

# Addictions

Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN<sup>a</sup>, Drs JOËL BILLIEUX<sup>b</sup>, SOPHIA ACHAB<sup>c</sup>, Pr JEAN-FRANÇOIS ETTER<sup>d</sup>, Drs NICOLAS BERTHOLET<sup>a</sup>, MARIANTHI DELIGIANNI<sup>a</sup>, LOUISE PENZENSTADLER<sup>e</sup>, Pr YASSER KHAZAAL<sup>a</sup> et Dr OLIVIER SIMON<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2019; 15: 14-6

**Nouvelles drogues disponibles en un clic, pléthore de l'offre de jeux, nouvelles réglementations sur le cannabis, la médecine de l'addiction a bien à faire! En 2018, nous voyons apparaître en Suisse une reconnaissance de la formation en médecine de l'addiction, les jeux font leur entrée dans la CIM-11 et le vapotage d'abord considéré avec méfiance trouve une place dans la pharmacopée de la lutte contre le tabac. Mais ce n'est pas tout, sur le front de l'alcool on s'aperçoit que même un petit verre peut faire mal et la médecine des addictions évolue vers des modèles de soins qui visent à mieux vivre avec la maladie plutôt que de s'en défaire. Finalement, l'épidémie américaine de prescription détournée d'opioïdes inquiète en Suisse, même si la situation et le contexte sont très différents.**

## Addictions

*New drugs available in a click, plethora of games, new regulations on cannabis, addiction medicine has a lot to do! In 2018, Switzerland recognized a training certificate in addiction medicine, pathological gambling entered into ICD-11 and vaping, first considered with suspicion, found a place in the pharmacopoeia of the fight against tobacco. That's not all, on the alcohol front, we realized that even a small glass can hurt and the medicine of addictions evolved towards models of recovery that aim to improve quality of life with chronic diseases. Finally, the American opioid prescription epidemic is worrying in Switzerland, even if the situation and the context are very different.*

## LA MÉDECINE DES ADDICTIONS EST DÉSORMAIS RECONNUE COMME UNE DISCIPLINE MÉDICALE

J.-B. Daeppen

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il est possible d'obtenir une certification ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) sous forme de certificat de formation complémentaire (CFC) en médecine de l'addiction. Elle est destinée aux médecins issus de toutes spécialités. La certification est délivrée par la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM) ([ssam.ch/fr/certificat-de-formation-complementaire-en-medecine-de-laddiction](http://ssam.ch/fr/certificat-de-formation-complementaire-en-medecine-de-laddiction)). Ce diplôme complète le dispositif après l'introduction en 2017 du certificat de formation approfondie en psychiatrie de l'addiction.

L'obtention du CFC requiert une formation pratique d'un an dans un établissement de formation postgraduée reconnu par

la SSAM. La médecine de l'addiction s'étend de la santé publique à la prévention jusqu'au traitement d'addictions chroniques et invalidantes. Elle englobe tous les problèmes d'addiction, qu'ils soient liés ou non à des substances.

On estime aujourd'hui que seul un patient sur dix touchés par une problématique d'addiction bénéficie d'un traitement. Même si la plupart des facultés de médecine ont augmenté le nombre d'heures d'enseignement en médecine de l'addiction au cours des dernières années, l'offre reste globalement modeste. Le système de santé suisse doit pouvoir proposer aux institutions spécialisées résidentielles ou ambulatoires, ainsi qu'aux unités hospitalières, des cadres dont le niveau de compétences assure une qualité de traitement optimale. Outre les spécialistes, ce diplôme renforcera les compétences des médecins généralistes, des psychiatres et des pédiatres qui en seront porteurs et qui diffuseront ces compétences auprès de leurs collègues.

La certification ISFM sous forme d'un CFC permettra d'apporter, par une formation structurée et contrôlée, les garanties de qualités souhaitées et de répondre à ces besoins. Les addictions sont encore trop souvent considérées comme des comportements honteux. Cette certification doit contribuer à les faire reconnaître comme l'expression d'une pathologie, à augmenter la qualité de son dépistage et de sa prise en charge et à inciter davantage de personnes à suivre un traitement.

## INCLUSION DU TROUBLE LIÉ AU JEU VIDÉO DANS LA CIM-11

J. Billieux et S. Achab

En juin 2018, l'OMS a officiellement reconnu le «trouble lié au jeu vidéo» comme trouble mental qui sera inclus dans la onzième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11) dans la catégorie des troubles addictifs, aux côtés du «trouble lié au jeu d'argent». Cette inclusion fait suite à un processus méthodique débuté en 2014, incluant des experts internationaux mandatés par l'OMS. Il a consisté en l'analyse du niveau de preuves scientifiques plaidant pour l'existence d'un problème de santé publique lié au jeu vidéo excessif, en l'identification de critères diagnostiques pertinents, et en un recueil transculturel d'études de cas et de politiques de santé spécifiques (prévention et traitement).

Un individu relève de ce diagnostic lorsqu'il souffre d'un impact fonctionnel sévère depuis au moins 12 mois (ou moins en cas d'atteinte sévère) en lien avec une utilisation persistante de jeux vidéo caractérisée par: a) une perte de contrôle (le joueur joue plus qu'il n'en avait l'intention ou n'arrive pas à s'empêcher de jouer dans certaines situations); b) une priorité croissante donnée au jeu impliquant un désintérêt

<sup>a</sup> Service de médecine des addictions, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>b</sup> Institute for Health and Behavior, University of Luxembourg, 1 A-B Rue Thomas Edison, 1445 Strassen, Luxembourg, <sup>c</sup> Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>d</sup> Institut de santé globale, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>e</sup> Service d'addictologie, HUG, 1211 Genève 14  
jean-bernard.daeppen@chuv.ch

pour les tâches du quotidien et/ou d'autres activités auparavant investies et c) la persistance ou l'augmentation des conduites de jeu en dépit de conséquences négatives majeures (souffrance psychologique, conflits avec les proches, problèmes scolaires).

L'annonce faite par l'OMS concernant ce trouble a produit de vives réactions d'opposants et de partisans. Les premiers invoquant des risques de stigmatisation ou de panique,<sup>1</sup> et les seconds applaudissant ce choix qui permettrait de développer une offre de soins spécialisée et une prévention adaptée.<sup>2</sup> Il est crucial de retenir que la distinction entre un engagement important (ou «passion») et un usage problématique (ou «addictif») est centrale pour éviter l'écueil d'une pathologisation excessive du jeu vidéo, une activité de loisir qui dans la plupart des cas ne pose aucun problème.<sup>3</sup>

## PLACE DU VAPOTAGE DANS L'ARRÊT DU TABAC

J.-F. Etter

Le domaine du tabagisme connaît une révolution technologique avec l'arrivée de multiples technologies de vaporisation de la nicotine et du tabac: cigarettes électroniques, tabac chauffé au moyen d'une lame métallique reliée à une batterie ou par un charbon ardent qui ne brûle pas le tabac,<sup>4</sup> vaporisation de la nicotine par réaction chimique (pyruvate de nicotine), produits hybrides (liquide vaporisé passant à travers une colonne de tabac), etc. Les motivations principales des usagers de ces produits sont de réduire les risques inhérents à la combustion du tabac, et de réduire ou de cesser leur consommation de tabac combustible.<sup>5</sup> Des rapports récents provenant de l'Académie américaine des sciences et du Royaume-Uni (Public Health England et Royal College of Physicians) concluent tous que l'e-cigarette aide sans doute les fumeurs à arrêter de fumer, mais que les études sur ce sujet sont limitées en quantité et en qualité.<sup>6</sup> Le fumeur qui souhaite arrêter de fumer devrait se voir proposer en première intention les méthodes agréées et prouvées (en particulier le soutien par un professionnel de la santé accompagné si nécessaire de substituts nicotiques, varénicline ou bupropion). Ceux qui ont échoué avec les méthodes traditionnelles devraient se voir proposer l'usage de ces nouvelles technologies. Les fumeurs ne devraient pas être découragés d'utiliser des produits de tabac ou de nicotine n'utilisant pas la combustion. En effet, la combustion reste la manière la plus toxique de consommer du tabac. De nombreux fumeurs utilisent des cigarettes et des nouveaux produits de manière concomitante (usage double). Il n'y a pas assez de données à long terme sur ces usagers doubles pour formuler à leur égard des recommandations basées sur des preuves. Les cliniciens doivent se tenir informés sur ces nouveaux produits afin de pouvoir donner des conseils pertinents aux fumeurs.

## NOUVELLES RECOMMANDATIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

N. Bertholet et M. Deligianni

La question des recommandations de consommation d'alcool à ne pas dépasser et de la possibilité d'une consommation d'alcool bénéfique pour la santé est débattue de longue date.

Deux grandes études publiées cette année amènent des indications supplémentaires sur l'impact de l'alcool sur la santé et viennent remettre en question les recommandations actuelles.

Une consommation d'un verre par jour était considérée comme pouvant amener des bénéfices cardiovasculaires, mais des études récentes ont remis ce principe en question. Dans une large étude publiée par le *Lancet*, une analyse menée sur 599 912 personnes consommant de l'alcool, les chercheurs ont pu démontrer, dans des analyses ajustées pour l'âge, le genre, la présence de diabète et le tabagisme, que la mortalité augmentait linéairement pour une consommation de > 100 g d'éthanol par semaine (soit l'équivalent de 10 verres standard)<sup>7</sup> alors que l'OMS a fixé comme limites à ne pas dépasser 210 g d'éthanol par semaine pour les hommes et 140 g pour les femmes. Sur le plan cardiovasculaire, une courbe en «J», c'est-à-dire montrant des bénéfices pour des consommations modérées d'alcool, n'était retrouvée que pour le risque de survenue d'infarctus du myocarde (non fatal). Pour les autres problèmes cardiovasculaires (AVC, insuffisance cardiaque), une consommation de plus d'un verre par jour était associée à une augmentation linéaire du risque.

La seconde étude, publiée elle aussi dans le *Lancet*<sup>8</sup> a utilisé des données provenant de 694 études menées dans 195 pays et régions différentes. Elle a évalué quelle était la consommation d'alcool qui représentait le risque de mortalité le moins élevé et quel était l'impact de la consommation d'alcool sur la santé des populations. L'alcool ressort comme étant, pour l'année 2016, le 7<sup>e</sup> facteur de risque le plus important en termes de morbidité-mortalité au niveau mondial. Chez les 15-49 ans, il s'agit même de la première cause de morbidité-mortalité, tant chez les hommes que chez les femmes. Cette analyse donne une vue globale de l'impact de la consommation d'alcool. Les prévalences des différentes conséquences et maladies liées à l'alcool varient d'un pays et d'une région à l'autre, notamment en fonction du niveau économique des régions étudiées. Toutefois, ces résultats indiquent que la consommation représentant le moins de risque pour la santé est l'absence de consommation. Ces deux études, de haute qualité méthodologique et ayant réuni des données extensives mettent toutefois en évidence les difficultés des études observationnelles à évaluer l'impact d'une substance ayant des effets multiples sur la santé.

Ces études confirment le risque de cancer pour des consommations d'alcool inférieures aux limites recommandées actuellement et indiquent qu'une consommation d'un verre par jour augmente le risque de maladie cardiovasculaire et la mortalité. Elles indiquent que les recommandations actuelles devraient être adaptées et que, médicalement, il n'est pas adéquat, au vu des preuves scientifiques actuelles, de considérer que la consommation d'alcool est bénéfique pour la santé.

## TRAITEMENTS DES ADDICTIONS ORIENTÉS VERS LE RÉTABLISSEMENT

L. Penzenstadler et Y. Khazaal

Dans le champ des addictions, le modèle «Admit, Treat and Discharge» recommandé jusqu'au début des années 2000, considérait l'intégration sociale comme «une dernière étape

dans le processus de traitement». Ce modèle atteint ses limites lors de troubles persistants ou récidivants, d'altérations du fonctionnement social et/ ou lorsque les étapes imposées ne correspondent pas à la vision du patient.

Ce constat conduit à un renversement de paradigme dit de «Sustained Recovery Management»: l'intégration sociale doit être abordée de manière intégrée avec les autres aspects du traitement. Ce changement rejoint une évolution plus générale de la psychiatrie vers le modèle du rétablissement «Recovery». Le «rétablissement implique de vivre une vie satisfaisante, emplie d'espoir, au-delà des limitations causées par la maladie».

En adéquation avec cette évolution, des interventions dans et avec la communauté ont été développées en psychiatrie.<sup>10</sup> En l'absence de ces offres, certains patients sont à risque accru d'itinérance, de judiciarisation, de syndrome de porte tournante (par exemple, passages répétés à l'hôpital) et de mortalité précoce. L'utilité de ces approches dans la médecine des addictions est relevée par des études récentes. A titre d'exemple, une étude randomisée contrôlée portant sur 2154 personnes sans domicile fixe, avec un trouble mental (35% avec addiction) a comparé le Housing First (HF) au traitement usuel (TAU).<sup>11</sup> Le HF offre un logement dans la cité, sans condition préalable, avec des traitements communautaires. En comparaison du TAU, il améliore le maintien en domicile stable et dans une certaine mesure la qualité de vie et le fonctionnement dans la communauté. Il réduit également le recours aux différents services d'urgences. Des analyses secondaires sur les personnes avec addiction montrent le maintien de ces bénéfices dans cette population. Il n'y a pas d'effet additionnel du HF sur les symptômes psychiatriques et sur les usages de substances à deux ans de suivi. De nouvelles études pourraient potentialiser ces traitements en détaillant les approches cliniques utilisées (y compris les aspects addictologiques: réduction des risques, entretien motivationnel) et en identifiant des indicateurs de processus de changement et d'efficacité.

## OPIOÏDES PRESCRITS ET DÉTOURNÉS

O. Simon

L'épidémie nord-américaine dite «des opioïdes de prescription» interpelle nos médias. Cette terminologie est trompeuse.

Elle recouvre plusieurs phénomènes: des usages à but récréatif à haut risque, mais aussi des usages à but d'automédication. Il peut s'agir de médicaments prescrits par un médecin et finalement détournés, mais il peut aussi s'agir de médicaments achetés sur internet, originaux ou contrefaits. Une mauvaise compréhension de cette complexité peut suggérer des mesures simplistes et dangereuses. La disponibilité et la qualité des soins en matière d'opioïdes prescrits concernent de très nombreux domaines. Pour une indication quantitative de cet enjeu, le «global burden of disease» lié aux troubles douloureux est au moins trente-sept fois plus élevé que celui des troubles liés aux substances.<sup>12</sup>

En Suisse, le volume des opioïdes prescrits aurait doublé entre 2000 et 2015, ce qui pourrait correspondre à une amélioration des pratiques médicales ou, au contraire, refléter de mauvaises pratiques.<sup>13</sup> Toute comparaison avec la situation nord-américaine est hasardeuse. La mortalité liée aux opioïdes est de 20 à 30 fois plus élevées aux Etats-Unis.<sup>14</sup> L'industrie pharmaceutique y est moins encadrée pour le marketing et la publicité, mais la situation se caractérise aussi par une restriction générale des soins, dont la prescription de méthadone ou de buprénorphine chez les personnes présentant un syndrome de dépendance: à peine 15% de la population visée traités pour 80% en Suisse.<sup>15</sup>

Plusieurs travaux d'experts se sont penchés sur l'identification de recommandations.<sup>16</sup> Parmi les pistes envisagées, on notera l'importance de renforcer la formation de base en matière de prescription d'opioïdes. Une autre piste est la mise sur pied d'une instance consultative dédiée conjointement au syndrome de dépendance et aux autres indications médicales liées aux médicaments sous contrôle. Enfin, il y a lieu de soutenir et faciliter encore davantage les traitements du syndrome de dépendance avec prescription d'opioïdes comme la méthadone.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Van Rooij A, Ferguson CJ, Colder Carras M, et al. A weak scientific basis for gaming disorder: let us err on the side of caution. *J Behav Addict* 2018;7:1-9.

2 Rumpf HJ, Achab S, Billieux J, et al. Including gaming disorder in the ICD-11: the need to do so from a clinical and public health perspective. *J Behav Addict* 2018;7:556-61.

3 Billieux J, King DL, Higuchi S, et al. Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder. *J Behav Addict* 2017;26:285-9.

4 Simonavicius E, McNeill A, Shahab L, Brose LS. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. *Tob Control* 2018; epub ahead of print.

5 \* Etter JF, Bullen C. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy.

*Addiction* 2011;106:2017-28.

6 McNeill A, Brose L, Calder R, Bauld L, Robson D. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: a report commissioned by Public Health England. London: Public Health England 2018;111 pages.

7 Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018;391:1513-23.

8 Collaborators GBDA. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;392:1015-35.

9 \* El-Guebaly N. The meanings of recovery from addiction: evolution and

promises. *J Addict Med* 2012;6:1-9.

10 Slade M, Amering M, Farkas M, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.

11 \* Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y. Effect of case management interventions for patients with substance use disorders: a systematic review. *Front Psychiatry* 2017;8:51.

12 Scholten W. European drug report 2017 and opioid-induced deaths. *Eur J Hosp Pharm* 2017;24:256-7.

13 Ruchat, D, et al. Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015: chiffres suisses et mise en perspective internationale. *Rev Med Suisse* 2018;14:1262-6.

14 Center for disease control and

prevention (2017). Drug Overdose Data. Disponible sur: [www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths.html](http://www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths.html)

15 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010;375:1014-28.

16 \* Pompidou Group. Opioid agonist treatment. Guiding principles for legislation and regulations. Expert group on the regulatory framework for the treatment of opioid dependence syndrome and the prescription of opioid agonist medicines. Strasbourg, 2017.

\* à lire

\*\* à lire absolument