

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche
Scientifique



Université SAAD Dahlab de Blida-1
Faculté de Médecine
Département de Pharmacie



Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme
de doctorat en Pharmacie

Intitulé

LA PLACE QU'OCCUPE LE PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX PSYCHOTROPES



Session Septembre 2020

Présente par :

- HATHAT Imane
- BAB CHIKH Hiba
- BOUCHENAFI Djazia

Encadrée par :

- Pr. A.AMALOU,
- Dr. M.YAMANI, médecin spécialiste en neuropsychiatrie

Jury d'évaluation :

- Président : Pr.O.BENAZIZ, Maître de conférence en Pharmacie Galénique
- Examineur : Dr.CH.MESSADIA, Médecin Psychiatrie

Année Universitaire : 2019-2020

Remerciement

Nous tenons tout d'abord à remercier Allah le tout puissant qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous remercions notre promotrice Pr. AMALOU, avant tout pour avoir cru en notre projet et pour nous avoir assurées de sa légitimité,

Nous la remercions également pour sa grande disponibilité, et pour ses précieux conseils, ses remarques et ses qualités scientifiques nous ont permis d'améliorer la qualité de ce mémoire.

Nous remercions notre encadreur Dr Yamany pour m'avoir dirigé ce travail de recherche et m'avoir fait bénéficier de son expérience et de ses précieux conseils.

Nous remercions la présidente des jurys, Dr O.BENAZIZ pour avoir initialement accepté de présider ce jury et pour l'intérêt qu'elle a porté à notre travail, pour sa compréhension, et pour ses fructueuses corrections.

Nous remercions Dr Ch.MESSAADIA et Dr N.HERROUG Pour avoir accepté de lire notre travail et d'y avoir contribué, on vous remercie d'avoir pu vous rendre disponible et de continuer à la faire en étant présentent aujourd'hui.

Merci également aux différents professeurs qui nous ont formées durant nos six années en pharmacie et dont leur enseignement est resté précieux tout au long de notre cursus universitaire.

Nous tenons à remercier toute personne qui a participé de près ou de loin à l'exécution de ce modeste travail.

Dédicaces et Remerciement

En tout premier lieu, je remercie mon Dieu Allah, tout puissant, de m'avoir donné la force pour survivre, et pour dépasser toutes les difficultés.

A

Ma très chère mère

Quoi que je fasse ou que dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter obstacles.

A

Celui que j'aime beaucoup et qui m'a soutenue tout au long de ce projet

Mon mari Karim

Ma chère sœur Sabiha, sans oublier mes frères, Mohamed Yacine Ahmed Youcef.

Mon trinôme Imen et Djazia avec qui j'ai partagé des meilleurs souvenirs au cours de la réalisation de ce travail.

Tous mes professeurs qui m'ont enseigné, puisse ce modeste travail vous exprimer ma profonde reconnaissance.

Et enfin je dédie ce modeste travail à mon enseignement Rachid Hanou.

Sab Chikh Hiba

Dédicaces et Remerciement

Je veux remercier louangeur à dieu le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné force et patience pour réaliser ce modeste travail.

A

Mon directeur de thèse

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, je vous remercie pour votre disponibilité, votre enthousiasme, vos conseils et votre investissement dans l'élaboration de cette thèse.

Mes parents

Je vous dédie ce travail, pour votre patience et votre soutien au cours de ces longues années d'études merci pour la confiance que vous avez toujours su me témoigner, pour vos encouragements, votre affection et votre réconfort.

Voici en fin l'aboutissement et voyez en cette thèse un hommage aux valeurs que vous m'avez transmise.

Toute ma famille, mes tantes

Merci pour encouragements et votre soutien tout au long de mes études.

Mes deux camarades de thèse

Merci pour votre écoute, vos conseils et votre patience.

Tous mes amis

Tous les enseignants de primaire jusque à l'université

Merci pour tous les renseignements, l'éducation les valeurs et les sciences qui vous m'avez transmise.

Et enfin je dédie ce modeste travail à l'âme du défient mon oncle et enseignant « MADNI Miloude » décède le (29.07.2019).

Hathat Imane

Dédicaces et Remerciement

En tout premier lieu, je remercie Allah qui ma aider et donner la capacité de dépasser tous les difficultés et réaliser mon rêve que j'ai tant attendu pendant six ans.

Je dédie cette thèse du fond de mon cœur à mes chers parents Ahmed et Hayat parce que grâce à eux j'ai pris la force de terminer jusqu'à la fin par leurs encouragements et leur amour et leurs sacrifices.

A

Ma sœur Soumia et mes frères hamza et Yasser qui mon soutenue durant mes études, je vous souhaite tous le bonheur dans vos vies.

Mon marie Nassim qui ma encourager toujours et m'a aider dans mon travail, je te souhaite une vie plein de joie et de réussite.

Mon trinôme Hiba et Imene que j'ai partagé mes souvenir, mes sacrifices durant mes études et de réaliser notre travaille, à mes professeures qui mon guider au fil de ces années vers l'avant.

Bouchenafa Djazia

LISTE DES ABREVIATIONS:

5HT: Sérotonine.

AD: Antidépresseur.

ATC: Antidépresseurs tricycliques.

BZD : Benzodiazepines

DA: Dopamine.

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

ATV : Arie tegmentale ventrale.

AAP : Association American de Psychiatrie.

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies- édition 10.

DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of mental diseases.

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

LISTE DES FIGURES PARTIE THEORIQUE:

Figure 1 : addiction aux psychotropes	10
Figure 2 : addiction au tabac	13
Figure 3 : addiction à l'alcool	15
Figure 4 : les modalités de consommation des substances psychoactive.....	19
Figure 5 : les facteurs à risque.....	24
Figure 6 : le système de récompense.....	27
Figure 7 : structure benzodiazépine.....	37
Figure 8 : Représentation schématique de l'action des benzodiazépines dans le système.....	39
Figure 9 : Structure chimique de la Buprénorphine.....	46
Figure 10 : Nauclea latifolia, fruit et fleur.....	47
Figure 11 : Structure chimique du tramadol.....	48
Figure 12 : Structure chimique de la prégabaline.....	52
Figure 13 : Structure chimique de la Trihexyphénidyle.....	54

LISTE DES TABLEAUX PARTIE THEORIQUE:

Tableau 1 : Synchronisation CIM-DSM.....	29
Tableau 2 : Classification des psychotropes selon delay et deniker (1957)...	35

LISTE DES FIGURES PARTIE PRATIQUE:

Figure 1 : Graphique illustrant les catégories du mode d'exercice.....	67
Figure 2 : Graphique illustrant la durée d'exercice.....	67
Figure 3 : Graphique illustrant la confidentialité dans l'officine.....	68
Figure 4 : Graphique illustrant l'habitude du pharmacien de donner des conseils thérapeutiques aux patients.....	68
Figure 5 : Graphique illustrant l'utilisation des nouvelles technologies dans l'officine.....	69
Figure 6 : Graphique illustrant la provenance des ordonnances des psychotropes.....	70
Figure 7 : Graphique illustrant le nombre des ordonnances des psychotropes traitées par jour.....	71
Figure 8 : Graphique illustrant la classe des psychotropes la plus prescrite par les médecins.....	72
Figure 9 : Graphique illustrant les effets secondaires causés par les psychotropes.....	73
Figure 10: Graphique illustrant le rôle prépondérant du pharmacien dans la prise en charge des addictions aux psychotropes.....	74
Figure 11: Graphique illustrant le rôle du pharmacien pour éviter les dépendances aux psychotropes.....	75
Figure 12 : Graphique illustrant le suivi régulier des patients par les pharmaciens.....	76
Figure 13 : Graphique illustrant la classe des psychotropes la plus consommée par les patients addictes.....	77
Figure 14: Graphique illustrant le temps moyen accorder à un patient addictif aux psychotropes.....	78
Figure 15 : Graphique illustrant les remarques du pharmacien à l'égard du temps accorder aux patients.....	79
Figure 16 : Graphique illustrant la présence des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient addictive.....	80
Figure 17 : Graphique illustrant la réaction des patients aux informations sur l'addiction.....	81
Figure 18 : Graphique illustrant la collaboration entre le médecin et le pharmacien.....	82

LISTE DES TABLEAUX PARTIE PRATIQUE:

Tableau 1: Catégories du mode d'exercice.....	67
Tableau 2: Répartition des pharmaciens interrogés selon la durée d'exercice.....	67
Tableau 3: Représentation de confidentialité dans l'officine.....	68
Tableau 4: L'habitude du pharmacien de donner des conseils thérapeutiques aux patients.....	68
Tableau 5: L'utilisation des nouvelles technologies dans l'officine.....	69
Tableau 6: La provenance des ordonnances des psychotropes.....	70
Tableau 7: Le nombre des ordonnances des psychotropes traitées par jour.	71
Tableau 8: La classe des psychotropes la plus prescrite par les médecins...	72
Tableau 9: Le nombre des pharmaciens intéressés ou non aux effets secondaires	73
Tableau 10: Le rôle prépondérant du pharmacien dans la prise en charge des addictions aux psychotropes.....	74
Tableau 11: Le rôle du pharmacien pour éviter la dépendance aux psychotropes	75
Tableau 12: Le suivi régulier des patients par les pharmaciens.....	76
Tableau 13: La classes des psychotropes la plus consommé par les patients addictes.....	77
Tableau 14: Le temps moyen accorder aux patients addictes aux psychotropes.....	78
Tableau 15: Remarque du pharmacien à l'égard du temps accordé aux patients.....	79
Tableau 16: La présence des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient addicte.....	80
Tableau 17: La réaction des patients aux informations reçues sur l'addiction.	81
Tableau 18: La collaboration entre le médecin et le pharmacien.....	82

SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE

Introduction :	1
Chapitre I. <u>Addiction</u> :	2
1- Définition de l'addiction:	2
A. Selon l'OMS:	2
B. Selon (CIM 10 et DSM -V) :	2
2- Types d'addiction:	4
A. Addiction sans substance :	4
B. Addiction avec substance :	8
3- Le cycle d'addiction:	16
A. Abstinence :	16
B. Usage simple :	16
C. Usage -nocif (abus) :	16
D. La dépendance :	16
4- Facteur à risque :	20
a) Les facteurs liés à l'individu :	20
b) Les facteurs liés à la substance :	21
c) Les facteurs liés à l'environnement :	22
5- Bases des mécanismes neurophysiologique dans l'addiction :	25
6- Diagnostic médical de l'addiction :	28
A. Classification médicale de l'addiction :	28
B. Critère diagnostic et sévérité de l'addiction :	30
7- Conséquences et risque de l'addiction :	31
Chapitre II. <u>Les médicaments psychotropes</u> :	32
1. Définition et généralité :	32
2. Classification des psychotropes :	34
A- Classification selon les effets :	34
B- Classification selon l'OMS :	36
3. Etudes des différents classes du psychotrope :	37
A. Les benzodiazépines (BZD) :	37
B. Antidépresseur :	40
C. Les opioïdes :	45
D. Les antiépileptiques :	50
E. Les antiparkinsoniens :	53
Chapitre III. <u>Le rôle de pharmacien dans l'addiction aux psychotropes</u> :	55
1. Définition :	55
2. Place du pharmacien dans la société :	56
3. Communication pharmacien patient :	57
A. définition de l'entretien pharmaceutique :	57
B. L'objectif de l'entretien pharmaceutique :	57
C. Education thérapeutique :	58
D. Mise en place d'un entretien pharmaceutique chez un patient addictes aux psychotropes :	60
E. Transmissions des règles hygiéno-diététiques :	61

PARTIE PRATIQUE

Introduction:	64
I. <u>Objectif</u> :	65
II. <u>Matériels et méthodes</u> :	65
A. Lieu de l'enquête :	65
B. Période de l'enquête :	65
C. Population ciblée :	65
D. Outils d'investigation :	66
E. Outils statistiques :	66
III. <u>Résultats et interprétations</u> :	67
A. Information générale :	67
B. Analyse et interprétation des questions :	70
C. Les questions ouvertes :	83
IV. <u>Discussions</u> :	84
Conclusion :	88
Reference Bibliographique	
Annexes	

PARTIE

Théorique

Chapitre I

Addiction

Introduction :

Dans une première période, les drogues étaient essentiellement utilisées dans les cultures anciennes pour des usages traditionnels. Les modifications d'état de conscience causée par des plantes aux pouvoirs psychotropes participaient aux rituels et à la transcendance. On retrouve par exemple en Inde des textes sacrés faisant référence à l'usage de chanvre ou encore de champignons hallucinogènes. En Amérique latine on peut citer la mescaline, extraite du Peyotl ou encore l'ambroisie dans les régions d'Europe. En parallèle aux rites religieux, de nombreux produits psychotropes étaient utilisés à vocation thérapeutique, les grecs utilisaient l'opium comme moyen thérapeutique, le cannabis l'était aussi en chine etc...

Avec la médecine moderne et les médicaments, les substances psychoactives vont être au cœur d'une lutte d'influence entre usage médical (antidépresseurs, anxiolytiques...) et usage populaire hors prescription.

La consommation de substances psychoactives est un problème de santé publique multidimensionnel qui a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus mais également des conséquences économiques et sociales larges. Elle concerne toutes les catégories sociales, sexes et âges.

Lorsque la consommation devienne le sujet principal de la vie, on parle d'addiction les addictions aux substances psychoactives représentent un problème majeur de santé publique, concernant à la fois des substances licites et illicites.

Du fait de l'importance de cette problématique qui intéresse toute la population de l'adolescent au sujet âgé et de l'absence de réponse unitaire, le pharmacien d'officine est interpellé dans sa pratique quotidienne. La prévention qui est une des missions du pharmacien est souvent difficile à mettre en place.

La première partie de ce travail sera consacrée à la description de l'addiction en termes type, cycle d'addiction et mécanismes neurobiologiques, ainsi qu'à l'étude des médicaments psychotropes leurs classifications, leurs bénéfices et leur effets indésirables.

Nous aborderons également l'implication du pharmacien aux réseaux d'addictologie et le rôle du pharmacien d'officine dans prise en charge d'addiction aux psychotropes.

La deuxième partie s'intéressera à l'analyse d'un questionnaire proposé aux pharmaciens concernant leurs habitudes de conseil attribué aux addictifs dans le cadre de la prise en charge des patients addictifs à l'officine. À partir des résultats des questionnaires, une discussion s'établira dans laquelle seront abordés différents points: les difficultés rencontrées dans le parcours de soins d'un patient addictif, dispensation et d'utilisation des psychotropes, ainsi que l'importance de faire un rappel sur éventuelles interactions médicamenteuses et la psychothérapie et finalement on a proposé aux pharmaciens de donner leurs avis sur les moyens possibles pour améliorer la prise en charge.

Chapitre I. Addiction:

1- Définition de l'addiction:

A. Selon l'OMS:

OMS définit l'addiction comme "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements".

La dépendance se caractérise par la survenue de symptômes de sevrage en cas d'absence de la substance ou activité addictive, ainsi que par le développement d'une tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire - quels que soient les signes de destruction physique ou psychique.

B. Selon (CIM 10 et DSM -V) :

L'addiction est l'asservissement ou l'attachement d'un sujet à une substance ou à une activité créant ensuite un état de dépendance irrépressible, malgré l'effort du sujet à lutter contre cette dépendance.

a) Selon CIM 10: (Classification internationale des maladies)

On parle d'addiction lorsqu'au minimum 3 de ces critères se sont manifestés de façon simultanée au cours de la première année et ont persisté durant au moins un mois ou sont survenus de nouveau sur une période plus ou moins longue.

✓ **Critères selon Aviel Goodman :**

Des critères de diagnostic communs aux addictions ont été également établis en 1990 par Aviel Goodman, psychiatre américain qui a donné une définition à l'addiction.

« C'est un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Les critères sont similaires à ceux des critères de définition du DSM-IV et du CIM-10.

- ✓ Un désir compulsif de consommer le produit.
- ✓ Des difficultés à contrôler sa consommation.
- ✓ Apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou prise du produit pour éviter un 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 qu'elle engendre.

b) Selon DSM-V : une addiction est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. L'addiction est caractérisée par la présence d'au minimum trois manifestations qui sont les suivantes, sur une période continue de douze mois :

- ✓ Tolérance définie par l'un des symptômes suivants : Besoin de quantité notablement plus fortes pour obtenir l'effet désiré. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- ✓ Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : Apparition du syndrome de sevrage caractéristique de la substance. La même substance ou une substance proche est prise pour soulager ou éviter les syndromes du sevrage.
- ✓ La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
- ✓ Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- ✓ Beaucoup de temps et d'activités sont passés pour obtenir la substance.
- ✓ Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées à cause de l'utilisation de la substance.
- ✓ L'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne soit consciente de son problème psychologique ou physique causé par cette substance.
- ✓ Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance majeure, au travail, à l'école ou à la maison.
- ✓ Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

2- Types d'addiction:

On identifie deux grandes catégories d'addiction:

A. Addiction sans substance :

Les addictions sans substance sont des conduites qui présentent des **similarités** avec les addictions aux substances.

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.

Ces similarités avec les addictions aux substances sont les suivantes :

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

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

✚ **Addiction aux jeux :**

L'addiction aux jeux nommée aussi le jeu pathologique définit une addiction à tout jeu d'argent ou vidéo, le joueur perd les notions de plaisir et de convivialité et devient esclave du jeu, il laisse tomber sa vie sociale-personnelle et professionnelle au profit exclusif des jeux, il s'agit d'une pathologie psychiatrique et elle constitue une dépendance au même titre que les substances psychotropes.

Parmi les symptômes les plus souvent retrouvés chez le joueur pathologique servant aussi de diagnostic, on peut citer :

- ✓ Un plaisir augmenté avec le temps passé à jouer
- ✓ Une impossibilité d'arrêter le jeu malgré les nombreuses tentatives d'arrêt
- ✓ Irritabilité ou l'agressivité provoquée quand il est impossible de jouer à un jeu
- ✓ Une perte de contrôle pendant le jeu

- ✓ Un abandon ou une réduction d'autres activités ou des relations sociales

✚ **Addiction au travail :**

L'addiction au travail ou « **WORKAHOLISME** » ou « **l'accro eu boulot** » c'est une addiction comportementale qui se traduit par un investissement excessif et inadapté dans son activité professionnelle, **Le WORKAHOLISME** n'arrive pas à arrêter le travail y compris pendant les vacances ce trouble psychologique peut mener vers des complications graves comme la dépression ou le **burn-out**.

Parmi les symptômes qui caractérisent ce type d'addiction on a :

- ✓ Impossibilité d'arrêter de penser au travail lors des vacances ou des loisirs
- ✓ Une souffrance psychologique
- ✓ Une négligence de la vie familiale et amicale
- ✓ Une anxiété importante avec des troubles du sommeil dans certain cas
- ✓ Un besoin de reconnaissance et de satisfaction professionnelle
- ✓ Hyperactivité et une compétitivité professionnelle.

✚ **Addiction aux achats ou l'achat compulsif :**

C'est l'un des troubles les plus connus des addictions ou des dépendances comportementales qui a été décrit au début du xx e siècle par Emil Kraepelin et Eugen Bleuler.

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 permanent ou intermittent est caractérisé par une irrésistible envie d'acheter, l'individu ressent une tension avant le comportement d'achat qui disparaît dès les achats réalisés, l'internet offre une grande facilité pour effectuer des achats en direct.

Cette compulsion des achats est présente chez **32%** des dépressifs, elle est responsable de troubles de personnalité dont l'acheteur pathologique recherche toujours l'émotion positive pour compenser une émotion négative.

Les études indiquent que les achats compulsifs concernent essentiellement les femmes, de **30 à 40 ans** d'âge moyen, et de bon niveau professionnel et social.

✚ **Addiction au sport :**

Le sport est bon pour la santé mais lorsqu'il est pratiqué avec excès il peut vite rendre « **accro** » et engager des effets similaires aux drogues, on parle alors d'addiction comportementale. On trouve aussi le terme **bigorexie** qui désigne la pratique excessive du sport (**course à pied- la natation-cyclisme- musculation...**) jusqu'à l'addiction.

En effet, l'addiction au sport s'installe progressivement lorsque l'individu n'est plus dans l'envie, mais lorsqu'il ressent un besoin compulsif irrésistible de pratiquer son sport, malgré les blessures et les souffrances du corps et malgré les avis limitant des médecins.

A travers l'hyperactivité physique, les sportifs recherchent des sensations de plaisir, des émotions fortes, et un sentiment de bien-être.

L'investissement permanent, la constante préoccupation du dépassement de soi et la surenchère à la performance deviennent alors les enjeux incontournables de la récompense.

✚ **Addiction au sexe :**

Addiction au sexe est un trouble qui peut nuire gravement à la vie sociale et personnelle des personnes atteintes, elle empêche le travail-de vivre socialement classiquement normal, et dans ce cas elle devient pathologique.

La personne addictive au sexe espère tout simplement que le plaisir qu'elle va ressentir va l'apaiser c'est-à-dire en clair c'est une lutte contre l'angoisse, elle est angoissée donc elle pense que le sexe va l'occuper positivement et la calmer.

Ce type d'addiction est caractérisé par **les symptômes** suivants :

- ✓ Une perte de contrôle du comportement sexuel
- ✓ Une dépendance sexuelle exprimée par un besoin compulsif d'agir malgré les conséquences potentiellement négatives
- ✓ Une souffrance psychique liée à ce comportement dépendant.

✚ **Addiction à la nourriture :**

L'addiction à la nourriture ou bien l'addiction alimentaire est plus fréquente chez les patients obèses chez les personnes qui présentent certaines caractéristiques psychopathologiques (**la dépression-troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité-une forte impulsivité**) les célibataires du sexe féminin plus âgées et chez les personnes qui présentent certaines altérations neurobiologiques du système de la récompense.

Parmi **les symptômes** qu'on peut les trouver dans ce type d'addiction :

- ✓ Perte de contrôle sur la consommation alimentaire
- ✓ Une incapacité à réduire la consommation malgré le désir de le faire
- ✓ La poursuite du comportement malgré la connaissance des effets négatifs de cette consommation alimentaire sur la santé

- ✓ Le désir persistant qui est le critère le plus fréquent, ou encore les efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation
- ✓ Des troubles physiques et psychiques sont aussi mentionnés.

Addiction 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, une personne dépendante à l'internet croit que le monde virtuel qu'il voit est idéal stable et peut lui procurer de la sécurité, lorsqu'elle est en contact avec le monde réel elle devient irritée et agressive.

L'addiction à l'internet ou la cyberdépendance s'installe dès que l'individu veut mais ne pas diminuer sa pratique, cela se manifeste par une perte de contrôle avec des répercussions négatives sur les relations sociales, les loisirs et les performances scolaires-professionnelles, la santé physique peut aussi être touchée avec des défauts de posture, une alimentation déstructurée, des maux de tête et des problèmes de vue.

Le comportement addictif envers l'internet est essentiellement délicat pour les enfants et les adolescents qui constituent une catégorie à risque, la prévention est axée sur l'encadrement et la mise en place des balises dans l'utilisation de l'outil internet.

Addiction à la télévision :

L'addiction à la télévision ou la dépendance à la télévision désigne un troubles psychologique (**communicationnel et comportemental**) qui entraîne chez certains téléspectateurs un besoin répétitif et compulsif (**incontrôlable** voir **obsessionnel**) de regarder la télévision au point que cette activité interfère négativement avec leur vie quotidienne professionnelle ou affective.

Il a été constaté aussi qu'une personne qui en moyenne **3h** par jour devant la télévision ce qui présente la moitié de son temps libre, il est également connu qu'il y'a des gens qui regardent la télévision **8h** par

jours, ces 2 dernières représentent également la dépendance à la télévision.

Parmi les symptômes qu'on peut les trouver chez ces personnes : l'anxiété ou encore la dépression qui peuvent eux même affecter ou influencer leur entourage.

Addiction a la music :

La music est souvent un plaisir parfois une passion et dans certains cas une addiction, cette dernière s'installe lorsque certains morceaux qu'on écoute nous trottent dans la tête et demandent à être écouter en boucle au point que l'on développe une relation de quasi dépendance vis-à-vis d'eux.

La pratique intensive du sport met en jeu un processus d'hypersécrétions d'hormones et neuromédiateurs divers, parmi lesquelles la dopamine, secrétée lors des sensations fortes, mais aussi l'adrénaline, les endorphines, et bien d'autres molécules. Lorsque l'hyperactivité cesse, le sportif, en manque, va chercher des «**flashes chimiques**» à la hauteur de ce que lui a offert le sport pendant de longues années.

La prise de substances psychoactives sera susceptible de devenir alors la réponse idéale pour pallier ces manques.

B. Addiction avec substance :

Addiction avec substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance qui dite « drogue », cette dernière qui conduit à une addiction ou à une dépendance, parmi ces substances :

- ✓ Les médicaments psychotropes
- ✓ Les opiacés
- ✓ La cocaïne
- ✓ Le crack
- ✓ Le cannabis
- ✓ L'alcool
- ✓ Le tabac
- ✓ L'ecstasy

Leur point en commun c'est qu'elles altèrent la conscience ou la manière de percevoir les choses et peuvent déclencher des sensations que le sujet trouve agréable.

Ce type d'addiction est caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes sur douze mois :

- ✓ Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de la substance
- ✓ Un désir persistant ou des efforts infructueux de contrôler ou diminuer la consommation Beaucoup de temps est consacré à la recherche à la consommation de la substance
- ✓ Un besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance : le craving
- ✓ Incapacité de remplir des obligations majeures au travail- à l'école ou à la maison
- ✓ Une consommation malgré les problèmes interpersonnels et\ou sociaux, malgré les dégâts physiques et\ou psychologiques et malgré les risques physiques
- ✓ Des activités réduites au profit de la consommation
- ✓ Une augmentation de la tolérance (le besoin des quantités notablement plus fortes pour obtenir l'effet désiré)
- ✓ La présence d'un syndrome de sevrage (c'est l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation)

Addiction aux médicaments psychotropes :

Un médicament psychotrope est un médicament qui modifie le psychisme et le comportement en agissant sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau, ils permettent d'atténuer ou de faire disparaître les troubles du sommeil- l'anxiété et la dépression, leur prise prolongée peut évoluer vers une pratique toxicomaniaque détournée de son usage thérapeutique.

Les classes des médicaments psychotropes :

On distingue 5 grandes familles des médicaments psychotropes :

- ✓ Les neuroleptiques (les tranquillisants majeurs)
- ✓ Les anxiolytiques (les tranquillisants mineurs)
- ✓ Les hypnotiques (les somnifères)
- ✓ Les antidépresseurs
- ✓ Les régulateurs de l'humeur.

L'addiction aux médicaments psychotropes peut être psychiques et\ou physique tout dépendra de la molécule-la dose- la quantité- la durée de consommation et même les circonstances de vie, elle s'installe selon différents aspects:

- ✓ Elle peut être spécifiques des toxicomanes
- ✓ Elle peut être méconnue qui dérive d'une prescription médicale

- ✓ Ou bien elle peut être avérée et concerne tous type de médicament avec un comportement addictif, elle touche essentiellement dans ce cas les patients psychiatriques qui sont chroniquement traités par les psychotropes.



Figure1 : addiction aux psychotropes

La dépendance se diffère d'une molécule à une autre, d'une famille à une autre des médicaments psychotropes.

✚ **Addiction au Cannabis :**

Le cannabis qui est le nom scientifique de la plante chanvre indien est la drogue illicite la plus consommée, son principe actif principal, et le THC (Tétrahydrocannabinol)

C'est une drogue douce qui se présente sous 3 formes différentes :

- ✓ L'herbe (marijuana) :

Se trouve dans la tige- les feuilles et les sommités fleuries, se fume généralement mélangé à du tabac roulé en cigarette souvent de forme conique.

- ✓ La résine :

Elle est obtenue par les sommités fleuries de la plante, se présente sous forme de plaques compressées barrettes de couleurs verte- brune ou jaune selon la région de production, se fume généralement mélangée à du tabac c'est le joint.

Le haschich est fréquemment coupé avec d'autre substances plus ou moins toxique : comme le henné-le cigare et la paraffine.

- ✓ L'huile :

C'est une préparation plus concentré en principe actif, consommée généralement au moyen d'une pipe, son usage est actuellement peu répandu.

Parmi les effets dangers du cannabis on peut citer :

- Une légère euphorie accompagnée de rire et une légère somnolence
La consommation des doses fortes provoque :

- Des difficultés à accomplir une tâche
- Perturbation de la perception du temps

- Perturbation de la perception visuelle et de la mémoire immédiate
- Une léthargie Les principaux effets physiques du cannabis peut provoquer selon la personne et la quantité consommée et la composition du produit sont les suivants :
- Une augmentation du rythme cardiaque
- Une diminution de la salivation (bouche sèche)
- Un gonflement des vaisseaux sanguins (yeux rouges)
- Parfois une sensation de nausée.

Il faut savoir aussi que 10% des consommateurs réguliers du cannabis seraient dépendants et la gravité de celle-ci dépend de l'importance de consommation, par ailleurs il est courant de distinguer une dépendance physique et psychique, on considère que la dépendance physique au cannabis comme était mineure mais la dépendance psychologique comme étant difficile à surmonter.

Lorsque la consommation du cannabis devient une addiction, et a des conséquences physiques et psychiques, une hospitalisation pour le sevrage peut être proposé, dans cet environnement protégé et entouré des professionnels de santé, le patient prend généralement conscience de son addiction et apprend à résister aux tentations.

Pour aider les consommateurs de cannabis à réduire leur consommation le service d'addictologie accueillent les patients pour une simple consultation ou pour un séjour de 3 semaines.

Addiction à la cocaïne :

La cocaïne est une drogue dure qui se présente sous forme d'une fine poudre blanche extraite de feuille de cocaïer (*Erythroxylon coca*). Elle est devenue essentielle du tableau de drogue en Europe, la population âgée de 15 à 34 ans issus de tous les milieux sociaux est la plus touchée avec un profil typologique très hétérogène.

Elle est prise sniffée et même injectée par voie intraveineuse ou fumée.

La cocaïne est parfois relatée, coupée ou mélangée à d'autres substances par les trafiquants ce qui augmentent sa dangerosité et potentialisent les effets et les interactions entre les produits dont on ne connaît pas la composition.

L'addiction à la cocaïne est un trouble plurifactoriel d'installation rapidement progressive qui peut être l'origine de nombreuses complications somatiques-psychologiques-psychiatriques légales et sociales.

En cas d'une prise de cocaïne puissante et excitante, elle provoque une dépendance psychique très importante, il est difficile même d'arrêter la consommation aigue de la cocaïne tant que la nécessité d'en prendre est importante, l'apaisement même avec la consommation d'une autre

substance est très difficile.

Parmi les effets et les dangers de la cocaïne, on peut citer :

- Une euphorie immédiate
- Sentiment de puissance intellectuelle et physique
- Une indifférence à la douleur et à la fatigue

Etat dépressif et anxiété

- Troubles du rythme cardiaque
- Insomnie
- Troubles psychiques
- De lever les inhibitions et l'installation des actes de violence comme les agressions sexuelles et les dépenses compulsives.

Addiction au crack :

Le crack aussi appelé cocaïne base ou free base, c'est un mélange de cocaïne de bicarbonate de soude et d'ammoniaque, présenté sous forme des petits cailloux, c'est la forme la plus puissante du produit, puisqu'il est composé de 70% à 100% de cocaïne pure.

Il est donc la forme la plus dangereuse de la cocaïne (qui n'est pure à 30% à 60%).

Le consommateur chauffe le produit et en inhale la vapeur, cette manœuvre engendre des craquements d'où son nom crack.

L'usage régulier du crack peut provoquer les signes suivants :

- Des hallucinations
- Des comportements violents
- Des états suicidaires
- Des dommages rapides sur le cerveau
- Des altérations respiratoires graves
- Arrêt respiratoire et/ou cardiaque pouvant entraîner la mort

Ce mode de consommation provoque des effets plus puissants que ceux de la cocaïne.

Le produit arrive plus rapidement au cerveau et la durée de son effet est plus brève.

Sa consommation régulière crée rapidement une forte dépendance psychique et une neurotoxique très importante, les usagers même après avoir cessé d'en consommer, restent souvent soumis à des altérations

de l'humeur et connaissent pendant plusieurs mois des épisodes de rechute éventuels. Cette dépendance peut être installée très fortement dès la première prise donc il est possible de devenir accro dès la première inhalation.

Ses effets sont les mêmes que ceux de la cocaïne mais décuplés.

✚ Addiction a ecstasy: (M-D-M-A):

C'est le méthylendioxy qui apparut sur le marché illicite des drogues, qui lui a été donné après le nom d'ecstasy : c'est une substance blanche a odeur de moisi, les sels d'ecstasy sont solubles dans l'eau ce qui permet de mélanger la substance à diverses boissons.

Les utilisateurs de l'ecstasy recherchent les sensations suivantes :

- Sensation d'énergie, de performance et de liberté dans les relations avec les autres
- La suppression de leurs inhibitions
- Effet de plaisir et d'excitation

Cet usage provoque une déshydratation de l'organisme, ce qui nécessite le maintien d'une hydratation suffisante, même on trouve que l'usager ressent 3 ou 4 jours après la prise des passages à vide qui peuvent provoquer des états dépressifs et d'anxiété nécessitant une consultation médicale.

Une consommation régulière et fréquente d'ecstasy amène certains consommateurs à :

- Maigrir et s'affaiblir
- Une humeur instable
- Comportements agressifs
- Troubles psychiques sévères et durables

En cas d'association de consommation avec d'autres substances les risques sont accrus. Chez certains usagers, la consommation ou l'utilisation d'ecstasy provoque une dépendance psychique, la dépendance physique varie selon les appréciations des experts.

✚ Addiction au tabac :

La nicotine est une drogue à renforcement c'est-à-dire que les fumeurs en veulent quel que soit les effets secondaires, elles entraînent des changements chimiques et biologiques dans le cerveau, elle est responsable d'une dépendance qui est avant tout physiques considérée comme importante.



Figure2 : addiction au tabac

Cette dépendance physique lorsque le fumeur n'a pas cette nicotine se traduit par une sensation de manque ; dont les signes constatés les plus souvent sont les suivants :

- Pulsions fortes à fumer-irritabilité et nervosité
- Agitation-anxiété et perturbation du sommeil
- Humeur dépressive
- Trouble de la concentration intellectuelle
- Augmentation de l'appétit et de la constipation

On trouve également une dépendance psychique qui est liée aux effets psychoactifs de la nicotine, qui procure le plaisir-la détente-la stimulation intellectuelle-une action anxiolytique antidépressive et coupe faim, cette dépendance peut apparaître peu de temps après les premières cigarettes fumées et varie considérablement d'un fumeur à un autre.

La dépendance comportementale est aussi présente, elle dépend principalement de la pression sociale et conviviale, le tabac est en effet associé à des circonstances à des personnes et à des lieux qui suscitent l'envie de fumer, ces circonstances sont très importantes pour apprendre à vivre dans un environnement habituel sans avoir recours au tabac.

Les risques que courent les fumeurs de voir se détériorer leur santé, leur qualité de vie, et leur bien-être ont été démontrés depuis longtemps, parmi ces principaux risques liés à l'utilisation du tabac, les suivants :

- Les cancers des poumons, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL
- Une bronchite chronique qui évolue vers une insuffisance respiratoire si l'usage n'est pas stoppé
- L'emphysème qui est une dilatation excessive et permanente des alvéoles pulmonaires avec rupture de leurs cloisons
- Asthme
- Les pathologies cardiovasculaires

Addiction à l'alcool :

Alcool est une substance psychoactives issue de la fermentation ou de la distillation des fruits ou des grains riches en sucre, cette substance est capable de modifier le comportement- les humeurs et les perceptions de des utilisateurs dont l'utilisation chronique peut entraîner une dépendance on parle alors d'alcool-dépendance ou d'éthylisme chronique.

Il est toxique pour la majorité des organes du corps humain ainsi que le facteur causal d'une soixantaine des maladies et des lésions.

Addiction à l'alcool ou l'alcool-dépendance se caractérise par la perte de contrôle de la personne sur sa consommation d'alcool : boire de l'alcool est devenu un besoin, la dépendance est à la fois physique et psychologique.

D'un point de vue physique, l'arrêt brutal de la consommation d'alcool entraîne des symptômes de sevrage comme : l'anxiété, les tremblements et des sueurs, tandis que la dépendance psychologique se traduit par l'incapacité de la personne à résister à l'envie de boire (le craving) malgré la conscience que sa consommation d'alcool peut entraîner des dommages.



Figure3 : addiction à l'alcool

Concernant les symptômes : une des caractéristiques principales de la dépendance à l'alcool est souvent le désir non maîtrisé de consommer de l'alcool, les patients ressentent une réelle difficulté à contrôler leur consommation et continuent à boire malgré les conséquences nocives.

Des soins particuliers et adaptés qui prennent en considération la dépendance physique et psychologique doivent être mis en place, la prise en charge de l'alcool-dépendance nécessite une approche pluridisciplinaire et globale afin de pouvoir traiter l'ensemble des composantes de la dépendance.

Les facteurs génétiques et environnementaux sont des facteurs très importants dans l'initiation de la consommation d'alcool, le risque de dépendance à l'alcool augmente avec la consommation d'alcool.

On estime que cette consommation est responsable de 20% à 50% des :

- Cirrhoses hépatiques, cancer de l'œsophage et des atteintes d'autres organes à long terme
- Diminution de la vigilance et des réflexes
- Perte de contrôle avec le passage à l'acte violent
- Les accidents de route et du travail
- Le coma éthylique en cas d'absorption massive
- Ebriété
- Les différentes intoxications et les violences

3- Le cycle d'addiction:

D'une simple curiosité à la recherche du plaisir ou au besoin de diminuer les tensions, la rencontre entre un individu et un produit ou un comportement a un instant particulier de sa vie peut l'entraîner dans un engagement le rendant « **esclave** » il est quelque fois difficile d'évaluer les limites entre le normal et le pathologique, pour bien préciser ce phénomène, les modes suivants sont distingués :

A. Abstinence :

C'est l'absence de la consommation.

B. Usage simple :

C'est une consommation occasionnelle ou régulière qui n'entraîne pas des effets sur la santé a cours terme, toutefois des complications peuvent survenir à moyen ou à long terme.

C. Usage -nocif (abus) :

C'est une consommation répétée ou excessive qui peut occasionner des complications physiques et psychiques et même des complications sur la vie privée

D. La dépendance :

➤ **Selon OMS :**

La dépendance est un état psychique quelque fois également physique qui résulte de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisée par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques, et quelque fois d'éliminer le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits. (**OMS 1964**).

➤ **Selon le DSM 5 et la CIM 10 :**

La dépendance est un mode de consommation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, caractérisé par la présence d'au moins trois des sept manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

b) Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :

- Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour

obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

- Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- c) Sevrage** (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - Apparition de symptômes, variables selon la substance.
 - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- d)** Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
- e)** Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- f)** Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- g)** Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation du produit.
- h)** Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance

➤ **Les critères de diagnostic selon la CIM 10 :**

Pour poser ce diagnostic, au moins **3** des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :

- a)** Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- b)** Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
- c)** 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.
- d)** 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.
- e)** 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.
- f)** 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.

➤ **Les critères de diagnostic selon le DSM 5 :**

- a) Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (**craving**).
- b) Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu.
- c) Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu.
- d) Augmentation de la tolérance au produit addictif.
- e) Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu.
- f) Incapacité de remplir des obligations importantes.
- g) Usage même lorsqu'il y a un risque physique.
- h) Problèmes personnels ou sociaux.
- i) Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité.
- j) Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu.
- k) Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

➤ **Les types de dépendances :**

La dépendance se caractérise essentiellement par **deux (2)** principaux types qui sont les suivants :

✓ **La dépendance physique :**

Elle est spécifique à la consommation de la substance, la privation de certains produits psychoactifs (**les opiacés-le tabac- alcool-cannabis- et certains médicaments**) engendre un état de manque qui se traduit par certains symptômes physiques qui varient selon le produit (**tremblement-convulsion...**), ces symptômes peuvent être accompagnés a des troubles comportementaux (**anxiété-irritabilité-agitation –angoisse**), le besoin de consommation devient alors irrésistible.

✓ **La dépendance psychique :**

Elle est commune à l'ensemble des addictions avec ou sans substance, elle se subdivise en **deux sous-groupes** :

▪ **La dépendance psychologique :**

C'est un désir persistant et insistant de consommer qui peut parfois se traduire par des manifestations psychosomatiques (**véritables douleurs physique sans causes physiologiques**) la dépendance psychologique est d'avantage liée aux

caractéristiques des individus (état **affectif-style de vie**) qu’au produit lui-même des exemples de dépendance psychologiques très répandus sont ceux : au travail- à l’activité physique ou intellectuelle qui peut parfois aboutir au surmenage

▪ **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 le plaisir pendant l’accomplissement du comportement
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

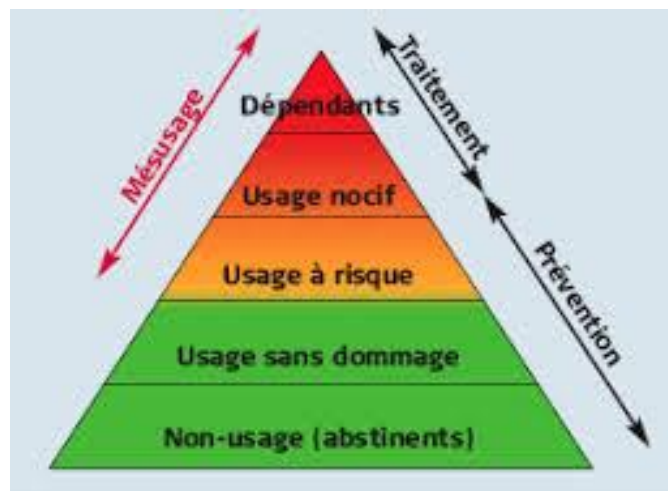


Figure 4 : les modalités de consommation des substances psychoactive

4- Facteur à risque :

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 donné un unique facteur de vulnérabilité qui aurait à lui seul une valeur prédictive de la survenue d'une addiction.

Ces facteurs sont de **trois (3)** ordres :

- a) Les facteurs liés à l'individu
- b) Les facteurs liés à la substance
- c) Les facteurs liés à l'environnement

a) Les facteurs liés à l'individu :

Sont l'ensemble des caractéristiques personnelles qui peuvent favoriser la consommation de drogues, parmi ces facteurs on peut citer les suivants :

a)1. Les facteurs génétiques :

Les gènes expliqueraient **40%** à **80%** de la variance interindividuelle des addictions aux différentes substances, la part génétique est très importante dans les formes d'addiction plus intenses, à dépendance plus marquées ou plus persistantes.

Des recherches laissent croire que le risque d'avoir une dépendance dépend notamment de facteurs héréditaires. Ainsi, si le frère, la sœur, le père ou la mère d'une personne a déjà eu une dépendance, celle-ci à plus de risque d'en avoir une à son tour.

a)2. Les facteurs psychologiques :

Certains chercheurs pensent qu'une addiction pourra être favorisée par une personnalité en recherche de sensations fortes ou bien par quelqu'un qui a des troubles anxieux ou dépressifs, le stress peut toutefois l'envie de consommer les opiacés afin de soulager un état de tension par un effet euphorisant.

Dans les situations de stress, de grandes quantités d'hormones de stress (les glucocorticoïdes) sont sécrétées dans le cerveau. Or, ces hormones augmentent la sensibilité du cerveau aux psychotropes et favorisent l'émergence de comportements addictifs.

Le stress devient donc un facteur de risque d'une grande importance dans le phénomène de rechute. La relation entre stress et addiction possède une autre particularité :

- Elle persiste bien après la fin de l'événement stressant

a)3. Les facteurs psychiatriques :

L'association des troubles psychopathiques aux conduites addictives est soulignée par de nombreuses études, néanmoins les liens qui les unissent restent complexes.

Les troubles psychiatriques, en particulier l'anxiété et la dépression, peuvent être des facteurs favorisants ou des conséquences de l'addiction.

L'addiction est un moyen de lutter contre la dépression, elle atténue les conflits par un comportement.

a)4. L'âge de début de la consommation :

Plus la consommation de la substance psychoactive démarre tôt dans la vie plus le risque d'apparition d'un abus et/ou d'installation d'une dépendance est élevé, cette règle est applicable à toutes les substances: le tabac-alcool-les médicaments psychotropes – les substances illicites, surtout si l'usage se répète.

L'adolescence est une période particulièrement critique en terme de vulnérabilité et d'expositions aux risques associés à l'usage des drogues, en effet dans cette période le cerveau n'a pas fini son développement et il est donc plus vulnérable aux effets de la drogue.

Une initiation précoce avant l'âge de **15 ans** et le maintien de l'usage chez les adolescents augmentent les risques de dépendance ultérieure, des troubles cognitifs et l'apparition des troubles psychiques.

b) Les facteurs liés à la substance :

Ces facteurs peuvent être définis comme l'ensemble des caractéristiques propre à la substance qui a une influence sur l'évolution vers une dépendance dont le type de cette substance est le principal facteur.

Parmi ces facteurs on a les suivants :

b)1. Les modalités de consommation :

Il est impossible pour une personne de connaître avant de consommer une substance psychoactive la façon dont elle va réagir, les risques qu'elle prend, et ceux de devenir dépendant.

Plus la dose en quantité ou en concentration est importante plus les risques sont élevés, certains risques sont particulièrement liés à des modes de consommation : les risques d'infection sont particulièrement importants en cas de pratique d'injection ou de sniff.

b)2. Type de potentiel :

Le type de potentiel d'une substance psychoactive a une influence très importante sur l'apparition ou non d'une addiction, le classement selon ce facteur se fait comme suit :

- ✓ **Le potentiel toxique :**
Qui est la capacité de la substance psychoactive de provoquer des atteintes physiologiques.
- ✓ **Le potentiel de modification psychique :**
Qui est la faculté de perturber les perceptions-les cognitions-l'humeur et la motivation.
- ✓ **Le potentiel addictif :**
C'est la capacité de créer une dépendance qui dépend de l'impact de la substance sur le système intracérébral de récompense.

b)3. La disponibilité de la substance :

Dans les pays où certaines drogues sont très difficiles à trouver, les utilisateurs sont nécessairement peu nombreux. Une substance psychoactive peu disponible touche un nombre réduit de consommateurs, et le nombre de dépendants sera moindre, même la disponibilité des substances ou des produits sur internet modifie également les conditions d'accessibilité de la substance psychoactive en particulier les nouvelles.

b)4. Le prix de la drogue :

Les toxicomanes sont attirés par le faible coût des drogues, donc plus le prix est faible plus le nombre de consommateurs sera élevé et plus le risque d'avoir une dépendance s'installe très rapidement.

c) Les facteurs liés à l'environnement :

Les facteurs environnementaux sont l'ensemble des facteurs impliqués dans la prévention ou au contraire dans l'initiation à la consommation d'une substance psychoactive.

Il existe plusieurs facteurs qui sont impliqués dans ce phénomène, parmi eux on peut citer les suivants :

c)1. Les facteurs familiaux :

Les facteurs familiaux concernent à la fois **la consommation du produit** c'est-à-dire : les habitudes de consommation ou de non consommation- acceptation ou le rejet et interdit religieux, et **le fonctionnement familial**: qui veut dire les conflits les évènements vitaux par exemple.

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.

c)2. Les facteurs sociaux-culturels :

Le facteur social ou environnemental correspond à l'influence des événements et à la pression extérieure.

L'exposition a une substance dans une société ou microsociété donnée joue un rôle très important comme étant un facteur d'exposition qui peut s'évaluer à partir des quantités consommées d'une substance donnée dans une société donnée, ces données peuvent être affinées par : âge- sexe et par le groupe social, par exemple : le principal facteur de risque au tabac est d'avoir grandi au sein d'un foyer des fumeurs.

c)3. Le cercle d'amis :

Le cercle d'amis ou bien le groupe des pairs soit par l'usage au sein du groupe soit par la grande tolérance du groupe aux substances joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation des drogues chez les adolescents, cette influence est renforcée par la suite par le choix du groupe de pairs dans lequel circule des substances.

c)4. La 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.

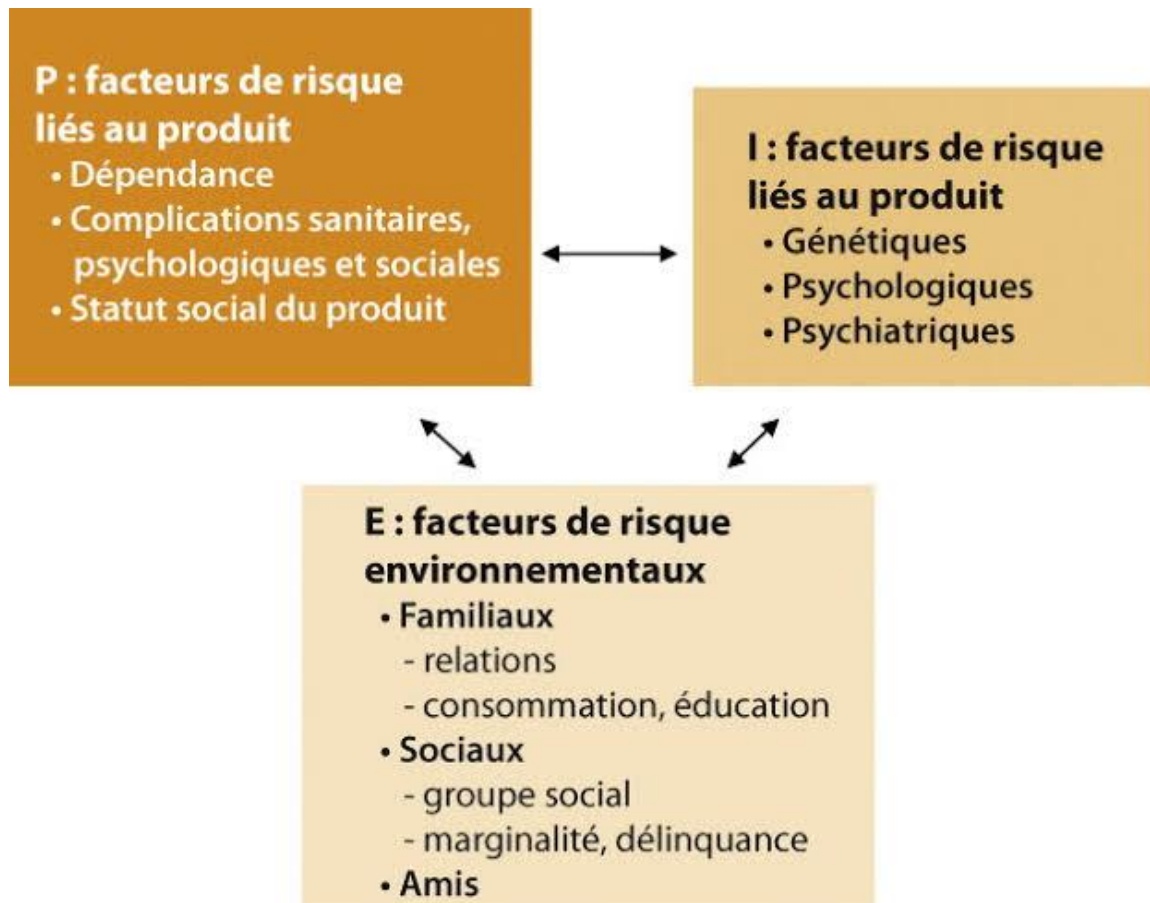


Figure5 : les facteurs à risque

5- Bases des mécanismes neurophysiologique dans l'addiction :

Les phénomènes de récompense et d'adaptation à la récompense vont de pair. Cette faculté d'adaptation est normale et innée, elle est connue depuis l'origine de l'humanité. Toutes les cellules, et en particulier les neurones, sont capables de s'adapter aux influences extérieures suite à des stimulations.

Cette adaptation se fait en sens inverse à la stimulation perçue, l'objectif physiologique étant de rétablir l'état d'équilibre et d'homéostasie pour tous les capteurs dans le but de rester sensibles à toute nouvelle perception. Cette dépendance correspond donc à un état adaptatif de l'organisme à un nouvel équilibre homéostatique trouvé lorsque la consommation de certains produits s'est prolongée.

Au niveau cellulaire, le mécanisme de cette adaptation correspond à la fixation de l'agoniste sur son récepteur ce qui entraîne un mécanisme intracellulaire, appelé activité intrinsèque, qui finit par induire une réduction de la libération de neurotransmetteur c'est-à-dire à une diminution de l'activité du neurone. Il y a aussi un autre effet, qui est une internalisation du récepteur qui diminue aussi l'influence du stimulus. Il y a donc une adaptation inhérente déjà au niveau moléculaire.

Au niveau intercellulaire, l'adaptation se fait aussi au niveau synaptique avec le phénomène de plasticité synaptique c'est-à-dire la capacité des neurones à se réorganiser entre eux pour intégrer de nouvelles données. Cela semble modifier le souvenir de l'expérience, pour le rendre peut-être plus agréable encore qu'il n'ait été en réalité, et persistant au cours du temps, incitant à consommer à nouveau.

Les différents produits psychoactifs sont semblables dans la mesure où ils ont en commun d'activer le système cérébral dit de la « récompense » qui est impliqué dans la mise en place de comportements et la production de souvenirs. Ils produisent une activation de ce système si intense que les activités normales s'en retrouvent délaissées. À défaut de réaliser l'activation classique du système de récompense par l'intermédiaire de comportements adaptatifs, ces drogues l'activent directement et puissamment. Chaque classe de drogue produit de la récompense via des mécanismes pharmacologiques différents, mais toutes les drogues ont en commun d'activer globalement le système de la récompense et de produire la sensation de plaisir, souvent désigné par le terme d'euphorie.

Chez les usagers l'installation d'une addiction nécessite une progression de la motivation à consommer, un état émotionnel négatif (recherche d'un soulagement) et une perte de la capacité à se contrôler. Initialement l'addiction

commence donc par la recherche du plaisir généré par la substance via une relation hédonique, cette sensation est due à des réactions électrochimiques s'opérant dans le cerveau en réponse à la prise de substance. Le produit sollicite l'Aire Tegmentale Ventrale (ATV) et les neurones qui la composent vont libérer un neuromédiateur au niveau de leur axone terminal, la dopamine qui est la molécule « du plaisir » et de la récompense, qui se trouve dans le noyau accumbens et dans le cortex préfrontal.

Les différentes structures cérébrales impliquées sont l'ATV qui est le lieu de la motivation, l'amygdale et hippocampe sont un centre de mémorisation, le cortex frontal est la zone de contrôle de l'initiation ou d'inhibition de l'action et le noyau accumbens est la zone de récompense.

Donc le lien ATV-accumbens est le lieu de l'évaluation de l'expérimentation de cette récompense. Ce circuit est impliqué dans les effets de renforcement, la mémoire et les réponses conditionnées liées aux conséquences motivationnelles et émotionnelles du manque et du besoin, d'affection et de relation mais aussi de drogues. Ce que l'on observe chez les sujets dépendants c'est qu'il y a une perte du contrôle, la communication qui vient du cortex préfrontal semble freinée avec une mise en exergue de l'ATV et l'amygdale qui incitent donc à la consommation sans aucun frein. Cela fait partie Du phénomène de récompense sensé être à l'origine de la motivation de l'utilisateur de prendre et de reprendre la substance et à rentrer dans l'addiction, le circuit de la récompense occupe un rôle central dans la mise en place et le maintien d'une addiction.

Mais ce phénomène est à nuancer car quand on bloque expérimentalement la voie dopaminergique chez l'animal, on observe quand même le processus de dépendance et de tolérance se mettre en place. La stimulation se déroule indépendamment du système dopaminergique. Cependant cette observation a été faite dans des expérimentations d'injections aux animaux, on ne peut donc pas considérer que c'est un modèle d'addiction mais plus de dépendance. Par ailleurs, le système dopaminergique est aussi impliqué dans des stimuli plus banals et même dans des stimuli douloureux.

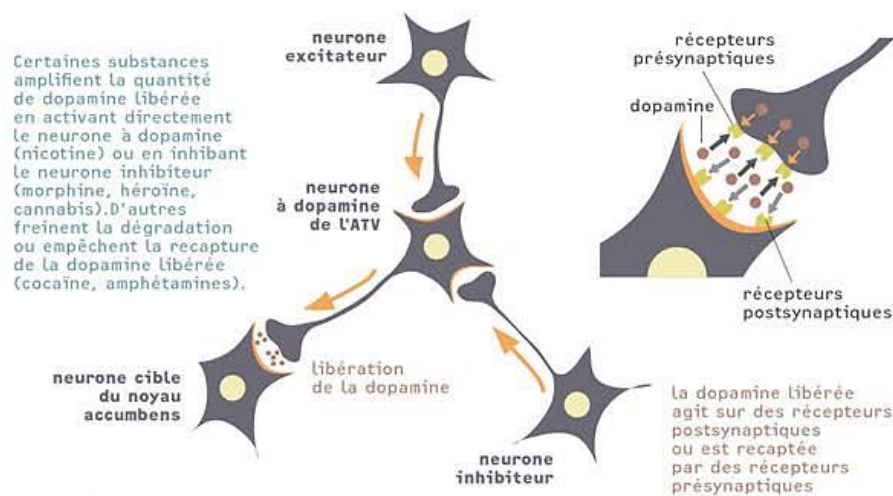
Les chercheurs pensent qu'il s'agirait plutôt d'un système évaluateur de la différence qu'il peut y avoir entre une récompense qui est anticipée, du fait de l'expérience, et le plaisir réellement éprouvé.

Les trois systèmes de neurones dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques interviennent pour réguler ce circuit : le dysfonctionnement de l'un d'entre eux pourrait générer l'addiction. À cela s'ajoutent d'autres mécanismes, notamment la libération de sérotonine ou encore l'activation des récepteurs aux endorphines, qui sont des molécules endogènes impliquées dans l'antalgie et la sensation de bien-être.

En cas d'absorption régulière de drogue, la stimulation répétée de ces récepteurs entraîne une diminution de la production naturelle d'endorphines. Dès lors, le plaisir n'est plus obtenu que par l'apport de la substance extérieure, ce qui induit une augmentation de la tolérance à cette substance et un manque dès l'arrêt de sa consommation.

Enfin la mémoire joue un rôle prépondérant car il y a la mémoire des plaisirs et la mémoire de la privation.

En effet, l'évitement de la souffrance de la privation est un élément important dans l'équation complexe du mécanisme de l'addiction.



Le système de récompense

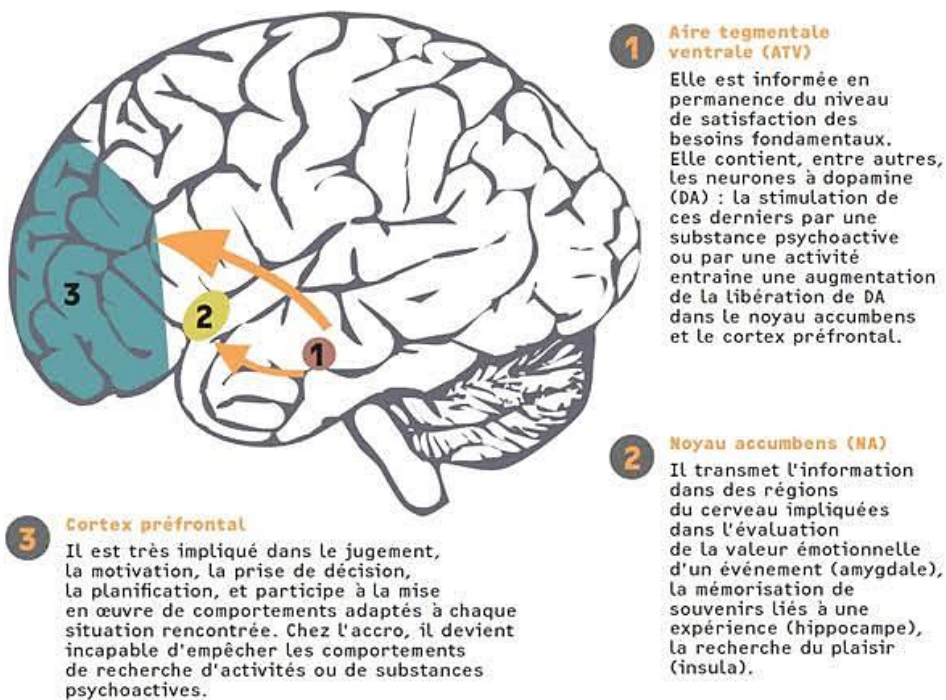


Figure 6 : le système de récompense

6- Diagnostic médical de l'addiction :

A. Classification médicale de l'addiction :

A.1 Définition médical :

Sur le plan médical, les addictions sont classiquement considérées comme associées aux pathologies cérébrales et définies par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences délétères (23,56).

Le diagnostic de l'addiction ou de la dépendance est posé grâce à des critères bien précis et fixés par deux classifications. En psychiatrie, un syndrome est défini par un nouveau concept de catégorie diagnostique, on parle de trouble, il s'agit d'un syndrome présentant une séquence évolutive particulière.

A.2 Classification internationale des maladies :

Les troubles de la santé mentale sont listés dans la Classification Internationale des maladies (CIM) ou International Classification of Diseases (ICD), élaborée par l'OMS et qui est actuellement à sa 10ème version, publiée en 1992.

La nouvelle révision, la CIM-11, a été planifiée pour 2018. Ces classifications sont obtenues après revue de la littérature, par consensus d'experts de différents pays.

Les troubles mentaux et du comportement sont répertoriés par le CIM-10 dans le chapitre 5 (F), les troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives sont décrits par produits dans les parties F10 à F19.

Pour chaque psychoactif, il existe à nouveau 10 subdivisions pour chaque tableau clinique (intoxication aiguë, abus, dépendance, sevrage, amnésie, délirium, ...), par exemple la dépendance à la cocaïne correspond à la partie F14.2 du CIM-10

A.3 Diagnostics statistical manual of mental disorders :

Il s'agit de la classification des troubles de la santé mentale qui est la référence internationale dans le domaine. Cette classification, sans cesse renouvelée, est établie depuis us de 60 ans par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et est répertoriée dans le Diagnostic and Statistique manuel of Mental désordres (DSM).

La quatrième révision, le DSMIV datait de 1994, avec des modifications mineures faites en 2000 avec le DSM-IV-TR. La 5ème édition, DMS-5, date de mai 2013 et traduite en français en juin 2015.

Ces troubles sont décrits dans le DSM de manière systématique :

Caractéristiques diagnostiques, prévalence, développement, évolution, facteurs de risque et pronostiques, questions diagnostiques liées à la culture ou au genre, retentissement fonctionnel, diagnostic différentiel, comorbidité. Dans la dernière édition, la classification est compatible avec la CIM- 10 et le sera aussi avec la future CIM-11.

A.4 Date de sortie Version CIM Version DSM :

1948	CIM 6	DSM I
1968	CIM 8	DSM II
1974	CIM 9	DSM III
1987		DSM III TR (IIIR)
1992-94	CIM 10	DSM IV
2000		DSM IV TR (IVR)
2013		DSM 5

Tableau 1 : Synchronisation CIM-DSM

« D’abus de substance » (annexe 4) et « de dépendance à une substance » (annexe 5) pour les modifier et les rassembler en un seul nouveau diagnostic « de troubles liés aux substances et troubles addictifs » et le concept de grade a été introduit avec trois niveaux de sévérité.

Dans l’axe I du DSM-5 les produits psychoactifs concernent les troubles liés aux substances, qui sont eux-mêmes divisés en deux groupes : troubles de l’utilisation de substances et troubles induits par la substance.

Une des catégories de substances concerne les stimulants réunis et on y retrouve la classe des stimulants amphétaminiques, cocaïne et autres stimulants non spécifiés.

Ce nouveau diagnostic concerne aussi le jeu pathologique consentant le regroupement des addictions avec et sans substances (lequel figurait dans le DSM-IV dans les troubles du contrôle des impulsions).

Les experts du DSM ne classent comme addiction que les dépendances aux substances et celle aux jeux d’argent. Les usages intensifs de jeux vidéo, de smartphone, l’hyperactivité sexuelle ou

professionnelle ne sont pas, à ce jour, répertorié comme de véritables addictions car on ne dispose pas encore de données scientifique suffisantes.

B. Critère diagnostic et sévérité de l'addiction :

On retrouve dans les critères d'addiction des caractéristiques que l'on peut regrouper en quatre catégories : perte de maîtrise de soi, désocialisation, utilisation risquée, critères pharmacologiques.

Selon le DSM-5, une addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux, ou plus, de critères diagnostics, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois (annexe 6).

Ces critères d'addiction se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance et abordent les manifestations suivantes :

- ✓ Consommation plus importante ou sur durée plus longue que prévu
- ✓ Efforts infructueux d'arrêt
- ✓ Recherche ou utilisation chronophage
- ✓ Craving
- ✓ Arrêt d'accomplissement des obligations
- ✓ Persistance de l'usage malgré les problèmes qu'il cause
- ✓ Abandon des autres activités
- ✓ Utilisation physiquement risquée
- ✓ Persistance de la consommation en ayant conscience du risque
- ✓ Tolérance
- ✓ Sevrage

Un score de gravité est calculé en fonction du nombre de symptômes présents, si 2 à 3 critères sont satisfaits ce trouble est considéré comme faible, pour 4 à 5 critères comme modéré et pour 6 critères ou plus comme sévère.

7- Conséquences et risque de l'addiction :

Les produits/drogues et autres pratiques excessives procurent un plaisir ou un soulagement immédiat. Mais à court, moyen et long terme, ils ont un impact négatif pour la santé physique et psychique de la personne, et sont généralement perturbateurs de la vie sociale.

Toutes ces consommations ou pratiques excessives vont en effet induire des risques, ceux-ci pouvant être ponctuels ou s'installer dans la durée. Ils vont dépendre de plusieurs facteurs : le type de consommation, la quantité consommée, la durée et la fréquence de la pratique, et le degré de dépendance de la personne.

Contrairement à certaines idées reçues, les conséquences négatives liées aux effets de certaines substances (alcool, cannabis...) peuvent apparaître dès la première consommation. Même une consommation festive entraîne des prises de risques (relations sexuelles non protégées ou non désirées, accidents de voiture, violence...). De plus, on ne connaît pas toujours l'origine et les composants des drogues, même si c'est un(e) ami(e) qui les fournit.

✚ **Les risques physiques :**

Pour les drogues et les substances : perturbation des perceptions (sensorielles, visuelles, auditives), insomnie, nervosité, maux de tête, vertiges, nausées, pertes de mémoire, difficultés respiratoires, déshydratation, coma éthylique, overdose, mais aussi comportements sexuels à risques, infections diverses, problèmes dentaires, problèmes digestifs...

Pour les pratiques excessives : surcharge pondérale, insomnie, rythme physique perturbé problèmes digestifs...

✚ **Les risques psychologiques :**

Pour les drogues et les substances : difficultés à se concentrer, angoisses, tristesse, crises de panique, modifications des émotions, conflits, stress...

Pour les pratiques excessives : difficultés à se concentrer, angoisses, nervosité, stress...

Des conséquences délétères Lorsqu'elles ne sont pas soignées, les addictions peuvent avoir une issue sévère, voire tragique. Celle-ci peut être directement liée à l'usage excessif de la substance (overdose, coma éthylique) ou provoquée par les effets secondaires à long terme (nombreux cancers associés à la consommation d'alcool et de tabac, troubles neurologiques et psychiatriques des consommateurs réguliers de drogue, contamination par le VIH...).

Chapitre II

Les médicaments

psychotropes

Chapitre II. Les médicaments psychotropes:

1. Définition et généralité :

- **Définition de médicament :**

« Médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. »

- **Médicament contient :**

- Un **principe actif**, substance d'origine chimique ou naturelle caractérisée par un **mécanisme d'action curatif ou préventif** précis dans l'organisme,
- **De excipients**, substances d'origine chimique ou naturelle qui facilitent l'utilisation du médicament mais ne présentent pas d'effet curatif ou préventif.

- **Les catégories de médicaments**

Il existe plusieurs catégories de médicaments, parmi lesquelles figurent notamment :

- **Les spécialités pharmaceutiques** qui sont les médicaments fabriqués industriellement et exploités par les entreprises pharmaceutiques. Pour pouvoir être délivrées aux patients, elles doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM). Une même spécialité peut avoir un nom de marque différent selon les pays. La **dénomination commune internationale** (DCI) permet de désigner de manière unique la substance active qu'il contient.
- **Les préparations magistrales, hospitalières ou officinales**, qui est le plus souvent réalisées par une pharmacie pour les besoins spécifiques d'un ou plusieurs patients (officine de ville pour les préparations magistrales et officinales ou pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé pour les préparations magistrales et hospitalières) ;

Ces préparations et spécialités pharmaceutiques peuvent se présenter sous différentes **formes pharmaceutiques** : comprimé, solution buvable.

Elles sont accompagnées d'une notice d'utilisation (optionnelle pour les préparations) et d'un étiquetage spécifique afin de donner les informations nécessaires à leur utilisation dans les conditions les plus adaptées possibles.

- **Définition de psychotrope :**

Une substance psychoactive agit sur le système nerveux central. C'est une substance naturelle ou synthétique qui agit sur le psychisme en modifiant son fonctionnement. Elle peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement...

Toutes les drogues et certains médicaments comme les somnifères et les anxiolytiques sont psychoactifs.

Elles peuvent être classées en fonction de leur structure chimique, de leur mode d'action ou de leurs actions pharmacologiques. Ces molécules ont toutes en commun d'élever le taux de dopamine au niveau du circuit de récompense. Celles-ci vont provoquer des modifications de comportements chez l'utilisateur.

2. Classification des psychotropes :

Au cours du XXe siècle, plusieurs classifications des drogues ont été établies en prenant en compte leur origine, leurs effets, leur famille pharmacologique, leur activité sur le système nerveux, leur dangerosité, leurs implications sociales ou leur statut juridique.

Les classifications se font sur la base de critères issus de notre « grille de lecture » du monde, et portent donc l'empreinte de notre culture et de nos valeurs.

A- Classification selon les effets :

Classification selon Lewin 1924 : il qualifiait de poison de l'esprit en cinq groupes en leur donnant des noms latins selon leurs effets

Nom	Produits	Exemple
Euphorica	Les opiacés	Morphine
Phantastica	Produits hallucinogènes	Chanvre indien
Inebriantia	Produits qui induisent une dépression	Alcool
Hypnotica	Calmants et somnifères	Barbituriques
Excitantia	Stimulants	Caféine

Cette classification bien que claire et simple présente ses limites dans le fait qu'elle ne classe pas les produits psychotropes récents et qu'elle ne tient pas compte du fait que l'effet peut varier selon la dose ainsi la cocaïne utilisée à l'époque comme anesthésiant est présentée comme un calmant alors que c'est un stimulant. (Sanogo Dj S, 2006).

Classification selon Delay et Deniker (1957) :

Delay et Deniker proposent une classification dont les grandes lignes demeurent actuellement adoptées par l'ensemble des cliniciens.

Cette classification est basée sur la notion de « tonus mental » établie par Janet, où interviennent, comme éléments constitutifs et toujours en remaniement, la vigilance et l'humeur c'est la plus utilisée elle distingue les substances psychotropes en fonction de leur activité sur le SNC (tableau I.2) :

Classification des substances psychotropes		
Type d'action	Principaux groupes	
Psycholeptiques Psycho sédatifs	Fonction noétique : Nooleptiques (hypnotiques)	1. Barbituriques(BBT) : Secobarbital, Butobarbital (Risque toxicomanogène, inducteur enzymatique) 2. Non barbituriques : Nitrazepam (MogadonR), Triazolam (HaliconR), Temazepam (NormisonR), Zolpidem (StilnoxR), Promethazine (PhenerganR), Alimemazine(TheraleneR)
	Fonction thymique : Thymoleptiques 1-tranquillisants mineurs (anxiolytiques) 2-tranquillisants majeurs (neuroleptiques)	Thymoleptiques 1. tranquillisants mineurs (Anxiolytiques) 2. tranquillisants majeurs (neuroleptiques) 1. Anxiolytiques : a-BZD : Bromazepam (LexomilR), Prazepam (LysanxiaR), Alprazolam (XanaxR), Chlorazepate Dipotassique (TranxenER), b-Non BZD : Hydroxyzine (AtaraxR). 2. Neuroleptiques : Chlorpromazine (LargactilR), Sulpiride(DogmatilR), Levomepromazine (NozinanR), Haloperidol (HaldolR), Risperidone(RisperdalR)
Psychoanaleptiques = Psycho stimulants	Fonction noétique : Nooanaleptiques Stimulants de la vigilance	1. Psychamines (amphétamine), Amfepramone (AnorexR) 2. Anti-anoxiants=cérébro protecteurs 3. défatigants : psycho énergisants Acide ascorbique (vitamine C) Dérivés d"acides aminés : SARGENORR
	Fonction thymique : Thymoanaleptiques Stimulants de l"humour	Antidépresseurs : Clomipramine(AnafranilR), Amitryptiline (LaroxylR), Fluoxetine (ProzacR), Sertraline (ZoloftR), Venlafaxine (EffexorR), Milnacipram (IxelR), Toloxatone (HumorylR), Moclobemide (MoclamineR)
Psychodysleptiques =perturbateurs psychiques	/	1. Stupéfiants : Morphine, Héroïne, opium 2. Hallucinogène : Mescaline, Ketaline, LSD 3. Substances Enivrantes : alcool....etc.
Psycho-isoleptiques = Normothymiques = Thymorégulateurs Stabilisateurs psychiques	/	1. Sel de lithium : Carbonate de lithium (TeralitheR) Gluconate de lithium(NeurolithiumR) 2. autres : Carbamazepine(TegretolR)

Tableau 2 : Classification des psychotropes selon delay et deniker (1957)

B- Classification selon l’OMS :

Cette classification a surtout une portée juridique, la classification de l’OMS 1971 : l’organisation mondiale de la santé établit une classification des substances psychotropes en évaluant leur danger selon trois critères: dépendance psychique ; dépendance physique et tolérance (accoutumance) cette classification est imprécise dans ses évaluations et la liste des psychotropes pris en compte est incomplète le tabac ou les tranquillisants n’y sont pas pris en compte.

Classification du rapport pelletier 1978: applique la classification de l’OMS à l’ensemble des psychotropes juridiquement réglementés dans son rapport de la mission d’études sur l’ensemble des problèmes de la drogue les évaluations s’ échelonnent de 0 à 4(aucune tolérance à très fortes). **(Denis R et coll. ,2004)**

3. Etudes des différents classes du psychotrope :

A. Les benzodiazépines (BZD) :

Dérivés des 3 oxydes de quinoléine, en raison de leur application éventuelle dans le domaine des colorants. En fait, à partir de la réaction chimique utilisée par Stern Bach, une nouvelle substance prit naissance d'une façon inattendue par agrandissement du cycle pyrimidine en cycle diazépine ; il s'agissait du nouveau cycle benzodiazépinique.

Le pharmacologue Randall découvrit que cette substance bientôt appelée chlordiazépoxyde avait des propriétés relaxantes musculaires, sédatives et anticonvulsivants. **(Haefely M, 1998)**.

Les benzodiazépines constituent les substances les plus largement prescrites du groupe des hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques. Elles sont utilisées dans un grand nombre de domaines médicaux et ont été considérées pendant longtemps comme étant la thérapie de choix dans maints troubles neuropsychiatriques.

Généralement bien tolérées, elles sont aujourd'hui plus controversées, notamment parce qu'elles peuvent être à l'origine d'abus, voire de tolérance et de dépendance. Les recommandations cliniques actuelles proposent de les remplacer par d'autres substances jugées moins dangereuses. **(Cloos J, 2016)**

A.1 Propriétés physicochimiques :

La classe des benzodiazépines se caractérise par une importante homogénéité structurale. La structure de base est la 1,4-benzodiazépine qui admet de nombreuses substitutions et permutations. Le chef de file des benzodiazépines est le chlordiazépoxyde (librium) (Kintz P, 1998).

Les benzodiazépines sont des bases faibles (non dissociées au pH physiologique) et en générale elles se dissolvent mal dans l'eau; le chlordiazépoxyde et le midazolam sont des bases un peu plus fortes et forment des sels hydrosolubles. **(Haefely M, 1998)**.

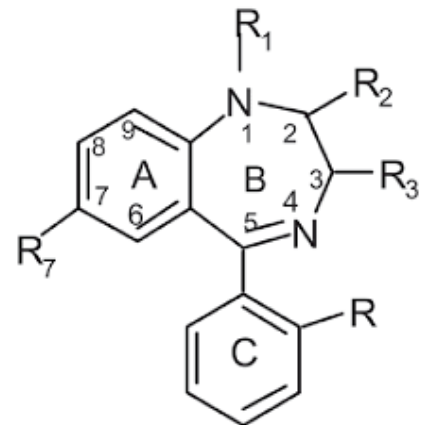


Figure7 : structure benzodiazépine

A.2 Relation structure activité :

- Cycle A : la présence en position 7 d'un groupement attracteur d'électrons est nécessaire à l'activité. Celle-ci est généralement d'autant plus élevée que le substituant est plus attracteur à l'exception du fluor on a l'ordre suivant : $\text{NO}_2 = \text{CF}_3 > \text{Br} > \text{Cl} > \text{CH}_3 > \text{F} > \text{H}$. Les dérivés 7 nitro sont plus généralement hypnotiques comme le clonazépam alors que les dérivés halogénés sont essentiellement anxiolytiques (diazépam)
- Cycle B : la présence en position 1 d'un groupement méthyle (CH_3) accentue l'activité. Les dérivés présentant un groupe carboxylique sur le sommet 3 sont des pro-drogues et forment un métabolite actif par décarboxylation.
- Cycle C : toutes les benzodiazépines présentent sans exception en position 5 un reste aromatique. La substitution en ortho par un halogène augmente l'activité dans l'ordre $\text{F} > \text{Cl} > \text{H}$.
- Cycle supplémentaire : certaines 1,4-benzodiazépines présentent un cycle supplémentaire accolé au cycle B sur les sommets 1 et 2 : Cycle thiazole et Cycle imidazole. La suppression du noyau aromatique en position 5 comme dans le cas d'une imidazo-benzodiazépine (flumazénil : anxélate) entraîne une forte affinité pour les récepteurs benzodiazépiniques tout en supprimant les effets pharmacologiques (activité antagoniste). Le flumazénil pourra être utilisé comme antidote lors d'absorption trop importante de BZD ou chez les patients sous sédation par les benzodiazépines après une opération chirurgicale. (SY.Boubacar, 2002)

A.3 Pharmacocinétique :

- Absorption : Elle intervient en générale rapidement et est plus ou moins importante selon la voie d'administration. Elle est : pratiquement complète par la voie orale ; variable par la voie rectale ; plus lente par voie intramusculaire ; rapide et complète par voie intraveineuse, mais les injections doivent être faites lentement afin d'éviter les thrombophlébites après ingestion, les concentrations plasmatiques maximales sont souvent atteintes en une à trois heures.
- Distribution : La fixation protéique dépasse souvent 80% au niveau sanguin. En raison de leur lipophile, les benzodiazépines traversent la barrière hémato-méningée et la barrière placentaire. Leurs demi-vies plasmatiques sont très variables. Elles peuvent être courtes (1 à 8 heures) moyenne (10 à 38 heures) ou longues (47 à 200 heures)
- Métabolisme : Les benzodiazépines subissent un métabolisme oxydatif, s'accompagnent de d'alkylation

hydroxylation les groupements nitrés peuvent être réduits en groupement aminés, eux-mêmes pouvant donner lieu à une acétylation, etc. On note parfois l'ouverture du cycle diazépinique. Certains des métabolites formés possèdent une activité pharmacologique.

- **Elimination** : Elle se fait principalement par l'urine ou l'on retrouve un faible pourcentage de formes inchangées. Mais surtout des métabolites. Lesquels peuvent être conjugués, elle est en règle générale relativement lente. Une excrétion biliaire est aussi signalée. Les benzodiazépines peuvent également passer dans le lait, les cheveux, la sueur, etc. **(Alain V, Aubert C, 2005)**

A.4 Mécanisme d'action (mécanisme d'addiction)

Les neurones dopaminergiques du système méso limbique sont sous le contrôle de neurones GABAergiques. La sécrétion de GABA par les neurones GABAergique exerce une inhibition au niveau des neurones dopaminergiques.

Lorsque les benzodiazépines se fixent sur le récepteur GABA A, il y a une diminution de la libération du GABA entraînant une levée de l'inhibition exercée sur les neurones dopaminergiques. Il en résulte une augmentation de la concentration extracellulaire de dopamine.

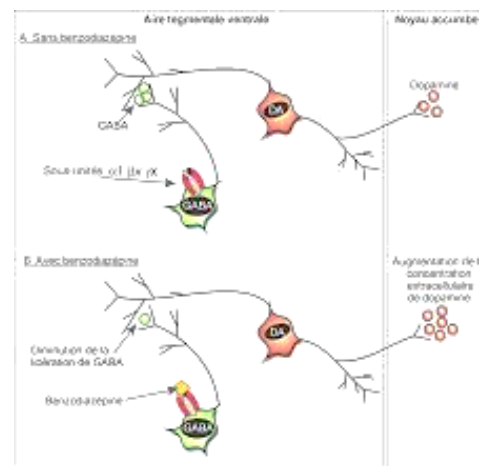


Figure 8 : Représentation schématique de l'action des benzodiazépines dans le système

La dopamine entraîne une sensation de plaisir cependant, à la différence d'un plaisir naturel, la récompense induite par le médicament entraîne une telle décharge agréable de dopamine sur les récepteurs dopaminergiques que ces derniers ont un désir impérieux d'avoir de nouveau la substance pour libérer encore de la dopamine.

Ainsi le patient va rechercher à obtenir cette sensation de bien-être en consommant de nouveau une benzodiazépine. C'est cette activation indirecte de la voie dopaminergique qui serait donc en partie responsable de la dépendance aux benzodiazépines. **(Stephen M.S, 2010)**

La prescription d'hypnotiques, benzodiazépines ou apparentés, ne doit pas être banalisée, car, si elle facilite le sommeil, elle ne résout pas les causes de l'insomnie et peut être à l'origine de

nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves. Leur usage requiert le respect de règles précises : dose minimum utile, limitation dans le temps (< 28 j), information du patient sur la durée du traitement, ses modalités d'arrêt et ses effets indésirables, réévaluation programmée de la situation, anticipation sur les modalités d'arrêt. (**Haute autorité de santé 2017**)

A.5 Les effets secondaires de benzodiazépine

- Trouble de vigilance
- Altération des performances physique
- Confusion mentale (sujet âgé)
- Hypotonie musculaire (risque de chute)
- Effet sur mémoire et les performances intellectuelles » trouble de concentration » amnésie
- Effet sur l'humeur : révélation d'un état dépressif
- Effet paradoxaux : réaction d'hostilité, d'agressivité et d'insomnie nécessité d'arrêter la thérapie
- Hyper salivation : incident cutanés (voir toxicologie)

B. Antidépresseur :

B.1. Antidépresseurs tricycliques (ATC) :

Les antidépresseurs tricycliques (abréviation ATC ou ADT) sont une classe d'antidépresseurs utilisés pour la première fois vers la fin des années 1950. Leur nom vient de leurs structures moléculaires composées de trois anneaux d'atomes, tout comme les antidépresseurs tétracycliques, à la différence qu'ils en ont quatre. Ils sont appelés « imipraminiques » en référence au plus ancien d'entre eux, l'imipramine.

Quelques ATC tricycliques :

- Amitriptyline (Laroxyl, Elavil).
- Amoxapine (Défanyl).
- Clomipramine (Anafranil, Clomipramine Merck).
- Chlorhydrate de dosulépine (Prothiaden).

○ **Le mécanisme d'action :**

Les antidépresseurs tricycliques augmentent la concentration de neurotransmetteurs dans la fente synaptique en inhibant la recapture présynaptique des monoamines, particulièrement la noradrénaline et la sérotonine, et en diminuant la sensibilité des récepteurs post synaptiques noradrénergiques «down-regulation».

Ces phénomènes biochimiques ne peuvent cependant pas expliquer la totalité des effets cliniques, car certains antidépresseurs en sont dépourvus. Il existe des différences notables de spécificité pour l'un ou l'autre de ces

neurotransmetteurs entre les différents antidépresseurs commercialisés. (Anseau M, Pitchot W. -Revue des antidépresseurs. In : JD Guelfi, F Rouillon. Manuel de Psychiatrie, Eds Masson, 2007, 504-515).

○ **Les effets secondaires :**

➤ **Effets anticholinergiques :**

Les manifestations cliniques des propriétés anticholinergiques des antidépresseurs tricycliques constituent les effets secondaires les plus fréquents Par ordre de fréquence décroissant, ils sont représentés essentiellement par les manifestations suivantes]: la sécheresse de bouche, la constipation, la vision floue, les difficultés mictionnelles. Les effets anticholinergiques surviennent dès les premiers jours du traitement, bien avant l'amélioration thymique.

Ils constituent l'une des causes principales de la faible observance au traitement par tricycliques.

➤ **Effets cardio-vasculaires :**

Au niveau cardiaque, la conséquence principale de l'administration d'ATC à des doses thérapeutiques est l'accélération de la fréquence cardiaque. Ils sont également responsables de modifications des propriétés électro physiologiques du cœur.

➤ **Effets neurologiques :**

L'effet neurologique le plus fréquent est un tremblement fin des extrémités perturbant l'écriture et l'exécution de tâches délicates.

➤ **Toxicité hématologiques :**

Les effets secondaires hématologiques des tricycliques sont rares : quelques cas de dyscrasies sanguines (agranulocytose, neutropénie, aplasie médullaire et hyper éosinophilie) ont été décrits.

➤ **Troubles métaboliques et endocriniens :**

Pratiquement, tous les antidépresseurs tricycliques sont susceptibles d'entraîner un gain pondéral par un mécanisme mal élucidé (augmentation de l'appétit, rétention liquidienne ou action hypothalamique).

➤ **Toxicité hépatique :**

Le traitement au long cours par les tricycliques peut entraîner une élévation modérée et transitoire des enzymes hépatiques. Des cas d'hépatite et de cholestase ont été décrits.

B.2 Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :

Les inhibiteurs de monoamine oxydase (inhibiteurs MAO ou IMAO) constituent une classe d'antidépresseurs utilisés dans le traitement de la dépression.

Ils sont moins souvent prescrits que les autres antidépresseurs, souvent lorsque les patients ne sont pas sensibles aux autres traitements, à cause de leurs interactions avec d'autres médicaments et avec certains aliments riches en tyramine qui peuvent entraîner des réactions hypertensives.

Ces inhibiteurs peuvent cibler les monoamines oxydases A ou B.

Les inhibiteurs de la MAO-B sont utilisés dans la maladie de Parkinson.

➤ **Le mécanisme d'action :**

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), non sélectifs et sélectifs A, qui bloquent l'action de deux enzymes synaptiques (la monoamine oxydase A et B) dégradant les neurotransmetteurs. Ainsi, de façon sélective selon le type de molécule, ils augmentent la concentration synaptique des principaux neurotransmetteurs.

Cependant, leur prescription est aujourd'hui réservée à la deuxième voire la troisième intention en raison de la mauvaise tolérance et des contraintes importantes liées au traitement.

Quelques IMAO :

- **Mono amine oxydase-A :**

- Moclobémide (inhibiteur sélectif et réversible de la monoamine oxydase-A)
- Toloxatone (inhibiteur de la monoamine oxydase-A ayant une action légère sur la monoamine oxydase-B)

- **Monoamine oxydase-B :**

- Sélégiline : IMAO-B utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson.
- Rasagiline : IMAO-B utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson.

➤ **Les effets secondaires :**

- **Effets cardio-vasculaires :**

Contrairement aux tricycliques, les IMAO ont peu d'influence sur le rythme cardiaque et aucune sur la conduction auriculo-ventriculaire.

Le risque principal est représenté par l'hypotension, particulièrement l'hypotension orthostatique. Cet effet secondaire fréquent est l'inconvénient majeur de l'utilisation des IMAO dans le traitement de la dépression.

- **Toxicité hépatique:**

Les lésions hépatiques induites par les IMAO ont généralement un début insidieux avec de l'anorexie, de la faiblesse, des nausées et un ictère. [43] Une insuffisance hépatique aiguë peut rarement se développer. Les transaminases s'élèvent à des taux 8 à 100 fois supérieurs aux valeurs normales. L'ictère est habituel et le risque létal est fonction de sa sévérité.

B.3 Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont le dernier né de la famille des antidépresseurs. Ils sont déjà très connus du public grâce à l'un de ses représentants, la fluoxétine, devenue célèbre sous le nom de Prozac. La principale indication des ISRS réside dans le traitement de la dépression associé à une psychothérapie.

Les ISRS sont souvent prescrits pour les troubles anxieux (comme la phobie sociale et les troubles paniques), les troubles obsessionnels compulsifs et le syndrome de stress post-traumatique.

Quelques ISRS :

Les médicaments de cette classe comprennent diverses molécules. Ils ont un nom reconnu internationalement :

- La fluoxétine (Prozac).
- La paroxétine (Deroxat, Divarius, Paxil).
- La sertraline (Zoloft).
- Le citalopram (Seropram, Celexa).
- L'oxalate d'escitalopram (Seroplex, Cipralex).
- La zimelidine.
- La dapoxétine (Priligy).
- Le maléate de fluvoxamine (Floxyfral).

➤ **Le mécanisme d'action :**

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine agissant par blocage de la recapture présynoptique de la sérotonine. Leur profil d'efficacité est comparable à celui des tricycliques et des IMAO mais ils sont généralement mieux

tolérés et correspondent ainsi à un traitement de première intention.

Ils opèrent dans le cerveau notamment en augmentant le taux d'un neurotransmetteur appelé sérotonine (5-hydroxytryptamine ou 5-HT). Ils agissent sur le cerveau en inhibant la recapture de la sérotonine au niveau de la synapse. Le Blocage du transporteur de la 5HT entraînant une augmentation de celle-ci au niveau de l'espace synaptique. Les antidépresseurs sont donc cliniquement efficaces qu'au bout de 2 à 4 semaines de traitement quotidien et ne doivent jamais être arrêtés brutalement (effet rebond).

➤ **Les effets secondaires :**

Les ISRS produisent généralement moins d'effets secondaires que les IMAO ou les tricycliques. Grâce à leur spécificité, ils n'influencent pas l'histamine, ni la tyramine ou l'acétylcholine. Même si ses effets secondaires sont plus bénins, les ISRS peuvent tout de même provoquer :

- **Troubles gastro-intestinaux :**
Diarrhée, nausées, vomissements (dus à l'action sur les récepteurs 5HT3).
- **Troubles du sommeil :**
(Insomnie), irritabilité, céphalée, hypersudation,
- **Troubles de la libido.**
- **Syndrome sérotoninergique (dû à une augmentation toxique de la concentration en sérotonine intra-synaptique) :**
Agitation, hyperthermie, frissons, diarrhée, tachycardie, hypo ou hypertension, hyper réflexe, mouvements anormaux, troubles de la vigilance, syndrome confusionnel) nécessitant un arrêt du traitement, voire une hospitalisation.
- **Altération du poids :**
Prise ou perte de poids en fonction de l'ISRS.

B.4 Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénaline (ISRSNa) :

Les inhibiteurs de la recapture (ou du recaptage) de la sérotonine noradrénaline (ISRSNa, IRSN ou SNRI en anglais pour Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor) sont des psychotropes qui inhiberaient de façon sélective la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine.

Ces antidépresseurs ont une efficacité comparable à celle des antidépresseurs imipraminiques ; mais avec un meilleur profil de tolérance.

Quelques IRSNa :

- Venlafaxine : Effexor commercialisé en Algérie sous le nom de flaxyne et venlaxor.
- Milnacipran : Ixel, Savella.
- Duloxetine : Cymbalta.
- Desvenlafaxine : Pristiq.
- Levomilnacipran : Fetzima.

➤ **Le mécanisme d'action :**

Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et noradrénaline augmentent la concentration de sérotonine et de noradrénaline dans la synapse en empêchant sa recapture dans le neurone récepteur en bloquant le site de recapture situé en amont de la fente synaptique.

➤ **Les effets secondaires :**

Cette famille d'antidépresseurs sera mieux tolérée que celle des tricycliques, mais sera moins efficace. Les effets secondaires principaux sont identiques à ceux des inhibiteurs sélectifs de recapture de sérotonine (ISRS).

C. Les opioïdes :

L'opium est connu depuis l'antiquité pour son action psychodysléptique et analgésique.

Ces alcaloïdes ont été isolés au 19^{ème} siècle et son principe actif principal, la morphine est le chef de file des analgésiques centraux, la classe des morphiniques comporte actuellement des dérivés plus puissants obtenus par hémi synthèse et synthèse.

Ces produits ont permis de mettre en évidence les récepteurs endogènes de ces substances (récepteurs mu, kappa,) et les substances opioïdes de l'organisme (enképhalines et endorphines peptidiques).

Parmi ces produits On va traiter le profil toxicologique de la buprenorphine et le tramadol.

prise journalière malgré une demi-vie plasmatique d'élimination brève (3 à 5 heures).

▪ **Métabolisme :**

Le métabolisme est hépatique. Elle y subit une N-déalkylation conduisant à la norbuprénorphine et une glucuroconjugaison conduisant à trois métabolites (Ndéalkybyprénorphine-Glucuronide, N-déalkybyprénorphine, Buprénorphine-3-lucuronide).

Ces métabolites sont quasi inactifs (faible activité agoniste μ) et ne franchissent pas la barrière hémato-méningée.

➤ **Mécanisme d'action :**

La buprénorphine agit comme un agoniste partiel des récepteurs μ et comme un antagoniste des récepteurs κ et δ au niveau du système nerveux central.

Comme le blocage des récepteurs δ diminue l'effet μ , la buprénorphine a un effet antagoniste prédominant à dose élevée et un effet agoniste prédominant à dose faible ou modérée.

Ainsi, la buprénorphine a un effet antalgique puissant et provoque une dépression respiratoire moins intense que l'héroïne, dose dépendante et avec un effet plateau au-delà d'une certaine dose.

Donc, il existe une relation dose-effet sans risque d'overdose en monothérapie. (GIBIER L, 2002)

C.2 Le chlorhydrate de Tramadol

➤ **Etat naturel:**

En 2013, une équipe française a identifié le tramadol à l'état naturel dans les racines d'un pêché africain (*Nauclea latifolia*), à la concentration de 0,4%.

Pour la première fois, un médicament de synthèse est découvert dans une source végétale à des concentrations

cliniquement significatives. (Boumendjel A et al 2013)



Figure 10: *Nauclea latifolia*, fruit et fleur.

➤ Propriétés physicochimiques :

Le tramadol, de formule brute C₁₆H₂₅NO₂ a une structure proche de la codéine et de la morphine (figure).

La formule chimique est (1R,2R)-2-[(diméthylamino)-Méthyl]-1-(3-méthoxyphényl)-cyclohexanol.

Il est commercialisé sous forme d'un mélange racémique de deux énantiomères.

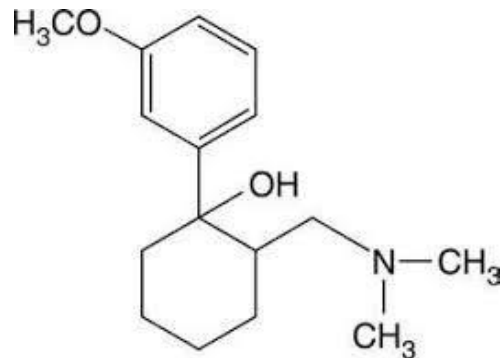


Figure 11: Structure chimique du tramadol.

Le tramadol à l'aspect d'une poudre cristalline blanche. Il est pratiquement inodore et a un goût amer. C'est une base faible avec un pKa de 9,41. (Grunenthal, 2005)

➤ Pharmacocinétique :

▪ Absorption :

Après la prise de tramadol per os, l'absorption digestive est d'environ 90%, quel que soit l'horaire de la prise (peu de modification notamment par la prise alimentaire). (Scott LJ, Perry CM, 2000).

▪ Distribution :

Le tramadol se lie faiblement aux protéines plasmatiques (taux de fixation de 20% environ). La molécule diffuse bien dans les tissus vascularisés, notamment par ordre décroissant dans le foie, les reins, les poumons, le cœur et le cerveau. Le tramadol passe la barrière hématoencéphalique et placentaire. Il diffuse également en très faible quantité dans le lait maternel (environ 0,1% de la dose administrée). (Kukanich et Papich, 2004)

▪ Métabolisme :

Le métabolisme est à 85% hépatique et fait intervenir le complexe enzymatique cytochrome P450. Il s'effectue selon deux étapes essentielles : par N-déméthylation et par O-déméthylation, puis par conjugaison (glucuronique et sulfurique) des produits de la O-déméthylation.

Le O-desméthyltramadol (M1) et le N, O-desméthyltramadol (M5) sont les métabolites principaux ; M1 est la seule pharmacologiquement actif. Il se présente, comme la molécule mère, sous forme d'un

mélange racémique. Le (+) M1 interagit avec les récepteurs μ et le (-) M1 avec les récepteurs α -2 adrénergiques. L'affinité Du (+) M1 pour les récepteurs μ est 200 fois plus puissante que celle du (+) tramadol. Le pouvoir analgésique du tramadol est essentiellement dû à (+) M1 bien que les énantiomères de la molécule mère agissent en synergie avec les énantiomères de M1. (Gillen C et al, 2000)

➤ Effets secondaires :

Elle se caractérise surtout par des troubles psychiques (caractères replié, apathie, diminution de l'attention, trouble de la mémoire, etc.) ; amaigrissement, cachexie ; constipation tenace et aménorrhée tiennent lieu de complications.

L'administration de tous les opiacés s'accompagne invariablement de l'apparition d'une tolérance et d'une dépendance physique et psychique ces manifestations varient en intensité suivant les opiacés. Bien que la tolérance apparaisse dès la première administration d'un opiacé elle ne se manifeste cliniquement qu'après deux à trois semaines de traitement et ne se développe pas de façon égale pour toute les actions des opiacés.

Elle le fait par exemple rapidement pour l'effet analgésique et émétique ainsi que pour la dépression respiratoire. Par contre elle est inexistante pour l'expression de myosis, de la constipation et de l'effet convulsivant éventuel.

Il existe enfin une tolérance croisée entre les différents opiacés. Le développement d'une tolérance est nettement moins prononcé pour les agonistes partiels et agonistes antagonistes .il faut noter qu'il y n'y pas de tolérance pour les actions antagonistes des agonistes antagonistes, ni pour celles des antagonistes purs.

La prise chronique d'opiacé s'accompagne également de développement d'une dépendance physique.

Celle-ci se définit par l'apparition d'un syndrome de sevrage lorsque la prise d'opiacé est arrêtée brusquement, ou à la suite de l'administration d'un antagoniste pur.

Ce syndrome de sevrage comporte les signes suivants : rhinorrhée, larmoiement, bâillement, frissons, hyperventilation, hyperthermie, mydriase, myalgies, diarrhée, vomissement, anxiété. Les signes du syndrome de sevrage sont éliminés par l'administration d'un agoniste.

Le degré de sévérité et la durée du syndrome de sevrage varient selon les opiacés. (Magistretti P-J, 1998).

D. Les antiépileptiques :

D.1 Les barbituriques (anciennes molécules) :

➤ **Historique :**

Ce sont des composés organiques dérivant de la malonylurée (improprement appelées acide barbiturique en raison de la forme des cristaux semblables à une lyre), ils forment un groupe homogène sur le plan chimique et pharmacologique. Les barbituriques ont été très utilisés comme hypnotiques, en particulier ceux qui avaient une courte durée d'action tels que le butobarbital. Ils ne sont quasiment plus utilisés dans cette indication car leur effet hypnotique, indiscutable en début de traitement, disparaît au bout de quelques jours et une aggravation de l'insomnie enzymatiques. Aujourd'hui, ils sont essentiellement utilisés dans le traitement de certaines formes d'épilepsie et dans l'anesthésie générale. (Faure S, 2008)

➤ **Propriétés physico chimiques :**

Les barbituriques sont les dérivés de l'acide barbiturique qui peut être décrit comme produit de condensation de l'acide malonique et de l'urée (malonylurée ou 2,4, 6-trioxypyrimidine).

Les barbituriques se trouvent sous la forme cétonique ou énolique (tautomérie ; la forme énolique est faiblement acide et peut former des sels solubles avec des bases fortes, tandis que la forme non dissociée est très lipophile.

Les barbituriques sont des molécules très liposolubles. Les différences de liposolubilité entre les molécules conditionnent leur vitesse d'absorption digestive et leur diffusion dans l'organisme, surtout au niveau du cerveau, du placenta et du lait maternel. (Kintz p, 1998)

➤ **Pharmacocinétique :**

▪ Absorption :

Administrés par voie buccale les barbituriques sont rapidement absorbés au niveau de l'estomac et de l'intestin grêle sous leur forme non dissociée administrés per os ou par voie parentérale ils passent rapidement dans le sang ils se répartissent entre les hématies et le plasma on les retrouve partiellement combinés aux protéines plasmatiques.

- **Distribution :**

A partir du sang les barbituriques diffusent dans tout l'organisme avec une tendance à se fixer dans les tissus nerveux et adipeux en raison de leur biodisponibilité. Ils peuvent traverser la barrière placentaire et par conséquent sont contre indiqués dans le cas de grossesse du fait de la sensibilité du fœtus.

- **Métabolisme :**

C'est essentiellement au niveau des microsomes hépatiques que les barbituriques subissent des transformations métaboliques qui sont pour la plupart des processus de détoxification ces biotransformations sont essentiellement conditionnées par leur stabilité in vivo elle-même en relation avec leur structure et leur liposoluble.

- **Elimination :**

Elle se fait surtout par l'urine. Il est important de savoir quelle n'est pas immédiate en raison de l'action antidiurétique développée par les barbituriques. Elle ne commence que plusieurs heures après l'ingestion.

Les formes non ionisées peuvent subir une réabsorption tubulaire, où l'intérêt de pouvoir disposer de sang ou de liquide gastrique si l'on souhaite poser un diagnostic analytique précoce. Le rythme d'élimination urinaire est plus ou moins lent selon la structure de la molécule il est plus rapide pour les composés très métabolisés. L'élimination peut être accélérée par alcalinisation du pH tubulaire. Les barbituriques passent aussi dans la salive dans la sueur et dans le lait maternel ils sont déconseillés au cours de l'allaitement.

➤ **Mode d'action :**

Les barbituriques sont des agonistes des récepteurs allostériques du complexe GABAergique. C'est ainsi qu'ils augmentent la durée d'ouverture du canal Cl⁻ en sensibilisant le récepteur GABAA. À doses élevées, ils pourraient augmenter la durée d'ouverture des canaux Cl⁻ même en absence de GABA.

L'induction enzymatique explique en partie le phénomène de tolérance (nécessité d'augmenter les doses) elle est aussi fonctionnelle suite à une adaptation de SNC. Elle régresse après le sevrage. (Faure S, 2008)

➤ **Effets secondaires :**

Les barbituriques en prise régulière sont à l'origine d'une dépendance et d'une tolérance. Il existe une toxicomanie aux barbituriques.

L'arrêt brutal est à l'origine d'un syndrome de sevrage. Les signes cliniques associent des céphalées une asthénie et souvent une insomnie puis l'apparition d'un syndrome confusionnel, parfois hallucination, l'électroencéphalogramme montre des anomalies paroxystiques bilatérales .la survenue de crises convulsives cliniques explique la gravité de ces syndromes de sevrage.

Le syndrome de sevrage peut apparaitre dans les 2 à 3 jours qui suivent le réveil d'un coma barbiturique alors que les barbituriques sont encore présents dans le sang du patient. Cette symptomatologie peut régresser à l'arrêt de l'intoxication mais peut également persister et aboutir à un syndrome démentiel irréversible. Ces états démentiels ont même été décrits chez des sujets jeunes massivement intoxiqué. Cependant, d'autres facteur peuvent être responsable ou participer à cette détérioration telle que la dénutrition les carences vitaminiques et l'alcoolisme associé. (Vincent D Gaelle H, 1999)

D.2 La prégabaline (nouvelle molécule) :

➤ Structure chimique :

La prégabaline a une structure chimique dérivée du neurotransmetteur présent chez les mammifères, l'acide gamma aminobutyrique (GABA), mais n'agit pas sur les récepteurs GABA et ne paraît pas mimer l'action du GABA ni stimuler son activité pharmacologique. Sa dénomination est l'acide (S)-3

(aminométhyl)-5-méthylhexanoïque de formule brute C₈H₁₇NO₂. C'est un analogue structural de la gabapentine et donc du neurotransmetteur GABA. (LÉVY-CHAVAGNAT D, 2009)

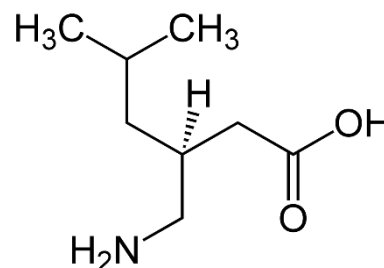


Figure 12: Structure chimique de la prégabaline.

➤ Pharmacocinétique

▪ Absorption :

Elle est rapidement absorbée lorsqu'elle est administrée à jeun, les pics plasmatiques apparaissant dans heure suivant la prise d'une dose unique ou multiple. La biodisponibilité orale de la prégabaline est estimée comme étant supérieure ou égale à 90 %, et est indépendante de la dose.

Cette absorption peut être retardée avec la présence d'aliment. En effet, on estime à environ 25-30 % la

diminution de la concentration maximale, mais sans que cela n'entraîne une diminution significative de l'absorption.

- **Distribution :**

Elle est bien distribuée dans l'organisme et très peu fixée aux protéines plasmatiques. Elle traverse les barrières hémato-encéphalique, fœto-placentaire et passe dans le lait.

- **Métabolisme :**

La prégabaline ne se lie pas aux protéines plasmatiques, n'est pas métabolisée par le foie.

- **Élimination :**

La demi-vie d'élimination de la prégabaline est d'environ 6,3 heures. L'élimination est principalement rénale, sous forme inchangée, directement proportionnelle à la fonction rénale.

➤ **Mécanisme d'action :**

Malgré sa similarité structurale avec l'acide gamma aminobutyrique (GABA), un neurotransmetteur inhibiteur, la prégabaline, l'énantiomère pharmacologique actif du 3isobutylGABA racémique (Zareba G, 2005), n'a aucun effet sur le GABA cellulaire. En effet, la prégabaline n'est pas un GABA mimétique et ne se lie donc pas aux récepteurs GABA_A ou GABA_B. Elle n'interagit pas non plus avec les transporteurs de la recapture du GABA.

En 1996, la sous-unité alpha 2-delta des CCVD, découverte pour la première fois en 1988 par l'équipe d'Ellis (Ellis S-Bet al, 1988), a été identifiée comme protéine de liaison de la gabapentine dans un cerveau porcin (Gee et al, 1996). La prégabaline produit aussi son effet en se liant puissamment à la protéine alpha2-delta des CCVD des neurones pré synaptiques. Cette liaison entraîne un blocage de l'entrée de calcium, puis conséquemment une diminution du relâche de neurotransmetteurs excitateurs, tels que le glutamate, la norépinephrine, la substance P et le CGRP.

Plus spécifiquement, il a été clairement démontré que l'action analgésique de la prégabaline est médiée par la sous-unité alpha2-delta 1 des CCVD. (Field et al. 2006)

E. Les antiparkinsoniens :

E.1 Trihexyphénidyle :

La trihexyphénidyle est un anticholinergique ayant une action antiparkinsonienne, essentiellement sur le tremblement.

Elle dispose donc d'une AMM en Algérie pour la maladie de Parkinson et pour le syndrome parkinsonien des neuroleptiques.

On peut la trouver sous les noms de marque Artane® ou Parkinane®. Un surdosage entraîne, entre autres, une confusion mentale et des hallucinations, effets recherchés par certains usagers.

Il s'agit toutefois d'usages qui semblent rester assez marginaux au sein des populations observées. (Trend, 2002)

➤ Propriétés physicochimiques

Benzhexol, également connu sous le nom trihexyphénidyle est une amine tertiaire de formule brute C₂₀ H₃₁ NO, médicament anti muscarinique, avec des actions similaires à l'atropine.

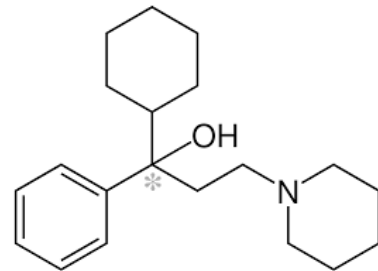


Figure 13: Structure chimique de la Trihexyphénidyle.

➤ Pharmacocinétique

La Trihexyphénidyle est rapidement absorbée par le tractus gastro-intestinal.

Après administration orale de chlorhydrate Trihexyphénidyl comprimés, le début de l'action se produit en 1 heure, les effets de pointe depuis 2-3 heures, et la durée d'action est de 6-12 heures. Le sort métabolique de trihexyphénidyl n'a pas été déterminée, le médicament est excrété dans l'urine avec ses trois métabolites hydroxylés et isomères (la 1-(hydroxycyclohexyl)-1-phényl-3piperidinopropan-1-ols).

➤ Mécanisme d'action

Trihexyphénidyl est un antagoniste des récepteurs M1 muscariniques de l'acétylcholine. Il est capable de discriminer entre le M1 (ou cortical neuronale) et les sous - types muscariniques périphériques (cardiaques et glandulaire). Trihexyphénidyl bloque partiellement l'activité cholinergique dans le système nerveux central, qui est responsable des symptômes de la maladie de Parkinson.

Il est également pensé pour augmenter la disponibilité de la dopamine, une substance chimique du cerveau qui est essentiel dans l'initiation et le contrôle en douceur du mouvement des muscles volontaires.

Chapitre III

Le rôle de pharmacien
dans l'addiction
aux psychotropes

Chapitre III. Le rôle de pharmacien dans l'addiction aux psychotropes :

1. Définition :

La pharmacie est l'une des professions de santé les plus accessibles, l'une des professions de santé les plus fiables, aussi c'est une profession d'experts en médicaments, une profession qui s'efforce de réduire les coûts des soins de santé, favorise l'amélioration des résultats pour les patients et une profession de *fournisseurs de soins de santé*.

La portée de la pratique de la pharmacie comprend des rôles plus traditionnels tels que la préparation et la distribution de médicaments, elle comprend également des services plus modernes liés aux soins de santé, y compris des services cliniques, l'examen des médicaments pour l'innocuité et l'efficacité et la fourniture d'informations sur les médicaments.

Les pharmaciens sont donc les experts de la pharmacothérapie et les principaux professionnels de la santé qui optimisent l'utilisation des médicaments au profit des patients.

Le mot pharmacie est dérivé de son mot racine pharma qui était un terme utilisé depuis les XVe-XVIIe siècles. Cependant, les racines grecques originelles des pharmakos impliquent la sorcellerie ou même le poison. En plus de ses responsabilités dans le secteur pharmaceutique, le secteur pharmaceutique offrait des conseils médicaux généraux et une gamme de services qui sont désormais fournis uniquement par d'autres praticiens spécialisés, tels que la chirurgie et la profession de sage-femme.

La pharma (comme on l'appelait) fonctionnait souvent par le biais d'un magasin de vente au détail qui, en plus des ingrédients des médicaments, vendait du tabac et des médicaments brevetés. Souvent, l'endroit qui a fait cela était appelé apothicaire et plusieurs langues l'ont comme terme dominant, bien que leurs pratiques s'apparentent plus à une pharmacie moderne, en anglais, le terme apothicaire serait aujourd'hui considéré comme obsolète ou ne serait approprié que si les remèdes à base de plantes étaient utilisés.

Offrir dans une large mesure. Les pharmas utilisaient également de nombreuses autres herbes non répertoriées.

Le mot grec Pharmakeia dérive de pharmakon, qui signifie «drogue», «médicament» (ou «poison»).

2. Place du pharmacien dans la société :

Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible au public, accessibilité et disponibilité sur des plages horaires importantes sans rendez-vous.

L'officine constitue une porte d'entrée de choix pour accéder au système de santé, et la disponibilité du pharmacien fait de lui un professionnel de santé de premier recours. À noter par ailleurs, que le droit pharmaceutique impose une délivrance des médicaments limitée à un mois de traitement (à l'exception de certains médicaments disponibles sous des conditionnements de trois mois).

Ainsi, le pharmacien se trouve très régulièrement amené à rencontrer les patients nécessitant un suivi à long terme. Par conséquent, il connaît les patients, et leur contexte de vie.

Le pharmacien est, avant tout, l'expert du médicament : indications, effets indésirables, modalités d'utilisation ainsi qu'interactions médicamenteuses. Il est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments.

Sa sensibilité aux notions de risques et de bon usage est certaine : 92% de la population est sensible aux conseils associés à la délivrance des médicaments.

De plus, par ses capacités d'écoute et de communication, ses conseils hygiéno-diététiques, le pharmacien va permettre de discuter avec le patient de ses réticences au traitement, d'améliorer l'observance et la satisfaction du patient ainsi que l'accompagnement de l'entourage.

La facilité d'accès du pharmacien n'est pas tant géographique que sociale. En effet, le pharmacien est les patients comme leur étant plus proche socialement que perçue Le médecin, ce qui rend l'échange plus facile.

3. Communication pharmacien patient

A. définition de l'entretien pharmaceutique :

La pratique professionnelle des pharmaciens d'officine a évolué. En effet, elle est passée de la simple préparation et délivrance des médicaments sur prescription du médecin à une véritable interaction entre le patient et les autres professionnels de santé pour ainsi progresser vers une approche dite de soins pharmaceutiques.

Le rôle du pharmacien tend vers un réel accompagnement du patient dans sa maladie, ce qui engendre l'apparition de nouvelles tâches comme l'interrogation du patient sur le vécu de sa maladie, l'obtention de sa part d'informations relatives à son observance et aux effets indésirables, l'éducation ou encore la fourniture des informations utiles et adaptées.

Cette approche centrée sur le patient est basée sur l'établissement d'une relation de confiance patient-pharmacien qui apparaît comme la clé du rôle actuel et futur du pharmacien d'officine. Suite à la prise de conscience que les effets indésirables sont responsables de 3,19% des hospitalisations dont 48,5% sont évitables ou potentiellement évitables, l'entretien pharmaceutique est aujourd'hui incontournable.

En outre, il apporte une source de satisfaction et de valorisation de la pratique quotidienne car il s'appuie sur le savoir du pharmacien. Il existe aussi une véritable demande des patients qui souhaitent que leur pharmacien s'entretienne avec eux concernant leur traitement.

Le pharmacien possède un rôle de médiateur entre le prescripteur et le patient, c'est aussi lui qui est en contact régulier avec le patient entre les visites chez le médecin. Il est donc bien placé pour s'assurer de l'efficacité d'un traitement et pour reconnaître l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé du patient ainsi qu'une éventuelle non-observance du traitement.

B. L'objectif de l'entretien pharmaceutique :

L'objectif principal de l'entretien pharmaceutique (en dehors des recommandations particulières de prise du médicament) est de développer une relation de confiance entre le patient et le pharmacien.

Ce dernier délivre au mieux les informations au patient en démontrant son implication et son intérêt et en basant la communication sur l'écoute active, l'empathie, le respect et l'absence de jugement.

L'entretien pharmaceutique vise à soutenir le patient dans la gestion de sa maladie et les changements qu'elle engendre sur son mode de vie. Il

inclut également l'aide au patient pour gérer son traitement au quotidien en planifiant les prises médicamenteuses dans la journée.

De plus, il doit permettre au patient de prévenir ou de diminuer les problèmes liés aux effets indésirables ainsi que les causes de non-observance au traitement.

Ainsi, dans une démarche d'accompagnement le pharmacien aide le patient à explorer les problèmes et les solutions. Grâce à l'éclairage fourni par le pharmacien, le patient devient véritablement acteur de sa maladie avec la responsabilité de tirer des conclusions, de décider du plan d'action et de choisir une solution qu'il peut suivre.

C. Education thérapeutique :

C.1 Définition :

L'OMS en 1998 propose de définir l'éducation thérapeutique comme : « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, les comportements de santé et de maladie du patient.

Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie.

L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie.

Ainsi, l'objectif premier de l'ETP est l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie.

Elle ne se limite pas à de l'information, mais vise à transmettre les connaissances et les compétences nécessaires à la gestion de sa pathologie au quotidien. Il s'agit d'un processus

C.2 L'objectif :

L'éducation continue allant de pair avec la prise en charge des soins. Celui-ci est encadré par des lois. Thérapeutique destinée aux pathologies psychiatriques est un processus dans lequel il est essentiel de créer les conditions favorables à l'acquisition de compétences et l'utilisation d'outils qui visent : l'auto soins, l'auto-surveillance des symptômes et de leur évolution, une meilleure connaissance de soi et de ses capacités de maîtrise émotionnelle et comportementale, le renforcement de l'estime de soi, la mise en œuvre de

comportements promoteurs de la santé, le développement d'un réseau social, la psychoéducation.

Les ateliers proposés investiguent l'ensemble de ces domaines. Par la réalisation de ces axes de travail et d'apprentissage, l'objectif du programme est de proposer une prise en charge globale au patient, c'est-à-dire de lui apporter une triple approche: médical, psychosociale et éducative.

Ce dernier point doit permettre la participation active du patient, le développement de son investissement à prendre en charge sa pathologie.

L'objectif à long terme est la réduction du nombre d'hospitalisation et des accueils en service d'urgence et ainsi une réduction de la durée et du nombre d'arrêt de travail.

L'atteinte de ces objectifs devra faire l'objet d'une évaluation avant la fin de l'autorisation du programme.

C.3 Fondement :

L'éducation thérapeutique est basée sur :

- L'échange des connaissances par transmission, transfert entre patient et professionnel de santé,
- L'amélioration de la santé,
- La volonté d'éduquer,
- La durée pour permettre la compréhension, la mise en pratique, les erreurs, l'adaptation, l'acceptation.

De plus, l'éducation thérapeutique va prendre en compte le vécu, l'expérience du patient ainsi que ses croyances, ses représentations, qui sont autant de sources d'informations fondamentales pour lui permettre de devenir un acteur complet de sa maladie.

C.4 Position du pharmacien et place des entretiens pharmaceutique dans l'éducation thérapeutique :

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique nécessite par définition une infrastructure et une logistique importantes car il s'agit d'un processus développé entre une équipe multidisciplinaire et le patient, planifié, régulier, long et incorporé au parcours de soins. Or, en psychiatrie, notamment en ce qui concerne les addictions, rares sont les structures de soins engagées dans ce lourd programme.

Ainsi, l'entretien pharmaceutique ne peut se prévaloir d'être un programme d'éducation thérapeutique car le suivi patient n'est

pas multidisciplinaire, il n'y a pas de proposition d'évaluation de ses compétences mais il s'appuie néanmoins sur les grands principes de celui-ci.

Le rôle du pharmacien est celui d'un médiateur dans le parcours de soins. La prise en charge va au-delà de la simple transmission d'un savoir, le pharmacien organise en collaboration avec le patient et de façon pratique la prise des médicaments. Par sa capacité d'écoute et sa disponibilité, il l'accompagne avec pour objectif son autonomisation maximale par l'utilisation de stratégies de communications motivationnelles. Ainsi, les fondamentaux de l'éducation thérapeutique ont toute leur légitimité dans le cadre de la relation pharmacien patient.

D. Mise en place d'un entretien pharmaceutique chez un patient addictes aux psychotropes :

D.1 Accueil du patient :

L'accueil du patient, basé sur l'empathie, va permettre de créer une relation de confiance entre celui-ci et le pharmacien et va ainsi donner lieu à un rapport clairement établi entre les deux tout au long du suivi pharmaceutique du patient.

D.2 Historique médicamenteux :

La réalisation de l'historique médicamenteux du patient est indispensable pour effectuer une analyse pharmacologique. D'autre part, l'interrogatoire du patient concernant ses traitements en cours va permettre au pharmacien de se rendre compte des connaissances qu'il en a, de ses croyances, de son comportement par rapports à ses traitements, de ses ressentis et enfin des effets indésirables éventuels.

D.3 Evolution de la motivation du patient à prendre traitement :

L'engagement du patient addicté dans un projet de soin nécessite un ensemble de changements de comportements de santé. Pour cela, le Modèle transe théorique du changement est utilisé.

Il expose la façon dont les sujets décident de changer de comportement lorsqu'ils sont dans des états d'émotion, de cognition et de disposition de comportement qui favorisent celui-ci.

Il se base sur le principe des croyances en santé pour démontrer la façon dont les personnes vont peser le pour et le contre d'un comportement ou d'un autre puis progresser par des processus expérimentaux et enfin comportementaux qui vont accélérer et

renforcer le changement. Les différentes étapes sont l'indétermination, la réflexion, l'intention, la réparation, l'action, la consolidation et enfin l'intégration ou la rechute. Ainsi, le rôle du pharmacien est d'aider, de motiver le patient à parcourir ces stades du changement. Les fondamentaux de la communication motivationnelle sont basés sur la règle des 4 R :

- **Recontextualiser** les propos, quelquefois trop généraux du patient, afin de mieux comprendre ses difficultés,
- **Reformuler** les propos du patient en les répétant et en les faisant préciser,
- **Résumer** les propos du patient,
- **Renforcer** les propos du patient afin d'avancer vers des objectifs à atteindre et d'exprimer les moyens pour y parvenir mais aussi pour l'impliquer pleinement dans le processus d'apprentissage.

D.4 Evaluation des obstacles au traitement :

Un recueil complet d'information par le pharmacien s'avère nécessaire pour l'élaboration des stratégies d'éducation et va permettre au patient de s'exprimer sur le vécu de sa maladie, d'obtenir des informations précises sur sa vie quotidienne ainsi que les difficultés éventuelles pour adapter son traitement à celle-ci. Les obstacles repérés peuvent être de différentes natures : manque de soutien familial ou social, isolement, déni du problème de santé, difficultés de compréhension, croyances. Cependant, la décision par le patient de prendre ou non son traitement est fortement influencé par le sens qu'il donne à sa maladie.

La représentation et les croyances concernant les antidépresseurs sont souvent axées sur leurs effets indésirables et la peur de l'accoutumance. Il a été démontré que l'impact de la prise en charge pharmaceutique entraîne une modification des croyances permettant prévenir les effets indésirables et de favoriser l'adhésion au traitement et l'observance.

E. Transmissions des règles hygiéno-diététiques :

Les règles hygiéno- diététiques constituent la base de la prise en charge du patient addicts aux psychotropes. Le pharmacien peut ainsi lui transmettre des règles de vie au quotidien qui va entraîner une diminution des symptômes d'addictions.

En outre, une simple amélioration de l'hygiène de vie peut avoir un véritable impact en cas de légère addiction. Ainsi, les points d'action du pharmacien sont les suivants :

- **améliorer son alimentation** car le choix de certains aliments va permettre d'accroître la production des messagers chimiques,

notamment la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine. En effet, les acides aminés qui constituent les protéines jouent un rôle essentiel dans la fabrication des neurotransmetteurs.

Certains sont produits par l'organisme et d'autres doivent être apportés par l'alimentation, notamment la phénylalanine et le tryptophane, nécessaires pour lutter contre l'addiction. Le tryptophane, précurseur de la sérotonine, est apporté par divers aliments : avocat, Œufs, poulet, canard, porc, gibier, fromage, germe de blé. Ces aliments devront être consommés de préférence le soir (goûter et dîner) car c'est le moment où il y a sécrétion physiologique de sérotonine.

La phénylalanine et la tyrosine, issue de sa synthèse dans l'organisme, sont des acides aminés précurseurs de la dopamine et de la noradrénaline. Ils sont contenus dans le canard, la dinde, le poulet, les flocons d'avoine, le lait entier, le chocolat noir.

Le pharmacien doit conseiller au patient de consommer des glucides à index glycémique bas (n'entraînant pas de grandes sécrétions d'insuline) et de privilégier les légumineuses (fèves, haricots secs, lentilles), les fruits et légumes frais, les aliments riches en antioxydants qui jouent un rôle dans la mémoire (notamment le sélénium et les vitamines C et E), les vitamines du groupe B (céréales complètes, poisson, viande), le magnésium (fruits secs, eaux minérales, persil, graines de fenouil, chocolat) et les acides gras polyinsaturés oméga 3 (poissons gras, noix, huile de colza).

Ces oméga-3, en particulier l'EPA (acide éicosapentaénoïque) et le DHA (acide docosahexaénoïque) dérivés de l'oméga-3 principal, l'ALA (acide α -linoléique), sont essentiels dans l'alimentation car l'organisme ne peut les synthétiser. Biologiquement, ils agissent au niveau de la composition des membranes cellulaires en favorisant une qualité, une fluidité et une intégrité de celles-ci permettant ainsi d'améliorer la réception des neurotransmetteurs sur les récepteurs du neurone post-synaptique. C'est la qualité de la membrane qui détermine l'efficacité et la rapidité de l'influx nerveux. En outre, ils ont des propriétés actives sur la production de facteurs neurotrophiques qui jouent un rôle dans la neuroprotection et la plasticité synaptique.

Enfin, il est nécessaire de rappeler au patient qu'il est bénéfique d'augmenter les prises alimentaires dans la journée en fractionnant les repas, de prendre ses repas à heures fixes, d'augmenter l'apport hydrique et de bien mastiquer les aliments.

- **Souligner** l'importance pour le patient d'éviter les excitants comme la caféine qui augmente l'anxiété.
- **Mettre en garde le patient** en ce qui concerne la consommation de toxiques comme le tabac, le cannabis et l'alcool qui ont un effet néfaste sur le moral et la motivation.

- **Avoir un sommeil équilibré** en suivant quelques règles simples pour bien dormir soit : être régulier au niveau du rythme de sommeil, prêter attention aux signes préliminaires de fatigue ne pas lutter, avoir une bonne literie, bannir tout excitant (café, thé, sodas, épices), dîner léger sans pour autant se priver car l'hypoglycémie réveille, attendre que la digestion soit terminée pour se mettre au lit, cesser toute activité physiquement ou intellectuellement

Le pharmacien doit donc informer qu'il est essentiel de profiter des périodes de rémission pour entretenir son réseau relationnel : voir ses amis, sa famille, ses collègues, participer à des activités collectives. Dans les périodes de crises, plus difficiles, où la souffrance est telle qu'il est impossible d'aller vers les autres, conseiller au patient de retourner vers des professionnels de santé formés ou vers les membres d'un groupe de parole ou d'échange.

Les personnes qui la constituent sont des patients, des parents, des amis et des professionnels de santé. Les trois objectifs de l'Association sont :

- De soutenir et d'informer sur l'addiction notamment sur l'évolution, les moyens pour y faire face, les recherches en cours,
- D'éveiller la compréhension du grand public à l'égard de l'addiction et de combattre l'a priori concernant la maladie,
- D'encourager le développement de programmes de recherche concernant les causes, le traitement et la prophylaxie de l'addiction.

- suggérer de pratiquer une activité de relaxation ou de méditation (yoga, sophrologie) en y consacrant quelques minutes par jour afin d'optimiser l'efficacité du traitement médicamenteux.

L'application de ces mesures hygiéno-diététiques a démontré une réelle efficacité dans la réduction des symptômes de l'addiction, ainsi une hygiène corporelle et bucco-dentaire, la pratique régulière d'une activité physique, l'équilibre alimentaire doivent être encouragés afin de pallier à l'autodépréciation et la dévalorisation de l'image de soi. En outre, le soutien de l'entourage joue un rôle majeur dans la prise en charge de l'épisode addictif.

Il est donc nécessaire, en cas de difficultés pour comprendre ou adapter son attitude face à son proche atteint de dépression, d'orienter l'entourage vers des spécialistes ou des associations de malades.

PARTIE

Pratique

Introduction :

Les pharmaciens d'officine se sont largement impliqués dans la prise en charge des addictions aux psychotropes.

Le contact direct des pharmaciens d'officine avec les psychopathes aussi que la qualité de relation entre médecin, patient et pharmacien a un impact important sur la prise en charge des addictions aux psychotropes un dialogue constant entre le prescripteur (le médecin) et le dispensateur (pharmacie) est également fondamental, il permet notamment le suivi d'état du patient, la relation de ce patient avec les psychotropes, sa dépendance aux médicaments etc....

L'implication des pharmaciens aux réseaux d'addictologie s'est fait de première heure de prise en charge et a permis d'optimiser la qualité de la prise en charge globale de patients.

Le pharmacien peut atteindre les populations les plus marginalisées pour les intégrer dans le système de soins, il est aussi un interlocuteur d'accès aisé pour les familles au les malades cherchaient des informations fiables sur toutes les formes d'addictions surtout les addictions aux psychotrope.

Le pharmacien est un relais essentiel pour l'action relative à la prévention, aux soins et à la réduction des risques en matière de drogues et de toxicomanies il peut repérer une conduite addictive, écouter un usager, un parent ou ami, conseiller et orienter vers une structure de soins.

C'est dans ce sens qu'on a établi un questionnaire dans le cadre de cette enquête orientée aux pharmaciens d'officine choisis d'une façon aléatoire et qui exercent à Djelfa et Médéa pour voir leurs rôles dans la prise en charge d'addiction aux psychotropes.

I. Objectif :

Notre objectif à travers cette étude est d'évaluer l'ampleur de l'addiction aux psychotropes au sein population générale.

- Informer les pharmaciens, par apport aux risques, aux des comportements violents des consommateurs de psychotropes
- Définir le rôle du pharmacien dans la prise en charge des patients victimes d'addiction aux psychotropes.
- Rôle du pharmacien dans l'orientation, le conseil, le suivi, le traitement et l'aide des parents des patients.

II. Matériels et méthodes :

A. Lieu de l'enquête :

Nous avons réalisé une enquête auprès des pharmaciens exerçant dans leurs officines privées au niveau de deux wilayas : Djelfa, Médéa et nous avons présenté notre questionnaire accompagné de l'objectif de l'étude.

B. Période de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée durant les deux mois juin et juil. Chaque questionnaire a duré en moyenne un peu plus d'une semaine.

C. Population ciblée :

➤ Enquête auprès des pharmaciens

Notre étude est réalisée à l'aide d'une enquête prospective par questionnaire proposé aux pharmaciennes.

Les questionnaires ont été distribués au niveau des officines et réunis aux pharmaciens

Au total : 26 réponses ont été récoltées.

D. Outils d'investigation :

Le questionnaire comporte 19 questions, dans la majorité des questions sont des questions fermées (16 questions fermées et 3 questions ouvertes). Les questions ouvertes permettent aux pharmaciens d'exprimer leurs avis.

Le questionnaire s'articule autour de trois (3) parties :

- Partie 1 (évaluée par le biais de cinq (5) questions) : rassemblent des informations générales.
- Partie 2 (évaluée par le biais de cinq (5) questions) : qui concerne sur les psychotropes.
- Partie 3 (évaluée par le biais de neuf (9) questions) : identifiant la place et le rôle des pharmaciens dans le cycle de la prise en charge des addictions aux psychotropes.

E. Outils statistiques :

Les données récoltées ont été représentées sous forme d'histogrammes et de secteurs en utilisant le programme « Microsoft Excel 2007 » et en calculant la moyenne, l'écartype et l'intervalle de confiance à l'aide du même programme.

III. Résultats et interprétations :

Le nombre de pharmaciens ayant répondu correctement à l'enquête est de 26 au total. Les 26 questionnaires sont exploitables.

A. Information générale :

A.1 Représentation du mode d'exercice :

Tableau 1: Catégories du mode d'exercice.

Mode d'exercice	Titulaire	Assistant	Total
Nombre	17	9	26
	65.4%	34.6%	100%

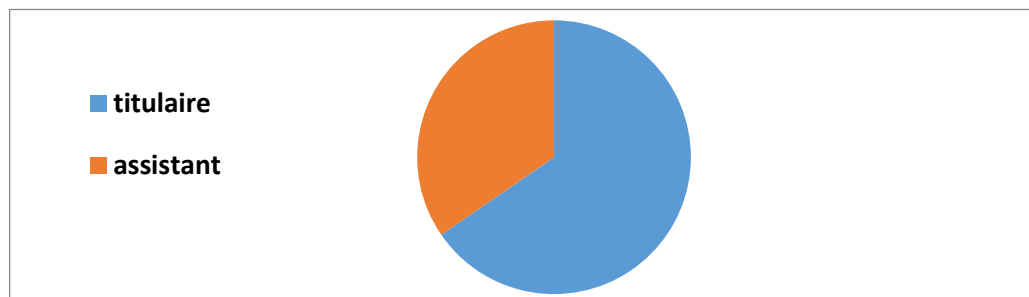


Figure 1 : Graphique illustrant les catégories du mode d'exercice.

Commentaire : $\frac{2}{3}$ des pharmaciens, interrogés sont des titulaires contre $\frac{1}{3}$ sont des assistants.

A.2. Répartition des pharmaciens interrogés selon la durée d'exercice :

Tableau 2: Répartition des pharmaciens interrogés selon la durée d'exercice

Durée d'exercice	<10ans	10 -20ans	>20ans
Nombre	6	12	8
Pourcentage	23.1%	46.1	30.8%

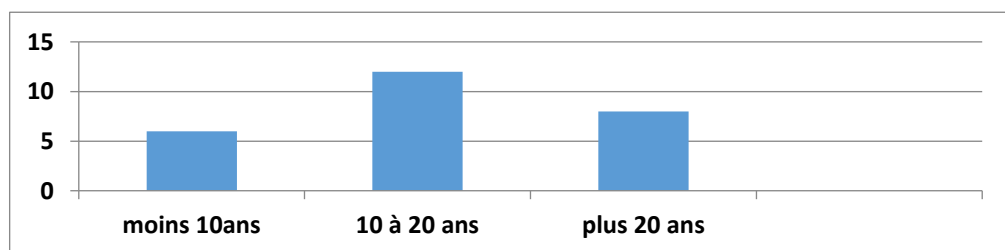


Figure2 : Graphique illustrant la durée d'exercice.

Commentaire : la moitié $\frac{1}{2}$ des pharmaciens interrogés ont une durée d'exercice entre 10 et 20 ans, chose qui reflète la bonne prise en charge et les bons conseils.

A.3 Représentation de confidentialité dans l'officine :

Tableau 3: représentation de confidentialité dans l'officine.

Réponse	Nombre	Pourcentage(%)
Oui	16	61.5%
Non	10	38.5%
Total	26	100%

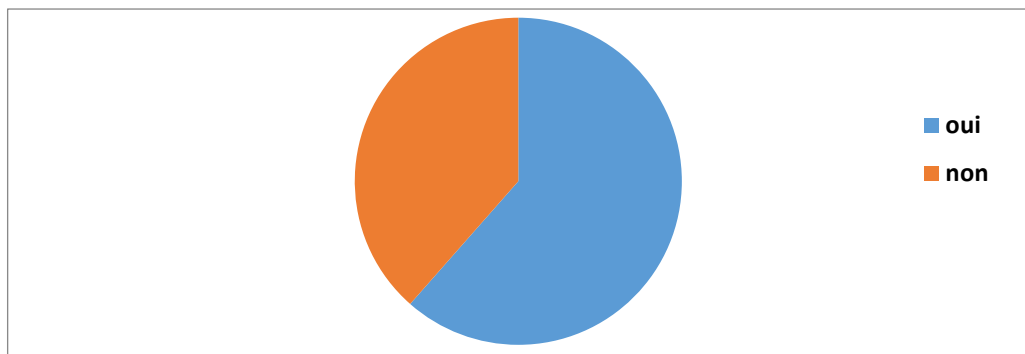


Figure 3 : Graphique illustrant la confidentialité dans l'officine.

On constate $\frac{1}{3}$ des pharmaciens ne disposent pas d'espace de confidentialité, ce qui retenti sur la qualité des conseils

A.4 Représentation des conseils thérapeutique :

Tableau 4: L'habitude du pharmacien de donner des conseils thérapeutiques aux patients.

Réponse	Nombre	Pourcentage(%)
Oui	24	92.3%
Non	2	7.7%
Total	26	100%

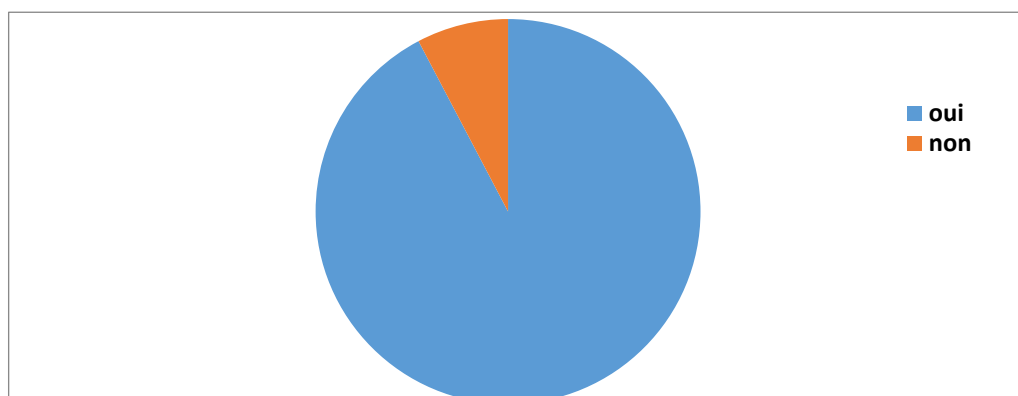


Figure 4 : Graphique illustrant l'habitude du pharmacien de donner des conseils thérapeutiques aux patients.

Commentaire : on constate la majorité des pharmaciennes (92.3%) ont l'habitude de donner des conseils thérapeutiques aux patients.

A.5.Représentation des nouvelles technologies.

Tableau 5: l'utilisation des nouvelles technologies dans l'officine.

Les réponses	Oui tout à fait	Oui plus tôt	Non pas vraiment	Non pas tout
Nombre	15	7	4	0
Pourcentage	57.7%	26.9%	15.4%	0%

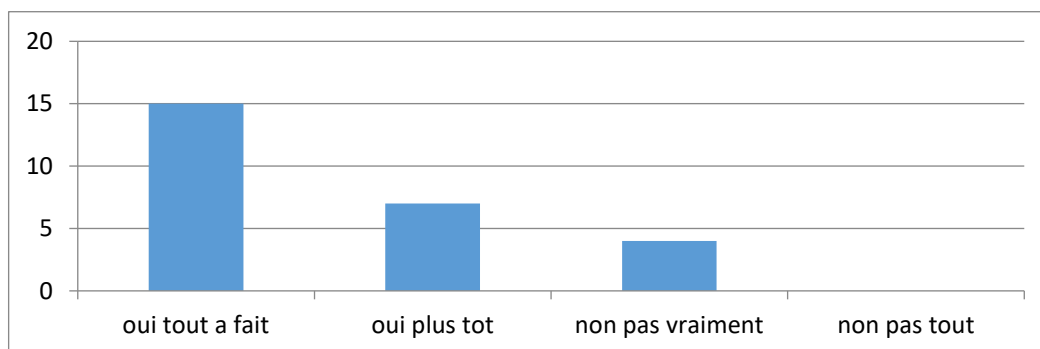


Figure 5 : graphique illustrant l'utilisation des nouvelles technologies dans l'officine

Commentaire : Selon (le tableau 5 et la figure 5) : on remarque que la moitié des pharmaciennes (57.7%) possèdent n'ont non techniques et (26.9%) plus tôt et (15.4%)

Remarque :

Parmi les nouvelles techniques permettant de faciliter le travail du pharmacien consiste en des écrans tactiles géants installés derrière le comptoir de la pharmacie, en cliquant sur l'image du produit, on peut détenir toutes les l'informations sur le produit (prise, conseils, pathologie, l'indication, contre-indication, ...)

A noter également que certaines officines ont é té dotées de technique comme « cheik collecte » relié directement au site internet de la pharmacie, le patient peut acheter ses médicaments une telle nouveauté permet d'être à la pharmacie un point d'écoute et de conseil pour les patients nécessitant un accompagnement dans leur médication.

B. Analyse et interprétation des questions :

- **Questions sur les psychotropes.**
 - ❖ Les ordonnances des psychotropes proviennent, elles ? :
 - ❖ Des ou
 - Médecin généraliste ;
 - Médecin spécialiste ?

Tableau 6: La provenance des ordonnances des psychotropes.

Médecin	Généraliste	Spécialiste	Généraliste et spécialiste
Nombre	1	13	12
Pourcentage	3.8%	50%	46.2%

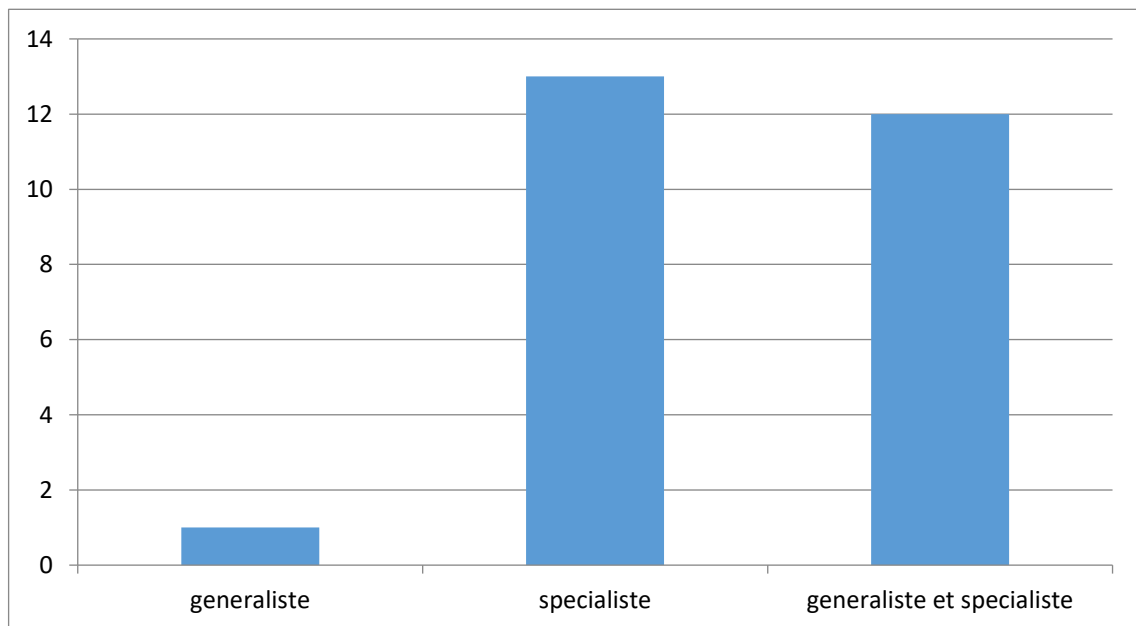


Figure 6 : graphique illustrant la provenance des ordonnances des psychotropes

Le quasi Majorité des ordonnances, proviennent des médecins spécialistes.

❖ **Quelle est le nombre des ordonnances des psychotropes traitez par jour ?**

Tableau 7: le nombre des ordonnances des psychotropes traitées par jour.

Le nombre des ordonnances.	5_10	10_15	15_20
Nombre	18	6	2
Pourcentage	69.2%	23.1%	7.7%

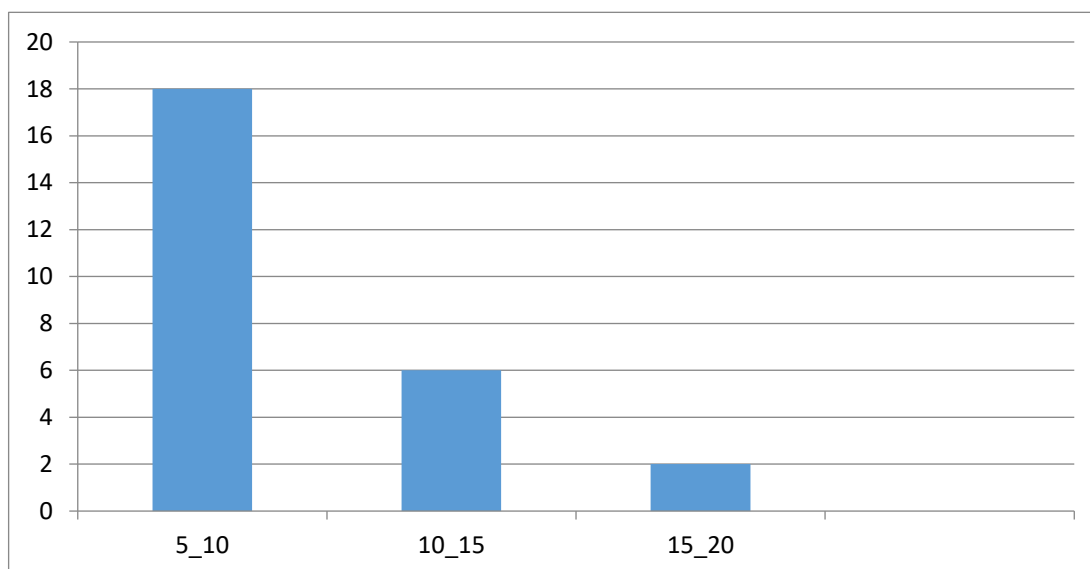


Figure 7 : Graphique illustrant le nombre des ordonnances des psychotropes traitées par jour.

Commentaire : Selon le tableau 7 et la figure 7 (69.2%) des pharmaciens signalent que le nombre des ordonnances des psychotropes traitées par jour entre 5-10 (23.1) des pharmaciens traitent entre (10 -15) ordonnances par jour et (7.7%) des pharmaciens signalent qu'ils visitent entre (15 -20) ordonnances par jour.

La moyenne des ordonnances traitées est de 10 par jours.

❖ Quelle est la classe parmi les psychotropes la plus prescrite par les médecins ?

Tableau 8: La classe des psychotropes la plus prescrite par les médecins.

La classe des psychotropes	Nombre	Pourcentage
Neuroleptiques (N)	6	23.2%
Thym régulateurs (T)	1	3.8%
Benzodiazépines (B)	1	3.8%
Antidépresseurs (A)	13	50%
N + B + A	1	3.8%
N + B	1	3.8%
N + A	3	11.6%

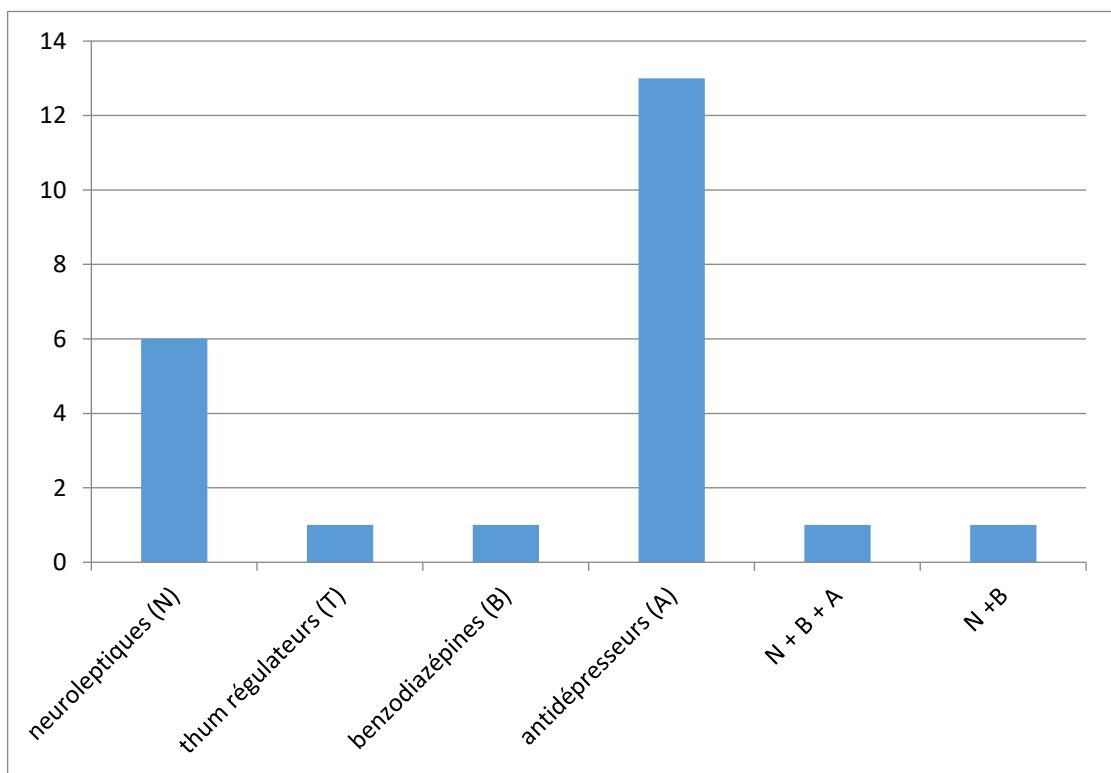


Figure 8 : Graphique illustrant la classe des psychotropes la plus prescrite par les médecins.

Commentaire : Selon le tableau 8 et la figure 8 on remarque que la moitié des pharmaciens signalent que les antidépresseurs c'est la classe des psychotropes la plus prescrite par les médecins.

Presque 90% des ordonnances contiennent des neuroleptiques et antidépresseurs.

❖ **Faites-vous rappels sur les effets secondaires causées par les psychotropes ?**

Tableau 9 : Le nombre des pharmaciens intéressés ou non aux effets secondaires

Les effets secondaires	Oui	Non
Nombre	20	6
Pourcentage	76.9%	23.1%

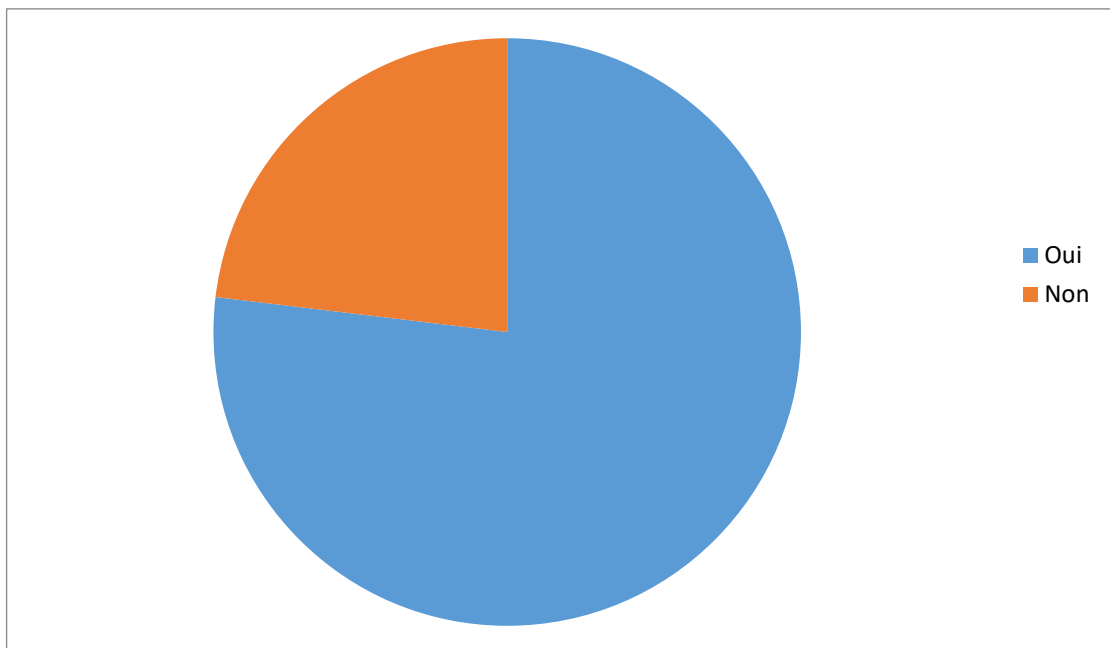


Figure 9 : Graphique illustrant les effets secondaires causés par les psychotropes.

Commentaire : la majorité des pharmacies (76.9%) font un rappel sur les effets secondaires causés par les psychotropes alors que (23.1%) des pharmaciennes ne se fait pas.

➤ **Questions sur place et rôle des pharmaciennes dans le cycle de prise en charge des addictions aux psychotropes :**

- ❖ **Pensez-vous que le pharmacien a un rôle prépondérant dans la prise en charge des addictions aux psychotropes ?**

Tableau 10 : le rôle prépondérant du pharmacien dans la prise en charge des addictions aux psychotropes.

Le rôle de pharmacien	Oui	Non
Nombre	17	9
Pourcentage	65.4%	34.6%

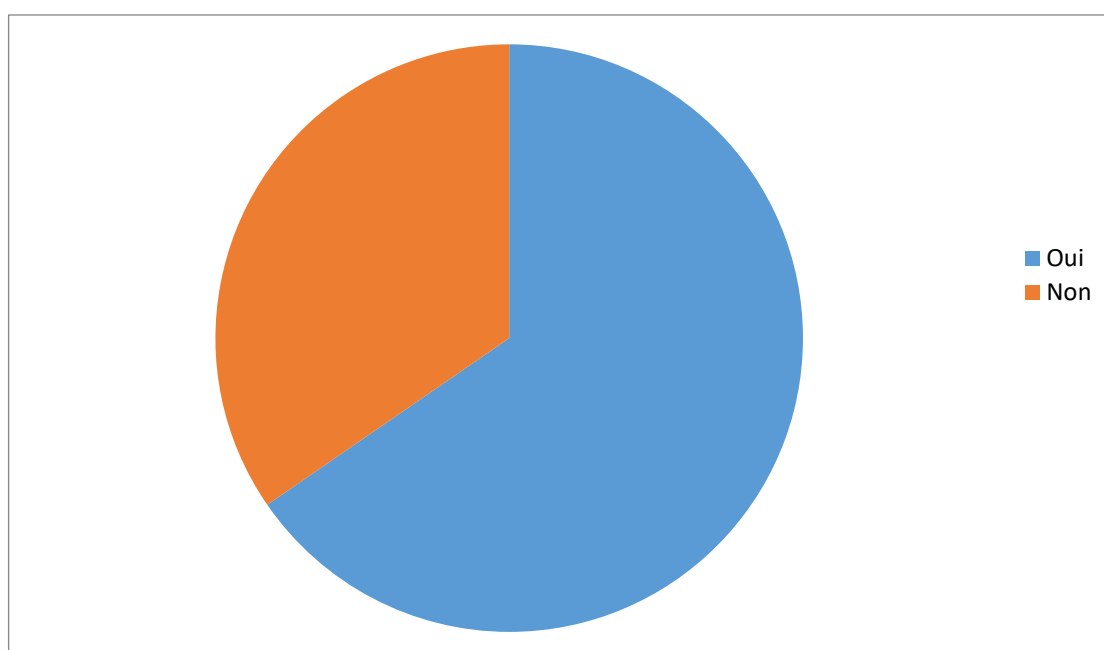


Figure 10: Graphique illustrant le rôle prépondérant du pharmacien dans la prise en charge des addictions aux psychotropes.

Commentaire : Selon (le tableau 10 et la figure 10): 2/3 des pharmacies signalent (64.3) que le pharmacien a un rôle prépondérant dans la prise en charge des addictions aux psychotropes.

❖ Est-ce que le pharmacien a un rôle pour éviter la dépendance aux psychotropes ?

Tableau11 : le rôle du pharmacien pour éviter la dépendance aux psychotropes

Le rôle du pharmacien	Oui	Non
Nombre	15	11
Pourcentage	57.7%	42.3%

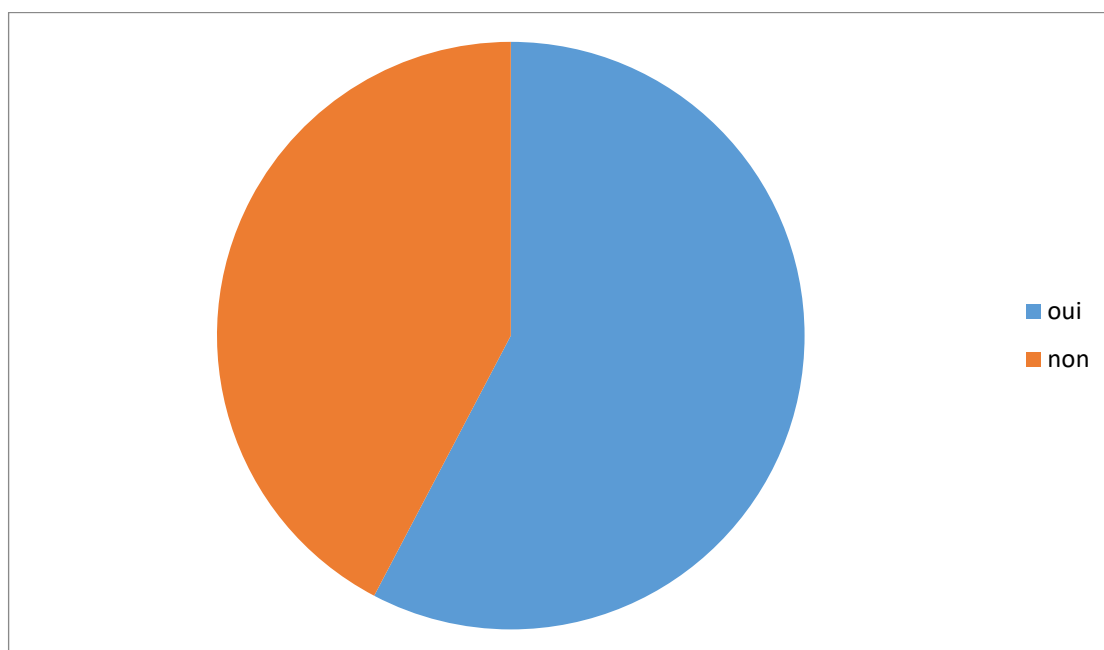


Figure 11: graphique illustrant le rôle du pharmacien pour éviter les dépendances aux psychotropes

Commentaire : Selon (le tableau 11 et la figure 11) on remarque que la plupart des pharmaciens interrogés voient que le pharmacien joue un rôle dans la prévention de la dépendance aux psychotropes.

❖ Intéressez-vous a un suivi régulier des patients pendant leurs prises en charge pour addiction ?

Tableau 12 : le suivie régulier des patients par les pharmaciens.

Les réponses	Oui	Non
Nombre	11	15
Pourcentage	42.3%	57.7%

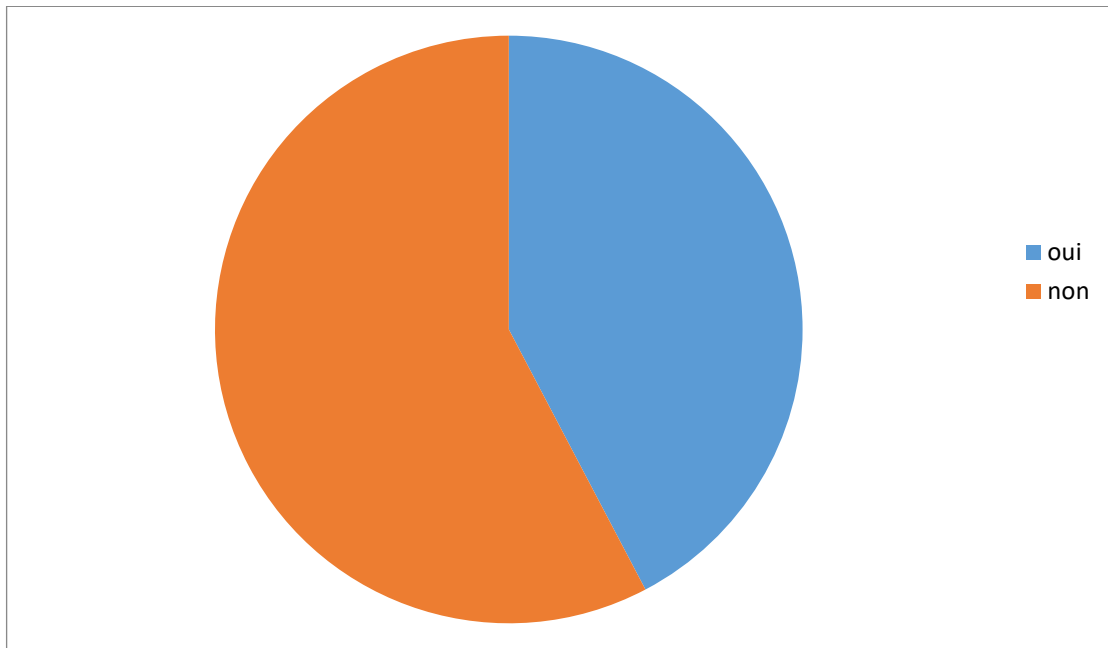


Figure 12 : graphique illustrant le suivie régulier des patients par les pharmaciens

Commentaire : Selon (le tableau 12 et la figure 12) plus de moitié (57.7%) des pharmaciens n'ont pas émis d'intérêt aux suivi régulier des patients pendant leur prise en charge alors (42.3 %) ont émis un intérêt au suivi des patients.

❖ **Quelle est la classe des psychotropes la plus consommée par les patients addicts ?**

Tableau 13 : la classes des psychotropes la plus consommé par les patients addictes.

La classe des psychotropes	Neuroleptiques	Thym régulateurs	Benzodiazépines	Anti depressiveurs
Nombre	10	0	9	14
Pourcentage	38.5%	0%	34.6%	53.8%

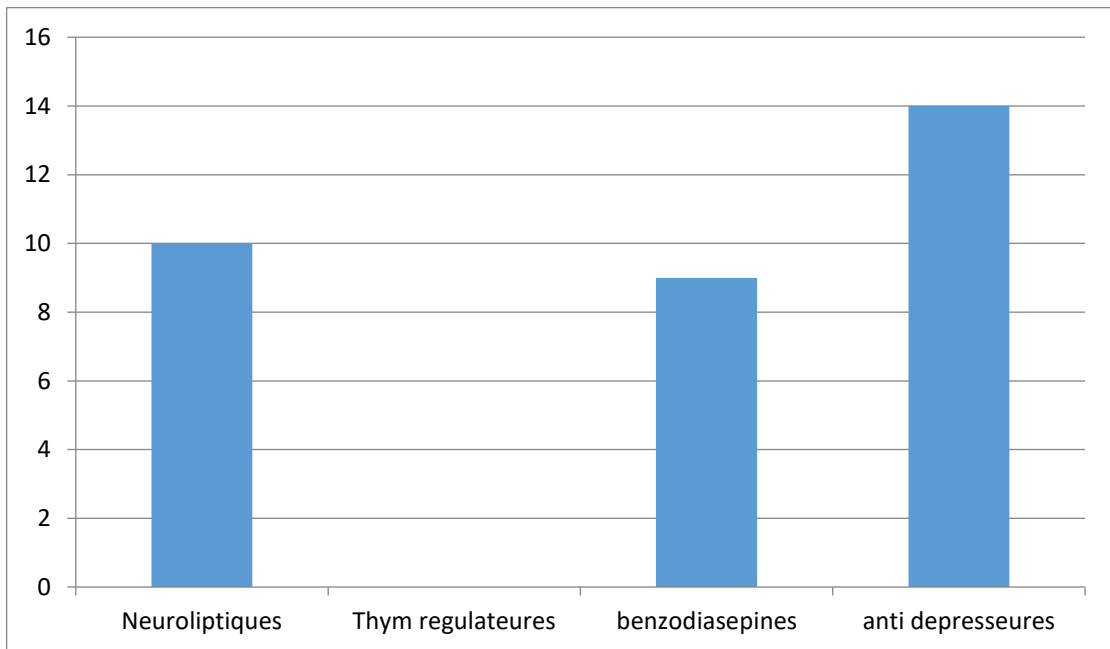


Figure 13 : graphique illustrant la classe des psychotropes la plus consommée par les patients addictes.

Commentaire : Selon le (tableau 13 et la figure 13) on remarque que antidépresseurs c'est la classe des psychotropes la plus consommée par les patients addicts.

Les neuroleptiques et les antidépresseurs, sont prescrites pour des affections chroniques par contre les benzodiazépines est la classe la plus utilisée et la plus addictive parmi toutes les molécules.

❖ Quel est le temps moyen que vous accordez à un patient addicté aux psychotropes par minute ?

Tableau 14 : le temps moyen accorder aux patients addictes aux psychotropes.

Le temps moyen(min)	0-5	5-10	10-15	15-20
Nombre	5	14	10	1
Pourcentage	19.2%	53.8%	23.1%	3.8%

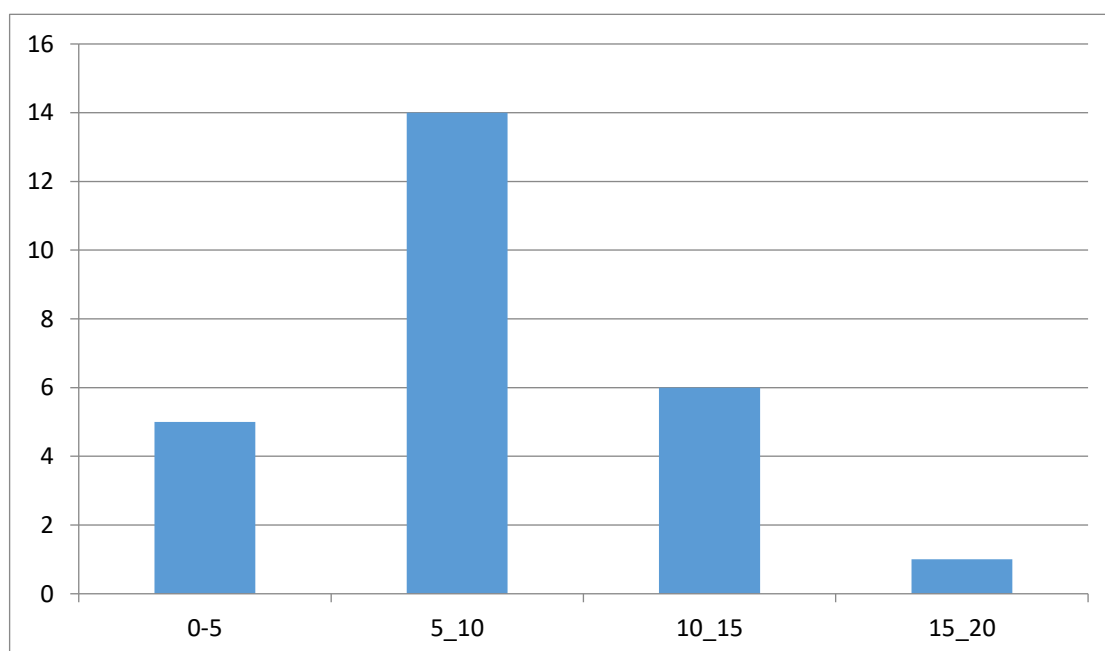


Figure 14: graphique illustrant le temps moyen accorder à un patient addictif aux psychotropes.

Commentaire : plus que la moitié des pharmaciens déclare accorder entre 5a10 min pour un patient addicti aux psychotropes.

Une durée suffisante pour donner de bons conseils.

❖ **Comment jugez-vous le temps accorder aux patient addict ?**

Tableau 15 : remarque du pharmacien à l'égard du temps accordé aux patients.

Les réponses	Suffisant	Insuffisant
Nombre	17	9
Pourcentage	65.4%	34.6%

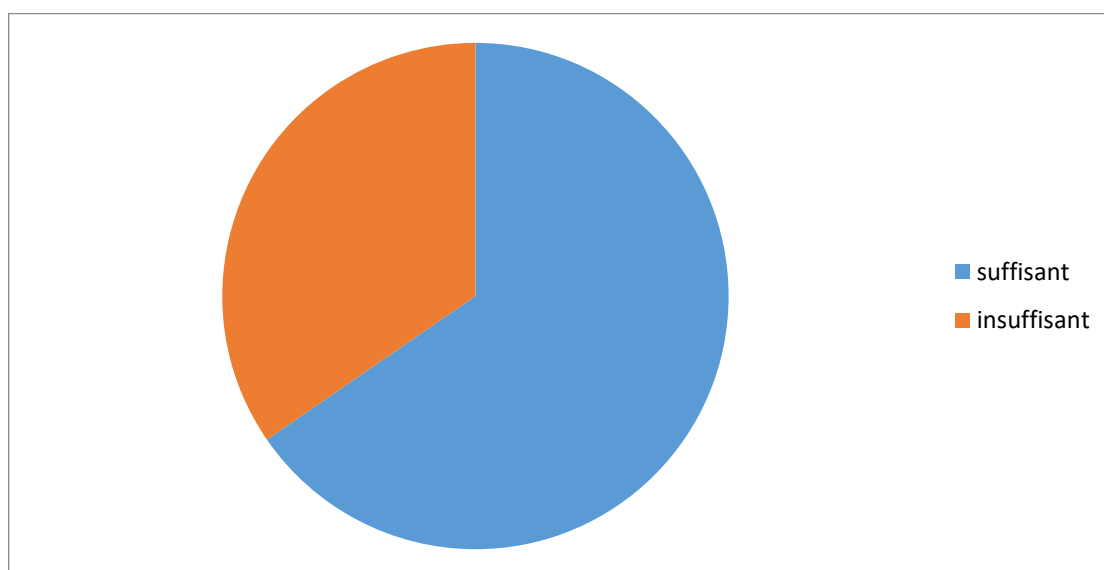


Figure 15 : graphique illustrant les remarques du pharmacien à l'égard du temps accordé aux patients.

Commentaire : Selon (le tableau 15 et la figure 15) plus que la moitié des pharmaciens jugent que le temps accordé aux patients est suffisant.

- ❖ **Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient addicte ?**

Tableau 16: La présence des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient addicte.

Les réponses	Oui	Non
Nombre	15	11
Pourcentage	57.7%	42.3%

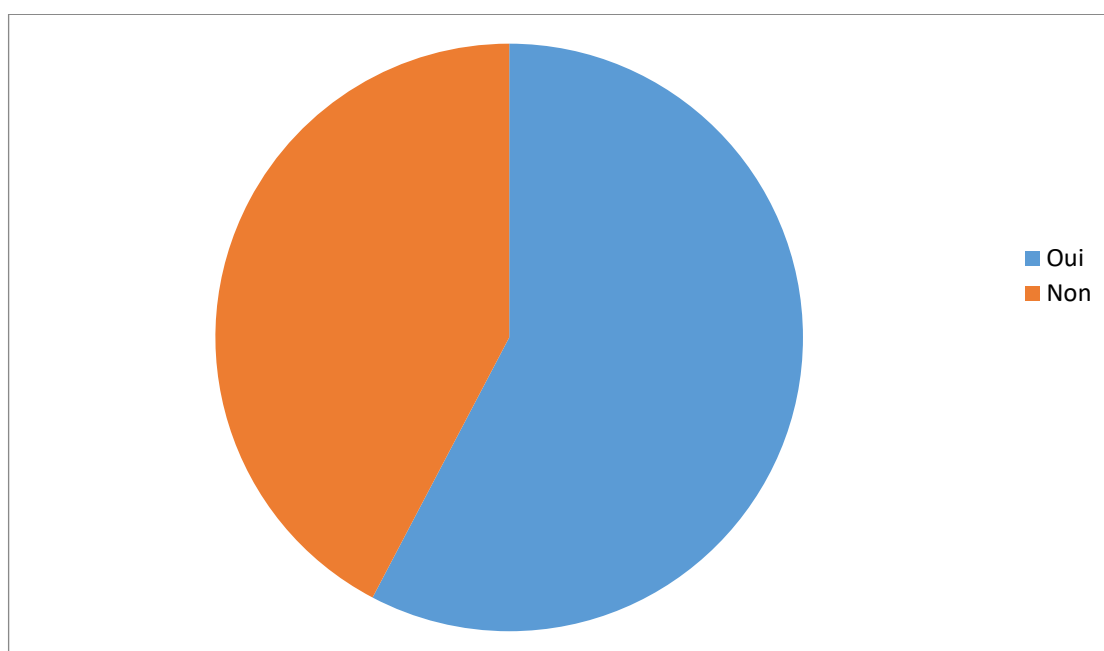


Figure 16 : Graphique illustrant la présence des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient addicte.

Commentaire : Selon (le tableau 16 et la figure 16) plus que la moitié des pharmaciens présence des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient addicti.

❖ Quel est en générale la réaction du patient quand vous lui donnez des informations sur l'addiction ?

Tableau 17 : La réaction des patients aux informations reçues sur l'addiction.

La réponse	Il est plutôt réticent	Il est plutôt attentif et demandeur des informations
Nombre	12	14
Pourcentage	46.2%	53.8%

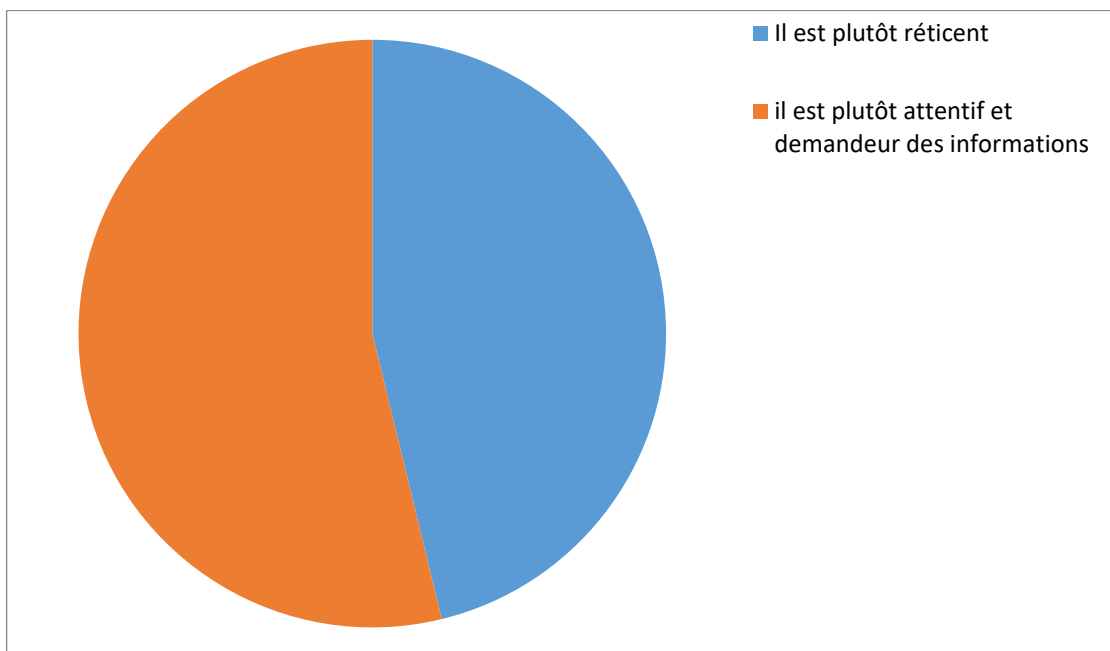


Figure 17 : Graphique illustrant la réaction des patients aux informations sur l'addiction.

Commentaire : Selon (le tableau 17 et la figure 17) on remarque (53.8%) des patients il est plutôt attentif et demandeur des informations sur l'addiction alors que (46.2%) des patients il est plutôt réticent.

L'entretien des sujets addicts est dispensé entre oui et non à l'égard des conseils des pharmaciens.

❖ **La collaboration entre le médecin et le pharmacien pour une meilleure prise en charge globale ?**

Tableau 18 : La collaboration entre le médecin et le pharmacien.

la réponse	Très insuffisante	Insuffisante	suffisante	Excellente
Nombre	5	18	3	0
Pourcentage	19.3%	69.2%	11.5%	0%

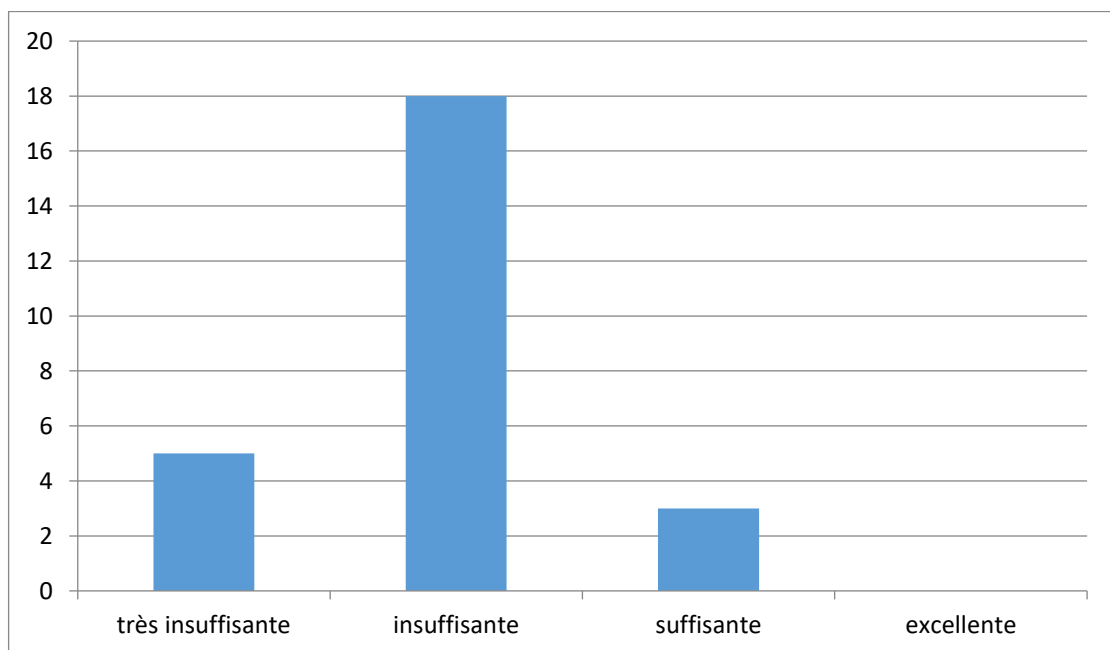


Figure 18 : Graphique illustrant la collaboration entre le médecin et le pharmacien.

Commentaire : 69.2% des pharmaciens déclarent que collaboration entre le médecine et pharmacien est insuffisante.

C. Les questions ouvertes :

Notre étude est d'une enquête prospective basée sur un questionnaire proposé aux pharmaciens. Ce questionnaire est formé de questions directes et des questions ouvertes.

Les questions ouvertes permettent aux pharmaciens d'exprimer leurs opinions. Ce sont des questions à réponses variées qui ne permettent pas de s'exprimer sous forme d'histogrammes et de secteurs.

Cette partie est représentée par le biais de trois questions (10, 12,17).

1- Les conseils que les pharmaciens posent aux patients sous traitement à base des psychotropes.

- Arrivant aux questions ouvertes qui concerne les conseils que les pharmaciens donnent aux patients sous traitement à base de psychotropes sont :
- Respecter rigoureusement la posologie et les horaires prescrits par le médecin traitant.
- Ne pas interrompre le traitement sans aviser le médecin traitant.
- S'il y a des éventuels effets indésirables les signaler à votre médecin ou pharmacien.

2- Les moyens utilisés par les pharmaciens pour éviter la dépendance aux psychotropes sont :

- Pour atteindre notre objectif nous avons mis à la disposition des pharmaciens une question ouverte afin d'exprimer leur idée, et de discuter leur rôle ans la prévention de la dépendance aux psychotropes :
- Ne pas dispenser les médicaments sans ordonnances.
- Organiser des journées de sensibilisation autour des bonnes pratiques d'utilisation des psychotropes.

3- les difficultés et les facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec les patients addicts :

- Dans cette question qui donnez les informations sur le facteur qui limitant entretien avec le patients addicts et proposer des solutions.
- Manque de temps pour l'entretien des patients addicts vue la responsabilité du pharmacien dans d'autres taches.
- Certains patients addicts sont agressifs et nécessite une prise en charge plus spécialisée.

IV. Discussions :

Les médicaments psychotropes sont des substances susceptibles de modifier l'activité mentale et dont l'action essentielle s'exerce au niveau du système nerveux central et sur le psychisme. Ils sont prescrits par un médecin, chez une personne pour atténuer ou faire disparaître une souffrance psychique dans le but de diminuer les troubles anxieux, qu'ils soient transitoires, occasionnels ou chroniques.

Les populations demandeuses de ces médicaments sont les personnes stressées, anxieuses, ayant d'importantes responsabilités mais également les personnes âgées touchées par la solitude. Leur prescription doit avoir une durée limitée et nécessite des consultations médicales régulières.

Les effets des médicaments psychotropes sont en fonction de plusieurs facteurs. La structure chimique, la sensibilité du patient et les doses administrées influencent les effets.

Trois catégories d'addictions médicamenteuses (37)

Trois types de toxicomanies médicamenteuses sont à différencier.

A. Escalade médicamenteuse, à l'insu des patients

A la suite d'une prescription initiale, des médicaments supplémentaires sont prescrits pour lutter contre la persistance des symptômes voire l'apparition de nouveaux symptômes. Le patient, attaché à ses ordonnances, ne supporte pas que le médecin supprime un produit.

B. Surconsommation médicamenteuse volontaire

Elle concerne les médicaments psychotropes, notamment les opiacés, les benzodiazépines ou d'autres médicaments non psychotropes. Le sujet voit sa vie centrée sur la prise de ses médicaments avec une succession d'épisodes de consommation contrôlée et de 50 consommations abusives. L'individu, par son comportement, recherche le plaisir de « fonctionner » dans un état second.

C. Consommation de médicaments chez les toxicomanes à la cocaïne ou à l'héroïne.

La prise de médicaments associée à une consommation de substances psychoactives (par exemple : héroïne et benzodiazépines) module les effets de celles-ci qu'ils soient sédatifs ou excitants. Il est par ailleurs fréquent qu'il y ait consommation d'alcool en cas de ces poly toxicomanies.

Les addictions aux médicaments psychotropes représentent un problème majeur de santé publique.

De fait de l'importance de cette problématique qui intéresse toute la population de l'adolescent au sujet âgé et de l'absence de réponse unitaire, le pharmacien

d'officine est interpellé dans sa pratique quotidienne. La prévention qui est une des missions du pharmacien est souvent difficile à mettre en place.

Le pharmacien d'officine a un rôle dans prévention d'addiction aux psychotrope et occupé une place dans prise en charge des patients addictif.

Pour vérifier ou confirmé cette rôle nous réalise une enquête prospective par un questionnaire propose aux pharmaciens d'officines.

Nous avons faire une comparaison entre les réponses des pharmaciens enquêtés en ce qui concerne la pratique de l'entretien pharmaceutique avec les patients sous traitement à base psychotropes.

A. Les éléments les plus importants abordent lors de l'interrogation les pharmaciens :

A.1 Concernant les ordonnances des psychotropes que les pharmaciens traitent, classe la plus prescrite par les médecins :

Selon les réponses collectées, moitié (50%) des ordonnances qui les pharmaciens traite prévenues de médecine spécialité, (46,3%) ordonnances prévenues de médecine généraliste et (3,8%) des ordonnances prévenues de deux (spécialités et généralistes).

Selon les pharmaciens la classe des psychotropes la plus prescrite par les médecins est l'anti dépresseur et les neuroleptiques viennent en 2ème intention.

A.2 Concernant collaboration entre la médecine et le pharmacien :

Notre enquête nous donne l'opportunité de remarquer l'insuffisance de collaboration entre prescripteur (médecin) et distributeur (pharmacien) de ces psychotropes cette relation froide et limitée est due essentiellement au manque de formation, absence de rencontres et débats, manque de stages réguliers et de recyclages, l'absence d'utilisation des nouvelles technologies de communication, vision étroite de la mission de tous les professionnels du secteur de la santé, les pressions de la vie et milieu sociale subit par le médecin et le pharmacien et enfin la vision matérielle vis-à-vis de la mission noble exercé par le médecine et pharmacien.

A.3 Concernant le temps moyen accordé à un patient addictif :

On note que la majorité des pharmaciens interrogés (53.8%) signalent accorder une durée dite optimale de 5-10 min cette durée est jugée par les questionnés supérieur au temps accordé aux autres patients.

A.4 Concernant le rôle de pharmacien pour éviter dépendance aux psychotropes et les moyens utilisés :

Selon les réponses collectées, la plupart des pharmaciens interrogé (57,7%) réponde que le pharmacien un rôle pour éviter la dépendance aux psychotropes et les moyens utilisés on peut citer :

- Ne pas livrer les médicaments sans ordonnance.
- Sensibilise les malades au risque de dépendance.
- Donner des conseils aux patients.
- Contacts avec les médecines prescriptrices.
- Contrôle de l'historique des traitements.

A.5 Facteurs limitant la pratique de l'entraîne pharmaceutique :

Concernant les obstacles rencontrés et les facteurs limitant la pratique de l'entretien pharmaceutique, la majorité des pharmaciens se plaignent du niveau intellectuel l'aptitude des patients cela peut être dû à la difficulté de trouver des termes simples et compréhensifs pour le patient.

Ceci est dû en partie à la différence de langue utilisée au cursus universitaire et à celui de la vie quotidienne.

Les problèmes d'insécurité, les agressions physiques, verbales, les agressions avec arme, l'extrême brutalité subie par les pharmaciens se sont des difficultés qui limitent les progrès du pharmacien dans prise en charge de gens victimes à l'addiction aux psychotropes.

Le patient en générale il est plutôt réticent quand le pharmacien donne des informations sur l'addiction.

A.6 Suivi régulier des patients pendant leurs prises en charge pour addiction :

L'analyse de nos résultats dans l'échantillon travaillé, nous permet de retrouver que la majorité des pharmaciens (57,7%) voient que le pharmacien d'officine n'a aucun rôle prépondérant dans le suivi régulier des patients pendant leur prise en charge pour addiction alors que (42,3%) des pharmaciens voient que le pharmacien d'officine possède un rôle dans le suivi régulier des patients pendant leur prise en charge pour addiction.

Donc en conclue que le pharmacien d'officine ne possède pas un rôle dans la prise en charge des patents pour addiction et leur rôle reste limiter dans la prévention d'addiction, les conseils, l'orientation et l'évitement de la dépendance.

Leur place dans la prise en charge est marginalisée ou bien limitée à cause de plusieurs facteurs : les lois et les règles proposées par le ministère de la santé, Les problèmes d'insécurité, le niveau intellectuel et l'aptitude des patients.

B. problèmes et obstacles d'études :

Avoir recours au questionnaire écrit comme outil d'investigation a l'avantage de donner aux pharmaciens et l'occasion de répondre librement et précisément aux questions, une cible que nous ne pouvions pas atteindre par d'autres moyens d'investigation.

Le choix du questionnaire comme outil d'investigation présente aussi quelques limites. En effet, les réponses obtenues ne reflètent pas toujours la réalité du terrain et on est tenu à croire sur parole les réponses fournies par le pharmacien. Pour cela notre choix de cible pharmacien était justement pour confronter leurs réponses et avoir une appréciation plus juste de ce qui se passe réellement lors de l'entretien pharmaceutique.

L'utilisation des questions fermées avec des propositions fixes a permis de cadrer les réponses des pharmaciens et ainsi nous facilite l'exploitation des résultats. Par contre, il était impératif que le questionnaire soit bien conçu initialement pour cerner toutes les propositions possibles.

Les obstacles rencontrés lors de la diffusion du questionnaire auprès des pharmaciens : Il s'agit du refus de répondre au questionnaire, de prétendre de ne pas avoir assez de temps pour répondre, de donner des réponses incomplètes qui nous ont obligés à exclure tout le formulaire, l'absence du pharmacien tout le temps au niveau de son officine, l'état sanitaire compliqué dû à l'épidémie COVID-19 qui nous a obliger à limiter le nombre des pharmaciens interrogés ainsi que le territoire couvert.

Conclusion :

Le pharmacien d'officine ne représente pas un professionnel de santé très accessible par l'amplitude des horaires d'ouverture de l'officine seulement mais aussi par la relation de confiance avec le patient et qui s'est installée au cours des années. La mission du pharmacien actuellement connaît des modifications, un élargissement de ces fonctions suite aux nouvelles missions qui lui ont été confiées notamment en matière d'éducation thérapeutique qu'il pourra mettre au profit dans le cadre des maladies.

A travers l'enquête que nous avons menée auprès des pharmaciens d'officine sur l'addiction aux psychotropes, nous avons pu constater que la grande majorité des pharmaciens reçoivent quotidiennement un nombre important de patients addictifs qu'ils ont l'habitude de conseiller dans leur pratique officinale. Ils ont conscience du rôle important qu'ils peuvent jouer en terme de conseil au patient, malgré les difficultés rencontrées au cours de leur exercice en raison du niveau intellectuel et l'aptitude des patients et le manque de temps pour mettre au profit toutes leurs connaissances et services auprès des patients addictifs d'une part. D'autres parts, à cause du manque d'informations et de formation au cours de leur cursus universitaire en matière prise en charge des patients addictifs.

Cette enquête nous a révélé néanmoins quelques lacunes concernant cet entretien pharmaceutique : Le rôle du pharmacien n'est malheureusement pas bien reconnu ni bien apprécié à sa juste valeur pour le moment. D'autant plus, qu'il semble parfois difficile à s'organiser correctement en Algérie : la prise en charge est diversifiée mais peu coordonnée les méthodes développées sont hétérogènes et ne suivent pas systématiquement des étapes identifiées d'une méthodologie standardisée.

Pour cette raison, nous proposons un certain nombre de suggestions et recommandations afin d'améliorer l'activité du conseil pharmaceutique destiné au patient et notamment le patient addictif :

- Apprécier le rôle du pharmacien comme un professionnel majeur et important dans le système de santé et faire un lien entre les différents acteurs de santé et organiser des journées de sensibilisation.
- Prévoir une formation continue postuniversitaire notamment concernant la méthodologie du conseil à l'officine.
- Amener le pharmacien à se rendre plus disponible pour les patients, à organiser un espace confidentialité dédié au conseil du patient et à sensibiliser et à mobiliser l'ensemble de son équipe.
- La présence régulière du pharmacien dans leurs officines sauf en cas d'urgence ou des préoccupations, il doit assurer la présence d'un personnel qualifié et compétent pour mettre la santé du patient en première place.
- La législation compte beaucoup de la concurrence vis à vis les prescriptions de médicament psychotropes "classe c" et leur commercialisation pour protéger le pharmacien et sûr tout ne pas pénaliser le sujet addictif.

Enfin, il est important de confirmer que le pharmacien reste un professionnel de santé et qui doit contribuer par ces conseils au bon usage des médicaments et au bien-être du patient.

Reference Bibliographique :

(1): Adès J, Lejoyeux M. « Dépendances comportementales ». In : Encyclopédie médicochirurgicale. Paris : Elsevier, 1999, 37-396-A-20.

(2): Centre Canadien sur les dépendances et l'usage de substances ; 75 Rue Albert, bureau 500 Ottawa (Ontario) K1P 5 E 7 Canada- publié en 2005.

(3) : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

(4) : Mutuelle spheria val de France régie par le livre II de la mutualité inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 423406339 RCS : B422763722 Publié 08-2011.

(5) : Li 2015- Skinner 2010-Pickens 2011 publié le 16-12-2017

(6) : Bergeron, H. (2010). Drogues illicites et toxicomanies. In D. Fassin & B. Hauray, Santé publique: l'état des savoirs (p. 173-184). Paris: La Découverte.

(7) : Intervenir-addictions.fr, le portrait des acteurs de santé : Meme que le 21

(8) : Comité martiniquais de prévention en alcoologie et addictologie [CMPAA] et le cent de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] 45 rue Gallieni 97200fort- de- France.

(9) : Catherine Cordonnier ; médecin généraliste-50 Rue Léon Gambetta, 59800 Lille, France ; publié le 21-12-2017 ; Article : Top Santé.

(10) : Les auteurs spécialisés Ooreka publié de 2007-2019.

(11) : Pascal Couderc ; Psychanalyste-Psychologue clinicien à Paris et Montpellier-Publié en2019

(12) : Dr William Glasser publié le 13-01-2017 a 07 :00 CET.

(13) : Melanie Gomez publié le 15-08-2013 à 23h30

(14) : Wengo ; entreprise française créée par David Bitton-Jérôme Wagner-Patrick Amiel- Olivier Giunti-Alain Delhaye ; 12 Rue de Penthièvre 75008 Paris ; Publié en 2015.

(15): Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. Food addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. Am J Clin Nutr.2014; 99(3):578-86.

(16): Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. Compr Psychiatry. 2013;54(5):500-5.

(17) : Gearhardt AN, Yokum S, Orr P, Stice E, Corbin W, Brownell K. Neural correlates of food addiction. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(8):808-16.

(18) : Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction ; 9 rue de Bluets-750011 Paris

(19) : Robert Kubey et Mihaly Csikszentmihalyi Article paru dans Scientific American, 2003

(20) : Kubey, R., & Csikszentmihalyi, M. (2002). Television addiction [archive] (PDF, 7pages). Scientific American, 286(2), 74-81.

(21) : Sébastien Bohler rédacteur en chef de Cerveau & Psycho. Docteur en neurosciences publié le 14-03-2011 à 23h20

(22) : Lorelei Dietrich psychologie clinicienne spécialisée dans le numérique et les jeux vidéo, publié le 17-01-2018

(24) : Professeur M-Dematteis (MD-phD) ; clinique de médecine légale et d'addictologie- CHU de Greboble ; laboratoire HP2, INSERM U1042, UJF EA 3745-EC\UE d'Addictologie, 2010-2011.

(25) : Psycom ; Site de référence d'information santé mentale et psychiatrie-Publié mai 2018

(26) : L'encyclopédie de Santé ; LE FRIGARO.fr

(27) : Aissa Kasmi ; Directeur de la coopération internationale- Service du chef degouvernement ; office nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie : les différents types de drogues et leurs effets, Université de Sétif- Publié le 20-05-2005.

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

(29) : La Rédaction d'Allodocteurs.fr Rédigé le 06/01/2011, mis à jour le 12/02/2019 à 15:20

(30) : L Karila, G Lafaye, M Reynaud : Centre de recherche et de traitement des addictions (Certa) ; hôpital universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris-XI 10.1684/ipe.2009.0521

(31) : Fédération Alcool Assistance ; 10 rue des messageries 75010 Paris, publié 26-12-2011

(32) : http://www.drogues-dependance.fr/cocaine-un_derive_le_crack.html

(33) : Encyclopédie de santé ; LE FIGARO.fr, publié le 12-09-2015

(34) : Tabac-info-service.fr, publié le 03-05-2013*

(35) : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. Mis à jour le 27 février 2015.

(36) : WHO. Global status report on alcohol and health, 2011

(37) : Institut national de la santé et de la recherche médicale. Mis à jour en décembre 2014

(38): AddictAIDE ; le village des Addictions publié le 28-01-2018 : <https://www.addictaide.fr/facteurs-individuels/>

(39): AddictAIDE ; le village des Addictions publié le 28-01-2018 : <https://www.addictaide.fr/facteurs-de-risque-lies-au-produit/> :

(40) : Anseau M, Pitchot W. -Revue des antidépresseurs. In : JD Guelfi, F Rouillon. Manuel de Psychiatrie, Eds Masson, 2007, 504-515.

(41) : Pitchot W, Dierick M, D'Haenen H. -Troubles affectifs. In : M Dierick, M Anseau, HD'Haenen, J Peuskens, P Linkowski. Manuel de Psychopharmacologie. Gent, Academia Press, 2003, 169-229.

(42) : Sala M, Coppa F, Cappucciati C, et al.- Antidépresseurs : their effects on cardiac channels, QT prolongation and torsade de pointes. Curr Opin Investig Drugs, 2006, 7, 256-263.

(43) : Debrun A, Pitchot W. -Impact des antidépresseurs au niveau pondéral. Acta Psychiatrica Belgica, 2009, 109, 5-11.

(44): Flockhart DA, « Dietary restrictions and drug interactions with monoamine oxidase inhibitors: an update », J Clin Psychiatry, vol. 73, no Suppl 1, 2012, p. 17-24

(45): CPS Monographie Sélégiline.

(46): Nick Medford, « Understanding and treating depersonalization disorder » [archive], Advances in Psychiatric.

(47): OMS-Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, Rapport traduit en français en 1998.

(48) : CUNGI C L'alliance thérapeutique. Paris, Retz, 2006, 286p

(49) : Ipsos Santé. Étude « Les Français et leur pharmacien ». 2008. Rapport d'étude disponible sur : <http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/2427-3-enquete-86.pdf>. Consulté le 21/04/15.

(50) : Opinion Way. Sondage sur les Français et leur pharmacie. 2013. Disponible sur:http://www.opinionway.com/pdf/sondage_sur_les_francais_et_leur_pharmacie_pharmacien_manager_-_avril_2013_.pdf. Consulté le 03/04/2015.

(51) : thèse « prévention des addictions aux substances psychoactives a l'officine » université de **LIMOGES** faculté pharmacie

Annexes :

Questionnaire à destination des pharmaciens

Nous sommes des étudiantes en 6ème année pharmacie à la faculté de médecine de Blida, nous sollicitons par ce questionnaire anonyme pour nous thèse d'exercice, il a pour objectif d'étudier « place qui occupe de pharmacien dans la prise en charge des addictions aux psychotropes » nous vous prions de répondre à toutes les questions, et nous vous remercions de votre collaboration.

- ✓ Question1: êtes vous? - titulaire
- assistant

- ✓ Question2: avez vous combien d'années d'exercice ?
<10ans 10à 20 > 20

- ✓ Question3: disposez-vous d'un espace de confidentialité dans votre officine ?
Oui Non

- ✓ Question4 :Est ce que vous donnez des conseils thérapeutique à vos patients ?
Oui Non

Si la réponse est oui est ce que vous respectez le processus d'une session des conseils thérapeutique ?

- Oui Non

- ✓ Question5: êtes vous intéressé par les nouvelles technologies au sein de votre officine ?

-oui tout à fait

- oui plutôt

- non pas vraiment

- non pas tout

✓ Question6: les ordonnances des psychotropes qui vous traitent prévenues :

- médecin généraliste

- médecin spécialiste

✓ Question7: quelle est le nombre des ordonnances des psychotropes traitez-vous par jour ?

5- 10 10-15 15-20

✓ Question8: quelle est la classe parmi les psychotropes la plus prescrite par les médecins ?

- neuroleptiques

- thym régulateurs

- benzodiazépines

- antidépresseurs

✓ Question9 : faites-vous rappels sur les effets secondaires causées par les psychotropes?

Oui Non

✓ Question10 : Quelles sont les conseils que vous donnez aux patients sous traitement à base de psychotropes ? Citez

✓ Question11: pensez-vous que le pharmacien a un rôle prépondérant dans la prise en charge des addictions aux psychotropes ?

Oui Non

✓ Question12: est-ce que le pharmacien a un rôle pour éviter la dépendance aux psychotropes.

Oui Non

Si oui citez les moyens utilisés.....

✓ Question 13: intéressez-vous à un suivi régulier des patients pendant leurs prises en charge pour addiction ?

Oui Non

Résumé :

Un médicament psychotrope est un médicament qui modifie le psychisme et le comportement en agissant sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau.

On distingue cinq grande famille des médicaments psychotropes : les neuroleptique, les antidépresseurs, les régulateurs de l'humeur, les tranquillisants, les hypnotiques .la consommation inadaptée des psychotropes figurent parmi les plus importantes au monde traduit a un véritable problèmes de santé publique s'appelle l'addiction aux psychotropes, c'est la dépendance psychiques ou physique qui diffère d'une molécules a une autre, d'une famille a une autre des médicaments psychotropes.

Le pharmacien de l'officine peut réaliser des entretiens pharmaceutiques pour de patients addicte aux psychotropes afin de les aider à acquérir ou maintenir les compétences leurs permettant de gérer au mieux leurs vies et assumer leurs responsabilités dans leurs pathologies.

Afin d'évaluer la qualité et la pratique du conseil aux patient addicte au psychotropes par le pharmacien, une enquête effectuer auprès des pharmaciens de deux wilaya : Médéa et Djelfa.

A travers l'enquête que nous avons mené auprès des pharmacien d'officine sur l'addiction des psychotropes, nous avons constaté que la grande majorité des pharmaciens reçoivent quotidiennement un nombre important de patients addicte qu'ils ont l'habitude de conseiller dans leurs pratiques officinaux et joue un rôle important en terme de conseil aux patients malgré les difficultés rencontrées au cour de leurs exercices.

Enfin il est important de confirmer que le pharmacien reste un professionnel de sante qui doit contribuer par ses conseils au bon usage des médicaments et au bien-être des patients.

Mot clé : les psychotropes, les entretiens pharmaceutiques, le pharmacien de l'officine, le conseil du pharmacien, l'addiction au psychotropes.

Abstract:

A psychotropic drug is a drug, which modifies the psyche and behavior by acting on the neurobiological mechanisms of the brain.

There are five major families of psychotropic drugs: neuroleptics, antidepressants, mood regulators, tranquilizers, hypnotics. The inappropriate consumption of psychotropic drugs are among the most important in the world resulting in a real public health problem. Called addiction to psychotropic drugs, it is psychic or physical dependence, which differs from one molecule to another, from one family to another psychotropic drug.

The pharmacy pharmacist can conduct pharmaceutical interviews for patients addicted to psychotropic drugs in order to help them acquire or maintain the skills allowing them to better manage their lives and assume their responsibilities in their pathologies.

In order to assess the quality and practice of counseling patients addicted to psychotropic drugs by the pharmacist, a survey to be carried out among pharmacists in two Wilayas: Médéa and Djelfa.

Through the survey that we conducted among dispensing pharmacists on psychotropic addiction, we noted that the vast majority of pharmacists receive a large number of addict patients on a daily basis, which they are used to advising in their pharmacy practice and plays an important role in terms of advice to patients despite the difficulties encountered during their exercises.

Finally, it is important to confirm that the pharmacist remains a healthcare professional who must contribute through his advice to the correct use of drugs and the well-being of patients.

Key word: psychotropic drugs, pharmaceutical interviews, the pharmacy pharmacist, the pharmacist's advice, addiction to psychotropic drugs.

ملخص:

المؤثرات العقلية المخدرة هي دواء يعدل النفس والسلوك من خلال العمل على الآليات العصبية الحيوية للدماغ..

هناك خمس عائلات رئيسية من المؤثرات العقلية: مضادات الذهان، مضادات الاكتئاب، منظمات الحالة المزاجية، المهدئات، المنومات. يعتبر الاستهلاك غير المناسب للأدوية العقلية من أهم العوامل في العالم مما يؤدي إلى مشكلة صحية عامة حقيقية. يسمى إدمان المؤثرات العقلية، وهو الاعتماد النفسي أو الجسدي الذي يختلف من جزيء إلى آخر، ومن عائلة إلى أخرى..

يمكن لصيدلي الصيدلية إجراء مقابلات صيدلانية للمرضى المدمنين على المؤثرات العقلية من أجل مساعدتهم على اكتساب أو الحفاظ على المهارات التي تسمح لهم بإدارة حياتهم بشكل أفضل وتحمل مسؤولياتهم في أمراضهم.

من أجل تقييم جودة وممارسة تقديم المشورة للمرضى المدمنين على المؤثرات العقلية من قبل الصيدلاني، سيتم إجراء مناقشة بين الصيادلة في ولايتين: المدية والجلفة.

من خلال الاستطلاع الذي أجريناه بين الصيادلة فيما يخص الإدمان على المؤثرات العقلية، لاحظنا أن الغالبية العظمى من الصيادلة يستقبلون عددًا كبيرًا من مرضى الإدمان بشكل يومي، وهم معتادون على تقديم المشورة في ممارستهم الصيدلية ويلعبون دورًا مهمًا من حيث تقديم النصائح للمرضى بالرغم من الصعوبات التي يواجهونها أثناء ممارسة التمارين.

أخيرًا، من المهم التأكيد على أن الصيدلي لا يزال متخصصًا في الرعاية الصحية ويجب أن يساهم من خلال نصيحته في الاستخدام الصحيح للأدوية ورفاهية المرضى.

الكلمة المفتاحية: المؤثرات العقلية، المقابلات الصيدلانية، صيدلاني الصيدلية، نصيحة الصيدلاني، الإدمان على المؤثرات العقلية.