

# CLINIQUE COMPAREE DES PRISES DE DROGUES

Dr. Xavier LAQUEILLE<sup>1</sup>

## I – DEFINITION

Classiquement les substances objet d'abus sont l'alcool, le tabac, les drogues illicites et les médicaments. Elles sont associées aux addictions sans drogue : le jeu pathologique, la boulimie, la kleptomanie.

Plusieurs oppositions sont à distinguer :

- les drogues illicite dont l'usage privé est interdit et les substances licites dont l'usage est sanctionné dans certaines situations, l'ivresse publique, l'alcool au volant ou en milieu professionnel, l'alcool, le tabac, les jeux chez les jeunes de moins de 16 ans, le tabac dans les lieux publics...
- l'opposition drogue dure/drogue douce, issue des années 70, sans définition scientifique et actuellement désuète devant les nouveaux modes de consommation ;
- pour les médecins, les usages pathologiques et les consommations non pathologiques selon la perte de liberté de s'abstenir ou la perte de contrôle ;
- les substances psycho actives, objet d'abus, et les psychotropes, traitements médicamenteux des troubles psychiatriques ; si certains psychotropes sont objet d'abus, tous ne sont pas des substances psycho actives.

Les drogues ont été définies en 1968 par l'OMS, selon leur capacité à engendrer :

- une tolérance à des doses de plus en plus élevées ;
- une accoutumance avec une nécessité d'augmenter les doses pour retrouver les effets recherchés ;
- une dépendance physique avec syndrome de sevrage à l'arrêt ;
- une dépendance psychique avec nécessité de la reprise de la substance pour retrouver les effets ou calmer les malaises psychiques liés à sa privation.

Les définitions actuelles, issues des classifications internationales des troubles mentaux (DSM 4 et CIM 10 de l'OMS) définissent les substances psycho actives selon leur capacité à engendrer :

- une intoxication ou ivresse ;
- un sevrage ;
- un abus ou usage nocif ;
- une dépendance.

Cette approche catégorielle permet d'éclaircir les concepts en distinguant :

- ♦ les troubles liés aux substances (intoxication, sevrage, abus et dépendance) ;
- ♦ les troubles induits par les substances dans lesquels les liens de causalité sont formellement établis (ex. : état dépressif induit par l'alcool) ;
- ♦ les comorbidités pour lesquelles les liens de causalité ne sont pas établis, une forte occurrence amenant des interrogations spécifiques (ex. : dépendance au cannabis et troubles co-troubles schizophréniques).

---

<sup>1</sup> Dr. Xavier LAQUEILLE, Chef du Service d' Addictologie, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis 75014 PARIS, Université Paris Descartes

La classification de DELAY et DENIKER en 1970 distingue :

- les psycholeptiques qui dépriment le fonctionnement psychique :
  - ♦ les tranquillisants et hypnotiques benzodiazépiniques et autres ;
  - ♦ les neuroleptiques sédatifs ;
  - ♦ les morphiniques (opium, morphine, héroïne, codéïne).
  
- les psychoanaleptiques qui stimulent le fonctionnement psychique :
  - ♦ les thymoanaleptiques, stimulants de l'humeur, ou antidépresseurs ;
  - ♦ les nooanaleptiques, stimulants intellectuels, : amphétamines et anorexigènes ;
  - ♦ la cocaïne et les cocaïniques ;
  - ♦ les stimulants mineurs : café, tabac...
  
- les psychodysleptiques qui modifient le fonctionnement psychique :
  - ♦ mineurs : alcool, cannabis selon la dose ;
  - ♦ majeurs : LSD, psilocybine, mescaline, datura, autres anticholinergiques,
  - ♦ les médicaments antiparkinsoniens.

Les classifications actuelles n'opposent plus les différentes substances entre elles mais les considèrent de manière globale du fait de leurs similitudes cliniques, épidémiologiques, neurobiologiques et thérapeutiques.

## **II – LES TABLEAUX D'INTOXICATION ET DE SEVRAGE**

L'intoxication ou ivresse est un tableau clinique caractérisé par des modifications comportementales affectives, cognitives, sensorielles et physiques spécifiques à chaque substance.

Les syndromes de sevrage sont les tableaux cliniques caractérisés par les modifications comportementales affectives, cognitives, sensorielles et physiques survenant lors de l'arrêt d'une consommation continue. Ils sont spécifiques de chaque substance.

## **III – USAGE ABUSIF, NOCIF ET A RISQUE**

L'usage abusif (DSM4) ou l'usage nocif (CIM 10) est un mode consommation pathologique caractérisé par la poursuite des prises malgré des conséquences professionnelles, physiques, judiciaires ou relationnelles sans atteindre le niveau de dépendance.

L'usage à risque est la consommation malgré des risques de complication sans atteindre les niveaux de l'abus ou usage nocif et de la dépendance (ex. : la prise d'alcool ou de cannabis avant de conduire ou un rendez-vous) Cette entité française n'est pas reconnue dans les classifications internationales des troubles mentaux.

## **IV – LE TABLEAU DE DEPENDANCE**

La dépendance à une substance est une psychopathologie évolutive s'installant habituellement à l'adolescence, la post-adolescence ou à l'âge l'adulte jeune. Extensive, elle se traduit par un développement progressif du trouble avec des prises de substances de plus en plus importantes et un envahissement progressif de la vie psychique. Ce trouble est au long cours.

La dépendance est sous tendue par un attrait majeur pour les produits, une ambivalence face à l'abstinence et une faiblesse de motivation thérapeutique. Les premières demandes de soins sont tardives et apparaissent habituellement lors des complications. L'évolution est émaillée de rechutes.

La dépendance est une pathologie autonome des autres pathologies dépressives, anxieuses ou psychotiques. L'alcoolodépendant peut boire car il est déprimé, mais aussi dans les contextes festifs : ce sont les phénomènes de renforcements négatifs ou positifs. Les troubles psychiatriques et les difficultés psychologiques ou existentielles sont des facteurs de vulnérabilité, de gravité ou de chronicisation.

Il n'y a pas de corrélation entre le diagnostic de dépendance et le niveau de consommation de substances. La dépendance est d'intensité légère, modérée ou sévère selon le niveau de consommation. Ce diagnostic est posé sur des critères cliniques et non quantitatifs.

Sur le plan clinique on retrouve fréquemment :

- une sous estimation du niveau de consommation : le patient pense fumer 20 cigarettes/jour, un recueil quotidien relève une moyenne de 30/jour sur la semaine ;
- une sous verbalisation : le sujet exprime rarement spontanément son niveau de consommation ;
- une banalisation de la consommation : tous le monde prend de l'alcool, tous les jeunes ont expérimenté le cannabis, partout il y a de la cocaïne ou de l'héroïne.

Sur le plan critériologique, le DSM 4 pose ce diagnostic avec la présence d'au moins trois critères parmi les sept suivants : tolérance, syndrome de sevrage, quantité consommée ou durée de consommation plus importante que prévue, désir ou effort infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation, beaucoup de temps passé dans cette consommation, abandon des activités professionnelles et le critère de l'abus.

Cette dépendance est dite avec ou sans dépendance physique selon l'existence des deux premiers critères, une tolérance ou un syndrome de sevrage à l'arrêt. Il n'y a plus actuellement d'opposition entre dépendance psychologique et dépendance physique, mais un diagnostic psychiatrique de dépendance avec ou sans dépendance physique. Les définitions actuelles insistent plus sur la perte de contrôle que sur des symptômes physiques d'apparition secondaire.

Toujours selon le DSM4, une dépendance est dite en rémission précoce entre un mois et un an d'abstinence, en rémission prolongée au delà. Ces rémissions peuvent être partielles ou totales selon la persistance d'un des critères. Un patient sous traitement de substitution est dit être en rémission sous traitement de substitution.

## **V –DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

La dépendance à une substance psychoactive est à distinguer d'autres dépendances médicamenteuses :

♦ la dépendance thérapeutique dans laquelle le sujet dépend d'un traitement soignant une pathologie ; certains sujets assimilent les psychotropes à des drogues en niant leur efficacité thérapeutique ; les antidépresseurs sont le traitement de la maladie dépressive et n'ont pas d'effet euphorisant chez le sujet non déprimé ;

♦ les dépendances médicamenteuses à des substances non psychoactives comme la maladie des laxatifs, les dépendances aux amines vasopressives lors de sinusites auto entretenues, les bêtamimétiques chez l'asthmatique... ;

- ♦ la pharmacomanie avec de nombreuses prises de multiples petits médicaments ;
- ♦ l'usage occasionnel, circonstanciel, sans motivation ou attrait spécifique pour un produit ou le milieu de consommateurs ; il est souvent mis en avant par les sujets abuseurs dans un processus de sous-estimation de leur dépendance.

## **VI – LES FACTEURS DE VULNERABILITE**

L'abus et la dépendance à une substance renvoient des facteurs étiopathogéniques dits facteurs de vulnérabilité. Ils permettent de comprendre pourquoi certains sujets auront une consommation contrôlée et d'autres une consommation pathologique. Ces facteurs sont divers :

- ♦ les facteurs de vulnérabilité biologiques : les substances psycho actives stimulent le système de récompense, en particulier la transmission dopaminergique du noyau *accumbens*. Les substances les plus addictives se caractérisent par leur rapidité d'action ou leur forte concentration en principe actif. Il existe une génétique des drogues.
- ♦ les facteurs de vulnérabilité psychologiques : certains traits de la personnalité exposent, particulièrement aux dépendances aux substances, la recherche de sensations, la désinhibition et l'impulsivité, la dépendance affective, la dépressivité. Toutes les personnalités pathologiques et toutes les psychopathologies de l'adolescence ou de l'âge adulte exposent à une dépendance.
- ♦ les facteurs de vulnérabilité sociaux : la place des toxiques dans les familles, l'influence des pairs, l'existence de modèles identificatoires adultes, l'accès aux produits sont déterminants ; l'information le semble moins.
- ♦ l'adolescence est une période de vulnérabilité spécifique, sur le plan psychologique avec la construction d'une identité de sujet addict, sur le plan neurobiologique avec des récepteurs neurobiologiques plus nombreux.
- ♦ les facteurs de protection sont une intelligence relationnelle, une souplesse affective et des modèles identificatoires adulte.

## **CONCLUSION**

Les troubles liés aux substances sont d'authentiques pathologies. Leur traitement nécessite un suivi ambulatoire au long cours. Les hospitalisations sont indiquées en cas de sevrage ou lors des complications psychiatriques et somatiques. Les prises en charge sociales et éducatives sont indispensables.

Les stratégies médicamenteuses sont doubles, de sevrage avec post sevrage ou substitutives pour le tabac et les opiacés. L'objectif de la substitution nicotinique est une désensibilisation progressive, celui de la substitution opiacée le maintien dans un programme de soins pour une évolution psychologique.

La prévention primaire renvoie aux facteurs de vulnérabilité, la prévention secondaire au repérage et aux prises en charge précoces, la prévention tertiaire à la politique de réduction des risques.