

REPUBLIQUE ALGERIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE



MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ SAAD DAHLEB –BLIDA-

FACULTÉ DE MEDECINE

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE



Les addictions aux opiacés par voie intraveineuse et hépatite C

Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de :

« **Docteur en Pharmacie** »

Session 2020

Présentée par :

M^{lle} : Khalfâ Hadjer

Mr : Kharoubi Ahmed

Devant le jury suivant:

Présidente : Dr LAKAF Hassiba : Maitre assistante en psychiatrie

Examinatrice : Dr LADAIMIA Amel : Maitre assistante en psychiatrie

Examinatrice : Dr Nait CHABANE Chahinez : Assistante en psychiatrie

Encadreur : Dr AISSAOUI Ryma : Assistante en psychiatrie

Année Universitaire : 2019-2020

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous remercions ALLAH, notre créateur de nous avoir donné la force, la volonté et le courage afin d'accomplir ce travail modeste.

Nous adressons un grand remerciement :

À notre encadreur Dr. Aissaoui Ryma Assistante en psychiatrie pour avoir accepté d'encadrer ce travail, pour tous les conseils, la patience et la gentillesse. Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, nous vous remercions de nous avoir guidés.

Nous tenons également à remercier mesdames les membres de jury pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de siéger notre soutenance :

Dr. LADAIMIA Amel pour nous avoir fait l'honneur de présider le jury de ce mémoire.

Nous souhaitons exprimer notre gratitude à Dr LAKAF Hassiba et Dr. Nait CHABANE Chahinez pour avoir examiné et évalué cette thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour vos précieux conseils et remarques.

Je veux exprimer mes vifs remerciements à Mme. KHALFA Hanane, Maitre assistante à l'Université de M'sila pour sa gentillesse, sa disponibilité, ses conseils constructifs, son attention, son dévouement et sa disponibilité tout au long de ces mois de travail.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements à tous les personnels de Centre de psychiatrie d'addictologie de l'ESH frantz fanon de Blida. Je tiens également à remercier tous les pharmaciens qui ont participé à l'enquête.

Mes remerciements vont également à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette thèse.

DEDICACES

A mon cher père.

Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien être et Pour m'avoir permis d'étudier dans les meilleures conditions

Papa j'espère que je suis à la hauteur de tes espérances, tu es le meilleur père Allah tout puissant vous donne santé et le bonheur.

A ma mère :

Pour m'avoir soutenue et encouragée durant toutes ces longues années d'études Allah tout puissant vous donne santé et le bonheur.

A ma sœur :

Qui a toujours tenu au mieux son rôle de grande sœur tout au long de ces années. Et qui a m'encouragée dans les moments de stress ou de doutes et pour avoir toujours cru en moi. Merci ma chérie

A mes frères

A Wissem Almomani

A mes petits poussins Ranim et wassim

Que dieu vous garde et vous protège pour moi Un Ch'Allah. Je vous aime mes plus beaux et chères enfants du monde.

A Mohamed Amine

L'homme qui m'a donné un nouveau souffle de vie merci d'être à mes cotés et pour votre soutien que dieu vous garde et vous protège pour moi Un Ch'Allah

A mon binôme « Kharoubi Ahmed » et A Sihem Touati

Pour votre amitié et pour votre soutien.

Khalifa Hadjer

Listes des Figures :

Figure 01 : Addictions comportementales.....	08
Figure 02 : Troubles liés à l'usage de substances psychoactives.....	08
Figure 03 : Addiction au Tabac.....	15
Figure 04 : Addiction à la poudre de cocaïne.....	16
Figure 05 : Addiction à l'alcool.....	16
Figure 06 : L'addiction à l'opium.....	17
Figure 07 : Addiction au cannabis.....	17
Figure 08 : Les achats compulsifs	19
Figure 09 : Workholism.....	19
Figure10 : Addiction au Sexe.....	20
Figure11 : Addiction à l'internet.....	20
Figure 12 : Comportements de consommation.....	21
Figure 13 : Les Facteurs de risque dans l'addiction.....	22
Figure 14 : Interaction individu-substance-environnement.....	25
Figure 15: Structure cérébrales et le circuit de la récompense et plaisir	27
Figure 16 : le pavot somnifère.....	30
Figure 17 : Papaver somniferum L (A. Masclef, Atlas des plantes de France, Librairie des sciences naturelles, éd. P.Klincksieck, Paris, 1891.).....	33
Figure 18 : Structure moléculaire de la morphine.....	35
Figure 19 : La morphine en poudre.....	35
Figure20: structure moléculaire d'héroïne	37
Figure 21 : l'héroïne en poudre	37
Figure 22 : les types d'héroïne.....	38
Figure 23 : La structure moléculaire de codéine.....	38
Figure 24 : purple drank.....	39
Figure 25 : la structure du virus de l'hépatite C.....	46
Figure 26: Taux de prévalence du virus de l'hépatite C par pays.2011. (Centers for control disease and prévention).....	47
Figure 27 : foie avec cirrhose macro nodulaire (Macroscopie).....	51
Figure 28 : Carcinome hépatocellulaire (Macroscopie).....	52
Figure 29: la fibrose hépatique	53

Figure 30: la structure moléculaire de la méthadone.....	57
Figure 31: la structure moléculaire de la buprénorphine haut dosage.....	60
Figure 32 : le cercle de Prochaska et Di Clemente.....	64
Figure 33 : Les stades de changement selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente.....	66
Figure 34 : Etapes simplifiées pour traiter le VHC.....	69
Figure35 : Le nombre des patients hospitalisées.....	73
Figure 36: Pourcentage des cas positifs.....	74
Figure 37 : La répartition de pourcentage selon l'âge.....	74
Figure 38: La Répartition des cas selon l'origine	76
Figure 39: La Répartition des cas HCV+ selon le sexe.....	77
Figure 40 : La Répartition des cas HCV+ selon l'âge.....	78
Figure 41 : La Répartition des cas selon l'origine.....	79
Figure 42 : La Répartition des cas selon la situation familiale.....	80
Figure 43: La Répartition des cas selon la durée de consommation.....	81
Figure 44 : Le pourcentage des cas selon le type de drogue.....	82
Figure 45 : Une salle de consommation a moindre risque (SCMR).....	86
Figure 46 : La trousse de prévention chez les injecteurs.....	89
Figure 47 : Le matériel de prévention destinée aux usagers de drogues par voie intraveineuse du centre de psychiatrie d'addictologie « ESH Frantz Fanon » de Blida.....	89
Figure48 : La Répartition selon la tranche d'âge des addictes	90
Figure 49 : Le pourcentage des addictes reçus par les pharmaciens selon le sexe....	91
Figure 50 : La répartition des médicaments psychotropes les plus demandés.....	92
Figure51 : La Répartition des avis des pharmaciens d'officine.....	93

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 01 : Une classification des psychotropes.....	18
Tableau 02 : Les principaux neurotransmetteurs	26
Tableau 03 : Une classification des opioïdes.....	35
Tableau 04 : Le nombre des patients atteints d'hépatite C.....	72
Tableau 05 : Le nombre et le pourcentage des patients HCV+ selon le sexe	73
Tableau 06 : Le nombre et le pourcentage des patients HCV+ selon l'âge.....	75
Tableau 07 : La répartition des patients HCV+ selon l'origine.....	75
Tableau 08 : Les répartitions des cas selon le sexe	76
Tableau 09: La répartition des cas HCV+ selon l'âge.....	77
Tableau10 : La répartition des cas HCV+ selon l'origine.....	78
Tableau11 : Le nombre et le pourcentage des cas HCV+ selon la situation familiale.....	80
Tableau12 : La répartition des cas HCV+ selon la durée de consommation	81
Tableau13 : Le nombre et le pourcentage des cas HCV+ selon le type de drogue...	82
Tableau14 : La tranche d'âge des addictes recevez chez pharmaciens d'officine...	90
Tableau15 : Le sexe des addictes recevez par les pharmaciens d'officine.....	91
Tableau16 : Les médicaments psychotropes les plus demandés chez les pharmaciens.....	92
Tableau17 : L'avis des pharmaciens d'officines sur la vente des seringues.....	93
Tableau 18: les raisons de refus des pharmaciens	93

LISTE DES ABREVIATIONS :

ARN : Acide Ribonucléique

ATV : L'aire segmentale ventrale

ANSM : Agences Nationale de Sécurité des Médicaments

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

BZD : Benzodiazépine

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies- édition 10

CHC : Carcinome Hépatocellulaire

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

CH₃COOH : Acide Acétique

COVID-19 : Corona virus disease 2019

DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of mental diseases

EHS : Etablissements Hospitaliers spécialisés

ECG : Electrocardiogramme

GABA : Acide Gama-Aminobutyrique

H₂SO₄ : Acide Sulfurique

IV : Intraveineuse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MDMA : 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine

OMS : Organisation Mondiale de Santé

PH : Potentiel Hydrogène

PES : Programme d'échange des seringues

RDR : Réduction Des Risques

RVC : Réponse virologique

SCMD : Salle de Consommation a Moindre Risque

TSO : Traitement de Substitution par voie Orale

TCC : Techniques cognitives et comportementales

UDI : Utilisateurs des drogues injectables

VHC : Virus de l'Hépatite C

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciement

Dédicace

Liste des Figures

Liste des Tableaux

Liste des Abréviations

Sommaire

Introduction	1
I. L'addiction	5
1.1. Étymologie de concept d'addiction :	5
1.2. Histoire des addictions	5
1.3. Définitions Des Addictions :	6
1.3.1. Définition générale :	6
1.3.2. Définition selon les critères d'Aviel Goodman :	8
1.3.3. Définition selon les critères DSM-V :	10
1.3.4. Définition selon les critères CIM-10 :	11
1.3.5. Autres Définitions :	11
1.4. Les types d'addiction :	14
1.4.1. Addiction avec substance :	14
1.4.2. Addiction sans substance :	18
1.5. Types de consommation :	20
1.5.1. Non usage :	20
1.5.2. Usage simple :	21
1.5.3. Mésusage :	21
1.6. Les facteurs incriminent dans l'addiction :	22
1.6.1. Facteurs liés à l'usager :	22
1.6.2. Facteurs liés à la substance :	23
1.6.3. Facteurs liées à l'environnement :	24
1.7. Mécanismes neurobiologique de l'addiction	25
1.7.1. Les neurotransmetteurs	25
1.7.2. Système de récompense et renforcement.	26
II. Addiction aux opiacés	30
2. 1. Généralités :	30
2.2. HISTORIQUE des opiacés.....	30
2.3. Epidémiologie	33

2.4. Botanique	33
2.4. Classification	34
2.4. 1. Classement des opioïdes selon leur origine	34
2.4.2. Classement selon leurs actions pharmacologiques vis-à-vis des récepteurs opioïdes	34
2.5. Les principaux types d'opiacés.....	35
2.5.1. La morphine	35
2.5.2. L'héroïne :	36
2.5.3. La codéine :	38
2.6. Les addictions aux opiacés proprement dite :	39
2.6.1. La phase de la lune de miel :	40
2.6.2. La phase de tentative de gestion de la dépendance :	40
2.6.3. la phase de la lune de fiel :	40
2.7. Clinique.....	40
2.7.1. Effets immédiats :	40
2.8. Syndrome de sevrage aux opiacés.....	41
2.9. Complications et troubles associés.....	42
2.9.1. Complications psychiatriques	42
2.9.2. Complications médicales non- psychiatriques.....	42
2.9.3. Complications sociales	43
III- Les Hépatites virales C :	45
3.1. Généralités :	45
3.2. Définition :	46
3.3. Données épidémiologiques :	46
3.3.1. Prévalence de l'hépatite C	47
3.3.2. Incidence de l'hépatite C	48
3.4. Facteurs de risque.....	48
3.4.1. L'usage des drogues	48
3.4.2. Transfusion	48
3.4.3. Transmission nosocomiale et iatrogène	49
3.4.4. Exposition professionnelle.....	49
3.4.5. Transmission familiale.....	49
3.5. Les aspects cliniques de l'hépatite C.....	50
3.5.1. Les hépatites C aiguës	50
3.5.2. Les hépatites C chroniques	50

3.6. L'Evolution.....	51
3.6.1. Cirrhose.....	51
3.6.2. Carcinome hépatocellulaire	52
3.6.3. Fibrose	52
3.6.4. Co-infection VIH/VHC	53
VI. La prise en charge globale	55
4.1. La prise en charge des addictions aux opiacés.....	55
4.1.1. Les objectifs des soins	55
4.1.2. la prise en charge biologique	56
4.1.3. PRISE en charge psychologique :.....	63
4.2. prise en charge de l'hépatite c.....	68
I. Etude épidémiologique :.....	71
1.1. objectif de l'étude :.....	71
1.2. Enquête épidémiologique	71
1.3. Mise en place des enquêtes :.....	71
II. Résultats et Discussions	72
A/- Patients	72
2.1. Statistiques de l'année 2018 :.....	72
2.1.1. Répartition des cas selon le sexe :.....	72
2.1.2. Répartition des cas selon l'Age :.....	74
2.1.3. Répartition des cas selon l'origine :.....	75
2.2. Les statistiques de l'année 2019 :.....	76
2.2.1. Répartition des cas selon le sexe :.....	76
2.2.2. Répartition selon l'âge :.....	77
2.2.3. Répartition des cas selon l'origine :.....	78
2.2.4. Répartition des cas selon la situation familiale :.....	79
2.2.5. Répartition des cas selon la durée de consommation :.....	80
2.2.6. Répartition des cas selon le type de drogue injectée	81
2.3. Les statistiques de l'année 2020 :.....	82
VI. Les modalités d'intervention.....	82
4.1. L'accueil des patients :.....	82
4.2. Prévention des risques liés à l'injection :.....	83
4.3. Les salles de consommation a moindre risque :.....	85
4.3.1. Définition :.....	85
4.3.2. Les principaux enjeux éthiques :.....	86

4.3.3. Les activités :	86
4.3.4. Les conditions d'accès :	87
4.3.5. Les avantages :	88
4.3.6. Les inconvénients :	88
4.4. Les trousse de prévention :	88
B/-Pharmaciens :	90
2.1. La répartition selonLa tranche d'âge :	90
2.2. La répartition selon le sexe :	91
2.3. Les médicaments psychotropes les plus demandés :	92
2.4. La vente des seringues :	92
2.5. Les préjugés des pharmaciens.....	93
Le Rôle du pharmacien.....	94

Conclusion

Références bibliographiques

Annexes

INTRODUCTION

Premier verre, première cigarette, premier joint, première injection. Sans être le parcours obligé ses premières fois semblent devenir un critère de socialisation des adolescents. Nous vivons dans une société de plus en plus addictive, cette quête du frisson devient un plaisir à part entière.

Aujourd'hui la consommation de drogue est devenue un phénomène incontrôlable qui dépasse le seuil et viole tout les principes et les normes des individus de différentes tranches d'âge et statuts sociales.

L'addiction aux opiacés est une maladie chronique à l'origine de complications somatiques, psychologiques et sociales.

Elle réunit tous les critères désignant une dépendance (tolérance, symptômes de sevrage, conséquences comportementales et sociales, perte de contrôle) on peut dire quelle est le modèle le plus complet de dépendance.

Les nouvelles déclarations des cas d'infections par le virus de VHC ont connu un pic chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, ils sont devenus le groupe le plus touché par infection par le VHC.

L'hépatite C se transmet essentiellement par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté. L'usage de drogues par voie intraveineuse reste le mode de transmission majeur du VHC, par la réutilisation de la seringue et le partage du matériel de préparation.

Tous ça nous a encouragé à entamer ce travail et aborder ce thème dont le but est de faire connaître cette discipline qui est l'addiction aux substances, mieux connaître la pharmacologie de ces substances qui sont les opiacés, les risques liés à ces conduites notamment la transmission de l'hépatite C chez Cette tranche de population et essentiellement afin d'attirer l'attention des pharmaciens sur la gravité et les conséquences dramatiques de ce fléau qui touche le monde entier mais plus particulièrement notre pays et enfin afin de déstigmatiser ce type de patient.

Ce modeste travail a été partagé en deux grandes parties : une partie théorique et une partie pratique. Chaque partie a été partagée à son tour à différents chapitres.

La première partie s'est consacrée essentiellement aux concepts et données théoriques et a été partagée en quatre Chapitres:

- Un premier chapitre, intitulé «les addictions»
- Un deuxième chapitre « Les addictions des opiacés »
- Un troisième chapitre « Les hépatites virales C »
- Un quatrième chapitre « La prise en charge globale »

La seconde partie de ce travail s'est portée sur les aspects pratiques.

Partie

Théorique

CHAPITRE I

L'ADDICTION

I. L'ADDICTION

1.1. ÉTYMOLOGIE DE CONCEPT D'ADDICTION :

L'étymologie du terme addiction est latine, il vient de ad-dicere «dire à ». Cette notion à lieu depuis l'époque de la civilisation Romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre mais ils ont été attribués à leur maître.

L'addiction exprime donc une absence d'indépendance, voir un esclavage ! (1) Ce terme fut conserve jusqu'à l'époque médiévale « Etre adicté » consistait à être condamné à payer ses dettes par le travail à son créancier suite à une ordonnance d'un tribunal. (1) Enfin en Angleterre au XIVème siècle : l'addiction désigne la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître. (1) Par extension, ce terme désignera des passions moralement répréhensibles pour enfin désigner (en langage populaire) toutes les passions dévorantes et toutes les dépendances dans le sens d'être « accroc » à quelque chose. (1)

Les psychiatres se sont emparés de ce terme par la suite pour désigner la toxicomanie, la dépendance aux produits jusqu'au concept actuel élargi aux comportements pathologiques.

1.2. HISTOIRE DES ADDICTIONS

Les substances psychoactives sont utilisées depuis les temps ancien, et leur utilisation est amplement documentée en tant que sujet d'histoire sociale. Il semblerait que le cannabis ait été utilisé dès 4000 av. J.C en Asie centrale et dans le nord-ouest de la Chine, il existe des preuves écrites remontant à 2700 av. J.C dans la pharmacopée de l'Empereur Chen-Nong le cannabis s'est ensuite peu à peu répandu à travers le monde. (2)

D'autre part, La culture et l'utilisation de la feuille de coca se sont concentrées historiquement dans la région des Andes (dès 3000 av. J.C). Plus loin dans le temps, des preuves datant de 4200 av. J.C document la présence de pavot à opium en Europe. Il existe aussi des références à l'utilisation d'opium dans la Grèce ancienne, à partir d'environ 1500 av. J.C. (2)

Les drogues (notamment l'opium) étaient utilisées à des fins médicinales et/ou dans le cadre de rituels religieux (cannabis, coca ainsi que plusieurs plantes aux propriétés hallucinogènes).

En général, il semble que leur utilisation se limitait à certains groupes sociaux.

À l'époque des Incas, par exemple, la coca était un privilège réservé pour une petite élite de la classe dominante (les prêtres) elle restait tabou pour la population en général, et notamment les femmes. L'utilisation du cannabis en Inde et dans d'autres pays d'Asie se limitait essentiellement aux cérémonies religieuses.

En Europe, pendant le Moyen âge, l'utilisation de drogues à des fins récréatives était souvent associée à la sorcellerie et était fortement dénoncée par la puissante Église catholique. S'il y avait consommation d'opium, celle-ci se limitait principalement à une utilisation médicinale sous forme de laudanum, une teinture d'opium alcoolisée préparée par Paracelse (1490-1541) pour traiter la douleur.

De la même manière, l'utilisation d'opium dans de nombreux pays asiatiques, dont la Chine s'est essentiellement limitée à un usage médical jusqu'au XVIIIe siècle. À part quelques exceptions, ces normes religieuses et sociales semblent avoir en grande partie contrôlé l'usage des drogues pendant des siècles. (2)

Au XIXe, la consommation des substances psychotropes se développe et se diversifie pour prendre une tournure commerciale et une ampleur économique.

A la fin de XIXe siècle et au début du XXe siècle les représentations sociales des toxicomanes changent progressivement, décrivant les abus de drogues comme une épidémie pouvant menacer l'ensemble de la société. Le toxicomane devient alors un danger pour la société et pour lui-même.

Dés les années 1990 à nos jours et avec l'avènement de internet, les drogues synthétiques avaient pris de plus en plus de l'ampleur et ont engendré de nouveaux modes de consommations venant s'ajouter aux précédentes.

1.3. DÉFINITIONS DES ADDICTIONS :

1.3.1. DÉFINITION GÉNÉRALE :

L'addiction a été définie en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisé par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite de la connaissance de ces conséquences négatives » (3)

Le comportement peut être la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, opiaces, médicaments. Etc.), on parle alors dans ce cas de « troubles lié à l'usage de substances psychoactives » (3), Mais il existe aussi des « addictions sans

substance ou « addictions comportementales » (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique). (3)

En pratique, on peut séparer trois grands ensembles de symptômes participant aux troubles addictifs :

- **Un ensemble de symptômes comportementaux** : il s'agit de l'envahissement progressif de la vie quotidienne du sujet par les comportements addictifs, au détriment des autres rituels de vie (familiales, professionnels, etc.). ces symptômes regroupent la perte de contrôle progressif, l'impossibilité croissante d'arrêter ou de réduire les comportements addictifs, et l'envie irrépressible («craving») de réaliser sans cesse les comportements addictifs. (3)
- **Un ensemble de répercussions sociales et/ou médicales** : par définition, les addictions doivent entraîner des conséquences durables et significatives dans la vie du sujet pour être qualifiées comme telles. il existe des conséquences sociales qu'on retrouve pour tout type d'addiction (isolement, marginalisation, stigmatisation, perte d'emploi, séparation, problèmes financiers) ainsi que des répercussions médicales qui sont plutôt spécifiques au type de trouble, en particulier lorsqu'il s'agit d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. En effet l'usage chronique de substances psychoactives a des conséquences médicales propres, en parallèle au processus addictif lui-même. En pratique, plus la perte du contrôle (symptômes comportementaux) est importante, plus les conséquences psychosociales sont importantes. (3)
- **Un ensemble de symptômes pharmacologique (propre aux troubles liés à l'usage de substance)** : l'exposition chronique et répétée à une substance psychoactive entraîne des phénomènes d'adaptation cérébrale progressive, menant à l'apparition d'un processus de tolérances (perte d'effet à même dose de substance et nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) puis de sevrage (survenue d'un syndrome de sevrage spécifique à la classe pharmacologique de la substance). ces symptômes ne sont ni systématiques, ni nécessaires pour parler d'addiction.

Même si elles sont toutes trois liées, ces dimensions de clinique doivent être considérées spécifiquement pour bien comprendre les troubles addictifs. (3)

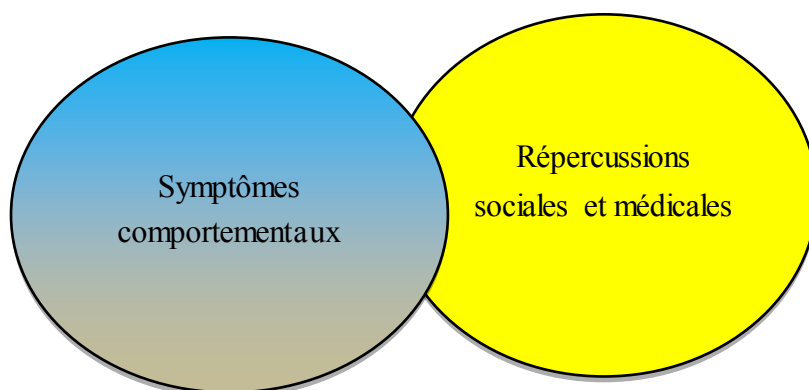


Figure 01 : Addictions comportementales

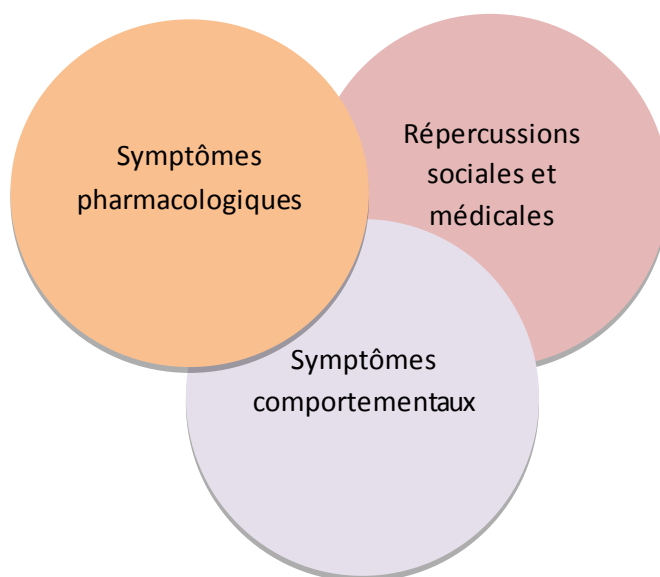


Figure 02 : Troubles liés à l'usage de substances psychoactives

1.3.2. DÉFINITION SELON LES CRITÈRES D'AVIEL GOODMAN :

En 1990, paraissait dans le *British Journal of Addiction* un article théorique qui allait marquer la dernière décennie du siècle, comme sans doute l'un des articles les plus cités, au moins en France et dans le milieu de la psychologie et psychiatrie des addictions. Ce Commentry du docteur Aviel Goodman « *Addiction : définition and implications* » avait pour but d'apporter une solution au manque de définition scientifique de l'addiction,

Alors que ce concept était de plus en plus intégré dans les théories et les pratiques psychiatriques. Goodman proposait ainsi sa fameuse définition de l'addiction : « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par :

- l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance)
- la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) (3)

*Critères du trouble addictif, d'après Goodman :

- Impossibilités de résister aux impulsions de s'engager dans le comportement
- Tension croissante avant d'initier le comportement
- Plaisir ou soulagement au moment de l'action
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - Intensité et durée des épisodes plus importante que souhaitée à l'origine.
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler, abandonner le comportement.
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à se remettre de leurs effets.
 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - Activités sociales, professionnelles ou de loisirs majeurs sacrifiés du fait du comportement.
 - Persévérance du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.

- Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
- Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- Certains éléments de syndrome ont durée plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue. (3)

1.3.3. DÉFINITION SELON LES CRITÈRES DSM-V :

L'addiction se définit comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, elle est caractérisée par la présence de deux ou plus des manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période continue de douze mois.

*Les critères

- La substance est souvent prise en quantité plus importantes ou pendant une période plus prolongée que prévue
- Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
- Un craving ou une envie intense de consommer la substance
- Utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir les obligations majeures au travail- à l'école ou à la maison
- Utilisation de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- Des activités sociales-occupationnelles ou récréatives sont abandonnées ou réduite à Cause de l'utilisation de la substance
- Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereuse
- Utilisation de la substance est poursuivie bien que la Personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.

- Une tolérance.
- Un sevrage.

1.3.4. DÉFINITION SELON LES CRITÈRES CIM-10 :

On parle d'addiction lorsqu'au minimum Trois de ces critères se sont manifestés de façon simultanée au cours de la première année et qui ont persisté durant au moins un mois ou sont survenus de nouveau sur une période plus ou moins longue.

*Les critères :

Ces critères sont des critères de diagnostic communs aux addictions qui ont également été établis en **1990** par le psychiatre Américain **Aviel Goodman**

- Un désir compulsif de consommer le produit.
- Des difficultés de contrôler sa consommation.
- Apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage.
- Une tendance à augmenter les doses pour obtenir un effet similaire.
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne.
- Une poursuite de la consommation malgré la souffrance quelle engendre.

1.3.5. AUTRES DÉFINITIONS :

1.3.5.1. LA DEPENDANCE :

1.3.5.1.1. DÉFINITION ET CRITÈRES SELON CIM-10 :

Selon la CIM-10 ce syndrome consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs, physiologique, dans lesquels l'usage d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substance entraîne désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentiel du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer de tabac ou de prendre une substance psychoactive (y compris un médicament prescrit)

Retours de rechute, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance réinstallé beaucoup plus rapidement que l'initiation.

Pour un diagnostic de certitude, selon la CIM-10, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présent en même temps au cours de la dernière année ;

- Un désir Puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- Difficulté à contrôler l'usage de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux de d'usage).
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive: le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives. (4)

1.3.5.1.2. TYPES DE DÉPENDANCE :

➤ La dépendance physique :

À une substance est définie par l'apparition de manifestations de sevrage caractéristiques de cette substance, lorsque l'organisme n'est plus soumis à son action. La dépendance physique ne dure qu'un temps limité. Elle est liée directement au mode d'action du produit sur le cerveau. (5)

➤ La dépendance psychique :

Est commune à l'ensemble des addictions avec ou sans produit. Elle se subdivise en deux (2) sous-groupes :

A. La dépendance psychologique :

C'est un désir insistant et persistant de consommer, qui peut parfois se traduire par des manifestations psychosomatiques (véritables douleurs physiques sans cause physiologique).

La dépendance psychologique est d'avantage liée aux caractéristiques des individus (états affectifs, styles de vie) qu'au produit lui-même. Des exemples de dépendances psychologiques très répandues sont la dépendance au travail, à l'activité physique ou intellectuelle (surmenage).

La dépendance psychique peut se prolonger toute la vie, provoquant une rechute de la consommation même après des années d'abstinence. (6)

B. La dépendance comportementale :

Elle correspond à des stimulations générées par les habitudes ou l'environnement.

On peut voir trois phases dans le comportement de dépendance :

- Sensation croissante de tension, de mal-être, avant l'apparition du comportement.
- Soulagement voire plaisir pendant l'accomplissement du comportement.
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement. (6)

1.3.5.2. LA TOLÉRANCE :

Correspond à la nécessité d'augmenter les doses de la substance administrée pour obtenir les mêmes effets. Elle survient suite à l'administration répétée de la substance. « Plus l'affinité d'une substance pour son récepteur est grande, plus l'apparition de la tolérance sera rapide ». (7)

1.3.5.3. LE SYNDROME DE SEVRAGE :

Correspond à l'Arrêt de la prise de substance psychoactive de manière brutale ou progressive. Pour libérer l'organisme du besoin de drogue sans ressentir les effets physiques du manque, les personnes pharmacodépendantes peuvent aie La même substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes d'une demande de sevrage sous assistance et contrôle médical.

La même substance est prise pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage. (8)

1.3.5.4. LE CRAVING :

Est un terme importé des États-Unis, venant du verbe « to crave » qui signifie « avoir terriblement besoin », « avoir très envie », « être avide de ». Il convoque donc le désir, la pulsion, le besoin, l'envie, toujours doublé d'un caractère irrépessible et irrésistible.

Selon la CIM-10, le craving est défini comme un « désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive » alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là.

Contrairement au manque aigu survenant lors du sevrage, le craving peut persister des semaines voire des mois après l'arrêt de la substance. Ce symptôme fait partie des critères de la dépendance à une substance mais n'est pas pour autant obligatoire pour qualifier l'existence d'une **addiction**. Chez certaines personnes, le craving peut se manifester par de l'angoisse une hyper salivation, des signes proches des troubles obsessionnels. (9)

1.4. LES TYPES D'ADDICTION :

L'addiction est caractérisée par deux principaux types :

1.4.1. ADDICTION AVEC SUBSTANCE :

1.4.1.1. LES PSYCHOTROPES :

Une substance est dite psychoactive lorsqu'elle s'agit sur le cerveau, modifiant certains de ses fonctions. Une substance psychoactive peut être :

- D'origine naturelle ou synthétique.
- Licite (usage et vente autorisés par la loi mais réglementés) ou illicite (usage et trafic interdits par la loi).

Aujourd'hui, pour nommer l'ensemble des produits qui agissent sur le cerveau, on utilise le terme plus neutre et plus précis de substance psychoactive. (10)

1.4.1.2. CLASSIFICATION DES PSYCHOTROPES :

A- LES STIMULANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :

Le consommateur de ce type de substance est plus alertes et plus énergique, car ces molécules augmentent le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau et accélèrent le processus mental.

Exemples :

➤ TABAC (NICOTINE) :

La nicotine est présente naturellement dans le tabac à des taux de concentration variables selon les parties de la plante. On la retrouve sous forme de particules en suspension dans la fumée. Elle est responsable de la dépendance physique à la cigarette, elle a action anxiolytique, antidépressive et coupe-faim.

Son action ne se limite pas au cerveau et elle impacte aussi le système respiratoire et le système cardiovasculaire.



Figure 03 : Addiction au Tabac

➤ LA COCAÏNE :

Est un puissant stimulant, elle est extraite de la feuille de coca, et se présente sous la forme d'une poudre blanche cristallisée, incolore et à la saveur amère. Le mode d'usage ou de consommation le plus répandu c'est la sniff.



Figure 04 : Addiction à la poudre de cocaïne

- **AUTRES** : caféine, ecstasy ...

B- LES DÉPRESSEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :

Ces substances dépriment les fonctions psychiques d'un individu en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau. Elles relaxent leur utilisateur.

Exemples :

- **ALCOOL** :

Une boisson alcoolisée ou un alcool, est une boisson contenant de l'éthanol. L'alcool est une drogue, dont la consommation forte ou chronique peut dégénérer en addiction appelé alcoolisme.



Figure 05 : Addiction à l'alcool

- **OPIUM** :

L'opium est une substance issue du latex de pavot a des effets sédatifs et antalgiques (contre la douleur). Il peut être consommé par voie orale, mais c'est surtout fumé à la pipe après une préparation rituelle complexe du latex de pavot fermenté.

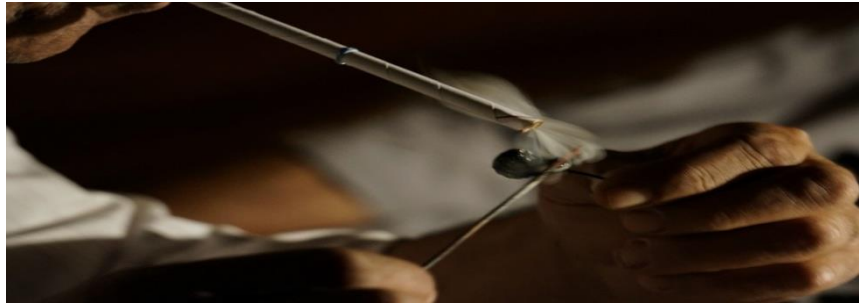


Figure 06: L'addiction à l'opium

- **AUTRES** : morphine, barbituriques, valium

C- LES PERTURBATEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :

Catégorie des hallucinogènes, perturbent les fonctions psychiques d'un individu, Influence le fonctionnement cérébral, de la perception, l'humeur. (11)

Exemple :

- **CANNABIS** :

Le cannabis est le nom scientifique donné au chanvre indien, il s'agit d'une plante dont on tire stupéfiant appelé hachich. Le cannabis considéré comme une drogue douce, il possède une action psychotrope due à la présence de tetrahydrocannabinols. Son usage prolongé susceptible d'entériner un déséquilibre psychologique pouvant aller jusqu'à une psychose.



Figure 07 : Addiction au cannabis

Tableau 01 : Classification des psychotropes.

Les stimulants	Les dépresseurs	Le perturbateur
- Amphétamines	- Alcool	-cannabis, hashish
- Caféine	- Barbituriques	-inhalant : la colle, essence, solvant
- Cocaïne (crack)	- Codéine	-LSD
- Ecstasy	- Héroïne, méthadone	-Mescaline
- Nicotine	- Morphine	-Phencylidine
	- Opium	-psilocybine
	- valium	

1.4.2. ADDICTION SANS SUBSTANCE :

Ce sont des addictions à des éléments qui ne contiennent aucune substance addictive, elles peuvent entraîner une dépendance à partir du plaisir initialement ressenti, pour ce type d'addiction ou de dépendance la situation de vie et la personnalité du sujet jouent aussi un rôle. (12)

Les addictions sans substances sont des conduites qui présentent des similarités avec les addictions aux substances, Ces similarités sont les suivantes :

- Un désir compulsif
- Une importance du temps consacrée à l'activité et abandon d'autres activités
- Le développement d'une tolérance a l'activité
- Poursuite du comportement malgré les effets négatifs
- Le syndrome de sevrage
- Difficulté a contrôlé le comportement

Ce type d'addiction peut concerner plusieurs activités parmi eux ont peut citer :

➤ LES ACHATS COMPULSIFS :

C'est l'un des troubles les plus connus des addictions ou des dépendances comportementales. Elle est définie comme étant un comportement d'achat inapproprié associé à un fort sentiment de plaisir et d'excitation, a l'origine de dépenses répétées

qui provoquent par la suite des conséquences négatives sur le plan personnel, familial et social.

Ce comportement est caractérisé par une irrésistible envie d'acheter, l'individu ressent une tension avant le comportement d'achat qui disparaît dès les achats réalisés. (12)



Figure 08 : Les achats compulsifs

➤ **AU TRAVAIL (WORKAHOLISM) :**

L'addiction au travail ou « workaholism » ou « l'accro eu boulot » c'est une addiction comportementale qui se traduit par un investissement excessif et inadapté dans son activité professionnelle. Ce trouble psychologique peut mener vers des complications graves comme la dépression ou le burn-out.



Figure 09 : Workholism

➤ **AU SEXE :**

Addiction au sexe est un trouble qui peut nuire gravement à la vie sociale et personnelle des personnes atteintes, elle devient pathologique. (12)



Figure 10 : Addiction au Sexe

➤ **À L'INTERNET :**

L'addiction à l'internet est un besoin indispensable de naviguer sur internet, de se connecter dans un monde virtuel pour se réfugier, de détacher de la réalité ou des difficultés de la vie quotidienne, la santé physique peut aussi être touchée avec des défauts de posture, une alimentation déstructurée, des maux de tête et des problèmes de vue. (12)



Figure 11: Addiction à l'internet

Les addictions de ce type sont vastes, on peut citer encore :

- Addiction au sport
- Addiction à la nourriture
- Addiction aux jeux

1.5. TYPES DE CONSOMMATION :

On distingue trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives :

1.5.1. NONUSAGE : Absence de consommation

1.5.2. USAGE SIMPLE : Consommation usuelle d'une substance (alcool) ou réalisation d'un comportement sans qu'il ne présente pas de caractère pathologique. Il est modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou des envies, des effets négatifs, de la disponibilité de la substance.

L'usage simple n'est défini que pour l'alcool.

1.5.3. MÉSUSAGE : Toute conduite de consommation d'une ou de plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommage et/ou de dépendance. Pour toutes les substances psychoactives décrite plus loin à l'exception de l'alcool et les médicaments, tout usage correspond à un mésusage.

Parmi le mésusage, on distingue :

- a) L'usage à risque : Correspond à des niveaux de consommation qui exposent à des risques de complications, soit secondaires à la consommation aiguë ou chronique, mais ces complications ne sont pas encore présentes (et ne le seront peut-être jamais). (3)
- b) L'usage nocif : Se caractérise par la consommation répétée induisant des dommages médicaux (psychiatriques, somatiques) ou sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement proche. (6)
- c) la dépendance : Se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer (perte de contrôle de l'usage).

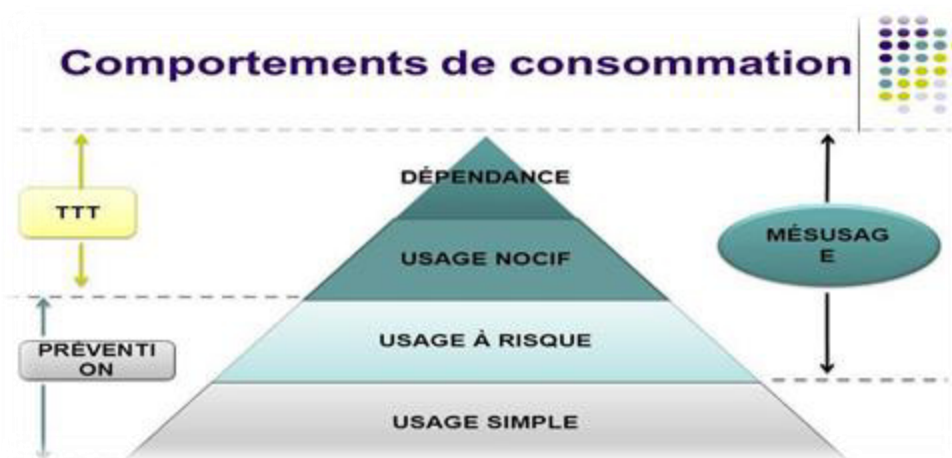


Figure 12 : Comportements de consommation

1.6. LES FACTEURS INCRIMINENT DANS L'ADDICTION :

Les facteurs de risque sont l'ensemble des facteurs associés entre eux et qui constitue une vulnérabilité au développement d'une addiction.

Ces facteurs sont très variables d'une personne à une autre, ils ne rendent pas les sujets égaux face aux addictions : il est donc impossible d'isoler chez un sujet donnée un unique facteur de vulnérabilité qui aurait à lui seul une valeur prédictive de la survenue d'une addiction.

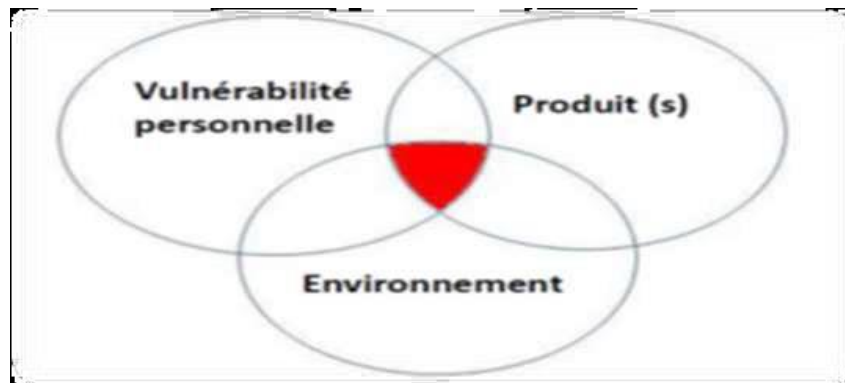


Figure 13 : Les Facteurs de risque dans l'addiction

On peut distinguer trois catégories de facteurs :

1.6.1. FACTEURS LIÉS À L'USAGER :

Différents facteurs propres à l'utilisateur peuvent jouer un rôle dans l'initiation de la consommation d'une substance addictive : âge, sexe, état d'esprit, comportement rebelle ou recherche de sensations, curiosité, confiance en soi, Sociabilité, connaissance et point de vue personnes par rapport aux drogues, valeurs, ... (13)

Des facteurs génétiques peuvent également influencer le développement d'une dépendance. Le polymorphisme des gènes codant pour les enzymes impliquées dans l'absorption, le métabolisme, l'excrétion et la réponse d'une substance Explique qu'une même substance peut avoir des effets différents d'un individu à l'autre .On trouve souvent chez les usagers compulsifs de substance des troubles psychiatriques tels que anxiété, angoisse, dépression, insomnie, troubles de la personnalité La substance leur procure initialement un soulagement de leurs symptômes, mais l'effet

bénéfique n'étant que transitoire, un usage répété s'impose qui peut conduire à un usage compulsif. (13)

1.6.2. FACTEURS LIÉS À LA SUBSTANCE :

Le risque de dépendance est directement corrélé aux propriétés et aux effets de la substance, à la quantité consommée, à la fréquence de consommation et à la voie d'administration. La disponibilité de la substance et son coût ont, également une influence sur l'initiation de la consommation de celle – ci. Une substance qui produit de façon reproductible des sensations agréables (euphorie) a plus de probabilité d'être utilisée de façon répétée. La répétition de ces expériences agréables va progressivement amener le sujet à une consommation Régulière, des automatismes vont s'installer. C'est le renforcement. (13)

Le potentiel addictif d'une substance est d'autant plus élevé que l'effet de cette substance se manifeste rapidement après son administration. Cela favorise l'initiation de la chaîne d'événements qui va conduire à la perte de contrôle sur la consommation de la substance. A ce titre, la voie d'administration joue également un rôle dans l'apparition de la dépendance.

Tous les agonistes opioïdes sont susceptibles d'engendrer une tolérance et une dépendance. Toutefois, le potentiel addictif d'une substance agoniste augmente avec sa puissance ; le syndrome de sevrage d'une telle substance sera plus sévère que pour un agoniste plus faible. (13)

- Exemple : La disponibilité de dogue

Dans les pays où certaines drogues sont très difficiles à trouver, les utilisateurs sont nécessairement peu nombreux. Ainsi, les feuilles fraîches de khat et de coca se trouvent en abondance dans certaines régions bien circonscrites, alors qu'elles manquent totalement ailleurs. Cela dit, il n'y a guère de région où l'on ne puisse se procurer certains types de drogues engendrant la dépendance, ne serait-ce que des drogues fabriquées sur place. Malgré la relative facilité avec laquelle on peut, dans ces conditions, se procurer des drogues engendrant la dépendance, on constate qu'un grand nombre de personnes n'en pas usage ou n'en font qu'un usage modéré. (14)

1.6.3. FACTEURS LIÉES À L'ENVIRONNEMENT :

L'environnement familial et social, des facteurs culturels et socio-économiques peuvent jouer un rôle dans l'initiation et la poursuite de la consommation d'une substance addictive : parents consommateurs, pression des pairs, rébellion contre l'autorité, source de plaisir ou de revenu, conflit, échec, chômage, pauvreté, milieu, absence de perspectives d'avenir ... (13)

- Exemple :

➤ PERMISSIVITÉ DE LA SOCIÉTÉ :

A la facilité d'obtention de différentes drogues engendrant la dépendance s'allient dans certaines régions les influences culturelles qui favorisent plus ou moins leur consommation. Jeunes et moins jeunes sont alors soumis à des pressions culturelles tendant à leur faire accepter et apprécier les modifications de l'humeur et de la perception provoquées par ces substances. Ces pressions peuvent s'exercer par l'intermédiaire d'articles ou d'émissions à sensations ou il sera question par exemple de l'usage de drogues chez une personnalité en vogue ; ou encore par la publicité en faveur des drogues toujours plus nombreuses qui sont admises par la société (boissons alcoolisées, tabac, nombreux médicaments), publicité qui fait le jeu tant des gouvernements qui perçoivent des taxes sur la vente, que des entreprises et des individus qui en tirent profit. Ces différentes influences se combinent pour pousser à la consommation de produits modificateurs de l'humeur, y compris ceux qui peuvent engendrer une dépendance. (13)

➤ MOBILITÉ :

Grace au développement et à la rapidité des communications de masse et des transports, il est maintenant possible de se tenir au courant de ce qui se passe aux antipodes, de se procurer des drogues qui ne se dégradent pas trop rapidement et de parcourir le monde. Jeunes et adultes profitent largement des possibilités de voyage qui leur sont offertes. Or les voyages facilitent les contacts avec des groupes sociaux et des sous-groupes culturels inaccessibles à ceux qui restent chez eux.

D'autres part, les contrôles externes (par opposition aux contrôles Internes) exercés par les parents, les voisins, les connaissances et les différents facteurs

socioculturels perdent leur efficacité dès lors qu'une personne échappe à leur influence immédiate le phénomène général, mais les jeunes y sont plus sensibles que des adultes qui ont eu davantage de temps pour se construire un certain mode de vie de plus, il semble qu'on puisse se procurer facilement des drogues engendrant la dépendance dans certaines régions fréquentées par des touristes jeunes.

➤ **LA FAMILLE :**

Le milieu familial peut inciter les jeunes à faire usage de drogue ou au contraire les en détourner.

On parle souvent des fils qui sont devenus alcooliques comme leur père, ou qui ne le sont pas devenus parce que l'alcoolisme de leur père (ou d'autres membres de leur famille) leur faisait horreur. (13)

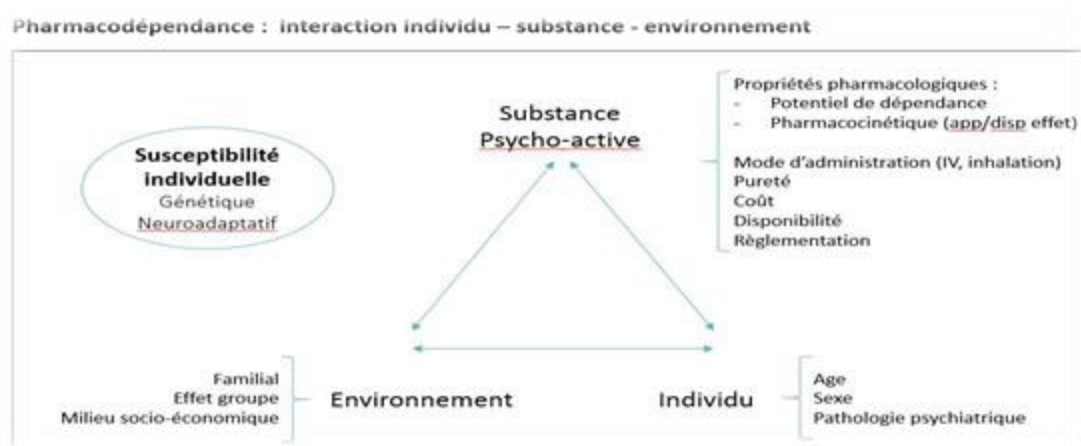


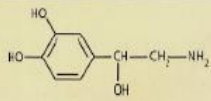
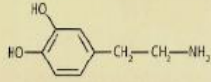
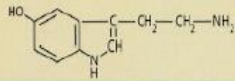
Figure 14 : Interaction individu-substance-environnement(14)

1.7. MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUE DE L'ADDICTION

1.7.1. LES NEUROTRANSMETTEURS

Il en existe certainement des dizaines de différents qui se fixent sur un récepteur particulier, mais peuvent provoquer des réactions différentes suivant la cellule post synaptique.

La liaison à leur récepteur ouvre en général un canal ionique, provoquant un influx nerveux (ou l'empêchant), Certains agissent en quelques millisecondes, d'autres sont plus lents, mais peuvent diffuser vers plusieurs synapses et en moduler l'activité, par exemple les substances qui modulent l'humeur, l'attention et l'éveil.

Neurotransmetteurs	Structure	Classes fonctionnelles	Sites de sécrétion
Acétylcholine	$\text{F}_3\text{C}-\overset{\text{O}}{\parallel}{\text{C}}-\text{O}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{N}^+-(\text{CH}_3)_3$	Excitatrice des muscles squelettiques chez les Vertébrés; excitatrice ou inhibitrice des effecteurs viscéraux	SNC; SNP; jonction neuromusculaire chez les Vertébrés
Amines biogènes			
Noradrénaline		Excitatrice ou inhibitrice	SNC; SNP
Dopamine		Excitatrice, en général; inhibitrice, parfois, dans les ganglions sympathiques	SNC; SNP
Sérotonine		Inhibitrice, en général	SNC
Acides aminés			
Acide gamma-aminobutyrique	$\text{H}_2\text{N}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{COOH}$	Inhibitrice	SNC; jonction neuromusculaire chez les Vertébrés et les Invertébrés
Glycine	$\text{H}_2\text{N}-\text{CH}_2-\text{COOH}$	Inhibitrice	SNC
Acide glutamique	$\text{H}_2\text{N}-\underset{\text{COOH}}{\text{CH}}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{COOH}$	Excitatrice	SNC; jonction neuromusculaire chez les Invertébrés
Acide aspartique	$\text{H}_2\text{N}-\underset{\text{COOH}}{\text{CH}}-\text{CH}_2-\text{COOH}$	Excitatrice	SNC
Neuropeptides (groupe très divers dont deux exemples seulement sont présentés)			
Substance P	Arg—Pro—Lys—Pro—Gln—Gln—Phe—Phe—Gly—Leu—Met	Excitatrice	SNC; SNP
Mét-enképhaline (endorphine)	Tyr—Gly—Gly—Phe—Met	Inhibitrice, en général	SNC

3

Tableau02 : Les principaux neurotransmetteurs

1.7.2 .SYSTÈME DE RÉCOMPENSE ET RENFORCEMENT.

Le système de récompense et renforcement, formé de neurones dopaminergiques, est un circuit neuro-anatomique correspondant au système mésocortico limbique (14).

Il comprend un faisceau dopaminergique mésocortico limbique qui prend origine dans l'aire segmentale ventrale (ATV) du mésencéphale et innerve le cortex frontal, le système limbique et le noyau accumbens.

Le noyau accumbens, cœur du circuit, constitue l'interface entre le système limbique/cortex préfrontal (cognition, affectivité, apprentissage et mémoire) et le système moteur (thalamus, cortex frontal, striatum et formation réticulée), permettant ainsi la conversion d'une motivation en une action (ou aversion en répression d'une action).

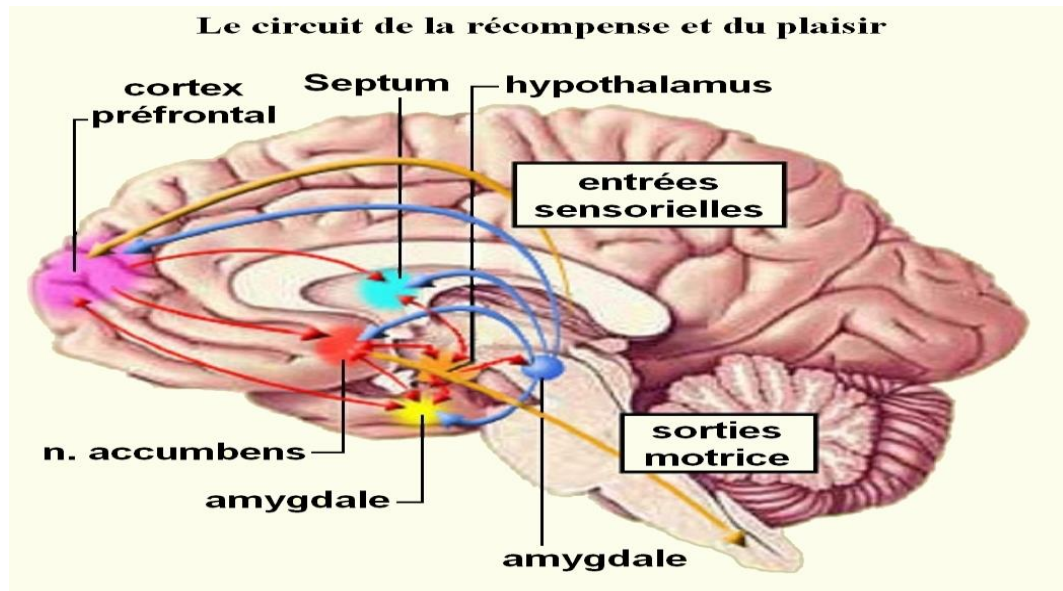


Figure 15: structure cérébrales et le circuit de la récompense et plaisir

Il existe dans le cerveau des circuits de neurones dont le rôle est d'associer aux fonctions vitales (se nourrir, se reproduire, se défendre), une récompense, sous forme de sensation agréable ou de plaisir.

Ce système de plaisir, également appelé système de récompense, contrôle l'équilibre émotionnel en sécrétant neurotransmetteurs (dopamine, adrénaline, noradrénaline...). La consommation de certains produits (drogues illicites, tabac, alcool, médicaments...) mais aussi certains comportements (jeu pathologique, cyberaddiction...) agissent directement sur le système de récompense en stimulant la production de dopamine.

Lorsque la quantité de dopamine augmente, quelle qu'en soit la raison, le plaisir ressenti par l'individu, même si par ailleurs le corps souffre ou que l'individu est déprimé, lui fait considérer que tout va bien. Cette recherche de plaisir peut entraîner l'individu dans une consommation ou un comportement de plus en plus régulier et important. Avec le temps le cerveau s'habitue à des concentrations élevées de dopamine qui deviennent indispensables. L'individu est alors prisonnier du produit ou du comportement seul capable de lui procurer du plaisir.

CHAPITRE II
ADDICTION AUX
OPIACES

II. ADDICTION AUX OPIACÉS

2. 1. GÉNÉRALITÉS :

Les opiacés constituent une famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif psychotrope d'origine naturelle extrait à base du latex du pavot somnifère. Ils correspondent à une substance médicamenteuse narcotique dont les effets agissent sur les récepteurs opiacés qui sont des récepteurs des neurotransmetteurs situés dans le cerveau et ce sont eux qui modulent les fonctions du cerveau notamment la réponse qui apporte à la douleur, au stress et au contrôle des émotions.

Les composés qui n'étant pas chimiquement apparentés à l'opium c'est-à-dire qui ne sont pas dérivés ou synthétisés à partir des composés naturellement présents dans l'opium mais qui ont une action similaire aux opiacés sur les récepteurs opiacés sont désignés sous le terme **opioïde**.

Une de leurs caractéristiques majeures est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique ils comptent pour cette raison parmi les drogues les plus difficiles à contrer par les politiques de santé publique.



Figure 16 : le pavot somnifère

2.2. HISTORIQUE DES OPIACÉS

Le pavot à opium est connu depuis des milliers d'années et son origine a pu être déterminée au fil des découvertes archéologiques. Sa diffusion a grandement

bénéficié des migrations humaines ; Des graines et des capsules ont été retrouvées dans des habitats néolithiques européens datant de 5000 avant JC. Les sumériens connaissaient ce pavot près de 4000 ans avant notre ère comme en témoigne des tablettes en argiles de Nippour Ils le qualifiaient de «plante de la joie» ou (joie et plante). C'est ainsi que ce pavot serait originaire d'Asie mineure. Environ 1000 ans avant JC, les Assyriens utilisaient la vertu dormitive de ce pavot. (15)

Les Egyptiens connaissaient aussi l'usage de cette plante comme en témoigne le fameux papyrus d'Ebers découvert à Louxor qui immortalise 1600 ans avant JC certaines formules pour soulager de l'insomnie, des maux de tête et pour atténuer les douleurs La culture égyptienne de l'opium s'est étendue à toute la méditerranée orientale. Les grecs prescrivait le pavot de façon courante dès la haute Antiquité. Dans l'Odyssée, Homère décrit le Népentès comme une boisson «éloignant les peines» et qui «endort douleur et colère en apportant l'oubli de toutes les souffrances» aux guerriers. Le célèbre médecin grec Hippocrate (460 avant JC), fut le premier à consigner les propriétés narcotiques de l'opium et à attribuer au pavot blanc des effets curatifs sur les maladies de l'utérus et un effet constipant. Le botaniste Dioscoride décrit le pavot avec précision et pour la première fois d'un point de vue chimique, il distingue la plante elle-même de son latex seul efficace. Il réalise aussi le premier sirop antitussif à base d'opium appelé «diacode». Les Romains reprennent l'héritage médical et rituel du pavot. Au cours du II^e siècle de notre ère c'est au tour de Galien de codifier l'emploi des plantes et de mettre au point de nombreuses formulations magistrales .L'entrée de l'opium en Europe est principalement due à Galien qui en fait l'élément principal d'une panacée promise à un long avenir: la thériaque .Pline l'Ancien(écrivain et naturaliste)répertorie dans son encyclopédie 37 remèdes au pavot et ces préparations sont prescrites pour calmer la douleur, soulager les yeux et guérir le mal de tête.(15)

Une bonne part du savoir accumulé disparaît ensuite avec la chute de l'Empire romain, au milieu du Ve siècle de notre ère. C'est aux Arabes que nous devons l'essentiel des connaissances actuelles sur ce savoir ancien. Ce sont eux qui vont diffuser l'opium vers l'Inde et la Chine. Si la Chine ne fut pas le berceau de l'opium, elle fut néanmoins le théâtre de ses premiers enjeux politique, militaire et économique. Jusqu'à la dynastie Tang (618 après J.C), la Chine ignorait l'existence du pavot blanc .C'est à partir du XV^e siècle que débute le commerce de l'opium.

L'Espagne, le Portugal, l'Angleterre et la Hollande deviennent alors les organisateurs de ce commerce. Ils diffusent notamment un nouveau mode de consommation l'opium «fumé». Se succéderont ensuite 2 guerres de l'opium, qui mettront l'empire chinois à genou et légaliseront le commerce de l'opium. Petit à petit va naître la première toxicomanie de masse de l'histoire humaine entraînant aussitôt de nouvelles représentations sociales de l'usager et l'opium devient alors synonyme de toxicomanie, de luxure et de vice. (15)

En Europe, les apothicaires usent largement de la fameuse thériaque de Galien de venue très populaire. Le médecin suisse Paracelse utilise lui aussi une préparation miraculeuse «Spécific Anodin» composée d'extrait de pavot pour soulager les malades et les blessés. Vers la fin du XVIIe siècle un médecin anglais Thomas Sydenham, revoit la formule de Paracelse en ne gardant que l'extrait d'opium et en supprimant les éléments onéreux et appelle cela le «laudanum». C'est une teinture alcoolique d'opium safranée et parfumée à la cannelle ou à la girofle soulageant les douleurs ulcéreuses et hémorroïdaires. En réponse à l'engouement de la population pour tous ces remèdes à base d'opium, petit à petit les pays se dotent d'un arsenal législatif afin de restreindre et de contrôler la vente et par conséquent la consommation. L'essor de la production mondiale d'opium et de ses dérivés d'extraction fait apparaître à partir du milieu du XXe siècle le triangle d'or (= région montagneuse d'Asie du Sud-est aux confins du Laos, de la Birmanie (Myanmar) et de la Thaïlande (certains incluent également une partie du Vietnam, voire le Yunnan chinois) puis le croissant d'or (qui regroupe Afghanistan, l'Iran et le Pakistan) ; puis le croissant d'or qui sont les plus gros foyers de production illicite d'opiacés et de narcotrafics. (15)

L'opium a représenté un des apports les plus importants pour l'humanité. Pendant plus de 4000 ans ce dernier a représenté la source des plus fabuleuses préparations pharmaceutiques, mais a aussi représenté les plus importants échanges commerciaux, et provoqué d'importants conflits. L'extraction des principes actifs des plantes va dominer toute la recherche pharmaceutique du XIXe siècle. (15)

Au début du XIXe siècle, le commerce de l'opium allait, pour des raisons complexes, devenir le premier grand problème international autour de ce que l'on appellera un siècle plus tard un stupéfiant. En Chine allaient éclater les guerres de l'opium. Puis, à partir du milieu du siècle, allait se développer, parallèlement à l'utilisation de l'opium, un usage parentéral de la morphine dans les pays occidentaux,

usage qui s'étendra rapidement, entre autres, à la Chine où il prendra le relais de celui de l'opium au début du XXe siècle. Dans la même lignée, au cours du XXe siècle, de nombreuses molécules semi-synthétiques puis synthétiques viendront se surajouter au marché légal ou illégal des opiacés. (16)

2.3. EPIDÉMIOLOGIE

Héroïne et traitements de substitution aux opiacés : 180000 consommateurs réguliers d'héroïne en France ,110000 patients sous Buprénorphine (Subutex) et 50000 sous Méthadone chlorhydrate.

L'âge de début de la consommation est en moyenne de 17-23 ans .Les hommes sont plus fréquemment touchés, avec un rapport homme-femme qui est 3 1 pour l'héroïne la prévalence diminue à mesure que l'âge augmente (à partir de 40 ans).

Le personnel médicale qui a un accès direct aux opiacés, aurait un risque accru de consommation excessive ou de dépendance aux opiacés.

2.4. BOTANIQUE

L'opium est extrait du pavot après traitement chimique on en tire la codéine, la morphine et l'héroïne (10kg d opium donnent 1kg d'héroïne) la couleur des fleurs est pourpre rose ou blanche. Il existe plusieurs variétés des plantes ; la plante de base étant le Papaver Somniferum En 1753, Linnaeus le père de la botanique classifie le papaver somniferum comme indicateur du sommeil dans le livre de référence <<Genera Plantarum. >>. (17)



Figure 17 : Papaver somniferum L (A. Masclef, Atlas des plantes de France, Librairie des sciences naturelles, éd. P Klincksieck, Paris, 1891.)

2.4. CLASSIFICATION

Les opioïdes sont classés selon leur origine et leurs actions pharmacologiques vis-à-vis des récepteurs opioïdes (15).

2.4. 1. CLASSEMENT DES OPIOÏDES SELON LEUR ORIGINE

Parmi les composés naturels (présents dans l'opium), on retrouve la morphine, la codéine, la thébaïne, la papavérine et la noscapine.

Les composés semi-synthétiques sont représentés, par exemple, par l'héroïne, l'hydro morphone, la nicomorphine, la dihydrocodéine, l'hydrocodone, l'oxycodone et la buprénorphine.

Les composés synthétiques regroupent entre autres la méthadone, le dextromoramide, la tilidine, la péthidine, et la pentazocine.

2.4.2. CLASSEMENT SELON LEURS ACTIONS PHARMACOLOGIQUES VIS-À-VIS DES RÉCEPTEURS OPIOÏDES

Il existe différents modes d'actions pharmacologiques possibles au sein de la famille des opioïdes. Les molécules qui possèdent des propriétés d'agonistes purs aux récepteurs opioïdes sont : la morphine, le fentanyl, l'hydromorphone, la méthadone, la codéine, et le dextropropoxyphène. La buprénorphine est un agoniste partiel. La Pentazocine et la nalbuphine sont des agonistes-antagonistes d'activité intermédiaire. Enfin, la péthidine et le tramadol possèdent des propriétés mixtes vis à- vis des récepteurs opioïdes et d'autres familles de récepteurs (respectivement muscariniques et aminergiques). (18)

Tableau03: Une classification des opioïdes

Selon ↓	L'action sur les récepteurs opioïdes				
	Agoniste μ	Ago- anta μ	Ago partiel μ	Anta μ	Anta NMDA
L'origine ↓					
Naturelle (Opium) ↓	Codéine Morphine Thébaïne				
Semi- synthétique à partir de morphine et thébaïne	Hydromorphone Oxycodone	Nubain	Bupré- norphine	Naloxone	
Synthétique	Fentanyl Méthadone Tramadol Tapentadol	Talwin		Naltrexone Méthyl- naltrexone	Méthadone

2.5. LES PRINCIPAUX TYPES D'OPIACÉS

2.5.1. LA MORPHINE

La morphine c'est le principal alcaloïde issu du pavot somnifère, c'est le dieu grec du sommeil, son nom a été donnée pour ses vertus dormitives, la plupart du temps elle est utilisée sous forme d'un sel de sulfate ou de chlorhydrate. (19)

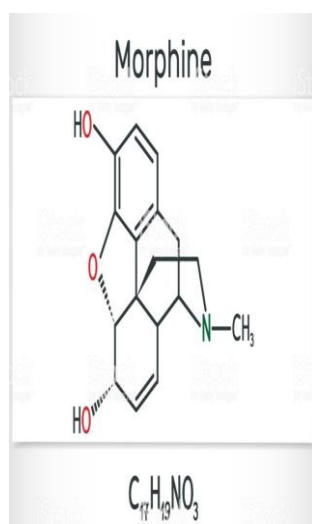


Figure 18 : Structure moléculaire de la morphine poudre



Figure 19 : La morphine en poudre

Parmi les sels de morphine on cite les suivants : (19)

- Chlorhydrate de morphine qui est obtenu avec l'acide chlorhydrique : il est injectable soit en intraveineuse soit en sous-cutané.

- Sulfate de morphine qui est obtenu avec l'acide sulfurique dilué **H₂SO₄** en milieu hydro alcoolique, son action est plus lente que le précédent.
- Acétate de morphine qui est obtenu avec l'acide acétique.
- Citrate de morphine.

2.5.1 .1. LA FABRICATION :

La morphine est produite par l'incision des capsule du pavot juste après leur floraison pour obtenir de l'opium qui coule après très lentement sous forme d'un liquide blanchâtre , a l'air libre cet opium durcit et s'oxyde pour devenir noirâtre, il est ensuite mélangé à de l'eau chaude puis filtré pour séparer les alcaloïdes : on obtient alors du chandou qui est l'opium à fumer et l'obtention de la morphine base se fait selon une succession des réactions chimiques : (19)

- En milieu basique avec l'ammoniaque NH_4 on obtient la morphine d'opium.
 - En milieu acide avec l'acide chlorhydrique HCL ou l'acide acétique CH_3COOH : l'ion hydrogène de l'acide se met à la place de NH_4 qui c'était fixé sur le radical OH , on obtient alors de la morphine base. (4)
- Ces 2 réactions sont répétées 3 à 4 fois jusqu'à l'obtention d'une morphine base pure de 30% à 70%.

2.5.1.2. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MORPHINE :

La morphine est sous forme d'une poudre cristalline blanche ou incolore, sa forme hydratée « $\text{C}_{17}\text{H}_{19}\text{NO}_3\text{H}_2\text{O}$ » est peu soluble dans l'eau, dans **5** litres d'eau juste **1** seul gramme hydraté se dissout, c'est pour cette raison la production des sels de sulfate et de chlorhydrate est réalisée car ils sont 300 fois plus solubles dans l'eau que la molécule mère. (19)

Ces deux sels sont acides, ils ont un $\text{PH}=5$ c'est la raison pour laquelle doivent être mélangés à des petites quantités d'hydroxyde de sodium (NAOH) qui a un PH basique. (19)

2.5.2 .L'HÉROÏNE :

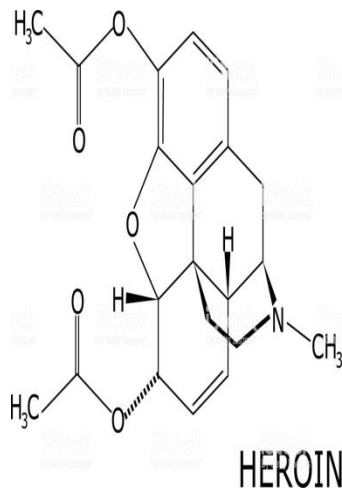


Figure20 : structure moléculaire d'héroïne
poudre



Figure21 : l'héroïne en
poudre

L'héroïne est synthétisée à partir de la morphine extraite de l'opium qui est le latex de Papaver somniferum ; elle se comporte comme une drogue dure. (20)

2.5.2 .1. FABRICATION DE L'HÉROÏNE

Il existe plusieurs façons de transformer l'opium en héroïne. La région dans laquelle la synthèse est opérée, les procédés transmis de génération en génération et les réactifs mis à la disposition du producteur expliquent les différents types de mode opératoire utilisés(21,22). Dans tous les cas, la synthèse de l'héroïne comprend 04 étapes :

- la purification de l'opium.
- l'extraction et la purification de la morphine.
- la conversion de la morphine en héroïne.
- la conversion de l'héroïne base en sel hydro chloré.

2.5.2 .2. LES TYPES D'HÉROÏNE :



Figure22 : les types d'héroïne

A. L'HÉROÏNE BLANCHE :

C'est une poudre très fine et très légère formée des sels solubles dans l'eau, c'est la poudre la plus connue et la plus consommée en Europe, elle est produite principalement dans le triangle d'or et les pays du proche orient (19)

B. L'HÉROÏNE BRUNE :

C'est une poudre brune qui est préparée d'une manière traditionnelle, ensuite elle va être fumée car contrairement à la poudre blanche consommée par les Européens elle n'est pas soluble dans l'eau, se trouve en Asie du sud. (19)

C. L'HÉROÏNE NOIRE :

C'est une forme très impure d'héroïne, elle est principalement utilisée par les fumeurs de drogues, se trouve en Mexique qualifiée de « black tar » à cause de sa couleur et de sa texture pâteuse, elle n'est pas exportée aux Etats-Unis. (19)

2.5.3. LA CODÉINE :

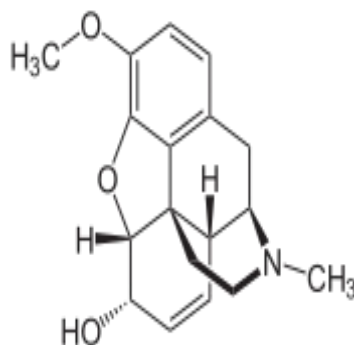


Figure 23 : La structure moléculaire de codéine

La codéine est un alcaloïde naturel extrait de l'opium. (23) Sa formule chimique est de « C₁₈H₂₁NO₃ » ; Il possède une structure proche de celle de la morphine. La différence réside dans la nature du groupement en position trois -3- le groupement méthyle.

La codéine est obtenue par extraction à partir de l'opium ou de la paille de pavot, mais aussi et surtout par hémi synthèse à partir de la morphine ou secondairement de la thébaïne ; à cause de ses effets narcotiques, cette drogue n'est utilisée que sous le contrôle d'organismes gouvernementaux, elle ne donne lieu qu'exceptionnellement à des phénomènes d'accoutumance et d'assuétude car elle ne provoque pas d'euphorie. (24) mais lorsqu'elle est incorporée à d'autres mélanges «purple drank» vont se présenter comme euphorisants, le sirop ou les comprimés codéines sont dilués dans du soda, du grenadine ou des bonbons sont parfois ajoutés, le résultat est souvent violet ou rose d'où le nom de « purple drank ». (25)



Figure 24: Purple drank

2.6. LES ADDICTIONS AUX OPIACÉS PROPREMENT DITE :

L'addiction aux opiacés réunit tous les critères désignant une dépendance (tolérance, symptômes de sevrage, conséquences comportementales et sociales, perte de contrôle) on peut dire qu'elle est le modèle le plus complet de dépendance. La dépendance aux opiacés s'inscrit dans un parcours de l'utilisateur qui se décline en 3 étapes :

2.6.1. LA PHASE DE LA LUNE DE MIEL :

Phase paradoxale où l'utilisateur ressent les symptômes négatifs des opiacés (nausées, vomissement) mais ressent en même temps un bien-être très fort qui les libère de leurs tensions. Si durant cette période les consommations se répètent dans des délais de moins en moins espacés, il y a un fort risque de dépendance. (26)

2.6.2. LA PHASE DE TENTATIVE DE GESTION DE LA DÉPENDANCE :

Les premières expériences de manque commencent à survenir ce qui induit la gestion de la dépendance.

2.6.3. LA PHASE DE LA LUNE DE FIEL :

L'utilisateur est confronté à son incapacité à gérer ses consommations, commence alors une phase plus ou moins longue de grandes difficultés. La seule préoccupation du consommateur est de ne pas se retrouver en état de manque, la sensation de bien-être tend à s'estomper très vite pendant la consommation. (26)

2.7. CLINIQUE

2.7.1. EFFETS IMMÉDIATS :

- LE FLASH :
- Sensation de plaisir très intense
- Euphorie

Effets à court terme

Dans les heures suivantes :

- Sensation d'apaisement, de bien être profond
- Impression d'aisance intellectuelle
- surviennent ensuite des symptômes à type de somnolence, vertiges, nausées.

La nature même de ces effets permet de comprendre le caractère addictogène de l'héroïne .La dépendance s'installe très rapidement. (27)

Imprégnation chronique

- Troubles de comportement.
- Agitation psychomotrice.
- Syndrome déficitaire : apragmatisme, émoussement affectif.

- Stigmates physique : traces d'injection, lésion de grattage aux points d'injection.
- La répétition des consommations entraîne l'apparition assez rapide d'un phénomène de tolérance la sensation de plaisir devient de moins en moins intense, et les symptômes de sevrage s'installent (cf. infra). Les consommateurs cherchent alors d'avantages à palier ces symptômes de sevrage qu'à retrouver la sensation initiale d'extase. (27)

2.8. SYNDROME DE SEVRAGE AUX OPIACÉS

Le syndrome de sevrage associe :

- Des signes généraux ressemblant à un syndrome pseudo-grippal : frissons, tremblements, myalgies avec parfois contractures musculaires, anorexie, douleurs abdominales, diarrhée, nausées et vomissement (risque de déshydratation et d'hypoglycémie).
- Des signes neurovégétatifs : bâillements, larmoiements, rhinorrhé, mydriase bilatérale, tachycardie, hypertension artérielle.
- Des signes psychiatriques : anxiété qui peut être majeure avec attaques de panique, irritabilité, agressivité, sensation de manque envie irrépressible ou irrésistible de consommer (Craving), insomnie avec agitation.
- Des signes biologiques : hémococoncentration avec hyperleucocytose, hyperglycémie.

L'intensité du syndrome de sevrage dépend du caractère agoniste fort ou faible de l'opiacé utilisé et de dose habituellement consommée le délai d'apparition et la durée du syndrome de sevrage dépendent de la demi-vie de l'opiacé habituellement ingéré pour les sujets dépendants à des produits à courte durée d'action comme l'héroïne. (27)

Les symptômes de sevrage surviennent 6 à 12 heures après la dernière dose. Ils durent ensuite de 3 à 7 jours les symptômes peuvent n'apparaître qu'après la dernière dose ils durent ensuite de 2 à 4 jours dans le cas de produits à demi vie plus longue comme le chlorhydrate de Méthadone ils durent alors jusqu'à 3 semaine après l'arrêt, anxiété, dysphorie, anhédonie, insomnie, peuvent persister dans les semaines et mois qui suivent la fin du syndrome de sevrage physique. (27)

2.9. COMPLICATIONS ET TROUBLES ASSOCIÉS

2.9.1. COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES

- Co addiction à l'alcool, à la cocaïne, aux benzodiazépines.
- Risque accru d'épisode dépressif et de trouble anxieux au cours de l'intoxication (trouble induit) ou dans les mois suivant l'arrêt.
- Troubles délirant induit par les opiacés (pharmaco psychose)
- Co morbidité :
 - Trouble de personnalité antisociale, borderline (état limite) évitant
 - Stress post traumatique, trouble bipolaire et schizophrénie. (28)

2.9.2. COMPLICATIONS MÉDICALES NON-PSYCHIATRIQUES

2.9.2.1. OPIACÉS CONSOMMÉS PAR VOIE INTRAVEINEUSE

En rapport avec les injections intraveineuses sont retrouvées :

- Des marques d'injection sur la partie inférieure des membres supérieurs.
- Des veines sclérosées.
- A l'extrême, les sujets se mettent à utiliser des veines des jambes, du cou ou des lombes.
- Lymphœdème des mains (syndrome de Popeye) : constitue une complication particulière liée à l'injection de Subutex détourné
 - Complication infectieuses locale : cellulites, lymphangite, abcès.
 - Complications infectieuses générales : endocardite bactérienne, candidose oculaire ou articulaires, hépatite B et C, VIH, les taux d'infection par le VIH sont de l'ordre de 10 chez les usagers de drogue par voie veineuse en France, et l'ordre de 30 pour le VHC. (28)

2.9.2.2. OPIACÉS CONSOMMÉS PAR VOIE NASALE

Les personnes qui prennent de l'héroïne ou d'autres opiacés par voie nasale (sniffer) développent souvent une irritation de la muqueuse nasale, quelquefois accompagnée d'une perforation de la cloison et des sinusites.

2.9.2.3. POUR TOUTES LES VOIES

L'overdose ++++(en particulier l'héroïne) : coma par dépression respiratoire avec myosis et abolition des reflexes ostéo-tendineux.

Survient préférentiellement après une période d'arrêt du mésusage, d'hospitalisation ou d'incarcération par injection des mêmes doses qu'auparavant ou lors des réintroductions trop rapides de traitement de substitution. (28)

La consommation chronique d'héroïne ou d'autres opiacés est à l'origine d'un amaigrissement, des lésions dentaires .chez les femmes, elle induit une aménorrhée qui n'est pas toujours accompagnée d'une infertilité, conduisant à des grossesses de découverte tardive.

La dépendance aux opiacés entraîne des retards de croissance intra-utérins et un risque de fausse couche du fait des épisodes de contractions de la musculature lisse du placenta lors des épisodes de sevrage.

Les nouveau-nés peuvent présenter un syndrome de sevrage en opiacés, que la mère ait consommé de l'héroïne ou ait été sous traitement de substitution (risque moindre avec le Subutex). (28)

2.9.3. COMPLICATIONS SOCIALES

L'importance du craving dans la dépendance à l'héroïne est l'origine de comportements délictueux pour se procurer la drogue, vols, pronostiquions, trafic, les usagers d'héroïne ont fréquemment été incarcérés. (28)

CHAPITRE III

Les Hépatites virales C

III- LES HÉPATITES VIRALES C :

3.1. GÉNÉRALITÉS :

Les hépatites virales sont secondaires à une infection virale, elles représentent un groupe de maladies du foie caractérisées par une inflammation du parenchyme hépatique. L'hépatite est l'expression clinique de cette infection. (29)

Il existe six différents types d'hépatites virales: Hépatite A, B, C, D, E et G. Ces virus ont été nommés alphabétiquement, dans l'ordre de leur découverte. Chacun de ces virus agit différemment. (30)

La plupart des personnes qui ont une hépatite virale ne s'en rendent pas compte, car elles n'ont pas de symptômes. D'autres ont une jaunisse (la peau et les yeux de coloration jaunâtres), une perte d'appétit, des nausées, des vomissements, des urines foncées et des selles claires, de la fièvre, des douleurs, de la fatigue, et le foie et l'abdomen sont hypertrophiés.

Tous ces virus peuvent être responsables d'hépatites aiguës qui sont la plupart du temps asymptomatiques. Les personnes atteintes d'une infection aiguë sont infectées pendant une courte période et restent souvent asymptomatiques ou alors elles présentent des symptômes légers, comme la fatigue et ou les vomissements, au cours des six premiers mois de l'infection.

L'hépatite A et E ne sont pas chroniques, mais d'autres formes de virus peuvent devenir chroniques ; si le corps est incapable de les éliminer par lui-même.

L'infection chronique par l'hépatite B, C, D, E ou G peut causer des dommages plus graves au niveau foie. (30)

Seuls les virus de l'hépatite B et C peuvent être responsables d'hépatites chroniques. Une hépatite chronique correspond à une persistance de l'infection virale qui peut entraîner sur le long terme une fibrose pouvant elle-même évoluer en cirrhose ou en

carcinome hépatocellulaire. Il est l'une des premières causes de pathologie hépatique dans le monde. (29)

3.2. DÉFINITION :

Le virus de l'hépatite C a été identifié en 1989 aux USA par l'équipe de Michael Houghton. Le virus de l'hépatite C est classé dans la famille des flaviviridae. Le VHC est un virus composé d'un génome à ARN monocaténaire de polarité positive qui code pour une polyprotéine de 3010 acides aminés. Le génome est contenu dans une capsidie icosaédrique qui est elle-même entourée d'une enveloppe lipidique d'origine cellulaire. Ce petit virus enveloppé à un diamètre de 55-65nm, sa densité est variable ; on explique cette variabilité par l'association du virus avec des lipoprotéines de densité différente.

La circulation du VHC pourrait se faire sous forme de nucléocapsides non enveloppées, le nombre de particules du VHC est faible ce qui rend leur visualisation directe difficile par microscopie électronique. (30)

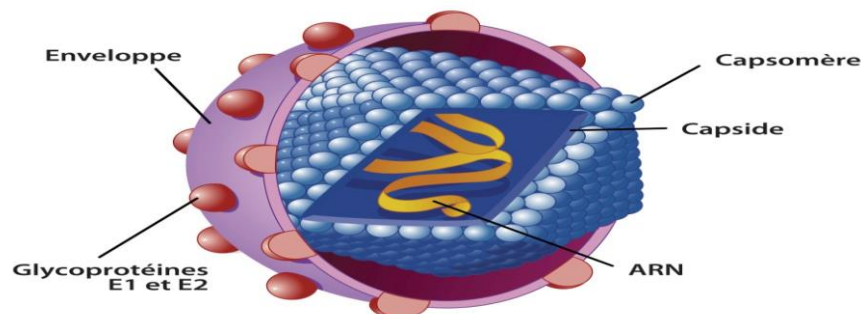


Figure 25: la structure du virus de l'hépatite C

3.3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES :

Les deux tiers des cas de VHC sont des hommes (66,9 %). Les femmes comptent pour 33,1 % , soit un ratio de deux hommes pour une femme (2,02/1; 1 642/814).

Le groupe d'âge le plus touché se situe au sein des personnes âgées entre 30 et 49 ans l'âge moyen est de 43,3 ans (43,9 et 42,9 ans chez les femmes et les hommes respectivement).

Le ratio initial homme/femme de 2,0/1 est plus bas chez les jeunes âgés entre 20 et 29 ans (1,3/1) et est inversé à 0,8 chez les 60 ans et plus. (31)

3.3.1. PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE C

Dans le monde, L'hépatite C est une maladie relativement fréquente. On estime qu'environ 170 millions d'individus, soit 3% de la population mondiale, sont infectés par le virus de l'hépatite C, environ 150 millions d'entre eux sont infectés chroniquement, 3 à 4 millions de personnes sont nouvellement infectées chaque année. Plus de 350 000 individus meurent chaque année de pathologies hépatiques liées à l'hépatite C.

Le virus C est responsable d'environ 20 % des cas d'hépatites aiguës et de 70 % des cas d'hépatites chroniques. L'hépatite chronique C est une des causes majeures de cirrhose et de cancer primitif du foie (carcinome hépatocellulaire). La prévalence varie énormément d'une zone géographique à une autre. (32)



Figure 26 : Taux de prévalence du virus de l'hépatite C par pays. 2011. (Centres for control disease and prevention)

3.3.2. INCIDENCE DE L'HÉPATITE C

Dans les années 1970-90, les modes de contaminations les plus répandus ont été la transfusion de sang et de produits dérivés du sang, l'exposition nosocomiale ainsi que l'usage de drogue par voie IV. De nos jours l'usage de la drogue est la cause principale des nouvelles contaminations en rapport avec le partage des seringues ou du petit matériel notamment le coton.

3.4. FACTEURS DE RISQUE

3.4.1. L'USAGE DES DROGUES

L'usage de drogue reste le facteur de risque le plus important. Malgré la politique de réduction des risques dès 1987, le risque de transmission du VHC lié à la toxicomanie n'a pas diminué aussi vite que celle du VIH. Cette diminution moindre par rapport au VIH peut s'expliquer par une meilleure résistance du VHC en dehors du milieu biologique ainsi que par une plus forte contagiosité.

La mise à disposition des Stéribox (petit kit comportant le petit matériel de préparation stérile) dans les officines permet une diminution des risques de contamination entre utilisateurs. Le plus important bien sûr reste la sensibilisation de cette population aux risques de transmission de maladie par voie IV afin que leur comportement évolue. (33)

3.4.2. TRANSFUSION

Elle a été l'une des premières causes reconnues, elle a joué un rôle prépondérant dans la diffusion de l'infection jusque dans les années 1990. Le nombre de sujets infectés par voie transfusionnelle au cours des dernières décennies a été estimé entre 100 000 et 400 000 personnes. (33)

La contamination était due aussi bien aux transfusions de sang venant d'un donneur unique, qu'aux produits stables (médicaments dérivés du sang) obtenus à partir de multiples donneurs.

3.4.3. TRANSMISSION NOSOCOMIALE ET IATROGÈNE

De nos jours la transmission nosocomiale et iatrogène peut se faire via les mains du personnel soignant, par un matériel mal désinfecté ou par l'intermédiaire d'objets souillés. De même les chirurgies invasives peuvent être une cause de transmission du VHC, en particulier lors d'une biopsie. La transmission iatrogène liée à des actes comme le tatouage ou le piercing reste possible mais elle est difficile à prouver. (33)

3.4.4. EXPOSITION PROFESSIONNELLE

L'exposition professionnelle liée à une blessure accidentelle avec du matériel souillé tel que des aiguilles reste un risque de transmission mineur. Le risque a été estimé à seulement 1.8% après exposition au sang d'un patient contaminé, ce dernier augmente avec la charge virale du patient. Même si ce risque a toujours été faible il continue de diminuer depuis ces dix dernières années.

3.4.5. TRANSMISSION FAMILIALE

Le risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant est rare. En présence d'une Co-infection avec le VIH le risque est beaucoup plus élevé il passe de 5% à 20%, bien que ce risque semble diminuer depuis que les mères porteuses du VHC et VIH sont sous traitement antirétroviral efficace.

La contamination du nouveau-né semble survenir le plus souvent au moment de l'accouchement. Cette dernière est favorisée lors d'un accouchement long et

difficile avec une rupture prolongée des membranes. La césarienne ne semble pas diminuer le risque de transmission du virus, l'allaitement lui est autorisé car il ne semble pas y avoir de risque de transmission du virus via le lait.

La transmission entre individus vivant ensemble pourrait exister via le partage d'objets de toilette tels que les brosses à dents ou les rasoirs mais reste néanmoins très rare. Il semblerait qu'elle soit favorisée par des conditions d'hygiène défectueuses et une forte promiscuité.

La transmission entre partenaires sexuels est plus élevée chez les couples séropositifs(33)

3.5. LES ASPECTS CLINIQUES DE L'HÉPATITE C

3.5.1. LES HÉPATITES C AIGUES

Les cas d'hépatite C aiguë restent relativement rares, elle est définie comme une inflammation aiguë des cellules du foie survenant dans les six premiers mois après une contamination par VHC.

L'hépatite C aiguë reste le plus souvent asymptomatique chez la majorité des patients. La durée moyenne d'incubation varie de 4 à 12 semaines après des études poste transfusionnelles. (34)

3.5.2. LES HÉPATITES C CHRONIQUES

L'hépatite chronique par le VHC est définie par la persistance de l'ARN du VHC six mois après l'hépatite aiguë, elle est responsable de 70% des cas d'hépatites chroniques. Le passage à la chronicité est dépendant de certains facteurs. Ce dernier est augmenté avec l'âge, le sexe masculin et le déficit immunitaire.

Lors du passage à la chronicité les transaminases peuvent se normaliser ou rester discrètement ou modérément élevées.

L'hépatite chronique reste asymptomatique dans la majorité des cas elle n'est détectée le plus souvent qu'une dizaine d'années plus tard.

3.6. L'EVOLUTION

3.6.1. CIRRHOSE

La cirrhose se caractérise par une inflammation chronique due au virus de l'hépatite C qui entraîne la destruction des cellules hépatiques et leur régénération anarchique sous forme de nodules.

La maladie conduit à la perte des fonctions de l'organe et s'accompagne de multiples complications responsables de la morbidité et de la mortalité de la maladie. La cirrhose provoque une hypertension portale entraînant l'apparition de varices œsophagiennes, la rupture de ces dernières pouvant entraîner une hémorragie digestive grave voire mortelle. (33)

La cirrhose hépatique induite par le virus de l'hépatite C peut rester silencieuse pendant plusieurs années, on parle de cirrhose compensée, elle est le plus souvent découverte lors d'une échographie, ou d'une biopsie hépatique. Environ 20% des malades atteints d'une hépatite chronique modérée à sévère auront atteint le stade de cirrhose 20 ans après le début de leur maladie.



Figure 27 : Foie avec cirrhose macro nodulaire (Macroscopie)

3.6.2. CARCINOME HÉPATOCELLULAIRE

Le carcinome hépatocellulaire (CHC), également appelé hépatocarcinome est le cancer primitif du foie le plus fréquent (35). La cirrhose est un facteur de risque important de CHC du fait de l'augmentation de la prolifération cellulaire due à la nécrose et à la régénération importante dans le contexte d'inflammation et de stress oxydatif.

Les facteurs indépendants du malade associés à une progression plus rapide du CHC sont l'âge avancé au moment du diagnostic et le sexe masculin. (36)



Figure 28: Carcinome hépatocellulaire (Macroscopie)

3.6.3. FIBROSE

C'est un mécanisme de cicatrisation pathologique associant un dépôt de tissus fibreux et la destruction du parenchyme hépatique.

Elle se caractérise par une inflammation chronique due au virus de l'hépatite C qui entraîne la destruction des cellules hépatiques et leur régénération anarchique sous forme de nodules. La maladie conduit à la perte des fonctions de l'organe et s'accompagne de multiples complications, son terme évolutif est la cirrhose. (37)

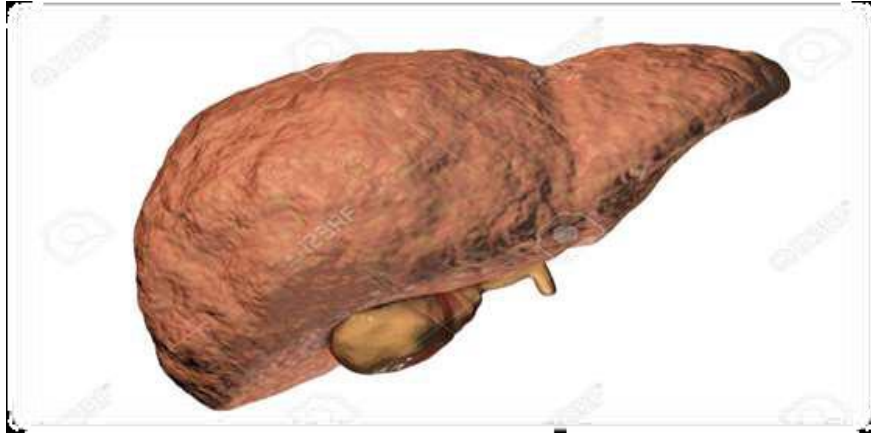


Figure 29: la fibrose hépatique

3.6.4. CO-INFECTION VIH/VHC

La Co-infection par le VIH est aussi un facteur de gravité pour le VHC. L'infection par le VIH est responsable d'une augmentation du risque de transmission materno-fœtale et sexuelle par augmentation de la charge virale, d'une diminution du taux de guérison spontanée après une hépatite aigue. Elle aggrave le pronostic de l'infection chronique par le VHC avec une évolution plus rapide et plus importante vers la cirrhose. (38)

Cependant, elle augmenterait le risque d'infection bactérienne, virale et fongique notamment au stade cirrhose. (39)

CHAPITRE VI

LA PRISE EN

CHARGE

GLOBALE

VI. LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

4.1. LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX OPIACÉS

L'addiction aux opiacés est décrite comme une maladie chronique nécessitant un accompagnement thérapeutique à long terme ; les conséquences somatiques des addictions peuvent être des portes d'entrée pour une prise en charge du patient et de sa maladie chronique et l'occasion de tisser un lien thérapeutique et d'instaurer un suivi, même si la régularité de ce dernier est souvent difficile à établir d'emblée. (41)

4.1.1. LES OBJECTIFS DES SOINS

Le traitement des addictions s'inscrit dans un cadre de soins au long cours. L'objectif est l'arrêt du comportement addictif avec l'interruption de l'intoxication et le maintien de l'abstinence par la prévention des rechutes à long terme.

La phase de sevrage ne représente qu'une étape dans la démarche thérapeutique. L'objectif principal est le maintien dans les soins. Le suivi est essentiellement ambulatoire. La proposition classique d'une prise en charge débutant par l'hospitalisation puis la postcure est obsolète. Le suivi en consultations permet une réduction puis un arrêt de la consommation. Les hospitalisations sont rares. Leur objectif est soit un sevrage préparé, soit le traitement des complications souvent dans l'urgence avec de nombreuses rechutes à la sortie. (42)

La prise en charge est globale associant approches médicamenteuses, psychologiques, somatiques et sociales. Il s'agit d'accompagner le patient dans une démarche de changement qui modifie profondément les différents champs de la vie quotidienne et de la personnalité. Elle débute par, entre autre, une évaluation pour adapter au mieux les stratégies de soins. Les différentes modalités thérapeutiques partagent les mêmes objectifs, leurs différences sont plutôt liées aux aspects culturels sociaux et toxiques qui les différencient effectivement et relèvent souvent du choix des patients. (43)

Elle incluant la réduction des risques et l'approche pluridisciplinaire, permet entre autres d'améliorer la santé des patients, de diminuer la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C et de réduire la criminalité. Cependant, une part importante

des décès par overdose serait due en grande partie à une utilisation détournée d'opioïdes prescrits, et pour l'éviter, il convient de les prescrire en respectant les recommandations. Le médecin de premier recours, par son approche globale de la situation clinique, est un intervenant privilégié dans l'accompagnement des patients dépendants aux opioïdes. (41)

Ce projet est multidisciplinaire, offrant une gamme diversifiée de soins, adaptable en fonction de la clinique, articulé dans un cadre de soins cohérent et pertinent. L'identification d'un référent unique est utile.

4.1.2. LA PRISE EN CHARGE BIOLOGIQUE

Les produits de substitution dans l'addiction sont définis comme étant les produits remplaçant la substance addictive ou nocive par sa forme médicamenteuse prescrite par le médecin, ces produits sont moins néfastes mais ils ont des effets similaires ou comparables. (44)

- Définition de TSO

Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) est une prise en charge à la fois médicale, psychologique et sociale, dont peuvent bénéficier les personnes dépendantes des opiacés (héroïne, morphine, codéine).

- Indications

Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) « substitue » mais ne remplace pas la drogue. Une fois passée l'euphorie de la disparition du manque, un traitement de substitution nécessite des efforts importants de la part du patient. La prise en charge, aussi globale que possible, doit se centrer sur le travail de motivation. (45)

4.1.2.1. OBJECTIFS DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

L'objectif du traitement de substitution s'est déplacé, pour certains patients, de l'abstinence totale de drogue à la maintenance en traitement à long terme. En modifiant le comportement de consommation de drogue, le traitement de substitution aux opiacés permet de diminuer la consommation illicite d'opiacés, de limiter ou supprimer la délinquance qui y est associée, de diminuer les comportements à risque, de limiter la morbidité et la mortalité, de fournir un meilleur accès aux soins et de faciliter la réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

Il s'agit toutefois de fournir à l'addicte davantage qu'un médicament se substituant à la drogue. La prescription du traitement pharmacologique s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge plus globale incluant un accompagnement psycho - social. Le toxicomane stabilisé par un traitement de substitution sera aussi plus réceptif à l'encadrement médical et psychologique souvent nécessaire pour envisager un sevrage.

4.1.2.2. LE PRINCIPE DE LA SUBSTITUTION :

Le traitement de substitution aux opiacés se base sur la tolérance croisée qui existe entre les opiacés. L'héroïne, opioïde à courte durée d'action, est remplacée par un opioïde à longue durée d'action, administré par voie orale (méthadone) ou sublinguale (buprénorphine). Ceci permet :

- D'éviter les pics de concentration et les flashes.
- Une administration quotidienne unique.
- La réduction des risques liés à l'injection intraveineuse. (46)

4.1.2.3. MÉTHADONE

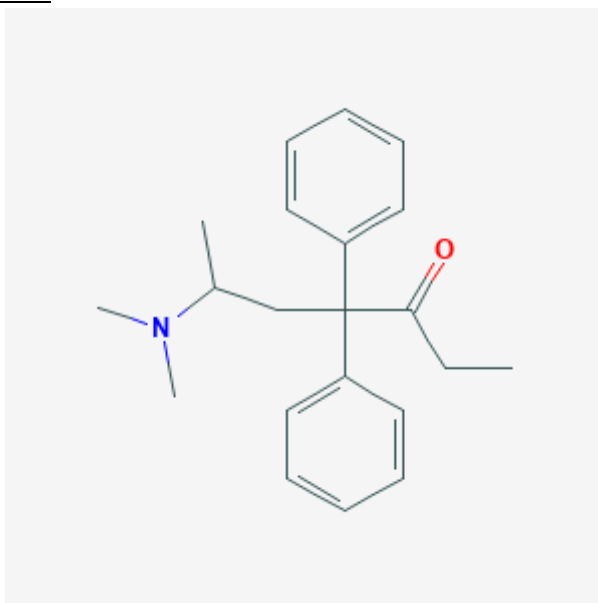


Figure 30: la structure moléculaire de la méthadone

4.1.2.3.1. PRÉSENTATION ET LE DOSAGE

La Méthadone est indiquée dans la prise en charge des pharmacodépendances aux opiacés chez les adultes et les adolescents de plus de 15 ans volontaires et se présente sous deux formes galéniques distinctes, en sirop ou en gélule.

Concernant la forme sirop, il existe 5 dosages différents depuis 1995 :

- 5mg/3,75mL
- 10mg/7,5mL
- 20mg/15mL
- 40mg/15mL
- 60mg/15mL

Pour la forme gélule, on retrouve 5 autres dosages commercialisés depuis 2008 :

- 1 mg
- 5 mg
- 10 mg
- 20 mg
- 40 mg

A l'heure actuelle, il n'existe pas de générique de la méthadone. (47)

4.1.2.3.2. MÉCANISME D'ACTION :

La méthadone est un agoniste entier des récepteurs opiacés, notamment les récepteurs μ . Elle possède ainsi des propriétés analgésiques et antitussives mais peut aussi être responsable d'un syndrome de dépendance. A noter que la dose létale de méthadone est de 1 mg/kg pour les enfants, les personnes naïves ou peu dépendantes aux opiacés.

La méthadone est liposoluble, elle est absorbée au niveau digestif, puis subit un effet de premier passage hépatique conduisant à des métabolites inactifs. Elle est également fortement liée à l'albumine et aux protéines plasmatiques et tissulaires avec un taux de fixation pouvant atteindre les 90%. Sa demi-vie plasmatique est d'environ 24h, de même pour celle d'élimination. En effet, elle est ensuite excrétée par filtration glomérulaire puis réabsorbée.

Lorsque le pH urinaire devient basique, la clairance de la méthadone diminue. Au final, son élimination se fait à 20% dans les urines sous forme inchangée et 13% sous forme 29 métabolisée, jusqu'à 40% par les fèces sous forme métabolisée et enfin elle est éliminée dans la sueur et la salive. (48)

4.1.2.3.3. MISE EN PLACE DU TRAITEMENT

Le traitement de substitution par méthadone se met en place progressivement et commence avec la forme sirop. Les patients étant volontaires sont soumis à une

analyse urinaire à l'instauration du traitement pour vérifier la réelle consommation d'opiacés et l'absence de prise de méthadone pouvant conduire à une double prescription.

La première prise est alors administrée au moins 10h après la dernière prise d'opiacés. La dose se situe généralement entre 20 et 30 mg en fonction de la dépendance physique du patient.

Ensuite, le traitement est adapté pendant une à deux semaines. Durant cette période, les doses sont augmentées pour atteindre des paliers compris entre 40 et 60 mg. La posologie doit permettre d'atteindre l'intervalle cible pour éviter d'un côté les signes de sevrage, et le surdosage d'un autre. L'escalade thérapeutique se poursuit jusqu'à obtenir la dose d'entretien qui se situe généralement entre 60 et 100 mg par jour en une seule prise. Pour cela, chaque semaine, les posologies augmentent de 10 mg. Parfois, la posologie quotidienne dépasse les 100 mg/j et la prise en charge de comorbidités est alors nécessaire. A ce moment-là, le prescripteur peut demander des analyses urinaires complémentaires pour s'assurer de l'efficacité du traitement et de l'arrêt de prise d'opiacés. Elles peuvent ainsi porter à la fois sur la méthadone mais aussi sur d'autres drogues comme le cannabis par exemple, voire sur la prise de médicaments listés en cas de doute.

Lorsque cette dose d'entretien est atteinte, le patient passe à la même dose sous forme gélule.

La première gélule est alors prise à la même heure dès le lendemain suivant la dernière prise de la forme sirop. La demande d'analyse urinaire peut se faire par le médecin traitant à tout moment.

L'arrêt du traitement de substitution est quelque fois possible mais il se fait très lentement car les doses vont diminuer de 5 à 10 mg toutes les semaines pour la forme sirop, ou de 1 à 5 mg pour la forme gélule. La surveillance est renforcée durant cette période afin d'éviter d'une part, une rechute du patient qui peut avoir tendance à réutiliser la substance addictogène pour laquelle il a été pris en charge, et d'autre part, l'apparition de symptômes de sevrage. Si ces cas surviennent, le patient devra reprendre immédiatement la posologie antérieure prescrite de méthadone.

4.1.2.3.4. LE SUIVI DU TRAITEMENT :

La méthadone, quelle que soit sa forme galénique, est suivie par les réseaux d'addictovigilance, de pharmacovigilance ainsi que de toxicovigilance depuis 1995

pour la forme sirop et depuis 2008 pour la 30 gélule. En effet, ce suivi est maintenu suite aux risques d'intoxications des enfants, de détournement par sniff de la gélule, ou encore d'utilisation de la méthadone par les sujets naïfs conduisant à des décès par overdose. (49)

4.1.2.4. LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE

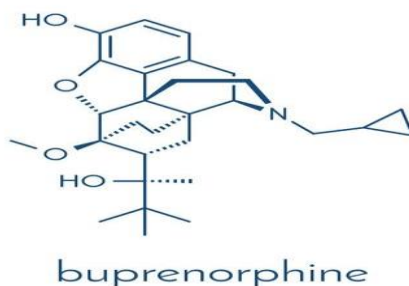


Figure31: la structure moléculaire de la buprénorphine haut dosage.

4.1.2.4.1. PRÉSENTATION ET LE DOSAGE

La buprénorphine haut dosage (**BHD**) est indiquée dans la prise en charge des pharmacodépendances aux opiacés chez les adultes et les adolescents de plus de 15 ans volontaires. Elle se présente sous la forme de comprimés sublinguaux.

Il existe 3 dosages différents commercialisés depuis 1996 :

- 0,4 mg - 2 mg - 8 mg

Le Subutex® est génériqué à partir de 2006 et permet de couvrir de plus larges dosages.

En effet, on retrouve, outre les dosages précédents :

- 1 mg - 4 mg - 6 mg

4.1.2.4.2. MÉCANISME D'ACTION

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs μ et un antagoniste des récepteurs κ . Sa fixation aux récepteurs μ est lentement réversible, cette propriété est ainsi exploitée dans le traitement des dépendances aux opioïdes, diminuant le besoin de substances stupéfiantes.

De plus, la buprénorphine étant un agoniste partiel permet d'obtenir un intervalle élevé entre la dose létale 50 et la dose efficace 50 et ainsi minimiser les effets indésirables. Cependant, cet avantage peut se transformer en réel danger si le patient consomme des benzodiazépines ou mésuse la buprénorphine car dans ces cas, l'intervalle thérapeutique s'amointrie.

La buprénorphine subit un fort effet de premier passage hépatique en cas d'administration par voie orale. C'est pourquoi celle-ci doit être prise par voie sublinguale. La biodisponibilité peut aller jusqu'à 30% et le pic plasmatique est atteint environ 90 minutes plus tard. La distribution dans l'organisme est ensuite rapide car sa demi-vie est de 2 à 5 heures. La buprénorphine est ensuite métabolisée par le cytochrome 3A4, sa demi-vie d'élimination est d'environ 30 heures. Elle est éliminée à 70% dans les fèces et à 30% dans les urines. (50)

4.1.2.4.3. MISE EN PLACE DU TRAITEMENT

Avant de débiter une prise en charge par **BHD**, le patient doit réaliser un bilan hépatique et une recherche d'infection par une hépatite virale.

La mise en place du traitement débute à des doses faibles, entre 0,8 et 4 mg par jour en une prise unique. Il est important que le patient respecte la prise du comprimé par voie sublinguale, qui constitue la seule voie efficace et bien tolérée de prise du médicament, d'une durée comprise entre 5 et 10 minutes, afin d'évaluer l'efficacité clinique de la dose. Pour cela, une délivrance quotidienne est souvent plus adaptée.

La posologie d'entretien est ensuite obtenue en augmentant progressivement les doses. Elle se situe en général à 8 mg par jour mais peut atteindre 16 mg, posologie maximale, pour certains patients. Par la suite, une diminution voire un arrêt de la substitution est possible mais doit se faire lentement. En effet, la volonté du patient est primordiale dans cette démarche et la surveillance des signes de sevrage ou de rechute sont à prendre en compte.

4.1.2.4.4. SUIVI DU TRAITEMENT

La **BHD**, quel que soit le dosage, est suivi au plan national par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) dans le cadre du réseau d'addictovigilance et de pharmacovigilance.

En effet, cette molécule est reconnue pour engendrer des dépendances, mais aussi pour être détournée et mésusée. (51)

4.1.2.5. ASSOCIATION BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE ET NALOXONE

4.1.2.5.1. PRÉSENTATION ET LE DOSAGE

La Suboxone® est une association de 2 molécules : la buprénorphine et la naloxone. Il s'agit du dernier médicament mis sur le marché en 2006 en France pour

la prise en charge des dépendances aux opiacés chez les adultes et les adolescents de plus de 15 ans volontaires. La Suboxone® se présente sous la forme de comprimés sublinguaux à 2 dosages différents :

- 2 mg de buprénorphine et 0,5 mg de naloxone

- 8 mg de buprénorphine et 2 mg de naloxone

A ce jour, il n'existe pas de générique de ce médicament. (52)

4.1.2.5.2. MÉCANISME D'ACTION

D'un côté, la buprénorphine est un agoniste-antagoniste qui se fixe aux récepteurs opioïdes. Elle a la propriété d'être lentement réversible lorsqu'elle est fixée aux récepteurs μ , et cérébraux permettant ainsi de réduire le besoin en drogues des toxicomanes.

La naloxone, quant à elle, est antagoniste des mêmes récepteurs opioïdes cérébraux buprénorphine. Lorsqu'elle est administrée par voie sublinguale, son métabolisme hépatique est quasi complet et son effet pharmacologique est donc nul. Mais son intérêt apparaît lorsqu'elle est prise par voie intraveineuse. En effet, dans ces circonstances, un syndrome de sevrage apparaît chez le patient grâce à son action antagoniste sur les récepteurs opioïdes centraux. La naloxone permet ainsi d'éviter le mésusage de la buprénorphine par voie intraveineuse et démontre alors tout son intérêt dans la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes.

De son côté, la distribution de la naloxone dépend de sa voie d'administration. En effet, pris par voie injectable, elle a une demi-vie de distribution de quelques minutes et agit ainsi immédiatement. Par voie orale, elle est quasiment indétectable dans le plasma, de même que par voie sublinguale. Dans ces cas, la naloxone subit un important effet de premier passage hépatique, sa demi-vie n'est alors que de 2 heures et est rapidement éliminée dans les urines. (53)

4.1.2.5.3. MISE EN PLACE DU TRAITEMENT

L'instauration du traitement doit s'effectuer après l'évaluation de la dépendance aux opiacés du patient et débute lors de l'apparition des premiers symptômes de sevrage. De plus, le patient doit réaliser un bilan hépatique préalable ainsi que des tests de recherche d'infections par une hépatite virale.

Si le patient est un consommateur d'héroïne ou d'opioïdes d'action courte, le traitement doit débiter au moment des premiers signes de sevrage et au moins 6 heures après la dernière prise d'opioïdes (54)

Si le patient est déjà pris en charge par méthadone et s'oriente désormais vers la Suboxone®, il faut d'une part redescendre la posologie de méthadone à 30 mg/j mais aussi tenir compte de la demi-vie de celle-ci qui avoisine les 24h. C'est pourquoi, le premier comprimé de Suboxone® devra être pris au moins 24h après la dernière prise de méthadone et seulement à l'apparition des symptômes de sevrage.

La posologie initiale correspond souvent à la prise d'un ou deux comprimés de Suboxone® 2mg/0,5mg. Parfois, le patient peut prendre un ou deux comprimés supplémentaires le premier jour selon ses besoins. Il est toutefois important de bien prendre le comprimé par voie sublinguale pour obtenir la meilleure efficacité possible du traitement.

Les jours suivants, la dose est adaptée par palier de 2 à 8 mg de buprénorphine afin d'obtenir une posologie d'entretien assurant une bonne efficacité clinique. Cependant, la posologie maximale autorisée est de 24 mg/j de buprénorphine. (53)

Avec la Suboxone®, lorsque le patient est stable, il est possible de diminuer les fréquences d'administration. Dans ce cas, le patient pourra prendre son traitement s'il le souhaite, un jour sur deux et les jours de prises, la posologie sera doublée pour compenser le jour sans traitement. Il est aussi envisageable de prendre la Suboxone® 3 jours par semaine, le lundi, le mercredi et le vendredi par exemple. Le patient double alors sa dose le lundi et le mercredi et va pouvoir tripler la dose du vendredi pour pallier les 2 jours suivants sans traitement. Ces différentes situations sont envisageables si le patient prend de faibles doses, c'est-à-dire moins de 8 mg/j car la posologie maximale reste de 24 mg/j.

Lorsque le patient est stable, un arrêt progressif peut être mis en place en diminuant la posologie d'entretien puis en switchant la Suboxone® par de la buprénorphine dosée à 0,4 mg. Le patient doit cependant être suivi attentivement dans ce cas pour éviter toute rechute éventuelle.

4.1.3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE :

4.1.3.1. ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DE PROCHASKA ET DI CLÉMENTE :

L'entretien motivationnel, développé dans les années 1980 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick(55), plus qu'une technique, est un style relationnel, ou un état d'esprit qui s'oppose au style confrontationnel. Parallèlement à la formulation de ce style psychothérapeutique, deux autres psychologues, James Prochaska et Carlo Di Clémente (56), ont développé le modèle transthéorique de changement, décrivant le parcours motivationnel des sujets souffrant de conduites addictives.

Ce modèle (56) postule l'existence de 06 stades de changement, que traversent habituellement les sujets souffrant de conduites addictives, Les sujets passent d'un stade à l'autre, habituellement de façon cyclique, mais parfois de façon anarchique (57).

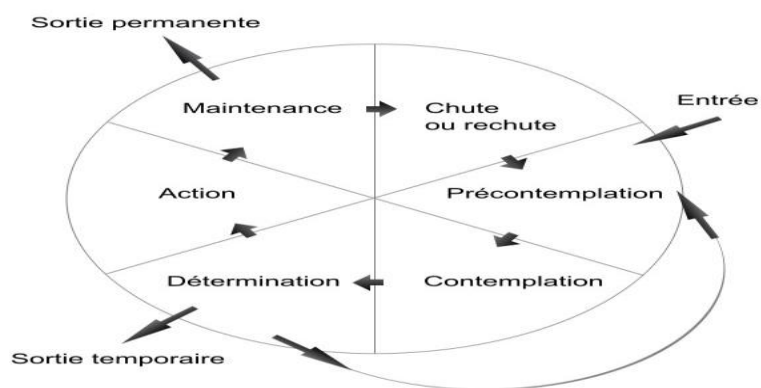


Figure 32 : représentation schématique de cercle de Prochaska et Di Clemente

4.1.3.1.1. STADE D'INDÉTERMINATION :

Le sujet n'a pas conscience de l'existence d'un problème de conduite addictive ou alors le considère sans importance.

4.1.3.1.2. STADE D'INTENTION :

Le sujet reconnaît l'existence d'un problème, admet qu'il serait sans doute utile de faire quelque chose, mais repousse l'idée d'un changement dans un futur nébuleux.

4.1.3.1.3. STADE DE PRÉPARATION :

Le sujet commence à planifier un changement, par exemple, en prenant des conseils ou en consultant.

4.1.3.1.4. STADE D'ACTION :

Le sujet met effectivement en œuvre le changement de comportement, par exemple, l'arrêt de la consommation. Le stade d'action est caractérisé par la mise en acte du changement, et non par des seules déclarations d'intention.

4.1.3.1.5. LE STADE DE CONSOLIDATION :

Le sujet est caractérisé le travail de prévention de la rechute.

4.1.3.1.6. LE STADE DE RECHUTE :

Il ramène le sujet vers un stade antérieur, le plus souvent celui d'intention. Selon ce modèle, le thérapeute doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve le patient. Ainsi, par exemple, il serait sans doute inapproprié de proposer directement une stratégie de sevrage à un patient qui serait au stade d'indétermination ou d'intention. (58)

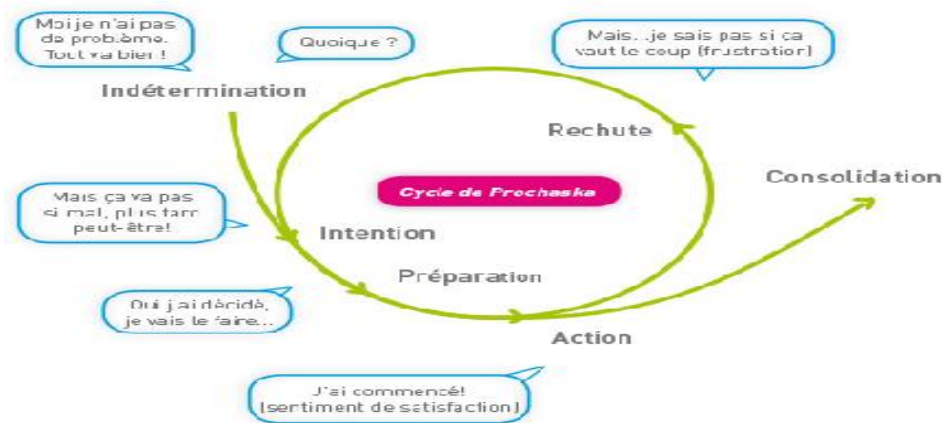


Figure 33: Les stades de changement selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente

4.1.3.2. LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La réduction des risques (RDR) est une démarche qui s'adresse aux consommateurs actifs de drogues. Cette démarche privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, abcès...) et sociaux (exclusion, précarité...) liés à l'usage de substances psychoactives.

La réduction des risques propose des solutions pragmatiques aux problèmes qu'ils rencontrent. Elle s'appuie sur plusieurs outils dont les plus connus sont :

- L'accès au matériel stérile de consommation de drogues (en particulier d'injection).
- L'accès à des lieux de restitution du matériel de consommation de drogues.
- L'accès aux traitements de substitution aux opiacés.
- L'accès à des lieux d'accueil et d'accompagnement.

La réduction des risques contribue à faire de l'usager de drogues un acteur de sa santé. Aller vers l'usager et l'accueillir, dans l'état où il se présente, de manière anonyme, gratuite, sans préalable et sans jugement, est un précepte essentiel de cette démarche qui vise à créer des liens pour permettre à l'usager d'adopter des comportements favorables à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux).

Les missions des intervenants dans le cadre de la réduction des risques sont multiples :

- Informer les usagers de drogues sur les risques sanitaires qu'ils encourent, sur leurs droits à la santé et leurs droits sociaux

- Mettre à leur disposition des outils de réduction des risques (notamment, pour les injecteurs, du matériel d'injection stérile)
- Leur proposer une prise en charge globale comprenant différentes options de soin (sevrage ou, dans le cas d'usage d'opiacés, traitement de substitution adapté), accompagnées d'un suivi psychothérapeutique et social individualisé.
- L'orientation vers une prise en charge spécialisée – par exemple vers un programme de substitution (dans le cas d'usage d'opiacés) ou vers un programme de sevrage.

4.1.3.3. PSYCHOTHÉRAPIES :

A- TECHNIQUES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES :

(TCC) qui visent à :

- Identifier/supprimer un comportement problématique.
- Identifier/restructurer les pensées erronées favorisant ce comportement problématique.

Elles s'appuient sur différentes techniques : l'exposition, la prévention de la rechute, la régulation des émotions, la gestion du craving...

B- THÉRAPIE FAMILIALE

La participation de la famille dans les prises en charge des patients est alors un élément important dans la réussite du traitement. Elle vise à analyser et soutenir les changements au niveau des pratiques parentales afin que celles-ci aient le meilleur impact possible sur les interactions et les relations avec le patient.

4.1.4. LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

Un traitement des troubles relationnels. Les troubles relationnels ont pu contribuer au développement de la conduite addictive, mais ils peuvent aussi en être la conséquence (sauf dans le cas du tabac). Le travail sur ces problèmes relationnels (à l'aide de thérapie conjugale, familiale ou d'affirmation de soi) a montré son efficacité dans le traitement des conduites addictives.

Ces techniques ne dépendent pas du type de substance, et sont donc identiques à travers l'ensemble des addictions. Un traitement des problèmes sociaux par des assistants socio-éducatifs. C'est un volet majeur de la réponse aux conduites addictives, prenant en compte différentes dimensions : l'emploi, les revenus, le logement, la situation judiciaire et l'isolement social. Si les outils d'intervention sont identiques, la nature des problèmes (judiciaire dans le cas des drogues illicites) et leur intensité peuvent varier en fonction des substances. Les difficultés sociales sont souvent majeures concernant la prise de drogues illicites et d'alcool, mineures dans le cadre du tabagisme (du moins chez les demandeurs d'aide).

4.2. PRISE EN CHARGE DE L'HEPATITE C

En cas de sérologie du VHC positive (présence des anticorps anti-VHC), la recherche de l'ARN viral, si cela n'a pas été déjà fait. Si l'ARN du VHC est détectable (il sera quantifié par le laboratoire dans le même temps), le médecin généraliste prescrira un bilan sanguin standard (numération formule sanguine, numération des plaquettes), des tests d'exploration biologique du foie et une échographie abdominale. Pour avancer dans la prise en charge du patient, le médecin généraliste peut prescrire le génotypage du VHC, les sérologies du virus de l'hépatite B (les trois marqueurs, Ag HBs, anticorps anti-HBc et anticorps anti-HBs doivent être systématiquement réalisés) et du VIH, si elles ne sont pas déjà disponibles. Le patient doit connaître la personne à contacter durant le traitement, en cas de besoin. Un accompagnement par une association de patients (par téléphone ou entretiens directs) est très souvent utile

Il existe actuellement des traitements efficaces contre le virus de l'hépatite C (Antiviraux à Action directe), Ces traitements permettent à la fois de guérir du virus et dans un certain nombre de cas de diminuer le degré de fibrose. (59)

L'indication du traitement dépend de l'évolution de l'état de foie par une bithérapie qui associe l'interféron pégylé et la ribavirine. L'interféron est une cytokine aux nombreuses propriétés antivirales- immuno-modulatrices et antiprolifératives.

En cas de contre-indication à la ribavirine, une monothérapie avec l'interféron pégylé peut être proposée Les indications du traitement doivent aussi tenir compte de l'âge- les éventuelles pathologies associées et du risque d'effets secondaires.

Quelle que soit les situations, un suivi régulier des patients, qu'ils soient traités ou non traités est indispensable.

Graphique 4. Etapes simplifiées pour traiter le VHC

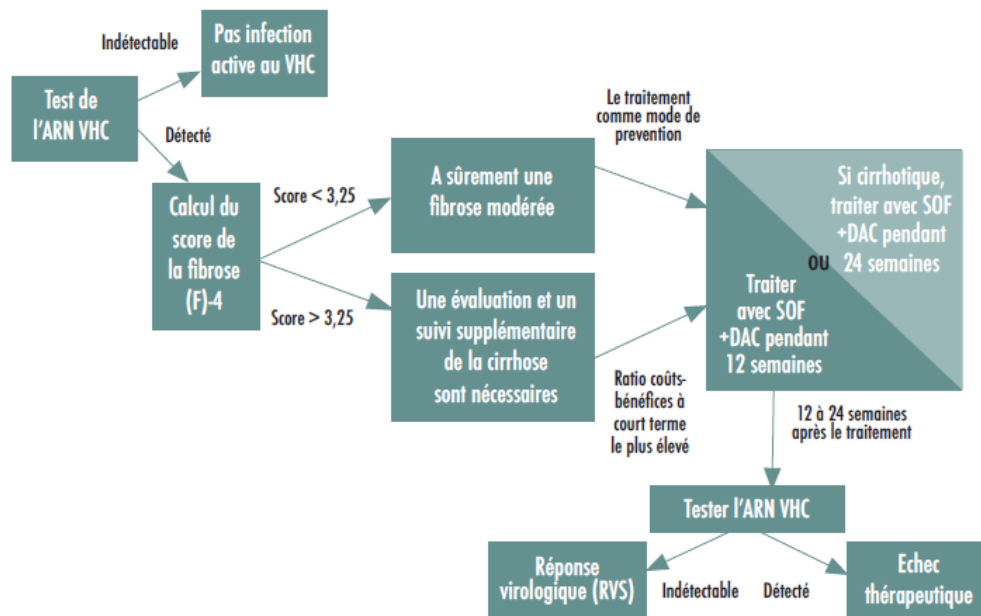


Figure 34 : Etapes simplifiées pour traiter le VHC

Partie Pratique

I. ETUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE :

1.1. OBJECTIF DE L'ETUDE :

Dans une démarche consciencieuse et soucieuse d'une bonne compréhension et prise en charge; Cette étude épidémiologique a été menée dans 04 wilaya afin de faire :

- Décrire la prise en charge et le suivi des patients atteints d'une hépatite C suite à une addiction aux opiacées par voie intraveineuse,
- Enrichir et d'approfondir nos connaissances dans ce domaine.
- Préciser les aspects biologiques, épidémiologiques, psychologiques et sociaux des patients qui sont atteints de l'hépatite C suite à une addiction aux opiacés par voie intraveineuse.
- Mettre en évidence les représentations des pharmaciens sur ce type de patients, leurs conduites face à eux.
- Surligner le rôle du pharmacien dans la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses notamment le virus de l'hépatite C.

1.2. ENQUÊTE EPIDIMIOLOGIQUE

L'étude épidémiologique est effectuée suite à une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire préétablie (Annexe) avec 14 questions pour les patients du « centre de psychiatrie et addictologie de l'établissement hospitalier spécialisé Frantz Fanon de la ville de Blida » et 07 questions destinée aux pharmaciens des différentes officines de la ville de Blida, Alger, Ain Défla et Médéa, ou on s'est déplacé dans les différentes officines et ou on était en contact direct avec les pharmaciens qui ont accepté de coopérer avec nous en répondant à notre questionnaire.

1.3. MISE EN PLACE DES ENQUETES :

L'enquête c'est déroulée au cours des années 2018- 2019, et début 2020. Cette enquête comportant des questions précises sur :

- * Le patient (Age, Sexe, situation familiale et l'origine).
- * Les médicaments psychotropes les plus demandés
- *La vente des seringues
- *Le point de vue des pharmaciens sur les toxicomanes
- *Les types de drogue injectée
- *La charge virale
- *La durée de consommation

Cette enquête a permis d'interroger les patients (utilisateurs des opiacés par voie intraveineuse) et 60 pharmaciens

Cette enquête touche quatre wilayas : Blida, Alger, Ain Défla et Médéa.

Les données recueillies ont été inscrites dans une base de données puis traitées et analysées statistiquement à l'aide du logiciel Excel 2007.

II. RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

A/- PATIENTS

2.1. STATISTIQUES DE L'ANNÉE 2018 :

Le centre d'addictologie de Blida a marqué 34 patients atteints d'hépatite C virales soit 20% parmi 174 patients hospitalisés utilisateurs des opiacées par voie intraveineuse.

2.1.1. RÉPARTITION DES CAS SELON LE SEXE :

Parmi 174 patients atteints d'hépatite C, Il y a 34 cas qui ont des résultats positifs et 140 des patients atteints d'hépatite virale C négatif. (Tableau 04- Figure 35)

Tableau 04 : Le nombre des patients atteints d'hépatite C

Hépatite C	Nombre des patients atteints
HCV+	34
HCV-	140

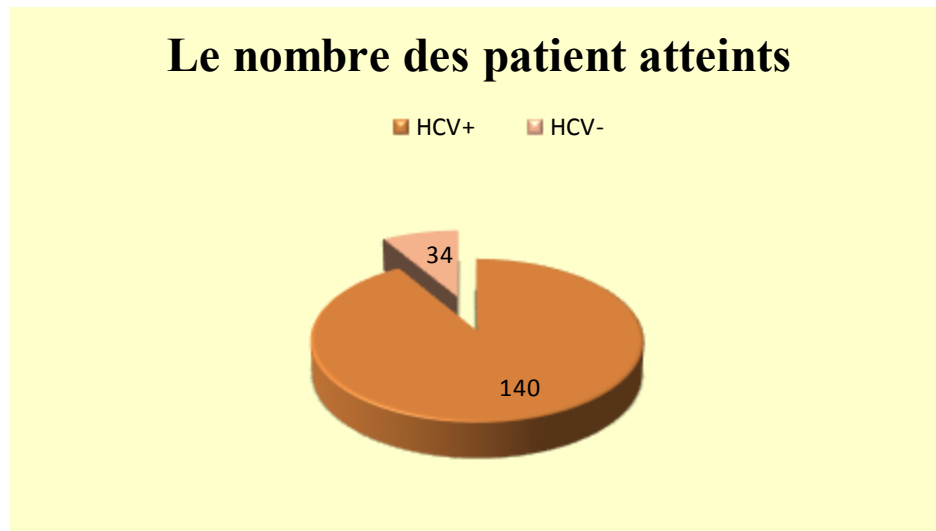


Figure 35 : Représente le nombre des patients hospitalisés

La partie major des enquêtes effectuée avec les femmes (15%), que les hommes (85%)
 Le tableau 02 montre que parmi 34 patients HCV+, il y a 29 cas de sexe masculin et 5 cas de sexe féminin. Donc la majorité des addictes sont des hommes. (Figure 36)

On remarque que le nombre d'homme est nettement plus supérieure que le nombre de femme cette différence de nombre entre les deux sexes est probablement due à des facteurs socioculturelle tel que les interdits et les tabous qui font probablement un obstacle au suivi des femmes et qui les empêchent de se présenter aux centres de soins, d'où le sous diagnostic.

Tableau 05 : Le nombre et le pourcentage des patients HCV+ selon le sexe

	HOMME	FEMME
Patients atteints d'hépatite C (HCV +)	29	5
Le pourcentage	85%	15%

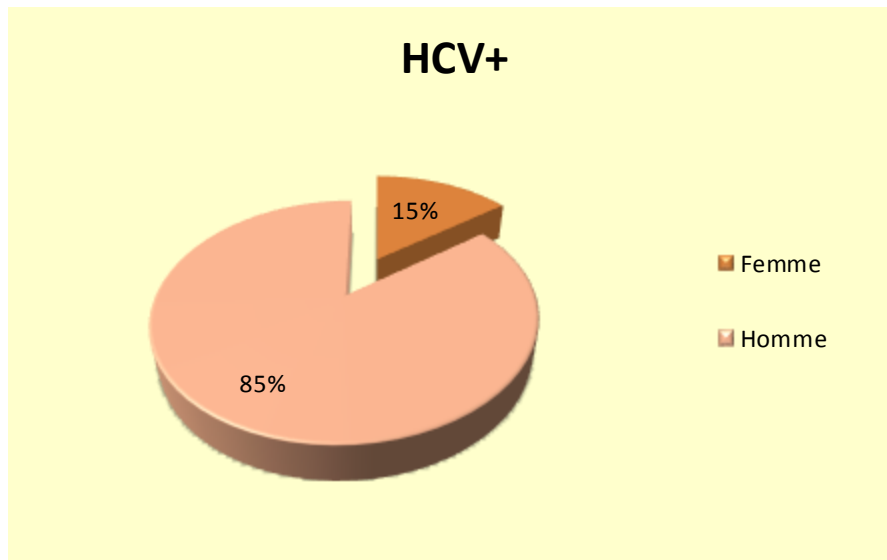


Figure 36: Pourcentage des cas positifs

2.1.2. RÉPARTITION DES CAS SELON L'ÂGE :

Les enquêtes dans la zone d'étude touchent presque toutes les tranches d'âge, avec une prédominance chez les patients [20-25] ans et [25-30] ans (35%), les patients de [30-35] ans (18%), les patients de $[\geq 35]$ ans (9%) et les patients de $[\leq 20]$ ans (3%) (Figure 37)

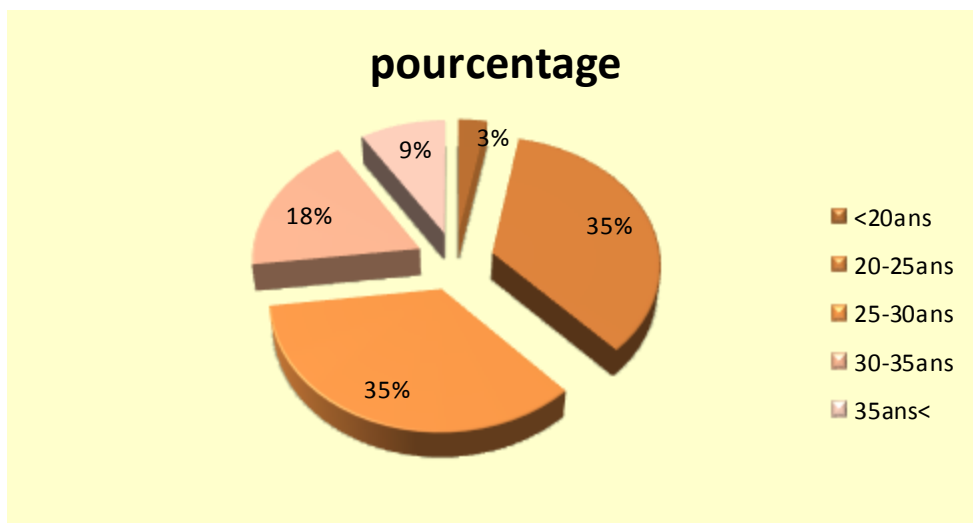


Figure 37 : La répartition de pourcentage selon l'âge

Les statistiques montrent que l'âge des patients varie de 18 ans jusqu'à 46 ans, avec une moyenne de 32 ans. (Tableau 06)

Tableau 06 : le nombre et le pourcentage des patients HCV+ selon l'Age

Tranche d'Age	<20ans	20ans-25ans	25ans-30ans	30ans-35ans	35ans<
Le nombre	1	12	12	6	3
Le pourcentage	3%	35%	35%	18%	9%

Les résultats obtenus montrent que la consommation est assez important surtout chez les addictes entre (20-25 ans) et (25-30) ans, cela est dû au fait que la personne a cet âge est dans une phase difficile, qui est la sortie de l'adolescence et l'entrée dans la phase de la jeunesse, ou il y a l'impulsivité et le désir d'essayer tout ce qui est interdit, et c'est ce qui le fait tomber en danger de dépendance.

2.1.3. RÉPARTITION DES CAS SELON L'ORIGINE :

Tableau 07: Répartition du patients HCV+ selon l'origine

Origine	le nombre
Alger	24
Staouali	2
Blida	6
Boufarik	1
Médéa	1

D'après ce tableau, on voit que les 34 patients atteints de hépatite virale C et qui sont hospitalisés au niveau du centre d'addictologie de ESH Frantz Fanon viennent de trois wilaya essentiellement et qui sont : la Wilaya d'Alger qui a 26 patients avec un pourcentage de (76%) des cas, puis la Wilaya de Blida qui a 07 patients avec un pourcentage de (21%) des cas, et la Wilaya de Médéa qui a un seul patient avec un pourcentage de (3%) des cas.

On peut expliquer cette prédominance de ces trois villes par plusieurs facteurs, on peut citer par exemple la proximité au centre d'addictologie ou la grande population dans ces villes....

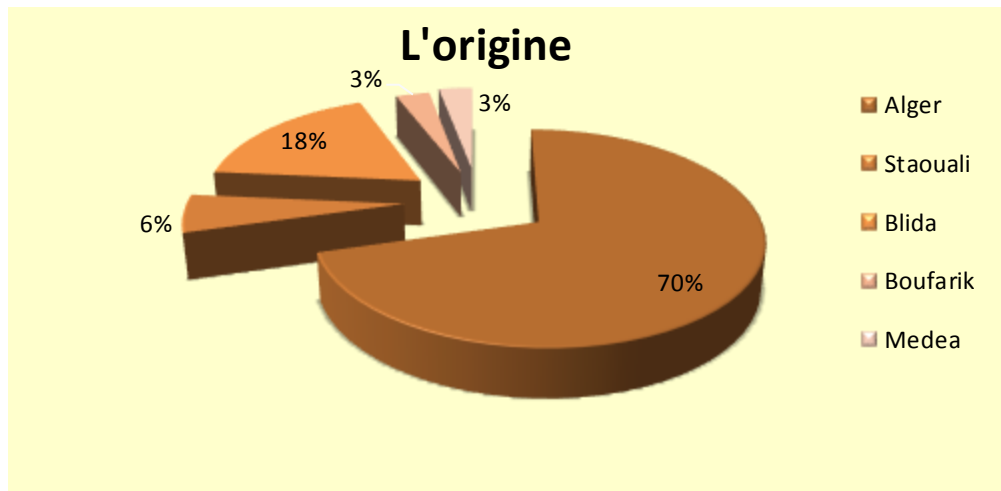


Figure 38: La répartition des cas selon l'origine

2.2. LES STATISTIQUES DE L'ANNÉE 2019 :

Sur 333 patients hospitalisés au niveau du centre d'addictologie du Blida, il ya 60 patients sont diagnostiqués sérologie positive d'hépatite C qui représentent (18%).

2.2.1. RÉPARTITION DES CAS SELON LE SEXE :

Le tableau 08 montre que le sexe masculin est plus touché 90% que les femmes 10%

Tableau08: Les répartitions des cas selon le sexe

	Homme	Femme
Patients hospitalisé	293	40
Patients atteint d'hépatite C (HCV+)	54	6
Le pourcentage	90%	10%

La partie major des hommes avec un nombre de 54 patients, par rapport au sexe féminin qui présente un nombre de 6 cas. Ne reflète pas forcément la prédominance masculin vue qu'il existe un sous diagnostique au niveau féminin. (Figure 39)

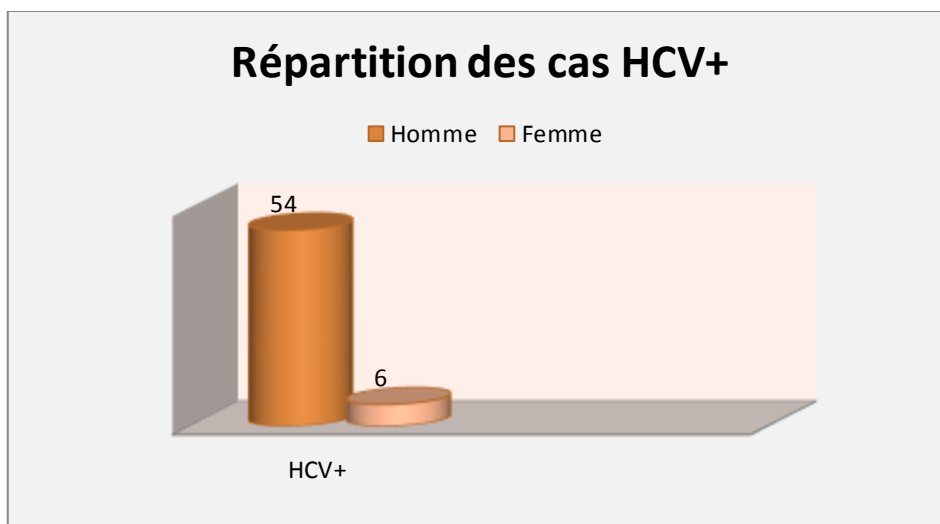


Figure 39: répartition des cas HCV+ selon le sexe

2.2.2. RÉPARTITION SELON L'ÂGE :

Ces statistiques de l'année 2019 nous renseignent que les tranches d'âge les plus touchés se situent une fois de plus entre 20ans-25ans (32%) et entre 25ans-30ans (34%).

Tableau09 : répartition des cas HCV+ selon l'âge

Tranche d'âge	<20ans	20ans-25ans	25ans-30ans	30ans-35ans	35ans<
Le nombre	5	19	20	8	8
Le pourcentage	8%	32%	34%	13%	13%

Durant notre étude on a vu que la consommation est assez importante surtout chez la tranche d'âge entre 25 ans et 30 ans, probablement en rapport avec la période de sortie de l'adolescence et le début de l'âge adulte jeune. (Figure 40)

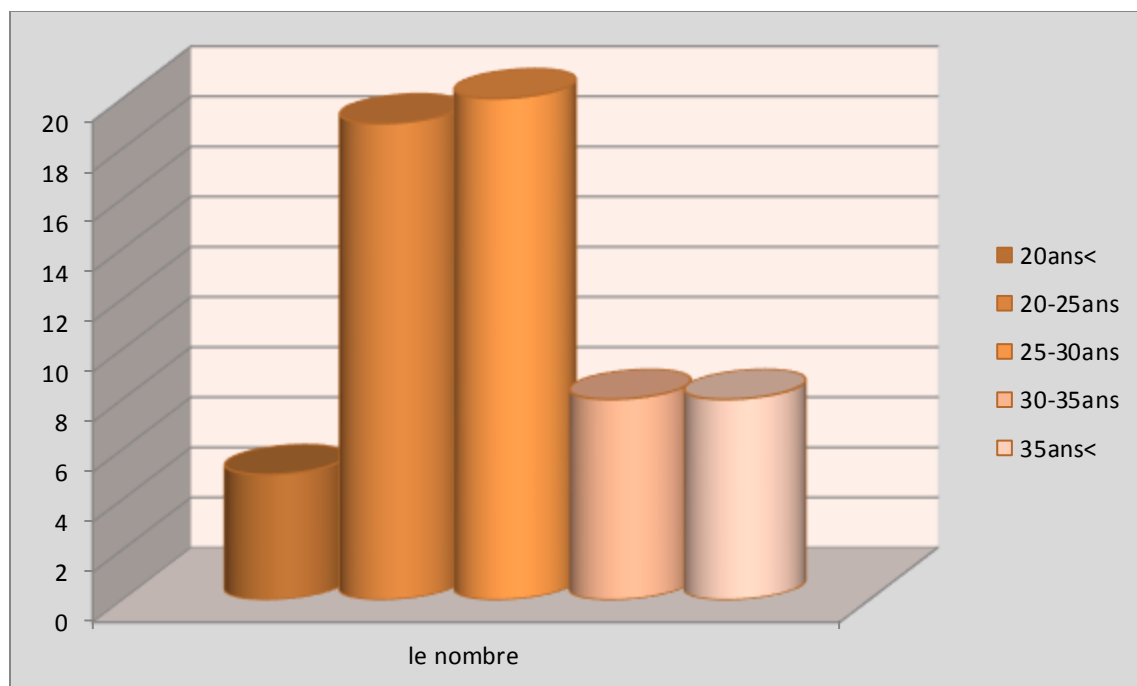


Figure 40 : La Répartition des cas HCV+ selon l'âge

2.2.3. RÉPARTITION DES CAS SELON L'ORIGINE :

Le tableau montre qu'il y a une extension de ce problème dans des nouvelles wilayas comme Tipaza (4 cas), Milla (un seul cas), mais la prédominance est toujours pour la wilaya d'Alger (25 cas), la wilaya de Blida (13 cas), la wilaya de Médéa a marqué (10 cas) avec une augmentation par rapport à l'année passée par 9 cas (2018 on a marqué un seul cas).

Tableau 10: répartition des cas HCV+ selon l'origine

L'origine	Le nombre
Alger	25
Staouali	4
Blida	13
Boufarik	1
Médéa	10
Tipaza	04
Koléa	2
Milla	1
Galma	1

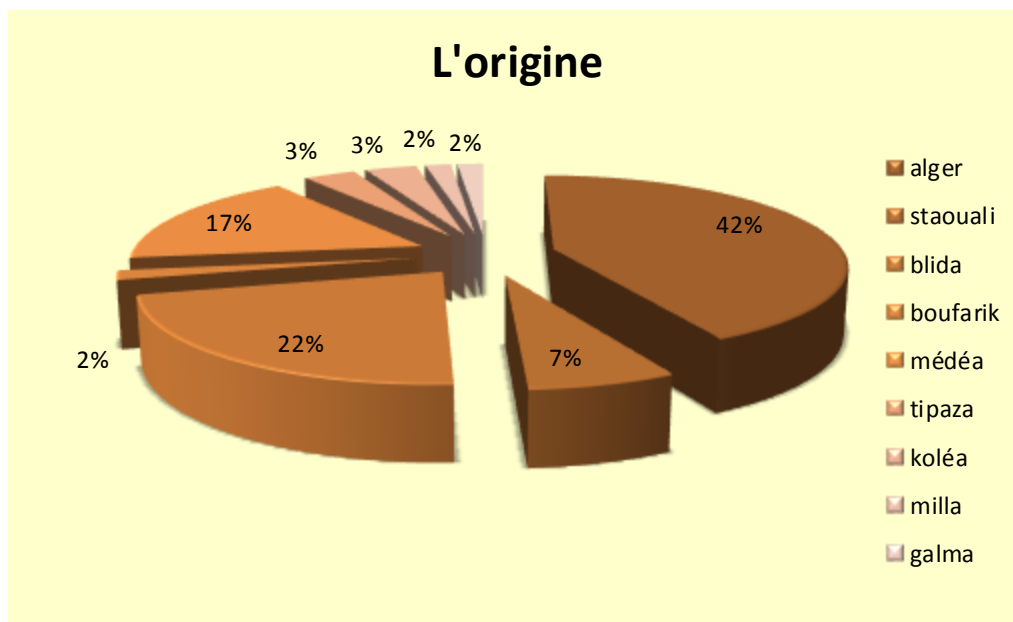


Figure 41 : la Répartition des cas selon l'origine.

Cela s'explique par la proximité de la majorité des patients pour les wilayas du nord Alger et Blida, et l'éloignement pour les wilayas de l'intérieur, ainsi le choix de ses derniers se fait soigner à titre externe ainsi le type du produit consommé

2.2.4. RÉPARTITION DES CAS SELON LA SITUATION FAMILIALE :

Les patients les plus présentés dans cette étude sont les personnes célibataires avec un pourcentage de 89%, puis les mariées 11% (Tableau1)

Tableau1: le nombre et le pourcentage des cas selon situation familiale

Situation familiale	Le nombre	Le pourcentage
Célibataire	48	89%
Marie	6	11%

L'étude de la situation familiale montre que la grande majorité des patients sont célibataires, avec un nombre de 48 patients soit 89%, le nombre des patients mariés est 6 avec un pourcentage de 11% seulement. Sur cela nous déduisons que le célibataire est un facteur de prédisposition à l'addiction et que le mariage peut être un facteur de protection. (Figure 42)

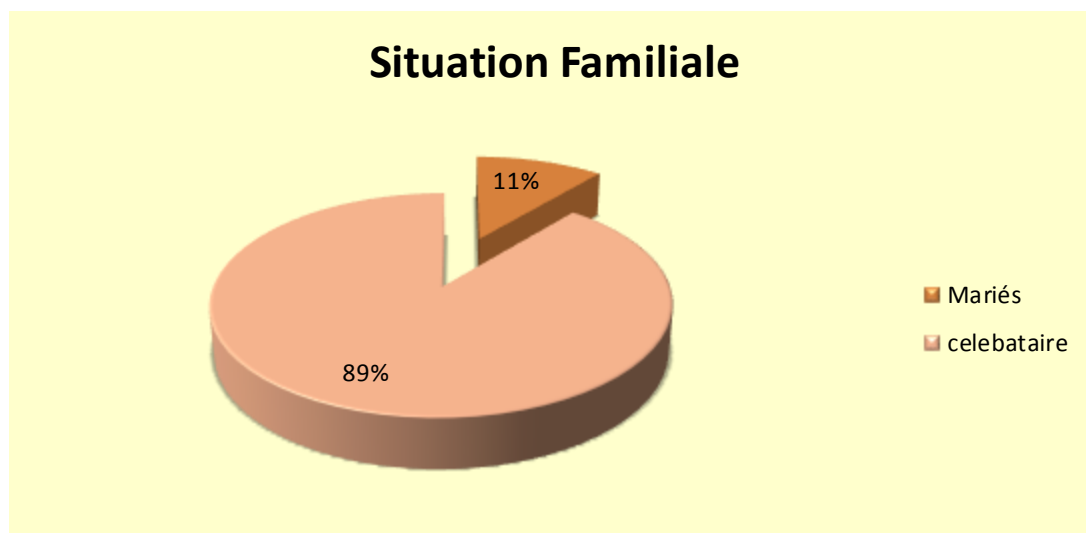


Figure 42 : La Répartition des cas selon la situation familiale

2.2.5. RÉPARTITION DES CAS SELON LA DURÉE DE CONSOMMATION :

Selon la durée de consommation, on remarque que le pourcentage le plus important qui est de 42% correspond à la durée de consommation soit celle de 1 ans- 3ans, puis 20% correspond à la durée de consommation ≥ 1 ans et ≤ 7 ans. (Tableau 08)

Tableau12: La répartition des cas selon la durée de consommation

La Duré de consommation	Moins de 1ans	1ans- 3ans	3ans- 5ans	5ans- 7ans	Plus de 7ans
Le Nombre	9	19	4	4	9
Le Pourcentage	20%	42%	9%	9%	20%

Selon la durée de consommation, on remarque que après un an d'utilisation les risques d'atteinte par le virus C sont augmentés : l'addicte recherche la satisfaction essentiellement et néglige les mesures de protections, 80% des cas diagnostiqués sérologie positive C ont une dure de consommation plus d'un an. (Figure 43)

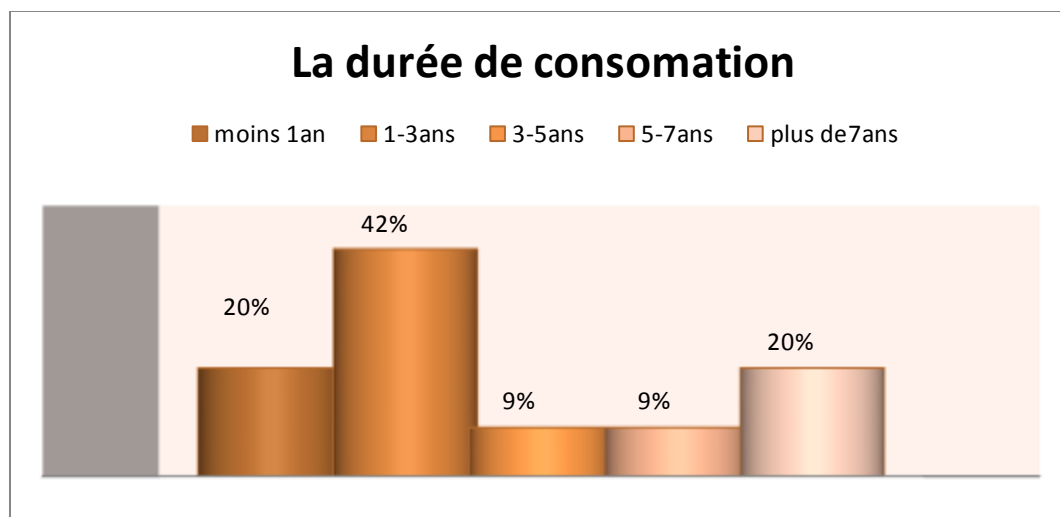


Figure 43: La Répartition des cas selon la durée de consommation

2.2.6. RÉPARTITION DES CAS SELON LE TYPE DE DROGUE INJECTÉE

On remarque que le pourcentage le plus important est de **96%** qui correspondent à l'utilisation du subutex par voie intraveineuse versus l'héroïne et cocaïne (Tableau13)

Tableau13: le nombre et le pourcentage des cas selon le type de drogue

Type de drogue	Subutex	Héroïne	Cocaïne
Le Nombre	52	1	1
Le Pourcentage	96%	2%	2%

Selon ces chiffres les usagés de drogue par injection ont une préférence particulière pour les doses du subutex, l'une des drogue le plus consommé actuellement en raison de son prix bas

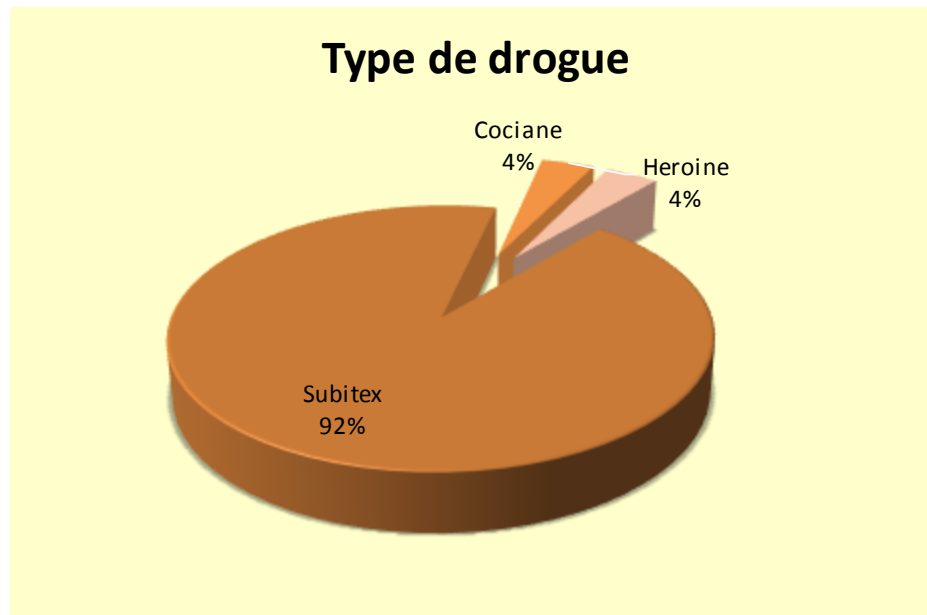


Figure 44 : le pourcentage des cas selon le type de drogue

2.3. LES STATISTIQUES DE L'ANNÉE 2020 :

Au cours de ce début d'année ou nous nous sommes contentés des statistiques du mois de janvier et février et cela suite à la pandémie du COVID-19 qui a frappé le monde entier et notamment notre pays qui nous a empêché de poursuivre notre étude. Le service d'addictologie de l'ESH FRANTZ FANON a diagnostiqué 8 patients d'hépatite C virale.

VI. LES MODALITÉS D'INTERVENTION

4.1. L'ACCUEIL DES PATIENTS :

Avant toute prise en charge, plusieurs bilans sont réalisés. Ainsi, qu'une évaluation du le degré de dépendance, prendre connaissance de l'historique médical, social du patient et s'il y a des pathologies psychiatriques associées : schizophrénie, trouble bipolaire, anxiété, dépression, insomnie (responsable de rechute), en s'entraînant notamment avec des questionnaires. Un bilan de santé sera aussi fait pour assurer la plus complète thérapeutique possible. (60)

- L'interrogatoire permet de se faire une idée du profil psychologique (Comportement émotionnel labile, borderline...) du patient. Il s'oriente

donc sur la situation familiale (parents, conjoints, enfants, orientation sexuelle...), la situation médicale (maladies, hospitalisations...), le comportement addictif (début, fréquence, mode...), la situation sociale (domicile, emploi, revenus...), la situation judiciaire et les motivations concernant le traitement.

- L'examen clinique est complet et s'intéresse : aux mesures anthropométriques, à la température, l'état nutritionnel, au système lymphatique, à l'état dentaire et pharyngé (muguet, herpès...). Il procède aussi à un examen dermatologique (nombre de points d'injections, les inflammations et rougeurs, les lésions douloureuses récentes ou anciennes, la présence d'abcès, d'œdèmes....

Un examen somatique complet touchant tous les appareils un par un : examen cardiovasculaire complété par un ECG, examen pleur pulmonaire et abdominal....

Enfin, toute observation du médecin est notée dans un dossier spécifique.

- Un bilan biologique est également mis en œuvre avec :
 - Un bilan lipidique, rénal hépatique, thyroïdien, ionogramme sanguin et sérologique à savoir VIH HBS HBC syphilis
 - La recherche de toxiques dans les urines se fait systématiquement grâce à un narco-test (opiacées, cocaïne, BZD...).
 - Par la suite et selon les signes d'appel un bilan approfondi peut être entrepris : étude des bandelettes urinaires (protéines, glucides, sang. Si le patient est de sexe féminin, on réalise un test de grossesse et s'il est positif on commence des investigations type toxoplasmose, rubéole, anticorps anti rhésus.
 - On fait également un test à la tuberculine.
- Un bilan social : recherche de situation de précarité et promiscuité, lancement d'une carte chiffa, maintien d'une réinsertion scolaire...

4.2. PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'INJECTION :

Toutes les phases de préparation, tous les gestes qui précèdent et accompagnent l'injection peuvent, lorsqu'ils sont effectués sans asepsie, augmenter les risques

infectieux. La prévention des infections s'appuie sur le respect de pratiques d'hygiène qu'il importe de faire connaître aux usagers. (61)

Les outils de réduction des risques sont :

- En 1990, le Programme d'échange de seringues (PES) permet de lutter contre la transmission du VIH et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectable(UDI), en réduisant le partage de seringues et en donnant accès au préservatif(réduction transmission IST).
- L'accès aux soins avec la création des premiers dispositifs à bas seuil voit le jour en 1993. Cela consiste à abaisser le seuil d'exigence de prise en charge des UDI, notamment sans imposer un sevrage pour avoir un accès aux soins.
- A partir de 1994, le décret de 1987 autorise la vente libre des seringues stériles et la vente de stéribox ®.
- L'accès aux traitements substitutifs des opiacés c'est-à-dire Méthadone et Subutex ® existe depuis 1995.

Cette politique de réduction des risques permet d'amener les UDI vers des structures d'aide, d'écoute afin de les informer sur les risques auxquels ils s'exposent et de trouver les solutions et les moyens pour les combattre. (62)

A. La prévention primaire : (63-64)

- Pour diluer la poudre, utiliser de l'eau propre et des filtres neufs.
- Garder ses outils personnels.
- Utiliser de l'acide citrique et non pas du citron.
- Changer les seringues régulièrement et non pas l'échanger.
- Ne pas utiliser les mêmes cotons.
- Se désinfecter la peau avant l'injection.
- Eviter de contaminer l'aiguille par la salive.
- Jeter la seringue dans une boîte appropriée.
- Se protéger avec des préservatifs.

B. La prévention secondaire : (64)

- Consulter des centres de santé et d'addictologie pour une guérison plus rapide.

- Aider les UDI à avoir une nutrition saine pour aborder la prévention chez les UDI, il faut le faire de manière positive pour une efficacité avérée.

Il faut opérer chez eux des changements adéquats à leur situation afin qu'ils puissent les utiliser dans leur pratique quotidienne. Par exemple, inclure de nouvelles règles d'hygiène et de sécurité avant l'injection. (64)

Malgré les idées reçues, les UDI sont demandeurs d'informations d'intérêt pratique, notamment sur les pratiques à tenir pour protéger les veines, en leur montrant comment les localiser et les différencier des artères. (64)

4.3. LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE :

4.3.1. DÉFINITION :

Les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) sont des espaces où les usagers de drogues peuvent venir consommer le produit dans des conditions permettant de limiter voire d'annuler le risque de contamination. Pour certaines personnes, ces SCMR entretiennent la consommation des drogues, ce qui remet totalement en cause la politique de réduction des risques, qui n'a pas pour but d'encourager la consommation de drogues, mais de limiter les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à cet usage. Le fait d'ouvrir des SCMR demande à notre société d'accepter le fait que certaines personnes consomment, mais également le fait d'accepter qu'aucun autre moyen n'a encore été trouvé pour aider et guérir ces personnes. (61)



Figure 45 : une salle de consommation a moindre risque (SCMR)

4.3.2. LES PRINCIPAUX ENJEUX ÉTHIQUES : (65)

- L'incompatibilité entre la loi des pays interdisant la consommation de drogue illégale et les SCMR.
- Le rôle de l'autonomie, de la responsabilité et de la culpabilité de l'usager.
- Le devoir du système de santé de proposer ce genre de structure.
- Les SCMR considérées comme structure de soins.

4.3.3. LES ACTIVITÉS :

Les salles de consommation à moindre risque sont des lieux spécifiques et protégés, permettant aux usagers :

- La consommation de drogues dans des conditions d'hygiène stérile.
- L'autorisation de consommer des drogues illicites obtenues au préalable dans un environnement de « non jugement » et sous la responsabilité d'équipe médicale de supervision.

Ainsi, les usagers de drogues peuvent s'installer dans des cabines et s'injecter ou inhaler leurs substances notamment de l'héroïne sans être embarrassés par les forces de l'ordre. (66-67)

Dans les SCMR, la consommation de drogue est tolérée tout en sachant que l'achat et la possession de drogues peuvent faire l'objet de sanctions. Dans tous les pays possédant des SCMR, l'achat de ces drogues est pénalisé. (65-66)

La répression a pour but initial de mettre en évidence la dangerosité des drogues illégales et de contrôler le trafic. Les SCMR offrent un cadre réglementé, sécurisé et hygiénique avec une dimension sociale afin d'aider les personnes dépendantes aux drogues. (65)

En fonction des endroits, les SCMR ont des horaires variables d'ouverture. Une équipe pluridisciplinaire professionnelle composée de médecins, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux et parfois d'anciens consommateurs supervise l'établissement. (65)

4.3.4. LES CONDITIONS D'ACCÈS :(66)

Les conditions d'accès à l'intérieur des SCMR peuvent varier d'un endroit à l'autre mais suivent généralement les mêmes règles :

L'accès est réservé aux personnes répondant aux critères suivants :

- Etre porteur d'une carte d'admission dans certains pays.
- Les usagers occasionnels, débutants et mineurs, sont interdits sauf en Allemagne (accès possible dès 16 ans).
- Les individus ne doivent pas se présenter à la SCMR dans un état d'imprégnation aux drogues avancées.
- Le temps d'injection/inhalation est limité.
- Les usagers doivent respecter le règlement intérieur précisant les mesures d'hygiène et de sécurité à avoir à l'intérieur de l'établissement.
- Certaines substances sont interdites (mélange de drogues, médicaments).
- L'interdiction de partager les substances entre usagers, et aucune aide à l'injection entre usagers ou par le personnel médical.
- La violence et le deal sont interdits.

4.3.5. LES AVANTAGES :

Les bénéfices de ces SCMR sont : (67)

- Conditions et matériels hygiéniques et sécuritaires.
- Conseils et informations sur les techniques d'injection.
- Prise en charge efficace pour les overdoses (oxygène et naloxone).
- Soins médicaux notamment en cas d'infections.
- Prévention des maladies transmissibles par le sang.
- Prise en charge des addictions et mise en place de traitements de substitution.
- Possibilité de réinsertion sociale grâce aux services de santé.
- Diminution des injections en public et des seringues abandonnées sur les lieux publics.
- Economiquement rentable.

4.3.6. LES INCONVÉNIENTS :

Malgré les avantages des SCMR mais les craintes sont nombreuses : (66)

- Hausse de la consommation de drogues.
- Normalisation de l'usage de drogue.
- Incitation et initiation de consommation de drogues.
- Rendre confortable la consommation des drogues grâce à ces SCMR et par conséquent retarder l'entrée dans des structures de soins.
- Regrouper les dealers et les usagers dans un endroit non surveillé par les forces de l'ordre.

Le développement des SCMR dans le monde marque un tournant dans le domaine de réduction des risques. Le concept va au-delà des lois, en se basant sur les conséquences désastreuses qu'engendre la toxicomanie non réglée par la répression et le traitement des dépendances comme mesures principales. (66)

4.4. LES TROUSSES DE PRÉVENTION :

Quels que soient les modèles (Stéribox 2®, Kit+®...), les trousse de prévention destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse sont conditionnées en emballage stérile et ont le même contenu : 2 seringues à insuline, 2 tampons

alcoolisés, 2 récipients de chauffe et de dilution, 2 filtres, 2 tampons secs, 2 ampoules d'eau stérile pour l'injection, 1 préservatif.(61)

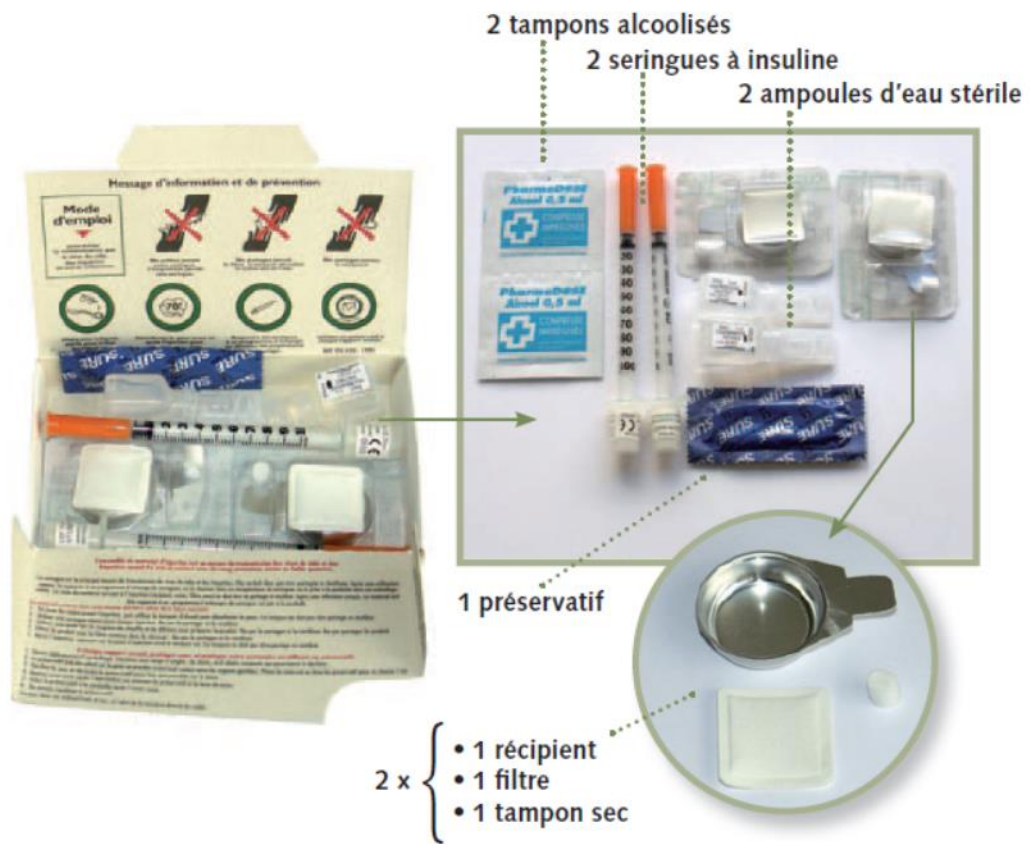


Figure 46 : La trousse de prévention chez les injecteurs



Figure 47 : Le matériel de prévention destinée aux usagers de drogues par voie intraveineuse du centre de psychiatrie d'addictologie « ESH FRANTZ FANON » de Blida.

B/-PHARMACIENS :

Avant de parler du rôle de pharmacien, nous avons essayé de faire une étude sur le comportement et le point de vue des pharmaciens d'officines sur l'addiction aux opiacés et les addictes qui sont en contact avec eux.

Notre étude touche 60 pharmaciens venant de quatre wilayas qui sont Alger, Blida, Ain Defla, Médéa, ou un questionnaire leur a été remis

2.1. LA RÉPARTITION SELON LA TRANCHE D'ÂGE :

Tableau 14 : la tranche d'âge des addictes recevez chez pharmaciens d'officine

Tranche d'âge	<20ans	20-30ans	30-40ans	40ans<
Le nombre	0	30	22	8
Le pourcentage	0%	50%	37%	13%

Selon le tableau on remarque que la majorité des addictes qui se rendent au pharmacien sont entre 20ans et 30ans.

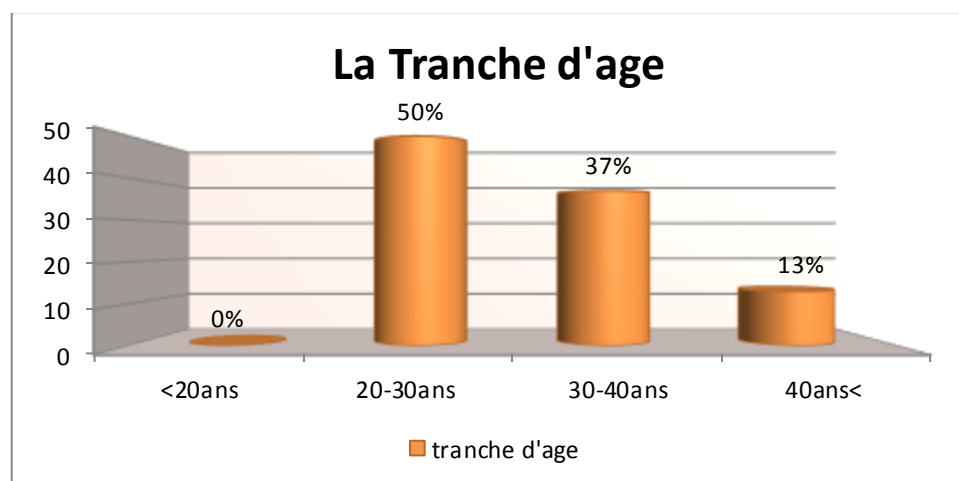


Figure48 : La Répartition selon la tranche d'âge des addictes

Cette prédominance chez la tranche d'âge est ce qui a été montré dans notre étude précédente, qui a été prouvé par les statistiques de l'année 2018-2019 des patients.

2.2. LA RÉPARTITION SELON LE SEXE :

Tableau 15 : le sexe des addictes recevez par les pharmaciens d'officine

Le sexe	Homme	Femme
Le nombre	55	5
Le pourcentage	92%	8%

Les chiffres montrent que la majorité des addictes reçus par les pharmaciens sont de sexe masculin (92%) que les femmes (08%).

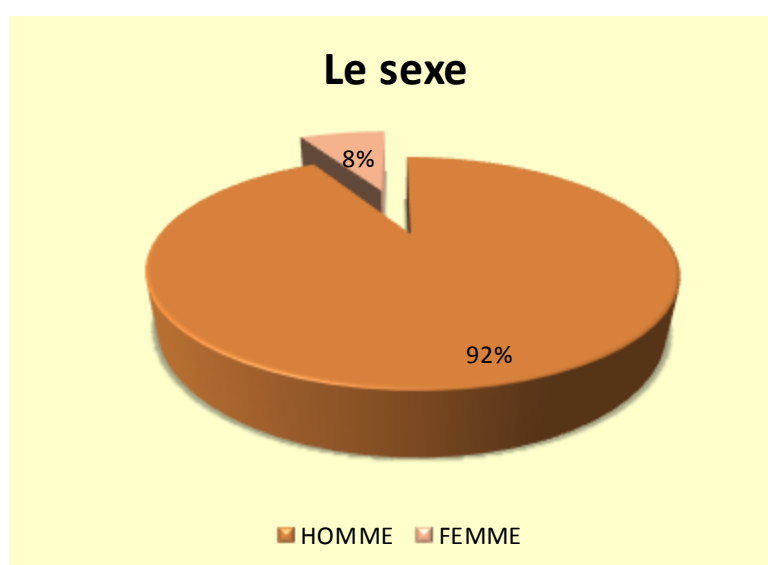


Figure 49 : le pourcentage des addictes reçus par les pharmaciens selon le sexe

La majorité des pharmaciens interrogés ont confirmé que la plus part de leur patients étaient des hommes alors que la minorité étaient des femmes, conformément aux traditions de notre population conservatrice.

2.3. LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES LES PLUS

DEMANDÉS :

Tableau 16 : les médicaments psychotropes les plus demandés chez les pharmaciens

Les Médicaments	Prégabaline	Les benzodiazépines	Ecstasy (mdma)	Parkidyl
Le nombre	30	20	0	10

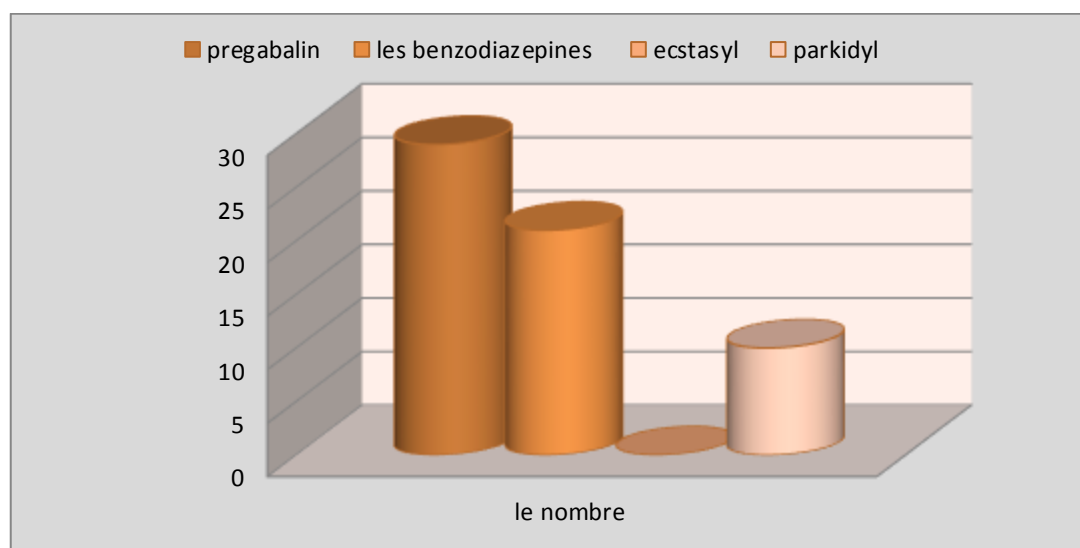


Figure 50 : La répartition des médicaments psychotropes les plus demander.

Nous observons que les substances les plus prisées sont : en premier la pregabaline suivie des benzodiazépines et en fin parkidyl. Selon ce questionnaire les opiacés ne figurent pas dans la quête des addictes au niveau des officines.

2.4. LA VENTE DES SERINGUES :

Une question majeur fut posée au pharmacien, acceptez-vous de vendre des seringues lorsqu'elles sont demandées au niveau de la pharmacie ?

58% des réponses sont oui, mais 42% n'acceptent pas la vente. (Tableau 17-Figure51)

Tableau 17 : l'avis des pharmaciens d'officines sur la vente des seringues

La Réponse	Oui	Non
Le nombre	35	25
Le pourcentage	58%	42%

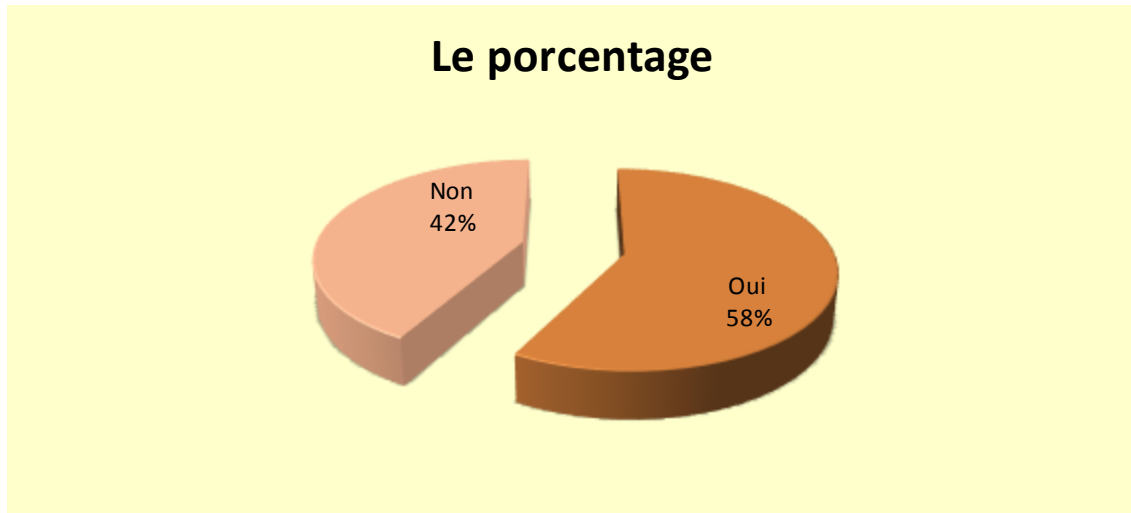


Figure 51 : La Répartition des avis des pharmaciens d'officine

Cette question fut suivie d'un autre questionnaire qui est la raison de ce refus de vendre des seringues par les pharmaciens. Et les réponses étaient principalement dues soit à l'absence d'ordonnance, soit pour des raisons subjectives de la part du pharmacien et qui tournaient au tour de profil (physique, comportemental...) de ces addictes qui se présentaient de la pharmacie.

2.5. LES PRÉJUGÉS DES PHARMACIENS

Tableau 18: les raisons de refus des pharmaciens

La Raison	Le profil	Absence d'ordonnance	Gestuel
Le Nombre	9	12	4

D'après le tableau nous remarquons que la principale raison pour laquelle le pharmacien a refusé de vendre des seringues était en raison d'absence d'ordonnance puis le profil d'addicte et leur gestuel. les addictes ne se rendent pas aux officines pour les opiacés qui sont procurés au niveau du marché noir chez les dealer de drogue,

mais surtout pour se procurer des seringues et c'est là où nous au temps que des pharmaciens nous devant intervenir dans la prévention des infections transmissibles telle que l'hépatite C.

LE RÔLE DU PHARMACIEN

Les pharmaciens d'officine peuvent faire partie d'un réseau structuré de prise en charge des addicts car le pharmacien d'officine reste le professionnel de santé le plus accessible du fait de sa proximité et se doit d'intervenir auprès des usagers de drogues qui fréquentent son officine, ces derniers sont particulièrement touchés, ils représentent près de deux tiers des nouvelles contaminations par l'hépatite C

Le rôle du pharmacien dans le suivi de l'addicte est important :

- Prévenir le médecin en cas de constatations de falsifications ou de vols des ordonnances, de rythmes de dispensation trop ou pas suffisamment rapprochés ou de l'existence de multiples prescripteurs.
- Répondre aux questions et rassurer les patients sous traitements antiviraux.
- Prévenir le risque d'interactions médicamenteuses et lutter contre l'automédication.
- Orienter le patient si besoin vers un centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA]
- Mettre à leur disposition gratuitement ou à un prix raisonnable du matériel stérile (Stéribox, seringue, aiguille...).
- La vente des seringues et des aiguilles sans prescription médicale.
- Distribuer aux usagers des drogues injectables par voie IV des supports d'information écrits, et quand cela est possible de diffuser des informations sur les risques infectieux auxquels ils s'exposent pour leur permettre de limiter les chances de la survenue d'une contamination

- Mettre à la disposition des usagers dans l'officine des flyers et des brochures

Ces différents éléments permettent de réaliser une première approche auprès des usagers qui ne fréquentent pas encore un réseau de soins. On les informe ainsi des solutions qui existent pour modifier leurs consommations et les rendre plus sûres.

Le pharmacien découvre progressivement une autre dimension de ces clients, avec la satisfaction de voir un ancien addicte retrouver peu à peu sa place dans la société et devenir un client comme les autres.

Conclusion

Nous avons vu au travers de ce travail que l'addiction aux opioïdes est décrite comme une maladie chronique nécessitant un accompagnement thérapeutique à long terme.

Les conséquences somatiques des addictions peuvent être des portes d'entrée pour une prise en charge du patient et de sa maladie chronique et l'occasion de tisser un lien thérapeutique et d'instaurer un suivi

Nous avons également conclu qu'une dépendance se traduit aussi bien physiquement que psychologiquement, et qu'une addiction peut entraîner de lourds problèmes physiques ou mentaux suite à l'utilisation d'opiacés par voie intraveineuse

Une politique de réduction des risques (RDR) est développée afin d'identifier les problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues

L'éducation thérapeutique est considérée aujourd'hui comme une composante essentielle du traitement des maladies chroniques. Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont nombreux. Pour l'essentiel, ils visent à réduire de manière significative et individualisée les facteurs de risque et leurs conséquences, à aider le patient à suivre correctement son traitement et à améliorer sa qualité de vie et son sentiment d'autonomie.

Le patient addicté aux opiacés présente une maladie chronique complexe faisant appel à des acteurs de soins multiples sanitaires, médico-sociaux et sociaux. L'offre de soins est de ce fait diverse et personnalisée.

Les professionnels de santé, notamment les pharmaciens d'officine, du fait de leur expérience et leur proximité avec le patient addicté aux opiacés sont aptes à assurer le défi de santé publique. Ils sont prêts et motivés à accompagner le patient dans son parcours de soin à devenir acteur de ses soins.

La Bibliographie

- (1) : Professeur O.Cottencin, cours de PCEM1, Faculté de médecine, Lille
- (2) : UNODC, Bulletin des stupéfiants, volume Lix, n1, 2007
- (3) : livre le référentiel de psychiatrie et addictologie ; 2eme edition, 2017
- (4) : URL source: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
- (5) : Bonnes pratiques en officine. Accompagnement des Eurotoxasblhttps : eurotox.org/.../BE_Bonnes-pratiques-en-officine-Accompagnement-patients-en...Préciser : -Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2présents).
- (6) : Guide Prévention Addictions, www.prevention-sante.com
- (7) : Organisation Mondiale De La Santé (OMS). Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance – Résumé. 2004. [Internet]. Consulté le 27/03/2008 Sur www.who.int/substance_abuse/publications/en/
- (8) : Dépendance aux analgésiques opioïdes Docteur Hanna EID Chef de Pôle Addictologie Clinique Centre Hospitalier de Pfästatt 30 Septembre 2016 – SFAP / Paris
- (9) : Le craving, symptôme de l'addiction | MAAD DIGITAL www.maad-digital.fr/en-bref/le-craving-symptome-de-laddiction 16 déc. 2017 - Le craving convoque donc le désir, la pulsion, le besoin, l'envie, toujours ... jusqu'alors ne répond complètement à la définition du craving. Vous avez consulté cette page le 12/04/19.
- (10) : livre Drogues et conduite Addictiveshttp://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalog-ue/detaildoc.asp numfiche=1573
- (11) : classifications des drogues – quand la drogue n'est plus un jeu https://www.Quandla-droque.com
- (12) : Livre Les dépendances comportementales, [Addictologie. Petit, A...](#) Publié January 1, 2017. © 2017.Chapitre 14, 280-312
- (13) : AddictAIDE ; le village des Addictions publié le 28-01-2018 : <https://www.addictaide.fr/facteurs-individuels/>
- (14) : Inserm 2010
- (15) : C. Le Marec, «Histoire de l'opium médicinal: Du pavot aux alcaloïdes de l'opium», Douleurs Eval. -Diagn. -Trait., vol. 5, no2, p. 83-98, avr. 2004.

(16) : Dugarin Jean, Nominé Patrice. Toxicomanie : historique et classifications. In: Histoire, économie et société, 1988, 7^e année, n°4. Toxicomanies : alcool, tabac, drogue. pp. 549-586;(1988) et généré 2018.

(17) : Livre de référence <<Genera Plantarum. >>.

(18) : Beaulieu et Lambert ; 2010.

(19) : <http://opiaces-tpe.e-monsite.com/pages/morphine-et-heroine/presentation-de-lamorphine-et-de-l-heroine.html>

(20) : American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSMIV).

(21) : United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2013, Vienne, United Nations, 2013.

(22) : O. Guéniat, P. Esseiva, Le profilage de l'héroïne et de la cocaïne. Une méthodologie moderne de lutte contre le trafic illicite, éd. Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 2005.

(23) : M. Schorderet, Éd., «Opianalgésiques et peptides endogènes», in Pharmacologie: des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques, 3. éd., Entièrement rev, Et augm , Paris: Frison-Roche [u.a.], 1998, p. 337-353.

(24) : Olivier JUILLIARD, « OPIUM », Encyclopædia Universalis consulté le 16 mai 2019.

(25) : Par Rédaction Snapchat - Le Monde Publié le 13 juillet 2017 à 17h22 - Mis à jour le 23 mai 2018 à 12h00

(26) : <https://www.addictaide.fr/opiaces/comprendre-laddiction-aux-opiaces>.

(27) : livre psychiatrie et pedo psychiatrie O.chatillon/ F.galavo. VG edition 2016

(28) : psychiatrie et addictologie 2^{eme}edition réviser,presses universitaire François rebelais.

(29) : Mario Rizzetto, et al « Hépatologie clinique », Paris : flammarion, édition 2, 2002 2148p (p827-954)

(30) : Annette Gaudino, Bryn Gay and Tim Horn ; le virus de l'hépatite C et la co-infection avec VIH ; New York. Mars 2018

(31) : Wolfram H Gerlich, Reiner Thomssen , « hépatologie clinique », Paris flammarion, édition 2, 2002, 2148p (p858-860)

(32) : Pier-Raymond Allard, Raymond Parent, DELina Noël, Mélanie Tessier, Sylfreed Minzunza, Facteurs de risque pour l'hépatite C : Analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au

Québec. Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels mars 2008.

(33) : CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, Chapter 4. « Prevention of Specific Infectious Diseases, in Traveler's health: yellow book », Atlanta, CDC, 2008.

(34) : P. MARCELLIN, T.ASSSELAH « Hépatites virales », 2008 :118-123

(35) : P. Marcelin. Hepatitis C: the clinical spectrum of the disease. *J Hepatol* 1999; 31(suppl): 9-16.

(36) : Professeur Jean-Luc Raoul, CRLCC E Marquis, Rennes & Comité de Rédaction du site web de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive Janvier, 2009.

(37) :J.M PAWLOTSKY, « hépatite C », 2004 : 1-479.

(38) : SCHUPPAN D. « Structure of the extracellular matrix in normal and fibrotic liver: collagens and glycoproteins ». *Semin Liver Dis* 1990, 10 : 1-10.

(39) : Vallet-Pichard, A. & Pol, S. Natural history and predictors of severity of chronic hépatites C virus (HCV) and human immunodeficiency virus (HIV) co-infection. *J. Hepatol.* 44, S28–34 (2006).

(40) : D' Arminio Monforte, A. *et al.* Risk of developing specific AIDS-defining illnesses in patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus with or without liver cirrhosis. *Clin. Infect. Dis.* 49, 612–622 (2009).

(41) :Gaëtan Conti, Laurianne Mer, Ghazi Kardous, Olivier Pasche *Rev Med Suisse* 2017; volume 13. 1896-1900

(42) : Xavier Laqueille, K. Liot .Dans *L'information psychiatrique* 2009/7 (Volume 85), pages 611 à 620

(43) : Fatséas M, Auriacombe M. «Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie ». *In* : Lejoyeux M. *Addictologie*. Paris : Masson, 2008, p. 62-68.

(44) : <https://fr.mimi.hu/medecine/substitution.html>

(45) : Dépendance aux opiacés (traitement de substitution) -A savoir-VIDAL https://www.vidal.fr/recommandations/...opiacés_traitement_de_substitution/a_savoir.

(46) : Bonnes pratiques en officine. Accompagnement des Eurotoxasblhttps : eurotox.org/.../BE_Bonnes-pratiques-en-officine-Accompagnement-patients-en...Préciser : -Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2présents).

(47) : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Meddispar - METHADONE [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://www.meddispar.fr>

(48) : ANSM. Résumé des caractéristiques du produit - CHLORHYDRATE DE METHADONE ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS [Internet]. 2017. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

(49) : ANSM. METHADONE AP-HP, sirop et gélules - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-dedependance/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-dedependance/METHADONE-AP-HP-sirop-et-gelules>

(50) : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Meddispar - SUBUTEX [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.meddispar.fr>

(51) : ANSM. Résumé des caractéristiques du produit - SUBUTEX 0,4 mg, comprimé sublingual Base de données publique des médicaments [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://basedonneespublique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63025935&typed oc=R>

(52) : ANSM. SUBUTEX et génériques - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. 2014. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-dedependance/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-dedependance/SUBUTEX-et-generiques>.

(53) : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Meddispar - 3400937761321 - SUBOXONE. 2013. Disponible sur : <http://www.meddispar.fr>

(54) : Indivior UK Limited. Annexe I - Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. 2006 [cité 31 janv 2017]. Disponible sur : http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2015/20151116133252/anx_133252_fr.pdf

(55) : Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. The Guilford Press – New York ; 1991.

(56) : DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : stages of change and addictive behaviors. In : Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive behaviors, 1998 : 3-24.

(57) : Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. Churchill Livingstone – Edinburgh ; 1999

(58) : L'entretien motivationnel : faire progresser les patients dans les stades de changement, jusqu'à la solution de leurs problèmes Henri-Jean Aubin ; Le Courrier des addictions (3), n° 3, juillet/août/septembre 2001.

(59) : Dhumeaux D (sous la direction de). Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. Sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Paris : Éditions EDK/EDP Sciences, 2016 : 548 p. http://so-cialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2016.pdf

(60) : GR Reyes MA Purdy JP Kim Isolation of a cDNA from the virus responsible for enterically transmitted non-A, non-B hepatitis. Science 1990

(61) : Document réalisé par le Crips Île-de-France et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) .Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

(62) : INV S, Aide-mémoire / Usagers de drogues / Populations et santé / Dossiers Thématiques / Accueil, Mai 2011. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiersthematiques/> Populations-et-sante/Usagers dedrogues/Aide-memoire

(63) : PAPE T N, S E N O N J-L, Conduites addictives: toxicomanies aux opiacés et aux psychotropes, Université de Poitiers, 164 pages. (Consulté le 03 mars 2017)

(64) : UNIVERSITÉ LAVAL, Les complications aiguës de la peau et des tissus mous associées à l'injection de drogues chez les UDI: les connaître, les reconnaître, les gérer, Cahier 1, 2004, 21 pages. http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/cahiers_BTEC/cahier-1-complications-UDI.pdf

(65) : EVAÏN A, Les salles de consommation de drogue sont-elles une mesure justifiée de réduction des risques? , Juin 2012, 13 pages.

(66) : Cellule générale de politique drogues, Salle de consommation à moindre risque, Note de synthèse, Octobre 2016, 43 pages. http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/24102016_note_salles_de_consommation.pdf

(67) : Baufay, SCMR: une tentative de réponse pragmatique à un phénomène Multifactoriel, Dossier d'information, Décembre 2012, 28 pages.

Annexe 01

N° Patient :

▪ Age :

<20ans 20-30 30-40 >40 ans

▪ Sexe :

Féminin Masculin

▪ Situation Familiale :

Marié Célibataire Veuf Divorcé

▪ Niveau d'étude :

Analphabète Primaire Moyen Universitaire

▪ Profession :

Chômeur Fonctionnaire Libérale

▪ Jurisprudence :

Arrestation Amende

▪ Région :

1) Quelle est la raison qui vous a poussé à la consommation de la drogue la 1^{ère} fois ?

Pairs Curiosité Autre

2) Quel est le type de drogue qui vous consommez le plus souvent ?

Prégabaline Alcool Cocaïne

Benzodiazépine Héroïne Subutex

parkidyl (trihexiphenidyl chlorhydrate)

3) La voie de consommation ?

Orale Inhalation Snif Injection

4) Souffrez vous d'une Hépatite C suite à votre usage ?

Oui Non

5) Comment pensez vous avoir été infecté ?

Partage des seringues Aucun idée Autres

6) Lorsque vous vous présentez chez le pharmacien accepte-il de vous vendre des seringues ?

Oui Non

7) Sur quelle base le pharmacien refuse t-il de vous vendre des seringues ?

Absence d'ordonnance Le profil La gestuelle

Merci de votre collaboration

Annexe 02

La pharmacie N° :

La région :

1) Quelle tranche d'âge vous recevez?

<20ans 20-30 30-40 >40 ans

2) Le sexe ?

Féminin Masculin

3) Quel est le type des médicaments les plus demander par les dépendants?

Prégabaline Benzodiazépine Ecstasy(MDMA)
 parkidyl (trihexiphenidyl chlorhydrate)

4) Acceptez vous de vendre des seringues lorsqu'elles sont demandées au niveau de la pharmacie ?

Oui Non

5) Sur quelle base refusez-vous de vendre des seringues ?

Absence d'ordonnance Le profil La gestuelle

6) Que pensez-vous du toxicomane ?

Merci de votre collaboration