, ED du Vidal 2009.

- 69) CENTRE ANTI-TABAC BASSET. *Tabac : études et méthodes comparées*. [en ligne]. Disponible sur : <http://tabac-stop.net/strate.html> . (Page consultée le 10/03/2012)
- 70) E. POUYET-POULET et al. « *Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs* », *Santé Publique*. 3/2001 (Vol. 13), p. 237-248. [en ligne]. Disponible sur : www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-3-page-237.htm . (Page consultée le 20/05/2011)
- 71) REYNAUD Michel. *Traité d'addictologie*. 2^{ème} ed. Paris : Flammarion, 2006, p.236-241, 421.
- 72) PHARMACIE DELEPOULE. *Fiche conseil : alcool, dépendance, sevrage alcoolique*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.pharmaciedelepouille.com>. (Page consultée le 15/08/2011)
- 73) SCHENCKERY J. *Le sevrage alcoolique*. Le Moniteur des Pharmacies, Cahier formation n°14 du n° 2317 du 4/09/1999.
- 74) BELIN.N, BONTEMPS F. *La dépendance à l'alcool*. Le Moniteur Formation n°62, Cahier II du n°2773 du 28 mars 2009. 16 p.
- 75) FUSI C., BONTEMPS F. *Traitement des pharmacodépendances*. Le Moniteur Formation n°138, Cahier II du n°2904 du 5/11/2011.16 p.
- 76) MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, MILDT, INPES. *Guide d'aide à l'arrêt du cannabis*. Brochure n° 08-05966-B, 31 p.
- 77) MILNOVOISE DE BEAUMONT -SUR-OISE, CODESS 95 (Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale, DDJS (Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports). *Cannabis...Oui, Non ? Je ne sais pas ...A vous de savoir*. Brochure mars 2002/ mise à jour 11/2004, p.8-9.
- 78) CAAT. (Conseil aide et action contre la toxicomanie). *Famille et prévention*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.caat.online.fr/toxicomanie/famprev.htm> . (Page consultée 05/10/2011)
- 79) Dr AIT MOHAND A., Dr TERRANTI I. *La consommation des drogues chez l'adolescent. Evaluation et orientation*. [en ligne]. Disponible sur : www.ands.dz/insp/sante-mentale/TXM3-INSP.pdf. (Page consultée le 05 /10/2011)
- 80) WK-PHARMA. *Combattre l'anxiété. Fiche conseil*. [en ligne]. Disponible sur : www.wk-pharma.fr . (Page consultée le 12/12/2011)
- 81) FUSI C., BONTEMPS F. *Les insomnies*. Le Moniteur des Pharmacies Formation n°131. Cahier II du n° 2896 du 10 septembre 2011, 16 p.
- 82) LE CRAZ S., BONTEMPS S., BUREAU L. *Insomnie, stress, déprime et phytothérapie*. Le Moniteur des Pharmacies Formation n°41, Cahier II du n° 2734 du 14/06/2008, p.2-5.
- 83) CEIP de Grenoble. *Potentiel de dépendance*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/ORITHYE/index.html>. (Page consultée le 8/03/2011)

- 84) Méthodes de sevrage-benzodiazépines : dépendance et sevrage. [en ligne]. Disponible sur : <http://benzodiazepines.onlc.fr/7-Methodes-de-sevrage.html> . (Page consultée le 01 03 2012)
- 85) GALAR G., BONTEMPS F. *La dépression chez l'adulte*. Le Moniteur des Pharmacies Formation n°81, Cahier II du n°2807 du 12/12/2009, 16 p.
- 86) ASSOCIATION BOBILLOT (Centre hospitalier Esquirol Limoges), ADDICTLIM. (Réseau de santé Ville-Hôpital en Addictologie du Limousin). *Les traitements de substitution aux opiacés à l'attention des usagers*. Flyers.
- 87) BONTEMPS F., SCHENCKERY J. *Le traitement de substitution aux opiacés*. Le Moniteur des Pharmacies Formation n°11, Cahier II du n° 2683 du 23 juin 2007, 16 p.
- 88) APOTHICOM (Association pour la prévention, la pharmacovigilance et la communication). *Stéribox®*. [en ligne]. Disponible sur : www.apothicom.org . (Page consultée le 2/12/2011)
- 89) OCP. *Composition de stéribox®*. [en ligne] Disponible sur : www.ocp.fr (site professionnel). (Page consultée le 2/12/2011)
- 90) ASUD (association agréée au niveau national pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique). *Le kit d'injection*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.asud.org> (Page consultée le 2/12/2011)
- 91) NOVA DONA (centre à l'hôpital Broussais Paris) CSAPA et CAARUD à Paris et l'ARUDA (Association pour la réinsertion des usagers de drogue du secteur d'Abbeville). *Comment prévenir les overdoses*. Avec la participation des laboratoires Bouchara Recordati. Brochure réf : Y 21303-04 2009. 15 p.
- 92) INPES. *Affiche 9 mois/ 0 alcool 0 tabac*. Catalogue.[en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue> (page consultée le 10/01/2012)
- 93) Images pour affichettes et brochure. [en ligne]. Disponible sur GOOGLE Images. Avril 2012

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes Maîtres de la Faculté, de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

PRÉVENTION DES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN OFFICINE

RÉSUMÉ

Les addictions restent un problème de santé publique majeur dont les impacts sont médicaux, psychologiques et sociaux. De fait, il n'existe pas de réponse simple aux conduites addictives. Face à cette problématique, une réflexion autour de la prévention nous paraît intéressante afin que le pharmacien d'officine puisse se positionner comme un maillon indispensable de la prévention. La loi HPST a décrit les missions du pharmacien et renforcée son rôle y compris dans la prévention en agissant aux 3 niveaux décrits par l'OMS.

Nous évoquons les outils mais surtout les leviers pouvant être utilisés afin d'aborder avec le « client-patient » cette problématique d'addiction aux substances psychoactives. Nous proposons au pharmacien d'officine des arguments, des moyens et des outils utilisables en officine. Nous avons conscience qu'il est plus facile d'aborder la problématique « tabac », qu'« alcool » ou autres substances psychoactives et que le dialogue est difficile à mettre en place.

MOTS CLÉS :

Prévention, addictions, pharmacien d'officine, substances psychoactives, réseau

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : Monsieur le Professeur J. BUXERAUD

Co-directrice : Madame le Docteur C. CHEVALIER

Co-directeur : Monsieur le Docteur L. DURENGUE

Membre : Monsieur le Professeur G. LACHÂTRE

AUTEUR

Sophie de la HAYE SAINT HILAIRE, La Boisserie, 87510 Peyrilhac

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Faculté de pharmacie de Limoges, 2 rue du Docteur Raymond Marcland, 87000 LIMOGES