



**Dr Xavier LAQUEILLE**  
**Chef du Service d'Addictologie**  
**CH Sainte-Anne PARIS**  
**Université de Paris**

# **LES OPIACES**



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

Népenthés / Panacée / Homère

Laudanum / Paracelse (XVI<sup>e</sup>)

Opium : latex du pavot (papaver somniferum)

1806 : morphine alcaloïde de l'opium / Serturmer / Morphée

1832 : codéine alcaloïde de l'opium

1950 : seringue / Pravaz

1894 : diacetylmorphine ou héroïne, usage initialement médical

Dans les années 1940 : opiacés de synthèse dont la méthadone



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

Des abus anciens

Opium, croissant d'or et triangle d'or

Opium et morphine à la fin du XIX siècle en France

Les guerres de l'opium

Les fumeries d'opium (Chine et sous continent, Toulon)

Classement en 1916



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Classification des psychotropes de Delay et Deniker (1964)

Les psycholeptiques qui dépriment le fonctionnement psychique :

- ♦ tranquillisants et hypnotiques : BDZ, antihistaminiques, neuroleptiques sédatifs
- ♦ morphiniques :
  - naturels, semi-synthétiques : opium, morphine, héroïne, codéine, médicaments
  - de synthèse : antalgiques et TSO

Les psychoanaleptiques qui stimulent le fonctionnement psychique :

- ♦ thymoanaleptiques ou antidépresseurs
- ♦ nooanaleptiques : amphétaminiques, khat, anorexigènes
- ♦ les cocaïniques : chlorhydrate de cocaïne, sulfate de cocaïne ou crack
- ♦ stimulants mineurs : café, tabac...

Les psychodysleptiques qui modifient le fonctionnement psychique :

- ♦ mineurs : alcool, cannabis
- ♦ majeurs : LSD, psilocybine, datura, mescaline, ayahusca, antiparkinsoniens
- ♦ les nouveaux dysleptiques : ecstasy et apparentés, GHB, kétamine, autres designer drugs, cannabinoïdes de synthèse



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Drogues : définition OMS 1968

- Tolérance à des doses de plus en plus élevées
- Accoutumance aux effets et nécessité d'augmenter les doses
- Dépendance physique avec syndrome de sevrage physique à l'arrêt
- Dépendance psychique et nécessité de reprise de la substance pour retrouver les effets ou calmer les malaises psychiques liés à la privation



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Les classifications internationales DSM et CIM

#### Axe I et axe II

La catégorie diagnostique : les troubles liés aux substances

- les substances psycho actives ( $\neq$  psychotropes)
- les troubles : intoxication, sevrage, trouble de l'usage
- une définition actualisée

La notion de comorbidité

- les troubles induits par les substances
- comorbidité et co-occurrence



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Les opiacés naturels et semi-synthétiques

- Morphine et morphines-retard
- Codéine ou méthylmorphine
- Pholcodine
- Héroïne ou diacétylmorphine
- Oxycodone et hydromorphone

Métabolisation en morphine

Élimination urinaire : 2-4 jours



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Les opioïdes de synthèse

Médicaments antalgiques ou traitement de substitution

Test à la naloxone et agonisme

Agonistes purs : Méthadone, Tramadol, Fentanyl, Sufentanyl

Agonistes partiels : Buprénorphine, Nalbufine

Recherches urinaires spécifiques



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Effets neurobiologiques et somatiques des opiacés

- Récepteurs opiacés endogènes Mu inhibiteurs des récepteurs GABA inhibiteurs des récepteurs dopaminergiques du *noyau accumbens*
- Inhibition activité noradrénergique *locus ceruleus*
- Analgésie centrale, antitussifs, myosis
- Ralentissement motilité intestinale, dépression respiratoire
- Dysurie, baisse libido, hypo TA, bradycardie
- Sédation



# Dr Xavier LAQUEILLE

## Chef du Service d'Addictologie – CH Sainte-Anne

**Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans**

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)  
 // : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

**Tableau 2 - Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en %)**

	Ensemble 2014	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Effectifs	n = 13 039	n = 1 809	n = 2 271	n = 3 021	n = 3 048	n = 2 890	n = 6 127	n = 6 912
Alcool	95	92	93	95	97	98	97	94
Tabac	82	79	82	81	83	83	86	78
Cannabis	42	54	59	47	35	19	50	33
Poppers	7,3	11,7	11,5	8,2	5,7	1,1	9,9	4,7
Cocaïne	5,6	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4	8,3	3,1
Champignons hallucinogènes	4,8	6,6	8,4	5,4	3,2	1,3	6,8	2,8
MDMA/ecstasy	4,3	7,0	8,4	5,3	1,9	0,2	6,1	2,5
Colles et solvants	2,2	2,5	2,5	2,8	2,9	0,5	3,1	1,4
LSD	2,6	3,3	3,9	3,1	2,1	1,2	4,2	1,2
Amphétamines	2,3	2,9	3,6	2,2	1,8	1,3	3,4	1,3
Héroïne	1,5	1,3	1,8	1,7	2,2	0,6	2,5	0,6

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

Consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac suivant l'âge et le sexe parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Alcool	17	12	14	15	17	24	26	8
Tabac	32	37	36	35	32	20	36	27
Cannabis	3	8	5	3	1	0	5	2

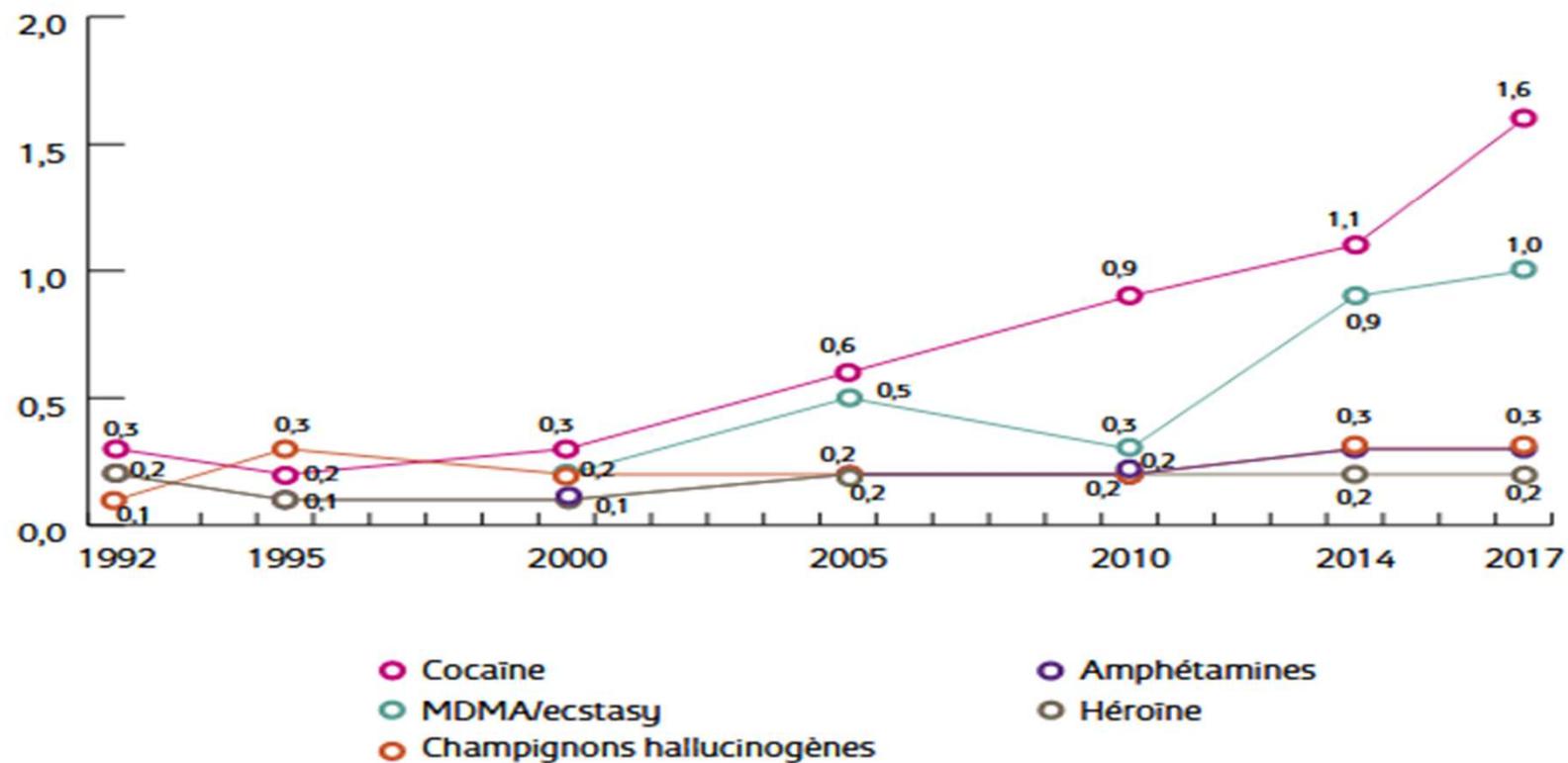
Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT



## Dr Xavier LAQUEILLE

### Chef du Service d'Addictologie – CH Sainte-Anne

Figure 5. Évolution de l'usage dans l'année des principales drogues illicites autres que le cannabis entre 1992 et 2017, parmi les 18-64 ans (en %)



Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, Santé publique France, exploitation OFDT



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

Usage: 1.5% population générale

Dépendance: environ 200 000 personnes (0,3%)

Décès par overdose: 564 en 1994 => 69 en 2006 => 110 en 2015

50 000 traités par méthadone, 120 000 par buprénorphine HD

Une catastrophe sanitaire en Amérique du Nord

Décès dus aux overdose d'héroïne (Hedegaard et al 2015)

2,7/100 000 (≈8 200 décès par an)

Décès dus aux overdose d'antalgiques opiacés (Chen et al 2014)

5,4/100 000 (≈11 700 décès par an)

x5 entre 2000 et 2013



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### La tolérance / accoutumance : DANGER

Tolérance, vigilance

Acquise, elle se perd

DC lors perte tolérance : sevrage, rupture thérapeutique  
(MDT, antalgique)

Accoutumance aux effets plaisants : rapide +++

Tolérance : moins rapide

Absence d'épuisement thérapeutique (douleur, substitution)



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Les critères diagnostiques de l'abus (DSM 4TR)

A- Utilisation d'une substance, altération du fonctionnement et souffrance

clinique

- incapacité professionnelle majeure
- situations physiques dangereuses
- problèmes judiciaires répétés
- problèmes interpersonnels et sociaux

B- Sans atteindre le niveau de dépendance



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Les critères diagnostiques de la dépendance (DSM 4 TR)

Utilisation d'une substance , altération du fonctionnement et souffrance clinique, 3 critères sur 7 :

- 1- tolérance ou accoutumance
- 2- syndrome de sevrage
- 3- quantité ou durée plus importante que prévue
- 4- désir ou effort pour diminuer ou contrôler
- 5- beaucoup de temps passé
- 6- abandon des activités professionnelles
- 7- critères de l'abus

Avec ou sans dépendance physique si présence critère 1 ou 2



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Dépendance aux Opiacés DSM 5

1. Opiacés consommés en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu
2. Désir ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
3. Beaucoup de temps pour obtenir des opiacés, en consommer ou récupérer des effets.
4. Craving : envie irrésistible de consommer des opiacés.
5. Difficultés à remplir obligations professionnelles, scolaires familiales.
6. Consommation malgré la survenue de problèmes relationnels ou sociaux persistants.
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs réduites ou abandonnées.
8. Consommation répétée dans des situations potentiellement dangereuses.
9. Consommation malgré problèmes psychologiques ou physiques liés aux opiacés.
10. Tolérance, avec au moins un symptôme : besoin de quantités plus fortes d'opiacés pour obtenir les mêmes effets et/ou diminution des effets avec les mêmes quantités.
11. Manifestations de sevrage, avec au moins un symptôme : syndrome de sevrage spécifique et/ou consommation pour atténuer les symptômes de sevrage.

**Dépendance légère 2 ou 3 symptômes, moyenne 4 à 5, sévère 6 ou plus.**



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Dépendance en rémission

- Rémission précoce ou prolongée (trois mois, un an)
- Rémission partielle ou totale (1 ou 2 critères)
- Rémission sous traitement de substitution
- Rémission en univers protégé



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### La dépendance

#### Approche clinique et critériologique

- une histoire clinique

#### Une psychopathologie évolutive

- installation post-adolescence – adulte jeune
- trouble au long cours
- 1ères demandes de soins tardives et rechutes

#### L'attrait pour le produit

- ambivalence face à l'abstinence
- craving

#### Demande de soins et décompensation



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Aspects cliniques

#### Une idéation addictive

l'attrait pour la substance, le craving et la perte de contrôle  
un discours de consommateur

Justification et argumentation

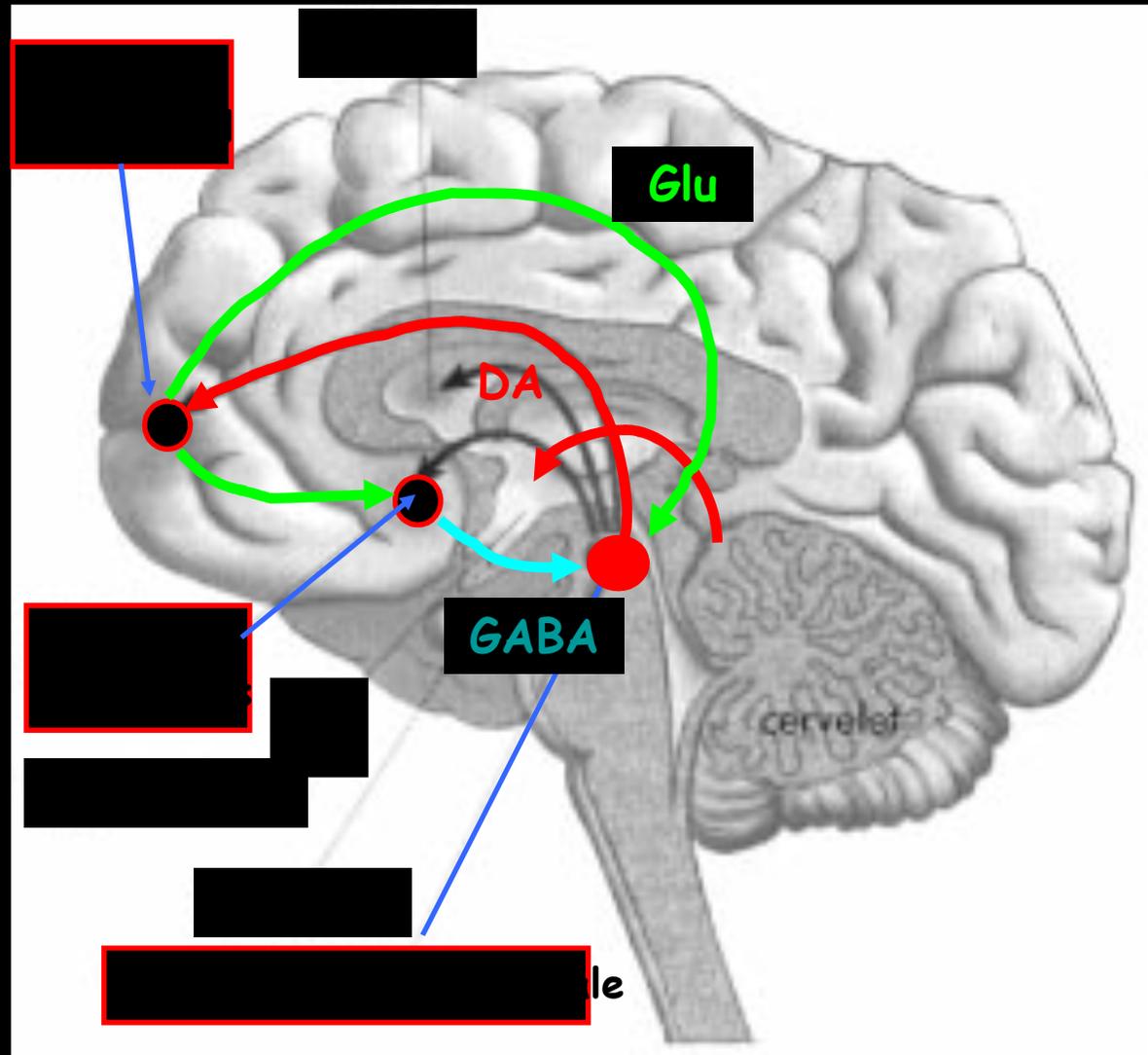
sous estimation des consommation et complications  
sous verbalisation, banalisation et prosélytisme

#### Quantité consommée et usage à risque

#### Des poly-dépendances actuelles ou vie entière

Les renforcements positifs et négatifs : séquentiel, circulaire, bi-directionnel

Les toxiques : une nécessité psychopathologique





## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Les complications de l'héroïnomanie

#### Décès :

- 50 % à 30 ans
- Surdosage : OD, perte/absence de tolérance, assoc BDZ
- Allongement QTC, torsades de pointe, FA
- Asthme

#### Infectieuses :

- locales ; abcès, veinites, lymphangites, adénites
- générales : septicémies, abcès à distance (cérébraux), mycoses
- Pathologies infectieuses : VIH, VHC, tuberculoses

Comorbidités psychiatriques : suicides, urgences, troubles induits, vésanisation

Complications sociales



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Les co-morbidités

- Dépendance à l'alcool : 75 % (NESARC)
- Dépendance cocaïne, BDZ
- Troubles schizophréniques 11 % (ECA 1990)
- Troubles anxieux et de l'humeur (NESARC 2006)

	Fréquence vie entière	Diagnostics DSM-IV	Fréquence vie entière
Troubles de l'humeur	73%	Troubles dépressifs	60%
		Dysthymie	28%
		Manie	33%
		Hypomanie	10%
Troubles anxieux	61%	Attaques de panique	36 %
		Phobies sociales	21 %
		Troubles anxieux généralisés	22 %



## **CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES**

### **Sevrage Opiacé DSM 5**

Au moins trois signes parmi les suivants, survenant après l'arrêt de la consommation d'opiacés ou l'administration d'antagonistes opiacés :

- 1) Humeur dysphorique, irritabilité.
- 2) Nausées, vomissements.
- 3) Douleurs musculaires (lombaires et membres inférieurs).
- 4) Larmolement, rhinorrhée.
- 5) Mydriase, piloérection, sueurs.
- 6) Diarrhée, avec douleurs intestinales.
- 7) Bâillements.
- 8) Fièvre.
- 9) Insomnie.



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Le syndrome de sevrage

#### Apparition

6 et 12 heures si héroïne à 1/2 vie courte,  
36 à 72 heures si MTD à 1/2 vie longue

Acme à J2-J3 / J5-J6

Durée 5 à 7 jours

Symptômes résiduels jusqu'à 3 semaines



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Le syndrome de sevrage : clinique

#### Symptômes physiques (pseudo-grippal)

frissons, tremblements

myalgies parfois contractures musculaires

douleurs abdominales, diarrhées, nausées, vomissements

#### Symptômes psychiatriques : anxiété, irritabilité et agressivité, agitation, envies de consommer

#### Symptômes neuro-végétatifs

bâillements, larmoiements, rhinorrhée

mydriase bilatérale

tachycardie, HTA



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Le syndrome de sevrage : thérapeutique

Hospitalisation (chambre isolée et absence de visite au début) ou ambulatoire

**PAS DE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION OPIACE (TSO)**

Antalgiques non opiacés si possible

Traitements anxiolytiques

- antihistaminiques (hydroxyzine) ou neuroleptiques (cyamémazine)
- benzodiazépines à éviter ou dispensation courte et contrôlée
- les alpha-noradrénergiques en milieu hospitalier (clonidine)
- Traitements symptomatiques : anti-diarrhéiques, antispasmodiques...

**RELAI POST SEVRAGE** : la NALTREXONE, anti-morphinique à ½ vie longue.



## CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

### Le surdosage opiacé

Une urgence / DC - encéphalopathie post-anoxique

Potentialisé par BDZ et absence / perte de tolérance

Dépression respiratoire (Inf 12/mn) et coma

Myosis et abolition ROT

Traitement par naloxone

- Danger Narcan\* (sevrage et agitation, demi-vie de 2 heures) / Réa-SAMU
- SAMU / PLS / Nalscuc\* – Prenoxat\* même si doute opiacé
- Prévention overdose et info



# CLINIQUE DES PRISES DE DROGUE DEPENDANCE AUX OPIACES

## PRINCIPES THERAPEUTIQUES

Une vision clinique des addictions : ni stigmatisation, ni complaisance, un recul clinique

Une prise en charge au long cours

- ambulatoire, au long cours, rechutes et crises
- la place de l'hospitalisation : sevrage ou complications

Des stratégies alternatives : substitution, sevrage, réduction des risques

Une prise en charge globale parallèle et intégrée

- pathologie addictologique
- troubles psychiatriques
- troubles de la personnalité

Le modèle de la méthadone

Les addictions : de nouvelles pathologies / vision sociétale



# Pratiques cliniques en addictologie

*Coordonné par*

***Xavier Laqueille***

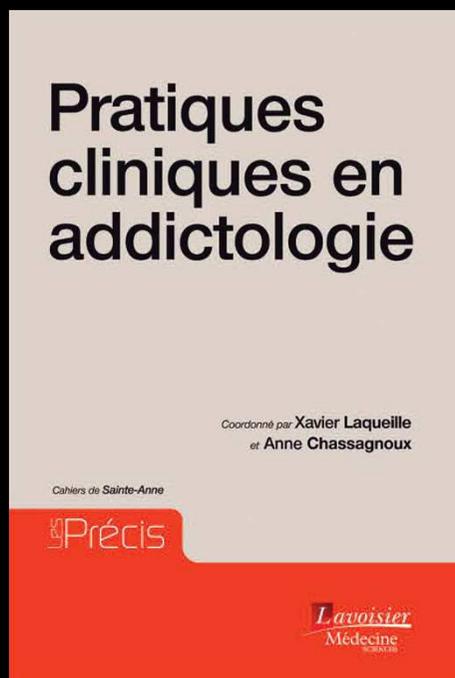
*chef du service d'addictologie*

*chef du pôle médicosocial*

***Anne Chassagnoux***

*cadre de santé du service d'addictologie*

*Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris*



Collection Les Précis Cahiers de Sainte-Anne

***Lavoisier Médecine Science***