

## **Sevrage aux opiacés (héroïne)**

Le sevrage n'est plus un but en soi (voir chapitre **Traitement de substitution à l'héroïne**, sous-chapitre **Méthadone**).

Au mieux il doit être l'aboutissement final d'une longue procédure thérapeutique incluant tous les intervenants du réseau (assistants sociaux spécialisés, médecins de famille, psychiatres, pharmaciens, institutions spécialisées...)

Toutefois il faut le prendre en considération en particulier dans les situations suivantes :

- Renvoi du toxicomane, requérant d'asile, dans son pays si ce pays ne pratique pas les traitements de substitution, à la méthadone p.ex. Dans ce cas précis un sevrage rapide pourra se faire sur une période de 1 mois environ.
- Demande expresse d'un toxicomane à l'héroïne très motivé, sans altération de sa santé somatique et, surtout, psychique, bien entouré, après une période de réflexion et de travail dans un réseau de soins suffisamment long. Dans un tel cas il faudra rendre attentif le patient au risque majeur d'overdose mortelle s'il rechute après sevrage.
- Fin d'une longue substitution à la méthadone (plusieurs années !) chez un patient qui se considère comme pratiquement guéri et entièrement réintégré dans la société.
- Avant un traitement au long cours de naltrexone (Nemexin), puisque ce dernier médicament est un antagoniste des opiacés, chez un patient très motivé. En cas d'interruption spontanée par le patient de la naltrexone, il existe également un risque élevé d'overdose mortelle en cas de rechute de consommation d'héroïne.

Le sevrage aux opiacés peut être réalisé au moyen de doses lentement dégressives de méthadone, au moyen du sulfate de morphine (MST Continus) ou au moyen de la buprénorphine (Subutex). Si les doses résiduelles d'opiacés (fin de traitement de méthadone) sont faibles différentes techniques médicamenteuses de sevrage sont possibles (antidépresseurs, autres psychotropes).

## **Sevrage à la cocaïne**

Actuellement il n'existe aucun traitement médicamenteux spécifique du sevrage à la cocaïne. Toutefois certains médicaments sont testés, mais ne sont pas encore homologués pour ce type de sevrage.

Seule la mise en institution du patient en vue de le distancer « physiquement » du produit permet d'aboutir à un sevrage, mais le risque de rechute reste conséquent, principalement si les pathologies psychiatriques du patient se sont pas reconnues et traitées suffisamment efficacement.

## **Sevrage aux benzodiazépines**

Les toxicomanes consomment fréquemment des hautes doses de benzodiazépines (médicaments tous dérivés du Valium, les plus connus étant le Rohypnol, l'Halcion, le Xanax...). Mais ils consomment principalement des somnifères à demi-vie courte et d'action rapide, ce qui leur procure un « flash » (sentiment d'ivresse intense d'apparition rapide). Le sevrage consiste la plupart du temps à prescrire de façon contrôlée des benzodiazépines à demi-vie longue (Seresta, Tranxilium...) à doses très lentement dégressives. Il s'agit toutefois d'un sevrage difficile qui n'aboutit que rarement à une abstinence complète.

### **Lien avec :**

**Recommandations JAD – 26.10.2005.**

## **Sevrage à l'alcool**

Le sevrage à l'alcool qui, lui, vise à l'abstinence totale et définitive (quoique cette notion commence à être relativisée) nécessite une prise en charge globale par un réseau incluant la famille, le médecin de famille et les intervenants spécialisés en alcoologie.

Certains médicaments sont un appoint intéressant au traitement : l'acamprosate (Campral) diminue l'appétence pour l'alcool. Le disulfiram (Antabus), qui n'a pas d'effet pharmacologique en l'absence de consommation d'alcool, entraîne un malaise généralisé très désagréable en cas de consommation : il agit donc un peu comme une ceinture de sécurité dans une voiture.

Le sevrage ne peut réussir que dans la mesure où l'alcoolique reconnaît qu'il est alcoolique, qu'il demande un traitement, et que ses pathologies concomitantes, notamment psychiatriques, soient correctement traitées (dépression bipolaire, phobie sociale, troubles psychotiques...)

## **Sevrage tabagique**

La dépendance à la nicotine est reconnue par les spécialistes comme étant aussi sévère que celle à l'héroïne. Le sevrage est en conséquence difficile, avec de nombreuses rechutes.

Le fumeur doit passer par plusieurs stades allant de l'absence de motivation à la motivation réelle avant de prendre la décision d'arrêter de fumer. Le médecin de famille a un rôle important à jouer dans la motivation du patient, de même que son entourage.

Les substituts de nicotine (patches, chewing-gum, inhalettes...) ont prouvé leur efficacité, mais leur succès dépend indéniablement de la motivation à arrêter.

Le bupropion (Zyban), développé comme antidépresseur, mais qui a montré un effet alternatif très intéressant sur l'envie de fumer et sur les symptômes de manque, est un excellent moyen d'arrêter, bien entendu à condition que les motivations soient présentes et pour autant qu'on respecte certaines contre-indications majeures (antécédents d'épilepsie, problèmes cardiaques).

La visite du site Internet [www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch) est un bon moyen de faire progresser sa motivation, de même que les brochures éditées dans le cadre de ce projet.