



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Echahid Cheikh Larbi Tébessi –Tébessa-
Faculté des Sciences Exactes et Sciences de la Nature et de la Vie
Département de Biologie Appliquée



Mémoire

Présenté en vue de l'obtention du diplôme de **Master**
En : Sciences Biologiques
Option : Pharmacotoxicologie

Par :

M^{elle}. DJARECHE Ikram

M^{elle}. BOUDIAR Nachwa

M. SLIMI Chiheb

Intitulé

**Enquête épidémiologique sur La Toxicomanie et Les
Hallucinogènes chez les jeunes et son impact sur la
Santé publique et les Traitements proposés dans
La Wilaya de Tébessa.**

Devant le jury :

Mm. BOUCHIHA Hanane

M.C. A

Université de Tébessa

Présidente

M. GASMI Salim

M.C. A

Université de Tébessa

Promoteur

M. BENAICHA Brahim

M.C. B

Université de Tébessa

Examineur

Date de soutenance : 06 / 06 / 2023

Épigraphe

« La dépression et l'addiction sont les noms donnés à l'immaîtrisable quand il ne s'agit plus de conquérir sa liberté, mais de devenir soi et de prendre l'initiative d'agir ».

Alain EHRENBURG (1998)

Remerciement

Au terme de ce travail, nous devons remercier tout d'abord dieu qui nous a donné la force et le courage de suivre nos études et d'arriver à ce stade et à nos parents qui nous ont beaucoup soutenus pendant tous le long de notre parcours.

Nous tenons à remercier notre encadreur **Dr. GASMI Salim** nous a fait l'honneur de nous encadrer, de votre patience, votre disponibilité, de vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail. Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez croire à l'expression de nos profondes reconnaissances et de nos grands respects.

Nos sincères considérations et remerciements sont également exprimés aux membres du jury : **D^r. BOUCHIHA Hanane**, Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail.

Dr. BENAICHA Brahim, Votre présence au sein de notre jury constitue pour nous un grand honneur. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis.

Enfin, on ne peut achever ces remerciements sans exprimer notre gratitude à tous les enseignants des Sciences de la Nature et de la Vie ayant contribué à notre formation durant notre cycle d'étude.

Un grand merci à tous.

Dédicace

Merci mon dieu de m'avoir donné la capacité d'écrire et de réfléchir, la patience d'aller jusqu'au bout du rêve J'ai l'honneur de dédier ce modeste travail :

A ma source de bonheur « Mes parents **Hammouda & Imen** » en particulier, leur prière et leurs conseils m'ont toujours accompagnée. Je le remercie pour l'amour qu'ils m'ont toujours et toute l'aide qu'il m'ont apporté durant mes études. Aucun mot aucun dédicace ne pourrait exprimer mon respect, ma considération et mon amour pour les sacrifices qu'ils ont consentis pour mon instruction et mon bien-être.

A mes Frères & mes Sœurs. Je vous souhaite un avenir plein de joie de bonheur de réussite et de sérénité. Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.

A ma Famille, Vos encouragements et vos bénédictions ont été un grand apport pour moi. Merci.

A mes proches copines « **Dikra, Douaa, Chaima** » merci pour tous les beaux moments qui passe ensemble. Je vous amie trop.

A mes chers binômes, **Nachwa & Chiheb** pour leurs présences tout au de notre parcours, leurs patiences, compréhension et ses conseils pour réaliser ce modeste travail. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

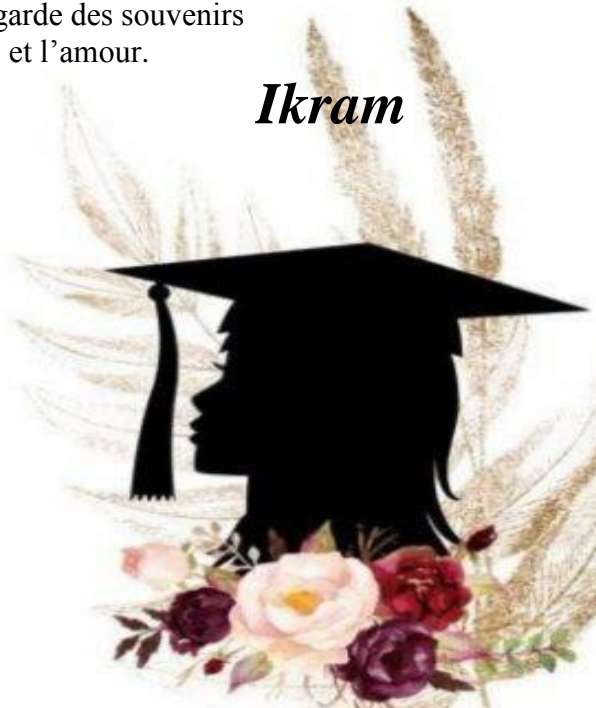
A mes sœurs que ma mère n'a pas enfantées « **Souhaila, Sara, Aya, Maya et Noussa** » leurs grandes tendresses qui en plus de m'avoir encouragé tout ma vie. M'ont consacré beaucoup de temps et disponibilité et par leurs soutiens, leurs conseils et leurs amours m'ont permet d'arriver jusqu'à ici car elles ont toujours cru en moi.

Merci d'avoir toujours soutenu et pour les bons moments passe ensemble.

A mes belles « **Roumaissa, Malek, Manel, Laila, Youssra & Sara** » Qui m'ont toujours soutenue et encouragé au cours de réaliser ce mémoire.

Ces années ont été riche en belles émotions. J'en garde des souvenirs Impérissables. Merci pour tous l'ambiance et l'amour.

Ikram





Dédicace

En tout premier lieu, je remercie Dieu, tout puissant de m'avoir donné la force pour achever ce modeste travail, ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés.

Je dédie ce modeste travail à :

Mes parents pour encouragements et toute l'aide qu'ils m'ont apportée durant mes études et pour les sacrifices qu'ils ont consentis pour mon instruction et mon bien-être, ceux sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

À mes chères sœurs : **Aya** et **Sadjida**. Et à mon seul frère : **Taha**.

À toute ma famille.

À Mes binômes **Ikram, Chiheb**.

Mes meilleurs amis : **Hana, Roumaissa, Manel, Leila, Chaima, Souad, Manel, Taqwa**.

A **Radhouane**, qui me encourage tout le temps.


Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce projet soit possible.

Je vous dis Merci.

Nachwa



Dédicace



A mes chers **parents**, je vous dois tout. Votre amour, votre confiance et votre encouragement constant m'ont permis de croire en moi-même et de persévérer dans les moments les plus difficiles. Votre présence bienveillante a été ma source d'inspiration et de motivation. Vos sacrifices et vos efforts pour me permettre d'atteindre mes objectifs sont inestimables.

Cette dédicace est un témoignage de mon amour et de ma gratitude éternelle envers vous.

À mes chers **frères**, vous êtes mes compagnons de route, mes meilleurs amis. Vos encouragements, votre soutien indéfectible et votre fierté à mon égard ont été essentiels pour que je puisse m'épanouir dans mes études. Nos moments de complicité et de partage ont été un véritable soutien moral pour moi. Cette dédicace est une façon de vous dire à quel point vous comptez pour moi et combien je suis reconnaissant de vous avoir à mes côtés.

À mon cher binôme, **Ikram** et **Nachwa** nous avons parcouru un long chemin ensemble, affrontant les défis et les réussites main dans la main. Ta collaboration, ton travail acharné et ton esprit d'équipe ont été des éléments clés de notre succès commun. Nous avons su nous soutenir mutuellement, surmonter les obstacles et atteindre nos objectifs grâce à notre collaboration harmonieuse. Cette dédicace témoigne de notre amitié et de l'importance que tu as eue dans cette aventure.

À ma merveilleuse famille, qui m'a soutenu et encouragé tout au long de ce parcours. Votre amour inconditionnel, votre soutien constant et vos encouragements ont été ma source d'inspiration et de motivation. Cette dédicace soit un symbole de mon amour, de ma reconnaissance et de mon admiration envers vous. Je vous suis à jamais reconnaissant.

Avec tout mon amour.

Chiheb



Résumé

La consommation des substances psychoactives dans le monde demeure un problème de santé publique prédominant. Il s'est propagé de manière inhabituelle au cours de la période récente. A cet effet, le sujet de cette étude était une enquête sur la consommation d'hallucinogènes et leur impact sur les toxicomanes et les traitements proposés dans la Wilaya de Tébessa.

La méthodologie de ce travail a été basée sur la prise de l'information à sa source, où un échantillon de consommateurs des substances psychoactives (hallucinogènes) dans la Wilaya de Tébessa a été interrogé au Centre de traitement de la toxicomanie, qui a répondu à un questionnaire complet sur ce sujet.

Le profil des patients est caractérisé par leur jeune âge (48%) de jeunes adultes de [21-25 ans], la prédominance masculine (82 %), contre (18%) des femmes. La Prégabaline[®] était la substance la plus consommée (59%), suivi par le Tramadol[®] est de (18%). La répartition des patients selon la dose quotidienne montre un taux important deux doses par jour (35%) par une ancienneté de la consommation de plus 5 ans avec des troubles dans le système nerveux central (33%) et des autres troubles.

La prise en charge est marquée par la présence de protocole de traitement dans le service relativement bon malgré l'absence d'excellentes conditions pour le traitement, et test de dépistage de drogues.

Mots clés : Substances psychoactives, Hallucinogènes, Prégabaline, Toxicomanie, Tébessa.

Abstract

The consumption of psychoactive substances in the world remains a predominant public health problem. It has spread in an unusual way in recent times. To this end, the subject of our study was a survey on the consumption of hallucinogens and their impact on drug addicts and the treatments offered (Case of the Wilaya of Tebessa).

The profile of the patients is characterized by their young age (48%) of young adults of [21-25 years], the male predominance (82%), against (18%) of women.

Pregabalin was the most consumed substance (59%), followed by Tramadol (18%).

The distribution of patients according to the daily dose shows a significant rate of 2 doses per day (35%) by a seniority of consumption of more than 5 years with disorders in the central nervous system (33%) and other disorders.

The care is marked by the presence of a relatively good treatment protocol in the service despite the absence of excellent conditions for treatment, and drug screening tests.

Keywords: The use of psychoactive substances (hallucinogens), Addiction, Treatment, Tebessa.

الملخص

لا يزال استخدام المواد المهلوسة في جميع أنحاء العالم يمثل قضية صحية عامة مهيمنة. فلقد انتشر بشكل غير عادي في الآونة الأخيرة. لهذا الغرض، كان موضوع دراستنا دراسة استقصائية حول استخدام المهلوسات وتأثيرها على مدمني المخدرات والعلاجات المقترحة (في ولاية تبسة). في دراستنا: كانت وجهتنا الأولى هي مركز الوسيط لعلاج الإدمان في ولايتنا، حيث طرحنا جميع أسئلتنا حول هذا الموضوع على شكل استبيان وتم تقديمه إلى المستهلكين. تتميز صورة المرضى بصغر سنهم (48%) من الشباب [21-25 عامًا]، وهيمنة الذكور (82%)، مقابل (18%) من النساء . كان البريجابالين المادة الأكثر استهلاكًا (59%)، يليه الترامادول (18%). (يُظهر توزيع المرضى وفقًا للجرعة اليومية معدل مرتفع 2 الجرعات يوميًا (35%) حسب عمر الاستهلاك لأكثر من 5 سنوات مع اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي (33%) واضطرابات أخرى. تتميز الإدارة بوجود بروتوكول علاج في الخدمة جيد نسبيًا على الرغم من عدم وجود ظروف ممتازة للعلاج واختبار المخدرات.

الكلمات المفتاحية: تعاطي المخدرات (المهلوسات)، الإدمان، العلاج، تبسة.

Liste
Des Abréviations

Liste des abréviations

ASAM: American Society of Addiction Medicine.

OMS : *Organisation mondiale de la Santé*.

CIM : La Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé.

LSD : Lysergide.

Δ-8 THC : Delta -9- tétrahydrocannabinol.

CB1 : Récepteurs stéréospécifiques centraux.

CB2 : Récepteurs stéréospécifiques périphériques.

HBS : Antigène de surface de l'hépatite B.

HCV : Virus de l'hépatite C.

VIH : Le virus de l'immunodéficience humaine

MDMA : Méthyl-dioxyde-méthylamphétamine.

MDA : Méthylène dioxyde-amphétamine.

HCL : Hydrochlorure.

IMAO : Les inhibiteurs de la monoamine oxydase.

GABA : Acide γ aminobutyrique.

PGB : Prégabaline.

TAG : Traitement du trouble anxieux généralisé.

TCC : Thérapie cognitive-comportementale.

EM : L'entretien motivationnelle.

CIST : Centre Intermédiaire de Santé des toxicomanes.

SN : Système nerveux.

*Liste
Des Figures*

Liste Des Figures

| N° | Titre | Page |
|------------------|---|-------------|
| Figure 01 | Circuit de la récompense. | 08 |
| Figure 02 | Circuit d'information entre deux neurones. | 09 |
| Figure 03 | Les formes de la consommation du cannabis. | 13 |
| Figure 04 | Structure chimique du cannabis. | 13 |
| Figure 05 | Poudre de la cocaïne. | 15 |
| Figure 06 | Molécules de cocaïne et crack. | 16 |
| Figure 07 | Métabolisme de la cocaïne. | 16 |
| Figure 08 | Mécanisme d'action de la cocaïne. | 17 |
| Figure 09 | Variété de comprimés d'ecstasy. | 18 |
| Figure 10 | Structure chimique du MDMA. | 18 |
| Figure 11 | Héroïne. | 20 |
| Figure 12 | Mode d'action d'héroïne. | 21 |
| Figure 13 | La forme commerciale de tramadol en Algérie. | 22 |
| Figure 14 | Structure chimique du tramadol. | 23 |
| Figure 15 | Le devenir du médicament en 4 étapes. | 23 |
| Figure 16 | La forme commerciale de prégabaline en Algérie. | 25 |
| Figure 17 | Structure chimique de PGB. | 26 |
| Figure 18 | Mécanisme d'action de la prégabaline. | 27 |
| Figure 19 | Carte de Tébessa (communes et Daïras). | 36 |
| Figure 20 | Centre intermédiaire de santé des toxicomanes -Tébessa- | 37 |
| Figure 21 | Localisation de la CIST de Tébessa. | 37 |
| Figure 22 | Répartition des toxicomanes selon le sexe. | 39 |
| Figure 23 | Répartition des toxicomanes selon l'âge. | 40 |
| Figure 24 | Répartition des patients selon le niveau scolaire. | 41 |
| Figure 25 | Répartition des patients selon l'état sociale. | 42 |
| Figure 26 | Répartition des patients selon le type de logement. | 42 |
| Figure 27 | Répartition des toxicomanes en fonction de temps. | 43 |
| Figure 28 | La proportion des hallucinogènes les plus consommés. | 44 |
| Figure 29 | Répartition des toxicomanes concernant le mode de consommation. | 45 |

LISTE DE FIGURES

| | | |
|------------------|---|-----------|
| Figure 30 | Répartition de patient selon le prix de drogue. | 46 |
| Figure 31 | Répartition des toxicomanes selon la méthode d'acheter des drogues. | 47 |
| Figure 32 | Répartition des patients par motif de prise d'hallucinogènes. | 48 |
| Figure 33 | Répartition des patients selon le nombre de doses prise quotidiennement. | 49 |
| Figure 34 | Répartition de la consommation des drogues selon l'année. | 50 |
| Figure 35 | Répartition des patients selon l'âge de début de consommation | 51 |
| Figure 36 | Répartition des usagers de drogues en fonction des effets nocifs sur l'organisme. | 52 |
| Figure 37 | Répartition des toxicomanes selon l'association tabagisme. | 52 |
| Figure 38 | Répartition des toxicomanes selon l'association alcoolisme. | 53 |
| Figure 39 | Répartition des patients des activités après l'utilisation des hallucinogènes. | 54 |
| Figure 40 | Répartition des patients selon les sentiments après la prise du médicament. | 55 |
| Figure 41 | Répartition des patients selon le type de problème. | 56 |
| Figure 42 | Répartition des toxicomanes selon l'état de manque des hallucinogènes. | 57 |
| Figure 43 | Répartition des patients selon leurs visions vers la toxicomanie. | 58 |
| Figure 44 | Répartition des patients qui pensent à l'arrêt de la consommation. | 59 |
| Figure 45 | Répartition des patients selon la pensassions à déraciner ces hallucinogènes. | 60 |

Liste
Des Tableaux

Liste Des Tableaux

| N° | Titre | Page |
|-------------------|---|-------------|
| Tableau 01 | Les mélanges de drogues (polyconsommation) risques encourus. | 03 |
| Tableau 02 | Posologie de la prégabaline. | 28 |
| Tableau 03 | Répartition des toxicomanes selon le sexe. | 38 |
| Tableau 04 | Répartition des toxicomanes selon l'âge. | 39 |
| Tableau 05 | Répartition des patients selon le niveau scolaire. | 40 |
| Tableau 06 | Répartition des patients selon l'état sociale. | 41 |
| Tableau 07 | Répartition d'un toxicomane en fonction de la situation de logement. | 42 |
| Tableau 08 | Distribution temporelle de la prise de drogue. | 43 |
| Tableau 09 | Répartition des patients en fonction de type des hallucinogènes. | 44 |
| Tableau 10 | Répartition des toxicomanes selon le mode de consommation. | 45 |
| Tableau 11 | Le prix des hallucinogènes. | 46 |
| Tableau 12 | Répartition des toxicomanes selon la méthode d'obtention des drogues. | 47 |
| Tableau 13 | Répartition des patients selon les causes de la prise des hallucinogènes. | 48 |
| Tableau 14 | Répartition des patients selon les doses de consommation. | 49 |
| Tableau 15 | Répartition des patients selon l'âge de début consommation. | 50 |
| Tableau 16 | Représente les effets indésirables sur le corps humain. | 51 |
| Tableau 17 | Répartition des toxicomanes selon l'association tabagisme. | 52 |
| Tableau 18 | Répartition des toxicomanes selon l'association alcoolisme. | 53 |
| Tableau 19 | Répartition des activités après l'utilisation des hallucinogènes. | 54 |
| Tableau 20 | Répartition des patients selon les sentiments après la prise du médicament. | 55 |
| Tableau 21 | Répartition des toxicomanes par les types de problème. | 56 |
| Tableau 22 | Répartition des toxicomanes selon l'état de manque. | 57 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| Tableau 23 | Répartition des patients selon leurs points de vue. | 58 |
| Tableau 24 | Représentation des patients qui pensent à l'arrêt de la consommation. | 58 |
| Tableau 25 | Représentation des patients selon la pensassions à déraciner ces hallucinogènes. | 59 |

Sommaire

Sommaire

| Titre | Page |
|---|-----------|
| Remerciement | |
| Dédicace | |
| Résumé | |
| Abstract | |
| المخلص | |
| Liste des abréviations | |
| Liste des figures | |
| Liste des tableaux | |
| Sommaire | |
| Introduction | |
| Partie théorique | |
| Chapitre 01 : Toxicomanie | |
| 1. Généralité | 01 |
| 2. Classification | 01 |
| 2.1. Pharmacologique | 01 |
| 2.2. Juridique | 02 |
| 3. Polytoxicomanie | 02 |
| 4. Étapes des troubles liés à la consommation de substances | 04 |
| 4.1. Expérimentation : | 04 |
| 4.2. Consommation régulière ou risquée : | 04 |
| 4.3. Dépendance : | 04 |
| 4.4 La tolérance | 05 |
| 5. Causes de la toxicomanie | 05 |
| 5.1. Facteurs génétiques : | 05 |
| 5.2. Pour s'amuser et détendre : | 06 |
| 5.3. Pour faire des expériences différentes : | 06 |
| 5.4. Pour faire face à des problèmes : | 06 |
| 5.5. Pour améliorer ses performances : | 06 |
| 6. Facteurs de risque de l'addiction (la toxicomanie) | 06 |
| 6.1. Facteurs individuels | 06 |

| | |
|--|-----------|
| 6.2. Produits/pratiques au potentiel addictif variable | 07 |
| 6.3. Facteurs environnementaux | 07 |
| 7. Symptômes des troubles liés à la consommation de substances | 07 |
| 7.1 Changements psychologiques | 07 |
| 7.2 Changements physiques | 07 |
| 7.3 Changements comportementaux et sociaux | 07 |
| 8. Neurobiologie de l'addiction | 08 |
| 8.1. Circuit de la récompense | 08 |
| 8.2. Circuit de la récompense et addiction | 09 |
| Chapitre 02 : Hallucinogènes | |
| 1. Généralités | 11 |
| 2. Historique | 11 |
| 3. Usage thérapeutique des hallucinogènes | 11 |
| 4. Classification (Classification clinique des hallucinogènes) | 12 |
| 4.1. Hallucinogènes délirants | 12 |
| 4.2. Hallucinogènes dissociatifs | 12 |
| 4.3. Hallucinogènes psychédéliques | 12 |
| 5. Quelque exemple sur les hallucinogènes | 13 |
| 5.1. Cannabis | 13 |
| 5.2. Cocaïne | 15 |
| 5.3. Ecstasy | 17 |
| 5.4. Héroïne | 20 |
| 5.5. Médicaments psychotropes | 22 |
| Chapitre 03: Traitements | |
| 1. Le but de traitement de la toxicomanie | 31 |
| 2. Les principes de prise en charge les addictions | 31 |
| 2.1. Thérapie Cognitive-comportementale | 31 |
| 2.2. Les communautés thérapeutiques | 31 |
| 2.3. Médicaments | 32 |
| 2.4. L'entretien motivationnelle | 32 |
| 3. L'efficacité du traitement de la toxicomanie | 33 |
| Partie Pratique | |

| | |
|--|-----------|
| 1. Problématique | 35 |
| 2. Objectif | 35 |
| 3. Zone d'étude | 35 |
| 4. Méthodologie d'étude | 36 |
| 4.1. Recueil des données | 36 |
| 4.2. Type et période d'étude | 37 |
| 4.3. Lieu | 37 |
| 4.4. Population d'étude | 38 |
| 4.5. Variable d'étude | 38 |
| 4.6. Traitement et Analyse des données | 38 |
| 5. Résultats et Discussions | 38 |
| 5.1. Caractérisations personnels des patients | 38 |
| 5.2. Donner sur la consommation des hallucinogènes | 42 |
| 5.3. Caractères diagnostiques | 54 |
| Conclusion et Prescriptives | 62 |
| Références bibliographique | 65 |
| Annexes | |

Introduction

De tout temps, l'humanité a été guidée par la recherche du plaisir. Dans cette quête, l'homme fut épaulé par de nombreuses substances psychotropes extraites de la nature dans un premier temps, puis modifiées et/ou de synthèse par la suite (**Alain, 2015**).

L'addiction et la recherche du plaisir ultime, éloignent la personne droguée ou toxicomane de ses préoccupations du quotidien, en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation compulsive (**Alain et Grégory, 2019**). La consommation abusive de substances psychotropes constitue un problème de santé sociétale ayant plusieurs répercussions (**Degenhardt, 2018**).

Ce type de consommation s'observe, entre autres, auprès des adolescents, soit durant une période développementale importante (**Kandel, 1992**). Par ailleurs, l'absence de contrôle des effets secondaires des substances psychoactives absorbées peut conduire au décès (notion d'overdose) (**Landie, 2015**).

La consommation de substances psychotropes se ferait, pour certains, sous forme d'escalade, soit la tendance à débiter par la consommation de substances plus fréquemment consommées (tabac, alcool, cannabis) vers des substances d'usage moins fréquents (Lyrica, amphétamine), dont certains nécessitent des méthodes de consommation plus invasives (par voie nasale, injection) (**Tassel, 2017**). Ces dernières années, la consommation de drogue en Algérie a connu une expansion remarquable, en raison principalement de la fragilité de l'infrastructure économique et sociale. Cela est particulièrement visible dans la région de Tébessa, bien que cette Wilaya reste isolée et loin des sources de drogue. Malheureusement, Tébessa a été affectée par la propagation de ce fléau.

En outre, la corruption s'est propagée, en particulier le népotisme, au sein de nombreuses structures et institutions étatiques, avec un manque de surveillance et de contrôle efficaces. De plus, la plupart des régions ont été marginalisées en termes de projets de développement. Tous ces facteurs ont contribué à un taux élevé d'abus et de trafic de drogues, en plus de la situation stratégique de l'Algérie et de ses frontières étendues et multiples (**Kaddour, 2015**).

A cet effet, le sujet de notre étude était une enquête sur la consommation d'hallucinogènes et leur impact sur les toxicomanes (Cas de la Wilaya de Tébessa), d'essayer d'analyser ces chiffres pour découvrir les raisons de l'augmentation des taux de consommation, le groupe cible et la plupart des types de pilules prévalence et pourcentage de dommages à l'organisme.

La première partie est consacré de partie théorique (Chapitre1 sur la toxicomanie, Chapitre 2 sur les Hallucinogènes et Chapitre 3 sur le traitement), et partie pratique comporte les différents résultats obtenus et leurs discussions. Nous terminons cette modeste par une conclusion.

Partie théorique

Chapitre 01

Toxicomanie

1. Généralité

Le terme toxicomanie provient des mots grecs « Toxikon » (poison par la flèche), qui donnera « toxicum » (poison en latin), et « mania » (folie). Est une dépendance psychologique voire physique d'une ou de plusieurs substances chimiques (psychotropes, drogues synthétiques, plantes, solvants) sans nécessité thérapeutique (**Djeribi, 2018**).

Selon l'ASAM (American Society of Addiction Medicine), la toxicomanie est une maladie primaire chronique des aires cérébrales de la récompense, de la motivation et de la mémoire et des circuits neuronaux associés (**Landry et al., 2012**).

L'OMS définit la toxicomanie comme un état de dépendance physique et/ou psychique vis-à-vis d'un produit, s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci.

Elle préfère au terme de « toxicomanie » celui de « pharmacodépendance ». Conformément à la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10), on peut parler de dépendance lorsqu'au minimum trois des critères suivants sont présents sur une période d'un an et ont persisté au moins un mois ou sont survenus de manière répétée :

- Désir puissant de consommer.
- Difficulté à contrôler la consommation.
- Syndrome de sevrage physique, lors d'arrêt ou de réduction de la consommation.
- Tolérance accrue (la dose doit être augmentée pour obtenir le même effet).
- Désinvestissement progressif des autres activités et obligations à la consommation.
- Poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives (**Audrey et al., 2010**).

La toxicomanie est l'interaction entre le consommateur, le psychotrope et le contexte socioculturel. Il s'agit d'un problème biopsychosocial complexe, relié à des composantes physiques, mentales et sociologiques (**Amar et al., 2002**).

2. Classification

2.1. Pharmacologique

Selon **Delay & Deniker (1957)**, il existe trois groupes de psychotropes utilisés ou non comme drogue au sens toxicomaniaque.

2.1.1. Psycholeptiques ou sédatifs

Diminution des activités physiques et mentales. Ils comprennent les hypnotiques (barbituriques), les neuroleptiques et les tranquillisants (**Sandra, 2000**).

2.1.2. Psychoanaleptiques ou stimulants

Excitation des activités physiques et mentales. Ils comprennent les stimulants de la vigilance (amphétamines), les stimulants de l'humeur (antidépresseurs ou thymoanaleptiques) et les psychotoniques (caféine, théine) (**Audrey et al., 2010**).

2.1.3. Psychodysleptiques ou perturbateurs

Déformation des perceptions et modifications des fonctions mentales. Ils comprennent les hallucinogènes (LSD), les stupéfiants et les enivrants (**Sandra, 2000**).

2.2. Juridique

Trois catégories de drogues se différencient par leur caractère légal ou non.

2.2.1. Substances licites vendues sous contrôle de l'état (tabac/alcool).

2.2.2. Substances licites délivrées sur prescription médicale et détournées de leur usage thérapeutique : tranquillisants, barbituriques, amphétamines... (**Audrey et al., 2010**)

2.2.3. Substances illicites : appelées stupéfiants dont la liste est établie par commission interministérielle : cannabis, héroïne, dérivés opiacés, cocaïne et stimulants psychiques (**Sandra, 2000**).

3. Polytoxicomanie

La polyconsommation est un concept dont les définitions sont multiples et variables selon l'étude consultée. Pour certains, la polyconsommation a une perspective temporelle, soit la consommation simultanée de deux substances ou plus ou la consommation de celles-ci sur une période prolongée, sans que la consommation soit simultanée. D'autres chercheurs définissent la polyconsommation selon l'effet simultané que les psychotropes peuvent produire chez un individu, ce qui revient à l'étude des différents types d'effets de la consommation simultanée de psychotropes (**Amar et al., 2002**). Par exemple, à savoir si la combinaison de certaines substances augmente ou diminue l'effet de chaque drogue, ou plutôt si les combinaisons créent un nouvel effet. D'autre part, une autre catégorisation moins étudiée de la polyconsommation se rapporte à la manière dont les psychotropes sont combinés et ainsi polyconsommés (**Ives & Ghelani, 2006**).

Tableau 01 : Les mélanges de drogues (polyconsommation) risqués encourus (Cirriez. 2015 : Dufau. 2020 : Matthieu *et al.*. 2022).

| | Benzodiazépines (Kietyl) | Amphétamines (Ecstasy) | Tramadol | Kétamine | Prégabaline (Lyrica) | LSD |
|-----------------|--|--|--|--|---|--|
| Héroïne | Augmenter les effets de la montée ou prolonger l'effet de l'héroïne. Risque de coma et de difficultés respiratoires. | Il peut s'agir de signes de surdosage pouvant entraîner des troubles cardiaque, un coma ou même la mort. | Entraîner des difficultés respiratoires, et une surdose peut entraîner la mort. | Perte d'équilibre, Perte de conscience et surtout dépression respiratoire. | Dépression Respiratoire, Augmenter le risque de décès. | Augmentation du risque de perdre contact avec la réalité, effet imprévisible. |
| Cocaïne | Augmente le risque d'overdose. | Les risques d' <u>hyperthermie</u> , de déshydratation et de problèmes cardiaques. | Une mort subite, une hypertension artérielle, des palpitations cardiaques, une insuffisance respiratoire, des lésions du tissu cérébral. | Le coke pourrait augmenter le rythme cardiaque, la kétamine le ralentir ou l'augmenter, ça dépend. | Des crises cardiaques. De Déshydratation Gonflement du cerveau. | Risques de faire un arrêt cardiaque. |
| Cannabis | | L'anhédonie (incapacité à ressentir des émotions positives), la dysphorie (troubles de l'humeur) ou la dépression. | Le risque de troubles du rythme cardiaque. | Difficultés respiratoires. | Dépression respiratoire Arrêt cardiaque Coma Décès | Délires. Comportement désorganisé. La paranoïa. La dépression. Les retours en arrière. |

4. Étapes des troubles liés à la consommation de substances

Les personnes qui deviennent dépendantes de substances telles que l'alcool ou les drogues traversent généralement quatre phases. Les quatre étapes principales sont les suivantes :

4.1. Expérimentation

L'abus de substances commence par l'expérimentation ou la consommation volontaire. Chez les adolescents et les jeunes adultes, la substance est généralement achetée et testée avec des amis, souvent en réponse à la pression des camarades et copains. Les personnes plus âgées peuvent commencer une automédication en réaction à des problèmes dans leur vie personnelle, tels qu'une séparation, un divorce, un deuil ou la perte d'un emploi (Neuraxpharm, 2021).

4.2. Consommation régulière ou risquée

Cette étape se caractérise par une consommation fréquente. Elle ne se produit pas nécessairement tous les jours, mais la consommation de la substance peut suivre un schéma prévisible (par exemple, tous les week-ends) ou une situation prévisible (notamment dans un moment d'ennui, de solitude, d'anxiété ou de contrariété). Elle commence à devenir risquée lorsqu'elle crée des problèmes émotionnels, physiques ou sociaux (Neuraxpharm, 2021).

4.3. Dépendance

Au stade de la dépendance, la personne continue à consommer régulièrement la substance malgré les dommages physiques, sociaux et émotionnels qu'elle engendre. Voici quelques-uns des principaux signes de dépendance :

- Ne pas assumer ses responsabilités.
- Boire ou consommer des drogues de façon répétée et dans des situations dangereuses.
- Développer une tolérance, ce qui implique une consommation plus importante de drogues pour avoir le même effet.
- Ressentir des symptômes de sevrage (Sandra, 2000 ; Neuraxpharm, 2021).

Il y a 2 types de la dépendance :

- ✧ **Dépendance psychique** : C'est une condition par laquelle la drogue produit un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qui exige une administration périodique ou continue de la drogue pour produire un plaisir ou éviter un état dépressif. Certains auteurs la nomment accoutumance (Sandra, 2000).

- ✧ **Dépendance physique** : C'est un état d'adaptation qui se manifeste par des troubles intenses quand l'administration de la drogue est suspendue. Les troubles du syndrome d'abstinence (le manque) sont de nature psychique ou physique, donnant les effets inverses de ceux développés initialement par la drogue (**Cicero & Ellis, 2015**).

4.4 Tolérance

La tolérance signifie qu'avec le temps, il faut consommer des doses de plus en plus grandes d'une drogue pour obtenir les mêmes effets. Au fil du temps et avec l'exposition répétée, l'organisme est plus à même de dégrader la drogue et de l'éliminer de la circulation sanguine. Il est aussi moins réceptif à la présence de la drogue. En fait, de nombreux utilisateurs de longue date qui ont développé une tolérance sont incapables de ressentir l'effet agréable ou la sensation de bien-être de leur première prise (**Sandra, 2000**).

L'overdose vient du terme anglais « Drug overdose » qui décrit l'administration d'une drogue ou autre substance en quantités supérieures à la quantité recommandée ou habituellement consommée (**Landie, 2015**).

Un seuil de tolérance disparu ou amoindri, p. ex. suite à une désintoxication médicale, pose un risque de surdose. Si la même quantité de drogue est consommée qu'avant la désintoxication (donc alors que la tolérance est amoindrie), l'organisme n'arrive pas à dégrader et à éliminer la drogue aussi rapidement qu'auparavant, d'où le risque de surdose (**Reis et al., 2015**).

5. Causes de la toxicomanie

Il est toujours difficile de savoir réellement pourquoi une personne se drogue. Les raisons qui poussent à expérimenter une drogue ne sont pas les mêmes que celles qui amènent à renouveler cette consommation, voire à en devenir dépendant :

5.1. Facteurs génétiques

Il se peut que certaines personnes soient génétiquement plus vulnérables aux propriétés toxicomanogènes des drogues. Des études ont démontré que le risque d'avoir un trouble lié à l'abus d'alcool et de drogues est plus élevé chez les personnes dont un des proches parents à un tel trouble (**Marilyn et al., 2010**).

5.2. Pour s'amuser et détendre

Lorsqu'une personne prend une drogue, elle s'attend à ressentir des sensations plaisantes et en tirer un bénéfice. Ces usages récréatifs de drogues ou d'alcool sont le plus souvent ponctuels (**Laurent, 2014**).

5.3. Pour faire des expériences différentes

C'est la recherche de sensations et la prise de risque qui motivent alors l'usage de drogue. Par exemple, un adolescent peut prendre une drogue uniquement pour éprouver une nouvelle sensation. Son but est d'aller au-delà de ce qu'il ressent habituellement (**Ray, 2017 ; Laurent, 2014**).

5.4. Pour faire face à des problèmes

L'objectif peut être de s'échapper de la réalité. La drogue est utilisée comme un anesthésiant des pensées, des sentiments, des émotions, de la souffrance. Ces consommations sont propices à ce qu'une dépendance s'installe et que la situation de l'utilisateur se dégrade (**Laurent, 2014**).

5.5. Pour améliorer ses performances

Être performant, en forme, avoir de l'énergie, tenir face à la pression des examens, du travail sont autant de raisons évoquées pour faire usage de drogue (**Ray, 2014**).

6. Facteurs de risque de l'addiction (la toxicomanie)

La survenue d'une addiction repose sur trois composantes : l'individu, le produit et l'environnement.

6.1. Facteurs individuels

L'âge, le sexe, la maturité cérébrale, la personnalité et l'humeur d'un individu jouent un rôle important sur son risque individuel d'addiction (**Laurent, 2017**).

L'initiation précoce et le sexe masculin constituent des vulnérabilités spécifiques. Ainsi, commencer à consommer les substances psychotropes au début de l'adolescence multiplie par dix le risque de devenir de substances psychotrope-dépendant à l'âge adulte, par rapport à une initiation plus tardive vers l'âge de 20 ans. Les personnes anxieuses, au caractère introverti, ou encore avec une tendance dépressive, ont un risque accru de dépendance (**Pajot et al., 2015 ; Benyamina, 2017**).

Sur le plan neurobiologique, le niveau d'activité des neurotransmetteurs qui régissent notre fonctionnement et notre comportement peut varier d'un individu à l'autre et constituer chez certains une vulnérabilité vis-à-vis du risque d'addiction (**Benyamina, 2017**).

Des perturbations des systèmes dopaminergique (impliqué dans le circuit de la récompense), ou sérotoninergique (humeur), notamment, sont associées à une telle vulnérabilité (**Laurent, 2014**).

6.2. Produits/pratiques au potentiel addictif variable

Du côté du produit, l'addiction peut s'installer plus ou moins rapidement : après une ou quelques prises (crack, cocaïne...), plus progressivement, voire lentement (médicament psychotrope ...) (**Benyamina, 2017**).

6.3. Facteurs environnementaux

Enfin, l'influence de l'environnement (stress, contexte social et amical, présence de troubles psychiques...) est aussi déterminante (**Laurent, 2014**).

7. Symptômes des troubles liés à la consommation de substances :

Il existe plusieurs signes et symptômes des troubles liés à la consommation de substances, communs à la plupart des types de dépendance. Ces derniers comprennent :

7.1 Changements psychologiques

- Sautes d'humeur soudaines.
- Apparition d'un sentiment d'anxiété, de peur ou de paranoïa sans raison particulière.
- Problèmes de concentration.
- Faible estime de soi.
- Aggravation de troubles mentaux existants tels que l'anxiété ou la dépression (**Neuraxpharm, 2021**).

7.2. Changements physiques

- Perte ou prise de poids soudaine.
- Couleur de peau inhabituelle.
- Mauvaise haleine.
- Détérioration générale de l'apparence physique (**Ray, 2017**).

7.3. Changements comportementaux et sociaux

- Manque de motivation pour faire quoi que ce soit, apathie.
- Changements dans les habitudes alimentaires ou les habitudes de sommeil.
- Perte d'intérêt pour les passe-temps et les activités.
- Mise en retrait des amis et de la famille.
- Négliger ses responsabilités à la maison ou au travail (**Neuraxpharm, 2021**).

8. Neurobiologie de l'addiction

8.1. Circuit de la récompense

Le circuit de la récompense décrit un réseau de connexions qui relie deux groupes de neurones, l'un situé dans l'aire tegmentale ventrale et l'autre dans le noyau accumbens. Celui-ci est une structure paire (**Pajot *et al.*, 2015**). Il en existe un dans l'hémisphère gauche et un autre dans l'hémisphère droit. Le circuit de la récompense sert à renforcer certains de nos comportements : il intervient par exemple dans les comportements alimentaires ou sexuels (**Ray, 2017**).

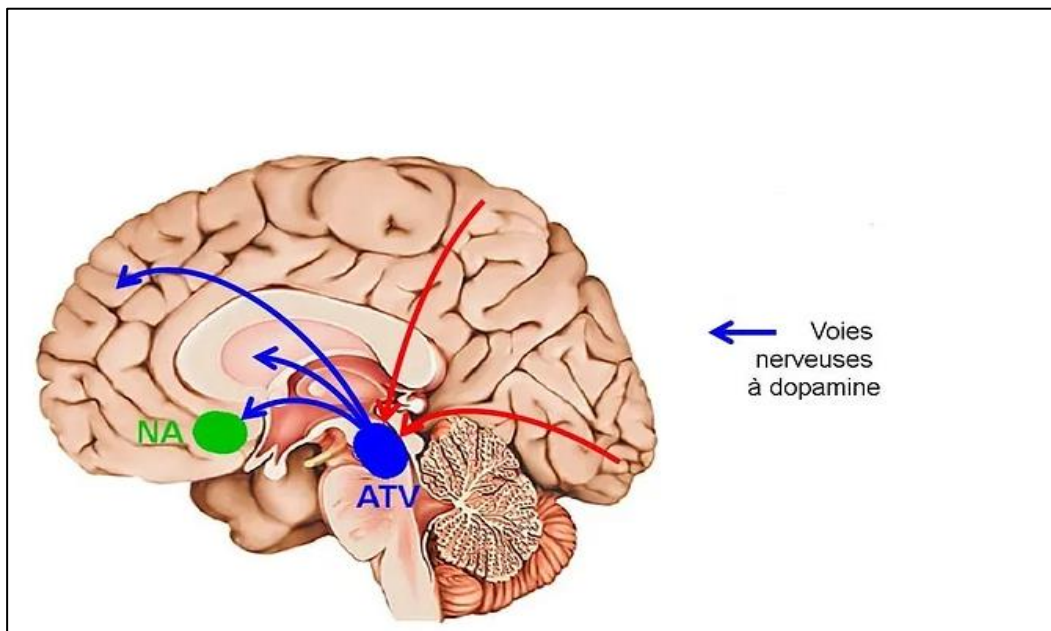


Figure 01 : Circuit de la récompense [**web site 01**].

8.1.1. Neurones

La synapse est une aire de jonction par laquelle le message chimique (neurotransmetteur) passe d'un neurone à l'autre. C'est une structure particulièrement importante, où le signal neuronal peut être renforcé (via une augmentation de la libération de neurotransmetteur ou du nombre de récepteurs postsynaptiques) ou diminué (via une augmentation du nombre de récepteurs présynaptiques) (**Pajot *et al.*, 2015**).

8.1.2. Circuit d'information entre deux neurones

Notre cerveau secrète près d'une centaine de neurotransmetteurs tels que la dopamine, la sérotonine. La zone de communication ou connexion entre deux neurones est appelée « synapse ». Le neurotransmetteur secrété par le premier neurone traverse l'espace situé entre les deux neurones et rejoint le deuxième neurone où il se fixe sur des récepteurs spécifiques (**Mildeca, 2021**).

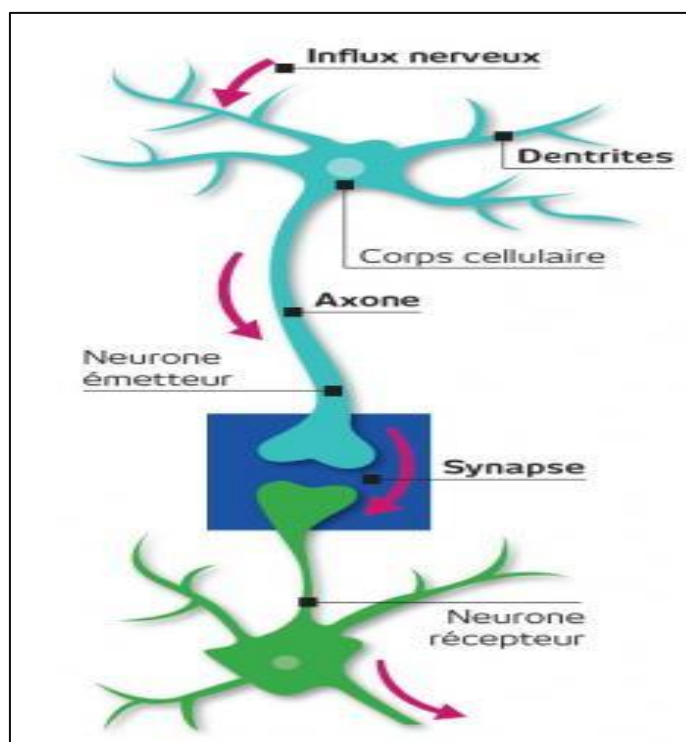


Figure 02 : Circuit d'information entre deux neurones.

8.2. Circuit de la récompense et addiction

La dépendance à une substance se met en place après plusieurs utilisations de celle-ci. Lors de la première administration, nos cellules olfactives et gustatives la découvrent, et c'est à partir de la deuxième utilisation que la mémoire de nos cellules se met en place, la substance va être reconnue. Au niveau de notre cerveau, le circuit de la récompense est mis en jeu, avec certains neurotransmetteurs comme la dopamine, l'adrénaline, la sérotonine ou bien l'acétylcholine jouant un rôle primordial au sein de ce circuit. Lors du phénomène de dépendance, le principe actif de la substance va venir se fixer à son récepteur (processus naturel) qui libérera les neurotransmetteurs (**Dever, 2015**). La consommation abusive de la substance va déséquilibrer ce circuit et le patient voudra consommer toujours plus de cette substance afin de, sans véritablement le savoir, libérer toujours plus de neurotransmetteurs. Lors de l'arrêt de l'apport de cette substance, des symptômes de manque vont apparaître (sudation, tremblements...). Ce déséquilibre va donc donner l'envie de la consommer à nouveau, afin de ne pas retrouver ces états de manque consécutifs à l'arrêt de la prise. Il n'y a plus de plaisir à la consommation, juste une sortie de l'état de manque : c'est ce que l'on appelle le renforcement négatif. Le circuit de la récompense est donc, au cœur de notre physiopathologie de dépendance (**Devaux, 2022**).

Chapitre 02 : Hallucinogènes

1. Généralités

Les hallucinogènes sont des substances chimiques qui entraînent à faibles doses une modification de la perception, de la pensée ou de l'humeur, tout en maintenant la vigilance, l'attention, la mémoire et l'orientation. Ils produisent des distorsions et des hallucinations auditives, visuelles et tactiles – c'est-à-dire une expérience semblable au rêve – chez les sujets éveillés (**John et al.,2007**).

Toute substance provoquant des modifications des perceptions jusqu'à l'hallucination est un hallucinogène. Il peut donc s'agir d'une substance de synthèse (hallucinogène synthétique) ou d'une plante, de champignons (hallucinogène naturel). Toutes ont en commun de provoquer un état modifié de conscience du fait d'une action sur le système nerveux central. Une overdose d'hallucinogènes peut être mortelle (**Botrel, 2021**).

2. Historique

Historiquement, certaines de ces substances connaissent des utilisations rituelles ancestrales dont certaines ont survécu jusqu'à nos jours via notamment le chamanisme et certains cultes (l'Ayahuasca par exemple). Leurs usages rituels sont variés : objet de culte, curatif, rituel ; transe. C'est l'apparition des grandes religions monothéistes qui est responsable de la disparition de ces usages qu'elles désignaient comme incarnant le mal (**Chambon, 2009**).

Malgré leur aspect ancestral, la société occidentale moderne ne s'est véritablement intéressée à ces substances qu'au tout début du XXe siècle et surtout après la découverte du LSD et la révolution culturelle qui lui fut contemporaine. Ces substances furent alors testées principalement dans des buts thérapeutiques notamment lors de psychothérapies. Leur popularité croissante conduira à leur interdiction et la plupart de ces substances sont aujourd'hui illégales. Il existe actuellement un renouveau de la recherche scientifique et médicale dans les pays occidentaux (Etats-Unis, Suisse, Espagne), de nombreuses études expérimentales ayant désormais démontré l'utilisation possible de certains hallucinogènes dans des indications médicales (**Chambon, 2009**).

3. Usage thérapeutique des hallucinogènes

Entre 1950 et le milieu des années 60, plus de mille articles scientifiques ont été publiés dans les revues de psychiatrie clinique aux USA et en Europe, décrivant le traitement par des substances hallucinogènes de près de 40 000 patients. A la lecture de la littérature internationale, les différentes indications cliniques retenues pour l'utilisation des hallucinogènes sont les suivantes (**Dever, 2015**) :

- Traitement des troubles psychiques post-traumatiques.
- Traitement des douleurs et de la dépression des patients en fin de vie (cancéreux, sidéens...) (**Dever,2015**).
- Traitement des troubles psychosomatiques et des névroses obsessionnelles.
- Traitement des dépressions.
- Traitement des psychoses (indication la plus controversée, progressivement abandonnée dès les années 60).
- Traitement psycholytique dans le cadre des psychothérapies et des oniroanalyses (**Sueur et al., 2017**).

4. Classification (Classification clinique des hallucinogènes)

Les hallucinogènes sont des psychotropes qui ont en commun d'être désignés comme « des perturbateurs du système nerveux central ». Les hallucinogènes sont répartis en 3 classes :

4.1. Les hallucinogènes délirants

Ils induisent un état de délire, caractérisé par une extrême confusion et une incapacité à contrôler ses actes. Ils provoquent une dissociation très forte de la conscience mais sans être immobilisé. Ces substances sont toxiques, provoquent des risques de décès par surdosage, et comprennent également un certain nombre d'effets secondaires comme une déshydratation, une mydriase et des troubles du rythme cardiaque (**Dever,2015**).

4.2. Les hallucinogènes dissociatifs

Ils produisent une analgésie, une amnésie et une catalepsie aux doses anesthésiques. Aux doses subanesthésiques, ils produisent un sentiment de détachement de l'environnement, et une dissociation du corps et de l'esprit. L'âme se sépare du corps, et l'individu a l'impression qu'elle flotte au-dessus de son corps physique. Les symptômes dissociatifs comprennent la perturbation de la mémoire, de l'identité, de l'estimation des distances, et de la perception (**Fleurentin, 2015**).

D'autres expériences de dissociation comprennent une incapacité à se reconnaître soi-même dans le miroir tout en conservant la conscience que l'image dans le miroir est la nôtre. Ils comprennent la kétamine (**Fleurentin, 2015**).

4.3. Les hallucinogènes psychédéliques

Une substance psychédélique est une substance psychoactive qui provoque des altérations de la cognition et de la perception. L'effet psychédélique est caractéristique de cette classe. Ils comprennent LSD (**Fleurentin, 2015**).

5. Quelques exemple sur les hallucinogènes

5.1. Cannabis

5.1.1. Définition

Le cannabis (*cannabis sativa*) ou chanvre indien est un petit arbre originaire d'Asie. Le principal ingrédient chimique actif du cannabis est le THC (delta -9-tétrahydrocannabinol). Parmi les quelques 400 ingrédients chimiques retrouvés dans la plante de cannabis, le THC est celui qui affecte le plus le cerveau. Il s'agit d'un produit chimique psychotrope qui apporte une sensation d'euphorie (high) aux personnes qui consomment du cannabis (Dever, 2015).

Le cannabis sous différentes formes :

- **La marijuana** : feuilles, tiges et sommités fleuries, simplement séchées.
- **Le haschisch** : résine compressée obtenue à partir de la plante.
- **L'huile** : préparation plus concentrée en principe actif obtenue par distillation de la résine.

Et peut être consommé de différentes façons : L'inhalation (fumer ou vapoter) et l'ingestion (manger ou boire) sont deux façons courantes (Dever, 2015).



Figure 03 : les formes de la consommation du cannabis (Clermont *et al.*, 2014).

5.1.2. Structure chimique

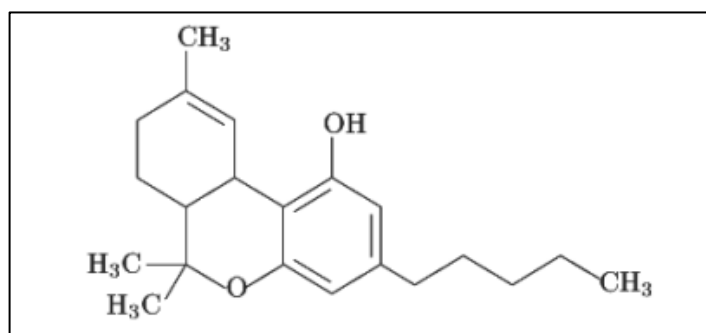


Figure 04 : Structure chimique du cannabis (Paczesny, 2014).

5.1.3. Pharmacologie

5.1. 3.1. Mécanisme d'action

Action sur des récepteurs stéréospécifiques centraux (CB1) ou périphériques (CB2) (Vincent, 2017).

5.1. 3.2. Cinétique

- **Résorption** : Rapide par voie pulmonaire (2 à 3 min), plus lente par voie orale (2 à 4h).
- **Distribution** : Environ 90% du THC dans le sang est distribué au plasma où il est fortement lié aux protéines plasmatiques (97-99%), principalement les lipoprotéines. Le THC pénètre rapidement dans les tissus vascularisés comme le foie, le cœur, les graisses, les reins, le placenta ou encore l'hypophyse. Sa concentration plasmatique décroît alors rapidement (Fabritius, 2014).
- **Métabolisme** : Le THC est principalement métabolisé dans le foie.
- **Élimination** : le THC est excrété, essentiellement sous la forme de métabolites inactifs, dans les selles et dans une moindre mesure dans l'urine.
 - Première demi-vie d'élimination de 8 jours.
 - Deuxième demi-vie d'élimination tardive de 2 à 3 mois (Fabritius, 2014).

5.1.4. Effets du cannabis

1. Risques liés à la consommation ponctuelle

- Troubles du mouvement, vertiges, détente musculaire, parfois somnolence.
- Hallucinations possibles (en cas de prise rapide d'une quantité élevée de THC, notamment avec l'huile).
- Sécheresse de la bouche, yeux rouges, mydriase.
- Stimulation de la faim après la consommation (Dever, 2015).

2. Risques liés à la consommation chronique

- ✧ **Au niveau respiratoire** fumé le cannabis fait courir les mêmes risques que le tabac (irritations, probable augmentation du risque de cancers des voies respiratoires), a fortiori s'il est mélangé au tabac. Syndrome cannabinoïde douleurs abdominales chroniques, nausées et vomissements cycliques (tous les 2-3 mois), souvent matinaux (Dever, 2015).
- ✧ **Au niveau cardio-vasculaire** modification du rythme cardiaque (tachycardie) et de la pression artérielle (Dever, 2015).
- ✧ **Maladies parodontales (maladies des gencives) et buccales** gingivites (inflammation des gencives), parodontites (inflammation des tissus qui entourent la

dent), ce qui entraîne un déchaussement des dents puis leur perte), stomatites (inflammation de la cavité buccale), hyperplasie gingivale (élargissement des gencives) (Dever, 2015).

La consommation de cannabis augmente le risque de contracter des maladies mentales, notamment la schizophrénie (Vandendriessche *et al.*, 2010).

5.2. Cocaïne

5.2.1. Définition

La cocaïne se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche, cristalline et sans odeur. Elle a été extraite des feuilles de cocaïer. Lorsqu'elle est "sniffée", elle est appelée « ligne de coke » ; elle est aussi parfois injectée par voie intraveineuse ou fumée, principalement sous forme de crack (ou free base) (De collectif, 2006).



Figure 05 : Poudre de la cocaïne (DEA, 2017).

5.2.2. La forme de la cocaïne

La cocaïne existe principalement sous 2 formes :

- Le chlorhydrate de cocaïne : il se présente sous forme cristaux incolores, d'une poudre cristalline (neige) ou de grains (rock), son absorption est intraveineuse plus fréquemment intranasale.
- L'autre forme c'est le crack, l'alcaloïde sous forme de base obtenu en faisant chauffer du chlorhydrate de cocaïne en présence de bicarbonate de soude et d'eau, il peut être également fumé mélangé à du tabac (Burnat & Le Brumant, 1992).

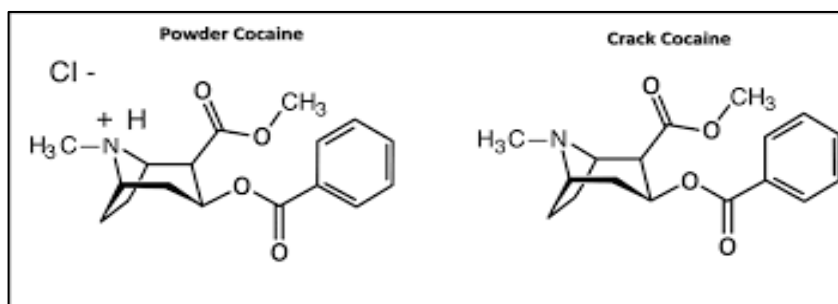


Figure 06 : Molécules de cocaïne et crack (Carl *et al.*, 2014)

5.2.3. Pharmacocinétique de la cocaïne

- Elle atteint le cerveau en 3 min lorsqu'elle est prise par voie nasale
- Par voie intraveineuse, la cocaïne est complètement absorbée et son effet prend 15 secondes.
- Elle passe à travers les alvéoles jusqu'à la circulation artérielle sous forme de crack fumée et inhalé et atteint le cerveau en moins de 8 secondes.
- La cocaïne se diffuse dans tous les tissus de corps, traverse facilement les barrières sanguine et cérébrale.
- Elle est éliminée par plusieurs procédés :
 - Principalement par métabolisme : les métabolites ont une forte proportion dans l'urine et peuvent être détectés dans le sang et l'urine 3 à 4 jours après la prise.
 - Inaltéré dans l'urine (cocaïne).
 - Par la bile (Chaumont, 2018).

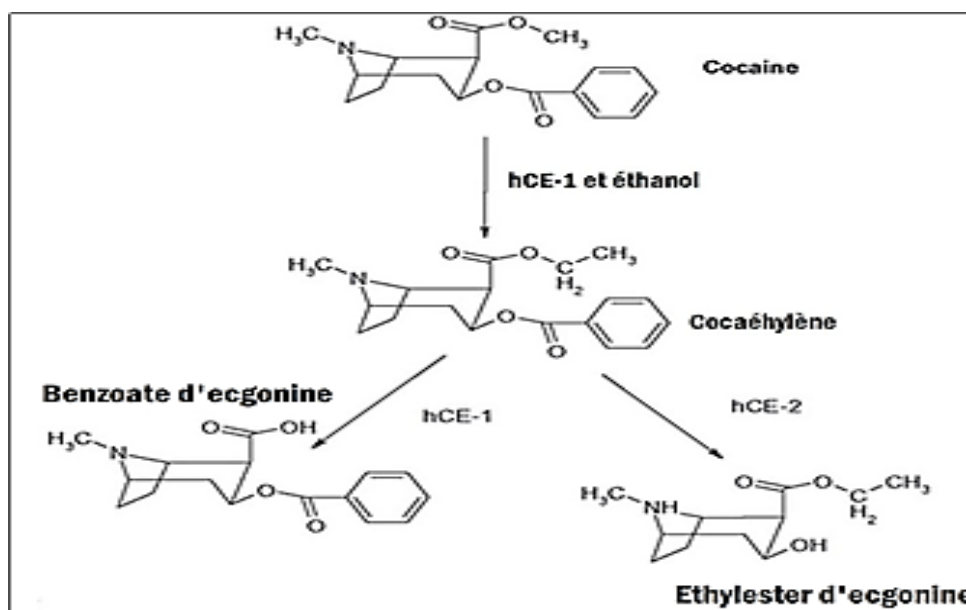


Figure 07 : Métabolisme de la cocaïne (Bensakhria, 2015).

5.2.4. Mode d'action

La cocaïne bloque la recapture de plusieurs neuromédiateurs, principalement la dopamine et dans une moindre mesure la sérotonine et la noradrénaline. Elle entraîne une activation des neurones dopaminergiques dans plusieurs régions du cerveau, notamment au niveau du noyau acumbens, structure jouant un rôle important dans la régulation des émotions. Le rôle privilégié des neurones dopaminergiques dans l'activation acquise sur le mode réflexe du circuit de la récompense est maintenant clairement établi, et certainement en lien avec le déclenchement du « craving », soit l'envie intense et compulsive de drogue (Gothuey, 2014).

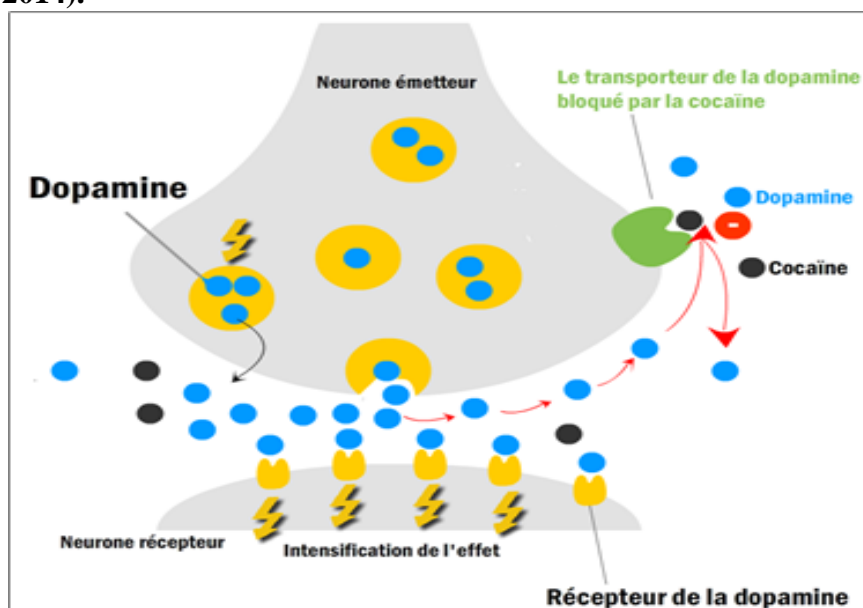


Figure 08 : Mécanisme d'action de la cocaïne (Bensakhria,2015).

5.2.5 Effets

- **Cardio vasculaire** : Rhabdomyolyse aiguë, nécrose, ischémique, infarctus du myocarde.
- **Système Nerveux Centrale** : Hémorragie méningée, ictus, céphalée.
- **Système respiratoire** : Hémorragie pulmonaire, dyspnée, pneumopathie.
- **Rénale** : Insuffisance rénale aiguë.
- **Hépatique** : Infection hépatique (HBC, HCV) (Gothuey, 2014).

5.3. L'ecstasy

5.3.1. Définition

La MDMA (méthyl-dioxy-méthylamphétamine) est une molécule de la famille des phénéthylamines comme l'amphétamine. Elle agit sur les systèmes dopaminergiques ce qui lui confère des propriétés stimulantes, Elle circule sous la forme de comprimés, appelés « ecstasy » (Gandilhon *et al.*, 2016).

Une drogue classée comme stupéfiant et de plus en plus utilisée par les jeunes pour ses effets stimulants et hallucinogènes (Burnat, 1996).



Figure 09 : Variété de comprimés d'ecstasy (Lapostolle *et al.*, 2021).

2.3.2. Structure chimique

L'ecstasy est un dérivé amphétaminique de formule chimique brute $C_{11}H_{15}NO_2$ appartenant à la famille des phényléthylamines. Son nom scientifique est la méthylènedioxy-3,4-diméthylphényléthylamine ou méthylènedioxy-3,4- méthamphétamine ou encore MDMA (Dussaud, 1998).

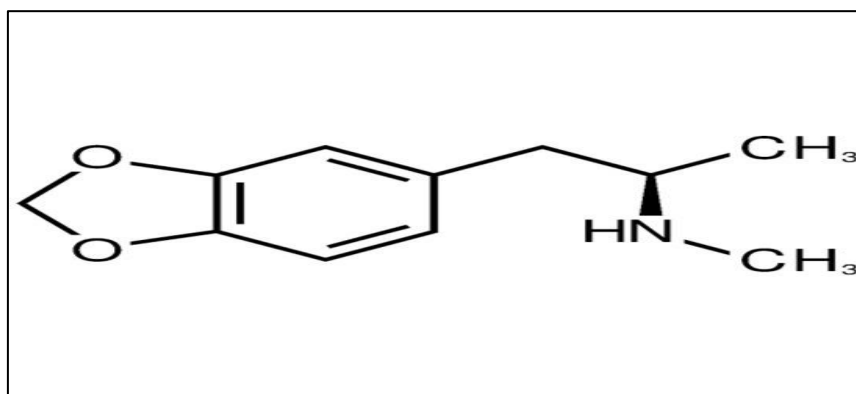


Figure 10 : Structure chimique du MDMA (Dussaud, 1998)

5.3.3. Pharmacologie

5.3.3.1. Mécanisme d'action

La MDMA a pour cibles les neurones dopaminergiques et sérotoninergiques. La MDMA agirait en bloquant les transporteurs de la dopamine et de la sérotonine, responsables du recaptage de ces neurotransmetteurs. Ceci a pour conséquence une augmentation immédiate, importante et transitoire de dopamine et de sérotonine dans les fentes synaptiques des synapses correspondantes et par suite une hyperactivation des récepteurs de la dopamine et de la sérotonine des systèmes nerveux central et périphérique (Constance, 2002).

5.3.3.2. Cinétique

- **L'absorption** digestive de l'ecstasy est bonne. Les amphétamines ont un petit poids moléculaire et une fixation aux protéines faible favorisant une distribution tissulaire rapide. Le volume de distribution est élevé. Le pic plasmatique est atteint entre une et deux heures.

- **Le métabolisme** de la MDMA est maintenant bien décrit. La première voie, quantitativement la plus importante, passe par l'ouverture du cycle méthylènedioxy suivie d'une méthylation ou d'une glucuro- ou sulfoconjugaison. La seconde voie passe par une déalkylation en (méthylène dioxy-amphétamine) MDA, biologiquement actif. Déamination et oxydation produisent ensuite de l'acide benzoïque et des dérivés excrétés sous forme d'acide hippurique après conjugaison avec la glycine. À noter que sont ainsi produits des métabolites (dont des quinones), dont la neurotoxicité est clairement établie. D'autres métabolites ont été identifiés comme ayant une toxicité hépatique, rénale et cardiaque (**Lapostolle et al., 2021**).

- **L'excrétion** des amphétamines est principalement urinaire (**Lapostolle et al., 2021**)

5.3.4. Effets

- Le MDMA entraîne une mydriase (pupille dilatée), du bruxisme (mâchoires crispées, tremblements musculaires), des nausées et des vomissements sont possibles également une hausse de la pression sanguine. La consommation de MDMA peut être particulièrement éprouvante pour le corps (en particulier pour le cœur, le foie et les reins). L'élévation de la température du corps peut entraîner un coup de chaleur, une déshydratation. Une surdose peut être responsable de crampes et d'hallucinations.
- Le MDMA peut entraîner des risques d'épilepsies.
- La consommation de MDMA est toxique pour le foie, et peut être particulièrement dangereuse en cas de troubles cardiaques, d'asthme, d'épilepsie, de diabète.
- Des consommations trop importantes ou fréquentes peuvent entraîner des altérations du système sérotoninergique qui peuvent induire des troubles cognitifs ou des symptômes dépressifs transitoires ou plus persistants (**addictaïde ,2022**).

5.4. L'héroïne

5.4.1. Définition

L'héroïne est un opiacé semi-synthétique, la morphine est le principal principe psychoactif de l'opium, a été modifiée en diacéylmorphine, s'en différenciant principalement par sa plus grande liposolubilité, ce qui lui permet de traverser plus rapidement la barrière hématoencéphalique. L'héroïne existe sous deux formes : un hydrochlorure (héroïne-HCL) utilisé en injection du fait de sa solubilité dans l'eau et un dérivé alcalin (héroïne-base) susceptible d'être vaporisé et donc consommée en fumettes. L'héroïne présente un certain nombre de caractéristiques : c'est un puissant antidouleur et anxiolytique, elle a de forte propriété antitussives (Lebeau,2002).



Figure 11 : Héroïne (Dominique, 2010).

5.4.2 Forme

On a trois formes :

- L'héroïne de base : n'est pas soluble dans l'eau et ne peut être injectée elle sera seulement fumée.
- Chlorhydrate d'héroïne : c'est -à-dire ajouter à l'héroïne de base de l'acide chlorhydrate, pour l'injection
- Sous forme poudre : soluble dans l'eau, elle est composé de 30-50% d'héroïne pure, caféine d'aspirine et d'héroïne poudre ou (brown-sugar), la mélanger avec du jus de citron ou de vinaigre pour consommer (Chaumont, 2018).

5.4.3 Pharmacocinétique de l'héroïne

L'héroïne franchit la barrière hémato-encéphalique plus rapide en raison de sa liposolubilité, une fois dans le cerveau, elle est rapidement hydrolysée en morphine qui constituent la forme réellement active sur les récepteurs (Denis et al., 1998).

Le métabolisme de l'héroïne, tout comme celui des autres opiacés naturels, elle est rapidement désacétylée en 6-monoacétylmorphine puis en morphine. De ce fait, la demi-vie plasmatique de l'héroïne est brève de 3 à 10 minutes. On ne retrouve pas de trace d'héroïne dans l'urine. Le terme du catabolisme de l'héroïne est donc la morphine dont la demi-vie varie de 1,5 à 4 heures. Elle subit des réactions de conjugaison la rendant plus hydrosoluble, ainsi que des réactions d'oxydation, la transformant en codéine. Il est donc classique retrouver dans les urines (Denis et al., 1998).

5.4.4. Mécanisme d'action

L'héroïne a une structure moléculaire similaire aux endorphines (dynorphine). Elle se fixe alors sur les récepteurs à endorphine et augmente la libération de dopamine qui a pour résultante un effet euphorisant, d'apaisement, de diminution de la douleur (Chaumont, 2018).

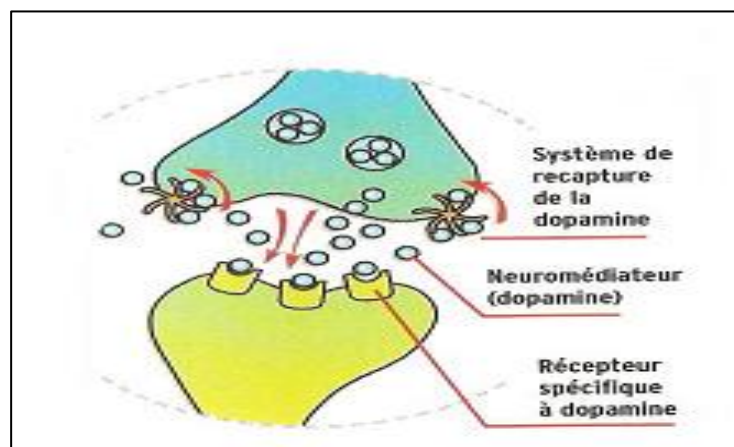


Figure 12 : Mode d'action d'héroïne. (Chaumont, 2018)

5.4.5. Effets de la consommation d'héroïne

- **Effets immédiats**
 - Dysphorie, nausées et vomissements et diminution de l'appétit.
 - Provoquant une sensation de la chaleur de la peau.
 - Sècheresse de la bouche et de transpiration (Demaret et al., 2013).
- **Effets selon mode d'injection**
 - Par voie intraveineuse ; le pratique de l'injection abime le système veineux

- Le partage de matériel provoque des maladies tels que le VIH, l'hépatites C et B, le tétanos ou la tuberculose (**Demaret *et al.*, 2013**).
- **Effets à long terme**
- Un problème de faible masse osseuse et parfois d'ostéoporose.
- Un effet délétère sur les cellules cardiaque (**Demaret *et al.*, 2013**).

5.5. Médicaments psychotropes

5.5.1. Tramadol

5.5.1.1. Définition

Le tramadol est un opioïde à courte durée d'action¹, il s'agit d'un dérivé synthétique de la codéine. Il est parfois décrit comme un opioïde « faible » (**Gruffat, 2022**).

Est un médicament antalgique largement utilisé dans la prise en charge du patient douloureux (**Devaux, 2022**).

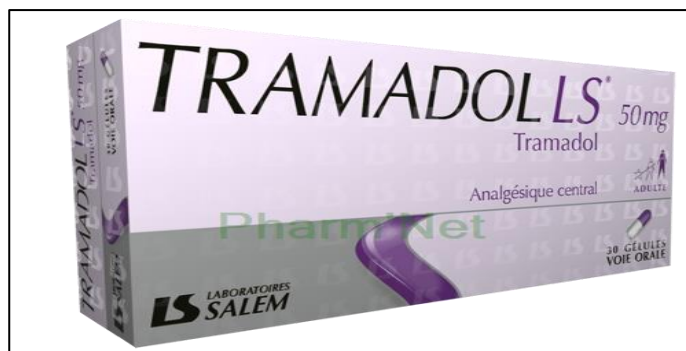


Figure 13 : La forme commerciale de tramadol en Algérie (**diagnostics.labosalem.dz, 2023**).

5.5.1.2. Structure chimique

Le tramadol, de formule brute $C_{16}H_{25}NO_2$ a une structure proche de la codéine et de la morphine (figure14). Sa formule chimique est (1RS, 2RS) -2-[(diméthylamino)- méthyl] -1-(3-méthoxyphényl) -cyclohexanol (**Cassier, 2014**).

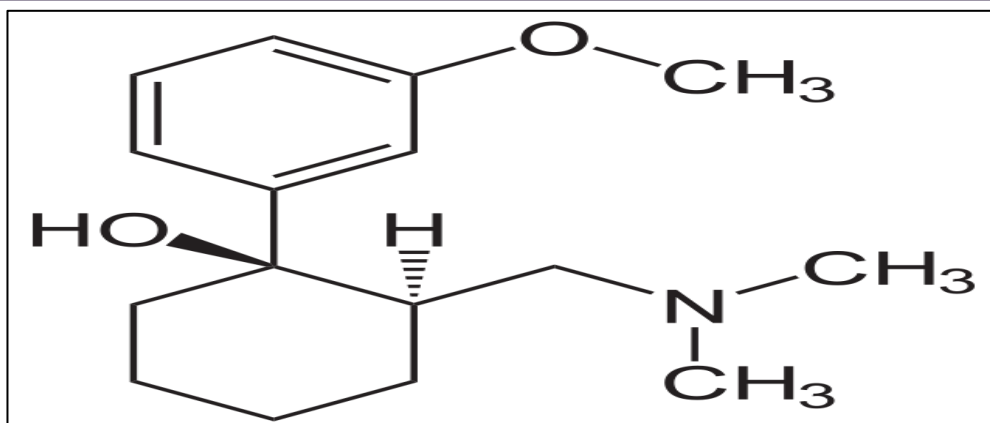


Figure 14 : Structure chimique du tramadol (Cassier, 2014)

5.5.1.3. Posologie

Ce médicament contenant 100 mg de tramadol est indiqué en premier lieu dans les douleurs intenses. En cas de douleurs moins intenses, il est recommandé de prendre un médicament contenant 50 mg de tramadol (Gruffat, 2022).

- **Douleurs aiguës** : La dose d'attaque est de 100 mg (1 comprimé) suivie de 50 à 100 mg toutes les 4-6 heures sans dépasser 400 mg / 24 heures (4 comprimés).

- **Douleurs chroniques** : La dose d'attaque est de 50 ou 100 mg (1 comprimé) suivie de 50 à 100 mg (1 comprimé) toutes les 4-6 heures sans dépasser 400 mg / 24 heures (4 comprimés) (Gruffat, 2022).

5.5.1.4. Propriété pharmacologique

5.5.1.4.1. Pharmacocinétique

Elle correspond au devenir du médicament dans l'organisme et comprend 4 phases :

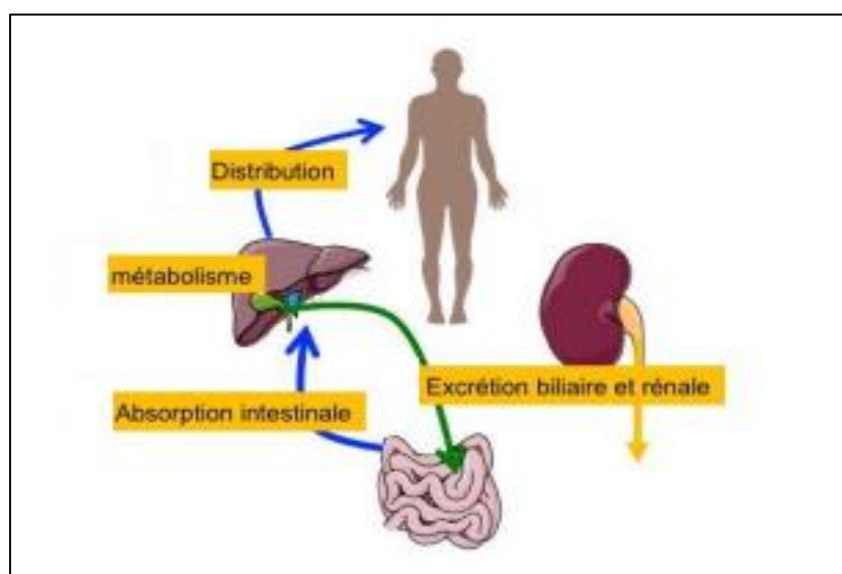


Figure N15 : Le devenir du médicament en 4 étapes (Devaux, 2022).

Absorption

Le tramadol est absorbé par voie orale avec une biodisponibilité dépassant les 90 %, pour des prises répétées toutes les 6 heures. Concernant une administration par voie orale unique, la biodisponibilité est comprise entre 70 et 90 %. Le pic sérique (T_{max}) est atteint en environ 2 heures.

Distribution

Le tramadol possède une faible liaison aux protéines plasmatiques (20 %) et un volume de distribution important (3 à 4 l/kg). De plus, le tramadol va subir un passage transplacentaire, et sera également présent en quantité très faible dans le lait maternel.

Métabolisation

Concernant le tramadol, 90 % de ce médicament va subir une métabolisation principalement hépatique.

Élimination

Le tramadol, sa demi-vie d'élimination varie entre 5 et 7 heures. Le tramadol va subir une élimination rénale à 95 %, le reste étant éliminé dans les fèces (**Devaux, 2022**).

5.5.1.4.2. Pharmacodynamiques

Le tramadol est un analgésique opioïde central (agissant au niveau du cerveau et de la moelle épinière) de palier II. Cependant, il n'est pas un dérivé de la morphine et possède un double mécanisme d'action, entraînant une synergie d'action à dose thérapeutique :

- Effet monoaminergique central entraînant une inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. C'est cet effet qui est actif sur les douleurs neuropathiques.
- Effet opioïde dû à la fixation sur les récepteurs opioïdes de type μ . C'est un agoniste partiel et non sélectif des récepteurs morphiniques μ , δ et κ , avec une affinité plus intense pour les récepteurs μ (**Devaux, 2022**).

5.5.1.5. Inductions

Le tramadol est indiqué dans la prise en charge des douleurs modérées à intenses (**Gruffat, 2022**).

5.5.1.6. Contre indications

Comme tout médicament, la prise du tramadol n'est pas dénuée de contre indication. Parmi ces dernières, nous pouvons citer :

- L'hypersensibilité au tramadol et opiacés.
- Une insuffisance respiratoire sévère.
- Une insuffisance hépatique sévère.

- Une épilepsie non contrôlée par un traitement.
- Un allaitement si un traitement au long cours est nécessaire.
- Une intoxication aiguë ou surdosage avec des produits déprimeurs du SNC et/ou alcool.
- Une association aux agonistes/antagonistes morphiniques et aux IMAO. (Devaux,2022).

5.5.1.7. Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont ceux de la classe des opiacés tels que :

- Nausées, vomissements.
- Somnolence, céphalées, vertiges, hypersudation, sensation de malaise,
- Sécheresse buccale.
- Constipation en cas de prise prolongée (Schaad, 2001).

5.5.2. Lyrica (Prégabaline)

5.5.2.1. Définition

La prégabaline est approuvée comme traitement d'appoint des crises partielles, les douleurs neuropathiques périphériques et centrales et la fibromyalgie (Spigset & Westin, 2013).

La prégabaline (Lyrica) a été décrite comme "un analogue du neurotransmetteur acide γ aminobutyrique (GABA) qui a des effets analgésiques, anticonvulsivants et anxiolytiques" (Tasson *et al.*, 2007).

Le mésusage et le potentiel d'abus de PGB, qui peuvent entraîner une dépendance à une substance et une intoxication (Figure 16) (Hagg *et al.*, 2020).



Figure 16 : La forme commercial de prégabaline en Algérie (Ammari *et al.*, 2021).

5.5.2.3. Structure chimique

La Prégabaline est l'énantiomère S de l'acide 3-aminométhyl-5-méthylhexanoïque (figure17) (Dooley *et al.*, 2002).

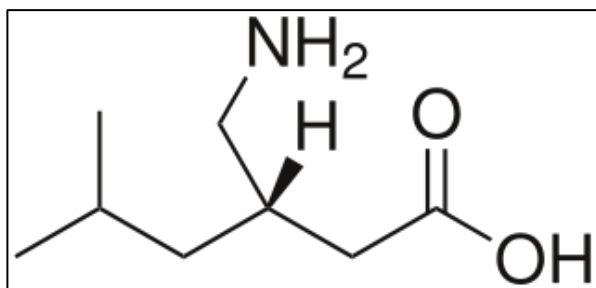


Figure 17 : Structure chimique de PGB (Dooley *et al.*, 2002).

5.5.2.4. Pharmacocinétique

Absorption

La Prégabaline est rapidement absorbée après administration orale, avec des concentrations plasmatiques maximales survenant entre 0,7 et 1,3 heure. La biodisponibilité orale de la prégabaline est d'environ 90 % et est indépendante de la dose et de la fréquence d'administration. La nourriture réduit le taux d'absorption de la prégabaline, entraînant des concentrations plasmatiques maximales plus faibles et retardées, mais l'étendue de l'absorption du médicament n'est pas affectée, ce qui suggère que la prégabaline peut être administrée sans tenir compte des repas (Howard *et al.*, 2013).

Distribution

-Elle est assez bien distribuée dans l'organisme et très peu fixée aux protéines plasmatiques.

-Elle est capable de traverser les barrières hémato-encéphalique et placentaire et est excrété dans le lait maternel (Palma et Pancheri, 2007).

Métabolisme

La prégabaline ne subit pas de métabolisme hépatique ; elle est éliminée de la circulation systémique principalement par excrétion rénale sous forme inchangée. Sa clairance est directement proportionnelle à la clairance de la créatinine, Elle n'est pas affectée par l'âge, le sexe, la race, la ménopause et l'administration concomitante d'autres médicaments antiépileptiques (Bock brader *et al.*, 2010).

Elimination

La demi-vie d'élimination de la prégabaline est d'environ 6 heures et l'état d'équilibre est atteint en 1 à 2 jours après administration répétée. Corrigée de la biodisponibilité orale, la clairance plasmatique de la prégabaline est essentiellement équivalente à la clairance rénale, ce qui indique que la prégabaline subit une élimination non rénale négligeable (**Howard et al., 2013**).

La prégabaline présente des propriétés pharmacocinétiques souhaitables et prévisibles qui suggèrent une facilité d'utilisation. La prégabaline étant éliminée par voie rénale, la fonction rénale affecte sa pharmacocinétique (**Howard et al., 2013**).

5.5.2.5. Pharmacodynamie

Des recherches précliniques faisant appel à l'autoradiographie des récepteurs et à des mutations de remplacement (**Li et al., 2011**).

Ont montré que la prégabaline se lie sélectivement aux sous-unités $\alpha 2\delta$ des canaux calciques à tension voltage, ce qui entraîne une diminution de la libération de neurotransmetteurs (norépinéphrine, glutamate, substance P, peptide lié au gène de la calcitonine) et une réduction de l'excitabilité postsynaptique (**Dooley et al., 2003**).

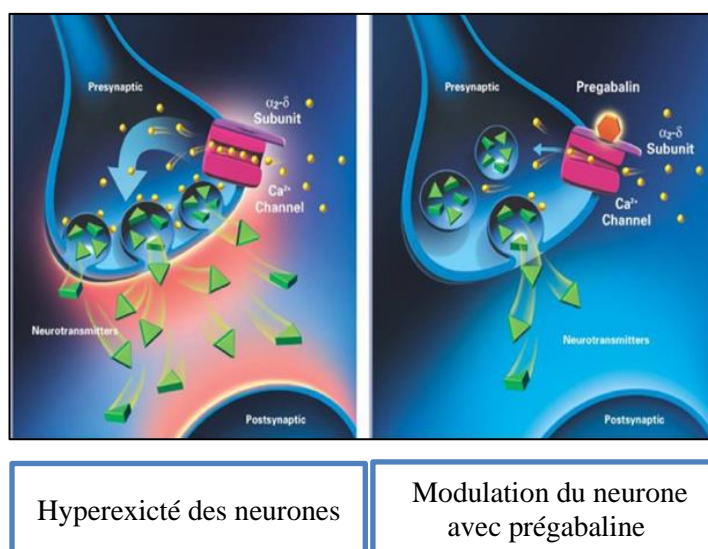


Figure 18 : Mécanisme d'action de la prégabaline (**Bian et al., 2006**).

Les canaux calciques à potentiel sont des membranes cellulaires qui perméables aux ions calcium, qui contrôlent le potentiel d'action des neurones sélectifs (**Bian et al., 2006**).

Le côté gauche de l'image illustre le moment où les neurones pénètrent par les canaux calciques voltage-dépendants et activent la libération de neurotransmetteurs permettant aux vésicules de se joindre à la membrane cellulaire de la fente synaptique. Une entrée

excédentaire d'ions calcium se produit. Le côté droit de l'image illustre la forte liaison de la prégabaline aux sous-unités alpha2-delta (Shim, 2011).

5.5.2.6. Posologie

Tableau 02 : Posologie de la prégabaline (Parke-Davis Div of Pfizer Inc., 2004).

| | | | | | | | | |
|-------------------------|---------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Gélules | 25mg | 50mg | 75mg | 100mg | 150mg | 200mg | 225mg | 300mg |
| Solution buvable | 20mg/ml | | | | | | | |

La posologie varie de 150 à 600 mg par jour, en deux ou en trois prises. Douleurs neuropathiques, Epilepsie, Trouble anxieux généralisé. Le traitement par prégabaline peut être instauré à la dose de 150 mg par jour administrée en deux ou en trois prises. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg par jour après un intervalle de 3 à 7 jours, et peut si nécessaire être augmentée à la dose maximale de 600 mg par jour après un intervalle supplémentaire de 7 jours [website 03].

5.5.2.7. Indication

- Douleurs neuropathiques. Lyrica est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales chez l'adulte.
- Epilepsie. Lyrica est indiqué chez l'adulte en association dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire.
- Trouble anxieux généralisé. Lyrica est indiqué dans le traitement du trouble anxieux généralisé (TAG) chez l'adulte. **Website 04**

5.5.2.8. Contre-indication

- LYRICA est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité connue à la prégabaline ou à l'un de ses composants. Des notifications de réactions d'hypersensibilité, y compris des cas d'œdème de Quincke, La survenue de symptômes d'œdème de Quincke tels qu'un gonflement du visage, un gonflement péri-oral ou des voies aériennes supérieures, impose l'arrêt immédiat de la prégabaline (Parke-Davis Div of Pfizer Inc., 2004).
- L'utilisation de Lyrica au cours du premier trimestre de la grossesse peut entraîner des malformations congénitales majeures chez l'enfant à naître.
- Le traitement par prégabaline a été associé à des étourdissements et de la somnolence, qui pourraient augmenter la survenue de blessures accidentelles (chutes) dans la population âgée. (Le Figaro Santé., 2004).

5.5.2.9. Effets Indésirable

Les principaux effets secondaires neurologiques signalés étaient les étourdissements, les vertiges, l'incoordination, les troubles de l'équilibre, l'ataxie, les tremblements, la somnolence, l'état confusionnel, les troubles de l'attention, les troubles de la pensée, l'euphorie, l'asthénie et la fatigue (**Zaccara et al., 2011**).

Trouble de la vision

Ont également été rapportés des effets indésirables visuels qui incluaient une perte de la vue, une vision trouble ou d'autres modifications de l'acuité visuelle, la plupart desquels étant à caractère transitoire (**Zaccara et al., 2011**).

Insuffisance cardiaque congestive

Des notifications d'insuffisance cardiaque congestive ont été rapportées après commercialisation chez certains patients traités par la prégabaline (Lyrica). Ces effets sont observés essentiellement pendant le traitement par la prégabaline pour une indication de douleurs neuropathiques chez les patients âgés dont la fonction cardiovasculaire est altérée. La prégabaline doit être utilisée avec prudence chez ces patients. Cet effet indésirable peut disparaître à l'arrêt de la prégabaline (**Hickey et Thomas, 2011**).

Dépression respiratoire

Des cas de dépression respiratoire sévère ont été rapportés en lien avec l'utilisation de la prégabaline. Les patients dont la fonction respiratoire est altérée ou atteints d'une affection respiratoire ou d'une maladie neurologique, d'insuffisance rénale, ou utilisant en association des médicaments déprimeurs du système nerveux central en particulier un opioïde, ainsi que les personnes âgées peuvent être plus à risque de présenter cet effet indésirable grave. Les effets secondaires étaient plus fréquents avec l'augmentation des doses (**Zaccara et al., 2011**).

Chapitre 03

Traitements

1. Le but de traitement de la toxicomanie

Le traitement de la toxicomanie vise à aider les personnes dépendantes à arrêter la recherche et la consommation compulsives de drogue. Le traitement peut se dérouler dans divers contextes, prendre de nombreuses formes différentes et durer des durées différentes.

La toxicomanie étant généralement un trouble chronique caractérisé par des rechutes occasionnelles, un traitement ponctuel à court terme ne suffit généralement pas. Pour beaucoup, le traitement est un processus à long terme qui implique de multiples interventions et un suivi régulier (Nora D *et al.*, 2011).

Les interventions en toxicomanie visent une diminution de la récurrence via la diminution de la consommation (Goyette *et al.*, 2013).

2. Les principes de prise en charge les addictions

Parmi les interventions reconnues comme étant les plus efficaces, on retrouve, en plus de l'approche cognitive-comportementale, les communautés thérapeutiques (Brochu et Plourde, 2012), les traitements d'entretien à les médicaments, même que l'entretien motivationnelle (Holloway *et al.*, 2006).

2.1. Thérapie Cognitive-comportementale

La thérapie cognitive-comportementale (TCC) a été développée comme méthode pour prévenir les rechutes. Les stratégies cognitive-comportementales sont basées sur la théorie selon laquelle, dans le développement de schémas comportementaux inadaptés comme la toxicomanie, les processus d'apprentissage jouent un rôle essentiel. Les personnes en TCC apprennent à identifier et corriger les comportements problématiques en appliquant une gamme de compétences différentes qui peuvent être utilisées pour arrêter l'abus de drogues et pour résoudre un éventail d'autres problèmes qui accompagnent souvent celui-ci. (Carroll *et al.*, 2005).

La recherche indique que les compétences acquises par les individus grâce aux approches cognitive-comportementales persistent après la fin du traitement. (Carroll *et al.*, 2008).

2.2. Les communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques se montrent également efficaces auprès de la clientèle toxicomane.

Cette approche, utilisée plus particulièrement avec les personnes qui présentent un problème de consommation sévère (Casares-López *et al.*, 2013).

Les patients assistent à une ou deux séances de conseil chaque semaine, où ils se concentrent sur l'amélioration des relations familiales, acquièrent diverses compétences pour minimiser la consommation de drogue, reçoivent des conseils professionnels et développer de nouvelles activités récréatives et des réseaux sociaux (**Perry et al., 2009**).

2.3. Médicaments

Les médicaments peuvent aider à maîtriser les symptômes de manque. Toutefois, la médication n'est que la première étape du traitement.

Des médicaments peuvent aussi être administrés pour rétablir les fonctions normales du cerveau ou refréner le besoin physiologique de consommer. La médication varie suivant les drogues en cause et s'effectue sous supervision dans le cadre d'un programme de traitement.

Comme : la méthadone, utilisées seules pour soutenir la personne dépendante aux opiacées.

On estime en effet que s'avèrent efficaces pour diminuer les problèmes de consommation (**Dolan et al., 2005**).

2.4. L'entretien motivationnelle

Appliquée à la toxicomanie, l'approche motivationnelle vise à aider le toxicomane à reconnaître ses problèmes actuels ou potentiels causés par sa consommation et l'amener à y remédier. L'objectif principal est en fait l'augmentation de la motivation intrinsèque au changement du patient. La motivation au changement est l'ensemble des attitudes et des dispositions comportementales favorables à la modification des comportements de consommation (**Miller et al., 2006**).

Cette approche vise à évoquer un changement rapide et motivé intérieurement, plutôt que de guider le patient étape par étape tout au long du processus de rétablissement. Cette thérapie consiste en une évaluation initiale, suivie de deux à quatre séances de traitement individuelles avec un thérapeute.

Au cours des séances suivantes, le thérapeute surveille le changement, passe en revue les stratégies de sevrage utilisées et continue d'encourager l'engagement au changement ou l'abstinence soutenue.

Les patients sont parfois encouragés à amener un autre significatif aux séances (**Miller et al., 2003**).

En général, l'EM semble être plus efficace pour engager les toxicomanes dans le traitement que pour produire des changements dans la consommation de drogues (**Baker et al., 2002**).

3. L'efficacité du traitement de la toxicomanie

En plus d'arrêter l'abus de drogues, l'objectif du traitement est de redonner aux personnes un fonctionnement productif dans la famille, le lieu de travail et la communauté. Selon des recherches qui suivent les personnes en traitement sur de longues périodes, la plupart des personnes qui entrent et restent en traitement cessent de consommer de la drogue, diminuent leur activité criminelle et améliorent leur fonctionnement professionnel, social et psychologique. Cependant, les résultats individuels du traitement dépendent de l'étendue et de la nature des problèmes du patient, de la pertinence du traitement et des services connexes utilisés pour résoudre ces problèmes, et de la qualité de l'interaction entre le patient et ses prestataires de soins (**Nora D et al., 2011**).

Partie Pratique

1. Problématique

La toxicomanie est un état d'intoxication périodique ou chronique en gendre par la consommation répétée des hallucinogènes (Substances ou Médicaments Psychotropes) aux per contage élevée, qui entraine forcement des risques sur la santé. Ce qui nous conduit à posées les questions suivantes :

- Quels sont les caractéristiques physio-sociologiques des toxicomanes dans la région de Tébessa ?
- Quels sont les causes liées à ce phénomène « toxicomanie » dans cette région ?
- Quels sont les substances les plus consommés et ses effets provoquent ?
- Quels sont les traitements les plus employées dans les cas de la toxicomanie ?

2. Objectif

L'objective de ce présent travail consiste à une étude épidémiologique des cas de la toxicomanie dans la Wilaya de Tébessa.

- Pour découvrir les raisons de l'augmentation des taux de consommation des hallucinogènes et la population cible de la toxicomanie.
- Montrer les effets de ces substances sur la santé des toxicomanes.

3. Zone d'étude

a. Situation géographique

D'après **Abid (2015)**, la Wilaya de Tébessa, située à l'extrême est du pays, s'étend sur une superficie de 13.878 km² et compte une population estimée en 2014 à 800.000 habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants par km². La capitale de la wilaya Tébessa, antique Theveste, importante ville romaine, est située à 40 km de la frontière tunisienne.

La wilaya de Tébessa est délimitée : au nord, par la wilaya de Souk Ahras ; à l'est, par la Tunisie ; à l'ouest, par les wilayas de Khenchela et d'Oum El Bouaghi ; au sud, par la wilaya d'El Oued (**Abid, 2015**).

Elle est constituée de plusieurs zones géographiques : au Nord, les monts de Tébessa qui font partie de l'Atlas, les Hauts plateaux et les Hauts plaines ; au Sud, le domaine saharien constitué par un plateau saharien (**Abid, 2015**).

4.2. Type et période d'étude

Notre étude de recherche est de type descriptive, en consultant et en collectant des données sur une période allant d'un mois et demi (07 mars 2023 jusqu'à 16 avril 2023).

4.3. Lieu

Ce travail a été réalisé au niveau du Centre Intermédiaire de Santé des toxicomanes (CIST) de Tébessa. Qui a été fonctionnel depuis 2010, il est disposé de 5 bureaux, 2 salles d'attentes, archive, bureau chef service, salle de groupe, salle de soin et laboratoire. En élément humain travaillent directement en contact avec les toxicomanes on constate : médecin généraliste spécialiste en addictologie, deux psychologues, quatre infirmiers et administratrice.



Figure 20 : Centre intermédiaire de santé des toxicomanes -Tébessa-.



Figure 21 : Localisation de la CIST de Tébessa (Google maps, 2023).

4.4. Population d'étude

La population étudiée concerne des toxicomanes. Notre échantillon est composé de 60 patients (49 des hommes et 11 des femmes), tous les participants répondus au questionnaire (**Annexe 1**) l'âge varie entre (-15ans) et (+35ans) et leur niveau scolaire varie entre primaire moyenne, secondaire et universitaire.

4.5. Variable d'étude

Les paramètres épidémiologiques analysés dans la présente étude sont :

- L'âge.
- Le sexe.
- Situation professionnelle.
- Situation familiale.
- Substances consommées.

4.6. Traitement et Analyse des données

Les données ont été traitées sur ordinateur avec logiciel : Microsoft Excel 2016 pour les tableaux et pour les analyses statistiques. Les résultats ont été compilés et présentés sous forme des histogrammes.

5. Résultats et Discussions

A partir des informations recueillies, une analyse statistique descriptive et analytique a été réalisée. Les résultats obtenus sont les suivants :

5.1. Caractérisations personnels des patients

5.1.1. Répartition des toxicomanes selon le sexe

Le graphique (22) et le tableau (03) représentent la répartition des toxicomanes selon le sexe. D'après les résultats, on remarque que les hommes plus touchés par la toxicomanie représenté par 49 cas, soit 82%, et pour les femmes représentées par 11 cas, soit 18%.

Tableau 03 : Répartition des toxicomanes selon le sexe.

| Sexe | Nombre des toxicomanes | Pourcentage % |
|--------------|------------------------|---------------|
| Masculin | 49 | 82 |
| Féminin | 11 | 18 |
| Total | 60 | 100 |

A cet effet, nous avons conclu que le sexe masculin le plus dominant par rapport au sexe féminin et nous avons obtenu ce résultat parce que les hommes ont répondu plus que les femmes à notre questionnaire.

D'un autre résultat la quasi-totalité des patients sont de sexe masculin ; soit 57 Hommes, dans une proportion de 71% et 23 Femme, soit 29% de l'effectif. Ces données corroborent avec les travaux de **Nedjari (2009)** en Algérie est rapporté de taux de prévalence plus élevés, de l'ordre de 94% de sexe masculin et 6% de sexe féminin. De même, **Azzeddine (2012)** ayant trouvé un taux de prévalence de 97,5% de sexe masculin et 2,5% de sexe féminin en Algérie. Dans une autre étude, **Ghomari et Oussahla (2019)** annoncent une valeur de prévalence chez les chauffeurs professionnels atteignant 99,5% chez les hommes avec 0,5% pour les femmes.

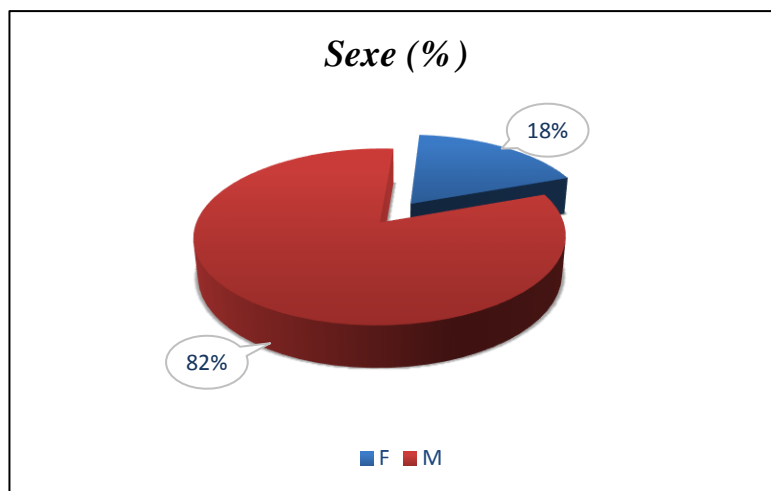


Figure 22 : Répartition des toxicomanes selon le sexe.

5.1.2. Répartition des toxicomanes selon l'âge

Selon le graphique (23) et le tableau (04) montrent la répartition des toxicomanes selon l'âge. Nos résultats montrent que la majorité des cas touchent la classe des gens ayant un âge de (20-25) avec 29 personnes sont la classe la plus vulnérable car statistiquement elles constituent les tranches dominantes de la population et les plus actives de la société, par contre la comprise entre (-15) est la moins touchée par la toxicomanie avec un seul cas.

Tableau 04 : Répartition des toxicomanes selon l'âge.

| Age | Nombre des toxicomanes | Pourcentage % |
|--------------|------------------------|---------------|
| (-15) | 1 | 2 |
| (15-20) | 14 | 23 |
| (20-25) | 29 | 48 |
| (25-30) | 10 | 17 |
| (+35) | 6 | 10 |
| Total | 60 | 100 |

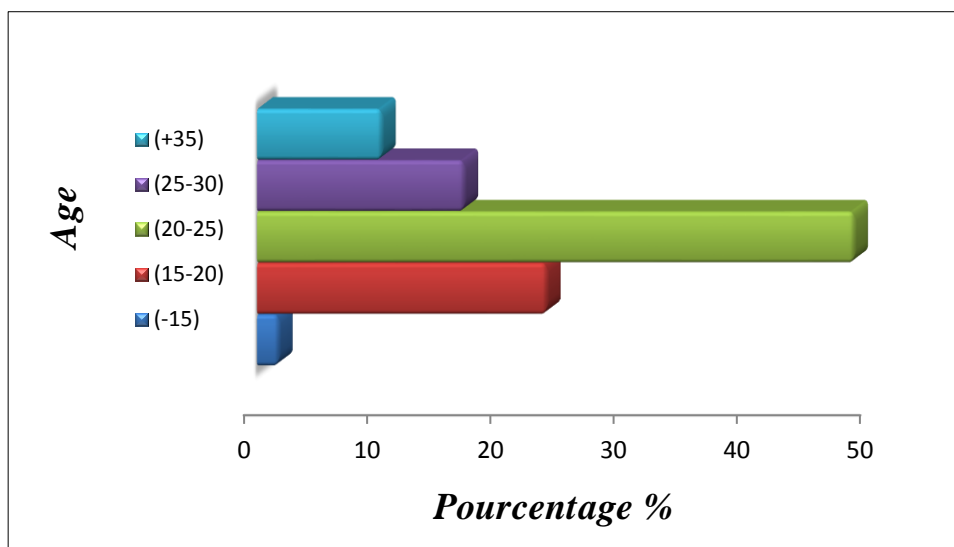


Figure 23 : Répartition des toxicomanes selon l'âge.

La population la plus concernée se situe dans la classe d'âge (20-25) (48%), ce qui signifie que les jeunes à certain âge recherché de vivre une expérience différente, sensation nouvelle et pour faire face à une situation difficile.

Donc les résultats obtenus sont les même que les résultats trouvés par **Kaddour (2015)** à Tlemcen qui à remarquer que les patients les plus consommés sont aux âges (18-24) ans (45%) et (25-34) ans (32%). Et aussi pour les résultats de **Touami et al., (2018)** à Mostaganem, l'âge le plus cible c'est (18-33) ans (45%).

5.1.3 Répartition des patients selon le niveau scolaire

On a noté selon le tableau (05) et la (**Figure N°24**) que le niveau d'étude des patients qui consommes ces substances hallucinogènes est aux pourcentages de (40%) universitaire et le même que le niveau des patients à lycée (40), alors que (17%) des patients ont un niveau moyen, respectivement en très faible pourcentage pour le niveau primaire (3%).

| Niveau scolaire | Nombre des patients | Pourcentage % |
|-----------------|---------------------|---------------|
| Primaire | 2 | 3 |
| Moyen | 10 | 17 |
| Lycée | 24 | 40 |
| Universitaire | 24 | 40 |
| Total | 60 | 100 |

Tableau 05 : Répartition des patients selon le niveau scolaire.

L'usage des drogues est plus est plus répandus chez les sujets qui on les deux niveaux universitaire et secondaire de (40%) : Les hallucinogènes sont abondants dans les institutions, la dépression d'études et trop de rassemblements.

Par contre, **Kaddour (2015)** a signalé que les 46% des patients ont un niveau secondaire. La même constatation a été par **Azzeddine (2012)** en Algérie soit 48,75% niveau moyen et 17,5% un niveau secondaire.

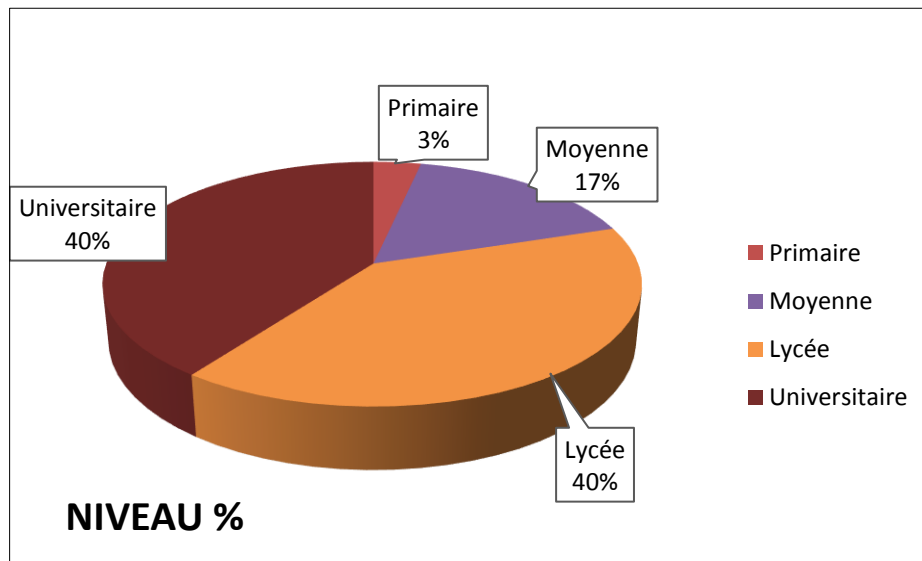


Figure 24 : Répartition des patients selon le niveau scolaire

5.1.4. Répartition des patients selon l'état sociale

Le tableau (06) et la Figure (25) montrent que le pourcentage le plus élevé des consommateurs des drogues (toxicomanes) est chez les célibataires (85%), suivis par les mariées (13%), en revanche les patients divorcés représentent seulement 2%.

Tableau 06 : Répartition des patients selon l'état sociale

| L'état sociale | Nombre des patients | Fréquence % |
|----------------|---------------------|-------------|
| Célibataire | 51 | 85 |
| Marié | 8 | 13 |
| Divorcé | 1 | 2 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont traduits par les mauvais amis et le vide sont des principales causes de la toxicomanie.

Ils sont similaires à ceux mentionnés par **Ammari et al (2021)**, où la plupart des consommateurs étaient 84% célibataires ; contre 11% mariées et 4% divorcé.

Même **Mebarki (2015)** est aussi Il a constaté que la majorité d'entre eux étaient célibataires 56%.

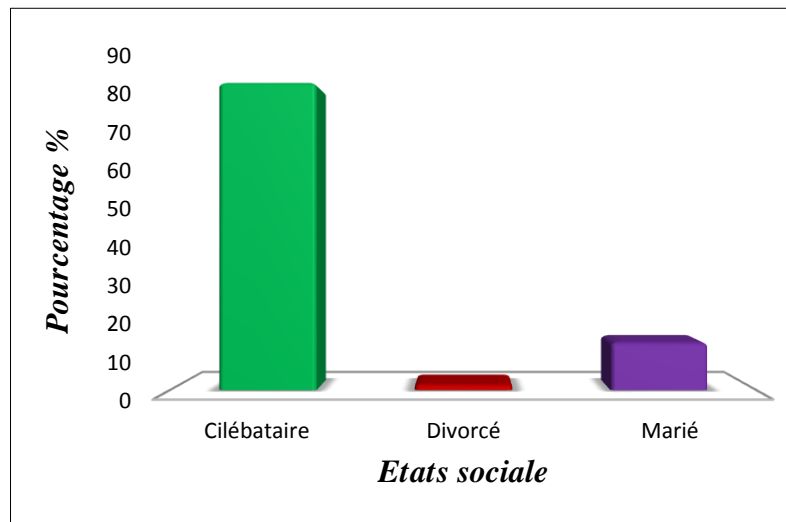


Figure N°25 : Répartition des patients selon l'état sociale.

5.1.5. Répartition des patients selon le type de logement

Le tableau (07) et la Figure (26) où l'on signale que le pourcentage le plus élevé de ces substances est consommé dans le logement familial, estimé à (80%), suivi du logement privé avec un pourcentage de (13%), puis d'un faible pourcentage en location avec (7%).

Tableau 07 : Répartition d'un toxicomane en fonction de la situation de logement.

| Logement | Nombre des patients | Fréquence % |
|--------------|---------------------|-------------|
| Familial | 48 | 80 |
| Privé | 4 | 7 |
| Locatif | 8 | 13 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont traduits que La plupart des toxicomanes sont encore des adolescents vivant avec leurs familles. Nos résultats sont comparables à ceux de **Ammari et al (2021)** le pourcentage le plus élevé de ces substances est consommé dans le logement familial (82%), suivi du logement privé un pourcentage de (15%), puis d'un faible pourcentage en locations avec (3%).

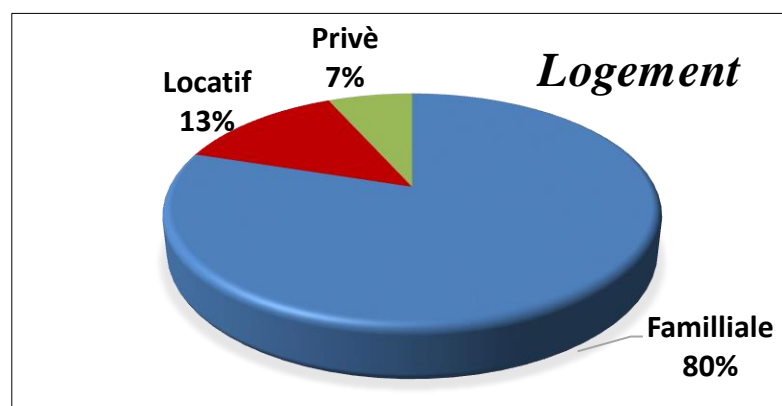


Figure 26 : Répartition des patients selon le type de logement.

5.2. Donner sur la consommation des hallucinogènes

5.2.1. Répartition des patients en fonction de temps de prise des hallucinogènes

A noter que les usagers de drogues sont estimés consommer de la drogue tout au long de la journée (38%), suivis des usagers de drogue le matin (35%), le soir (19%) et la nuit (8%).

| Temps de prendre des drogues | Nombre de patients | Fréquence (%) |
|------------------------------|--------------------|---------------|
| Tout le temps | 18 | 38 |
| Le matin | 17 | 35 |
| Le soir | 9 | 19 |
| La nuit | 4 | 8 |
| Totale | 60 | 100 |

Tableau 08 : Distribution temporelle de la prise des hallucinogènes.

Les drogues peuvent être consommées à tout moment de la journée, la disponibilité de chaque substance ainsi que les habitudes et les préférences de chaque toxicomane déterminent quand il peut être consommé dans la journée.

Ces résultats sont contraires à ceux mentionné par **Ammari et al., (2021)** où la plupart des toxicomanes consommées le soir (44%), suivi par l'après-midi (31 %), puis le matin (25 %).

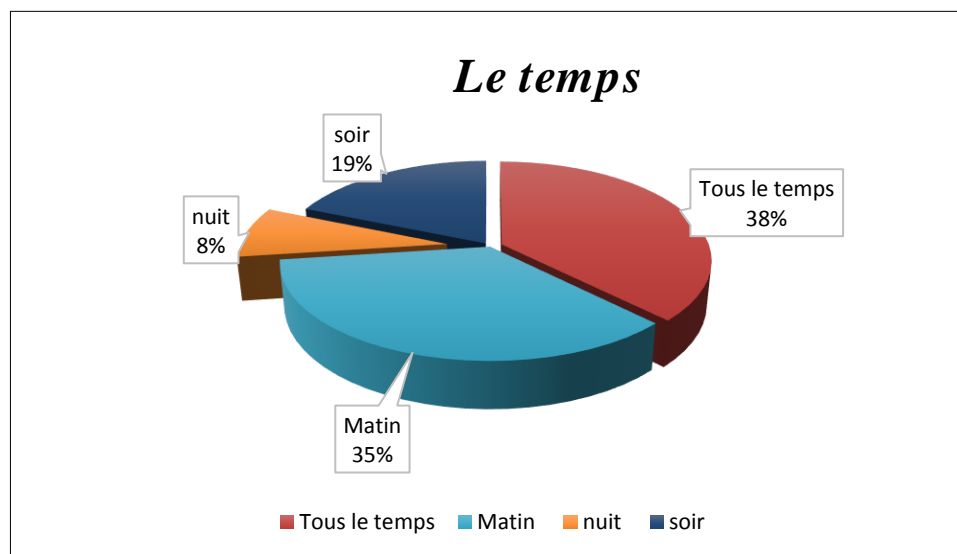


Figure 27 : Répartition des toxicomanes en fonction de temps De la prise des hallucinogènes.

5.2.2. Répartition des patients en fonction de type des hallucinogènes

Le tableau (09) et la Figure (28) montrent que Lyrica (la Prégabaline) avec un pourcentage de (59%) est la substance psychoactive la plus consommée en matière de toxicomanie, suivie par le tramadol (18%), suivie par les consommateurs d'autre substances à taux de (16.4%) et en revanche les patients qui consommée le kietyl représentent seulement (6,6%).

Tableau 09 : Répartition des patients en fonction de type des hallucinogènes.

| Type des substances | Nombre des patients | Fréquence % |
|---------------------|---------------------|-------------|
| Lyrica | 35 | 59 |
| Tramadol | 11 | 18 |
| Kietyl | 4 | 6.6 |
| Autre substance | 10 | 16.4 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont traduits que Lyrica (la prégabaline) n'est pas trop cher et est devenu abondamment disponible.

Ils sont similaires à ceux mentionnés par **Ammari et al (2021)**, où la plupart des consommateurs consomment la prégabaline à taux (68%), autre drogue (18%), suivie par le kietyl a pourcentage (8%) et le Tramadol (6%).

De même, **Ghomari et Oussahla (2019)** ont signalé que la prégabaline (Lyrica) était la drogue la plus consommée après le cannabis a pourcentage (3.7%), suivie par le kietyl (2,8%), la cocaïne (2,3%), et Amphétamines (Ecstasy) (1.4%).

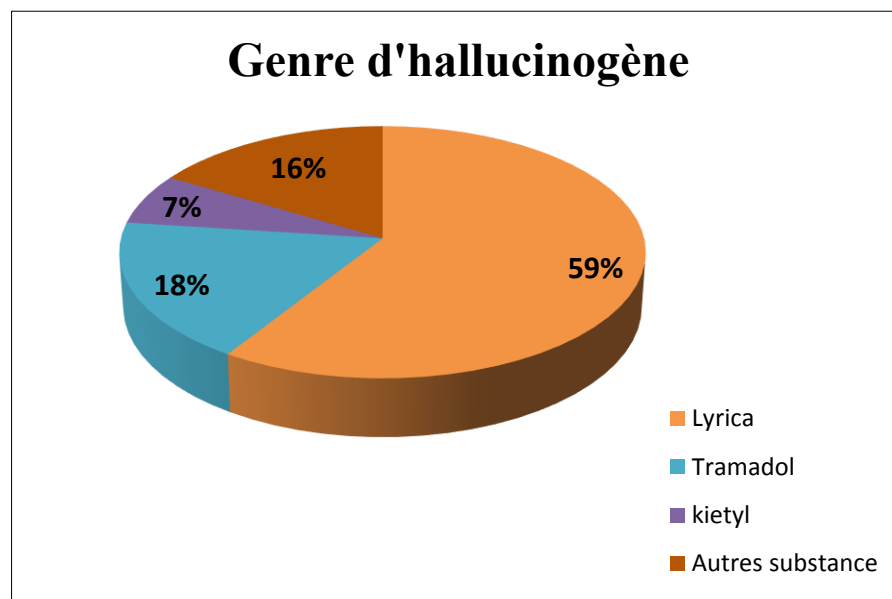


Figure 28 : Proportion des hallucinogènes les plus consommés.

5.2.3. Répartition des toxicomanes selon le mode de consommation

Le graphique (29) et le tableau (10) représentent la répartition des toxicomanes selon le mode de consommation. D'après les résultats obtenus, nous avons remarqué :

- Les substances hallucinogènes qui sont consommées par voie orale avec 70%
- Par voie intraveineuse en très faible pourcentage 10%.
- Aussi il y a des plusieurs mode de consommation des hallucinogènes mais en faible pourcentage 20%.

Tableau 10 : Répartition des toxicomanes selon le mode de consommation.

| Mode de consommation | Nombre des toxicomanes | Pourcentage% |
|----------------------|------------------------|--------------|
| Comprimé | 42 | 70 |
| Injection | 6 | 10 |
| Autre | 12 | 20 |
| Total | 60 | 100 |

La consommation la plus facile du comprimés, leurs prix moins chers et la plus délivrées dans notre société qui contribué à l'obtention de ces résultats.

On à comparer notre résultat avec d'autre étude de même thème aux Oued-Sauf **Ammari et al., (2021)** montrer que le mode de consommation sous forme pilules représente la majorité (98%), mais très peu prennent le médicament sous forme d'une injection et d'un suppositoire (01%).

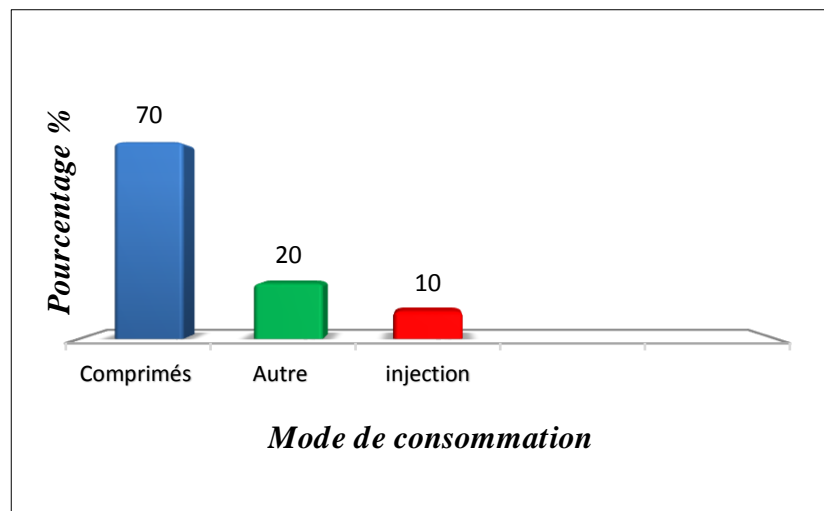


Figure 29 : Répartition des toxicomanes selon le mode de consommation.

5.2.4. Répartition des patients selon le prix de drogue

Le graphique (**Figure N°30**) et le tableau (11) montrent que la plupart des usagers de drogues disent que les hallucinogènes sont facilement disponibles (68%), par contre (20%)

les patients disent que ces substances sont chères, es 12% restants disent que les prix des médicaments sont trop élevés.

Tableau 11 : Le prix des hallucinogènes

| Le Prix des hallucinogènes | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|----------------------------|---------------------|---------------|
| Abordable | 41 | 68 |
| Cher | 12 | 20 |
| Trop cher | 7 | 12 |
| Totale | 60 | 100 |

Ce résultat a été confirmé par ceux mentionnés dans (Ammari et al., 2021), où la majorité des usagers de drogues (49%) ont indiqué que la drogue était moins chère, suivis par (40%) ont indiqué qu'elle était plus chère, En revanche (11%), ils ont déclaré que le prix était trop cher.

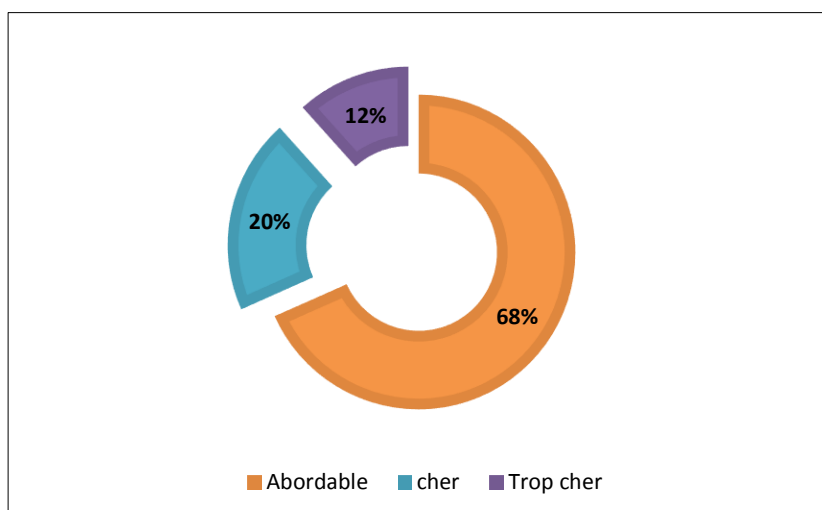


Figure 30 : Répartition de patient selon le prix de drogue.

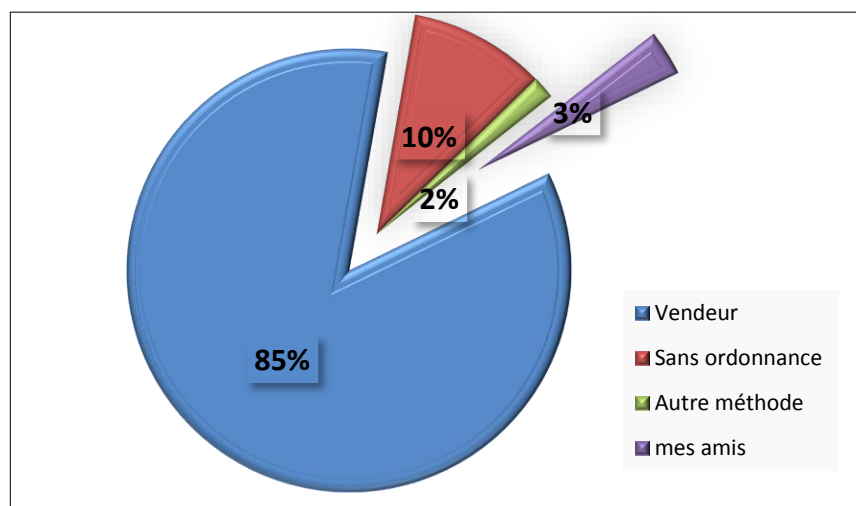
5.2.5 Répartition des toxicomanes selon la méthode d'obtention des hallucinogènes

Selon les résultats documentés, la majorité des usagers de drogues sont procuré leur drogue auprès des vendeurs que nous avons noté à un taux élevé (85 %), suivis des estimations sans ordonnance (10 %), et auprès d'amis (3 %), et Sur le d'une part (2%) les toxicomanes utilisent d'autres méthodes pour se procurer des hallucinogènes.

Tableau 12 : Répartition des toxicomanes selon la méthode d'obtention des hallucinogènes.

| Méthode d'obtention | Nombre des toxicomanes | Fréquence (%) |
|--|------------------------|---------------|
| Vendeurs | 51 | 85 |
| Achats Sans ordonnance (les drogues psychoactives) | 6 | 10 |
| Les amis | 2 | 3 |
| Autre méthode | 1 | 2 |
| Totale | 60 | 100 |

Les résultats sont similaires à ceux de l'étude d'**Ammari et al., (2021)** dans lequel il est noté que la méthode la plus populaire utilisée par les toxicomanes pour acheter la drogue passe par des vendeurs estimés à (60%), suivis de ceux qui achètent des SPA sans une prescription étant utilisée par (14%) des toxicomanes, et les autres utilisent d'autres méthodes pour obtenir.

**Figure 31** : Répartition des toxicomanes selon la méthode d'achat des hallucinogènes.

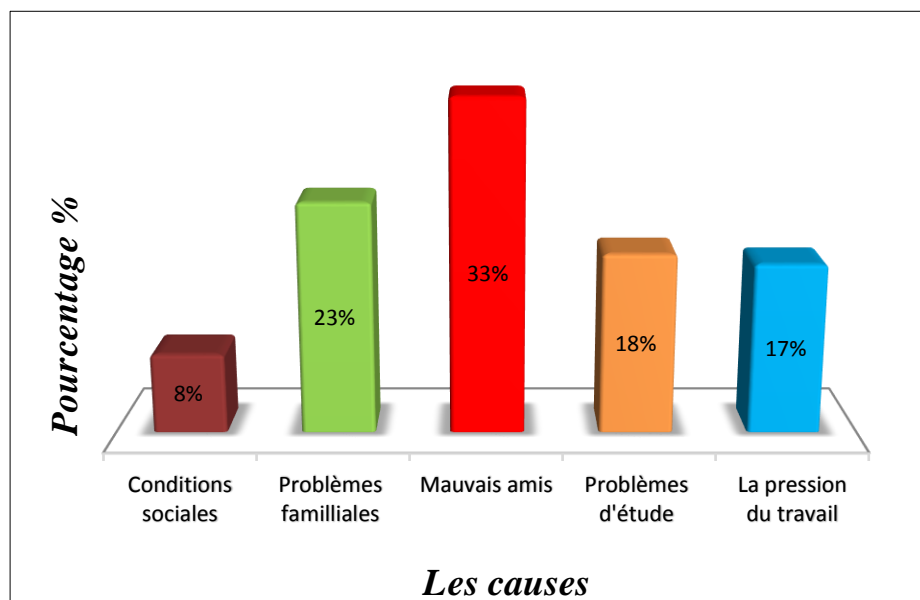
5.2.6. Répartition des patients selon les raisons de la prise des hallucinogènes

Dans cette étude, on constate que la principale cause de dépendance chez les patients est attribuée à un mauvais entourage, représentant un pourcentage estimé de 33%. Ensuite, on retrouve les toxicomanes ayant des problèmes familiaux, qui représentent 23% des cas. En revanche, 18% des individus deviennent dépendants en raison de problèmes liés aux études et au chômage, tandis que 17% sont accros pour les mêmes raisons. Finalement, 8% des personnes consomment de la drogue en raison de conditions sociales défavorables.

Tableau 13 : Répartition des patients selon les causes de la prise des hallucinogènes.

| Raison de la prise des hallucinogènes | Nombre des toxicomanes | Fréquence (%) |
|---------------------------------------|------------------------|---------------|
| Mauvais amis | 20 | 33 |
| Problèmes familiaux | 14 | 23 |
| Problèmes d'étude | 11 | 18 |
| Chômage | 10 | 17 |
| Conditions sociales | 5 | 8 |
| Totale | 60 | 100 |

Il n'est pas facile de reconnaître les raisons de la prise de certaines drogues par les toxicomanes lui-même qui trouve des difficultés à décrire les causes de consommation. Les raisons les plus déclarées lors l'étude étaient : les mauvais amis 51%, les conditions sociales 20%, suivis par les problèmes familiaux 16%, d'autre part la pression de travail et le chômage à estimer 12%, et enfin les problèmes d'apprentissages **Ammari et al., (2021)**.

**Figure 32** : Répartition des patients par motif de prise d'hallucinogènes.

5.2.7. Répartition des patients selon nombre de doses prise quotidiennement

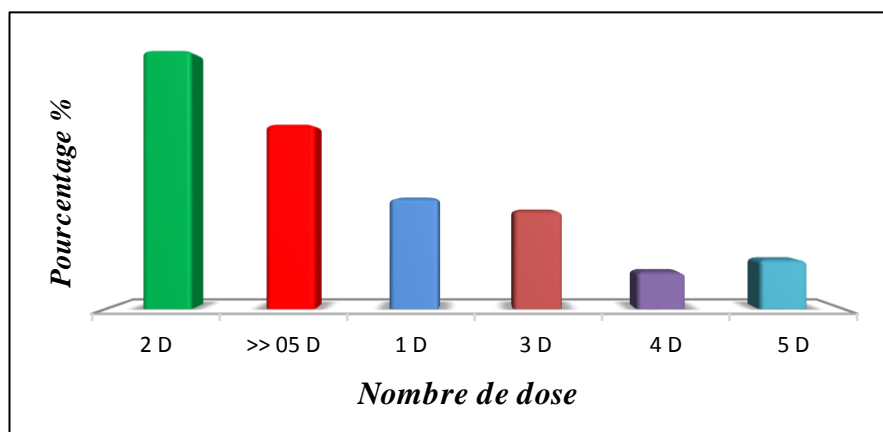
Le tableau (14) et la figure (33) montrent qu'un taux important de 2 doses / jour à pourcentage (35%), suivi par >> 5 doses / jour (25%) et une seule dose avec un taux de (15%), et les autres doses dont (13 %) et (7%), suivie (5 %).

Tableau 14 : Répartition des patients selon les doses de consommation.

| Nombre de doses prise quotidiennement | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|---------------------------------------|---------------------|---------------|
| 1 | 9 | 15 |
| 2 | 21 | 35 |
| 3 | 8 | 13 |
| 4 | 3 | 5 |
| 5 | 4 | 7 |
| >>5 | 15 | 25 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont traduits qu'il y a des toxicomanes qui ne se contentent pas d'une dose car cela ne leur procure pas l'euphorie nécessaire, donc consomment des doses de plus en plus élevées d'une drogue pour obtenir les mêmes effets.

Ils sont similaires à ceux mentionnés par **Ammari *et al* (2021)**, un taux élevé soit 2 doses/jour (27%), suivi par 3 doses/jour (25%) et plus de 5 doses (20%), et les autres doses dont 15% et 13%, respectivement.

**Figure 33** : Répartition des patients selon le nombre de doses prise quotidiennement.

5.2.8. Répartition de la consommation de drogues selon l'année

Dans le graphique dans la figure suivant, nous constatons un pourcentage élevé (50%) de la consommation de drogues en (2016-2017) et des autres moins élevés et semble similaire en (2018-2020) de 23%, (2021-2022) de 14% et en (2010-2015) de 9%. Par contre la consommation de ces drogues à chute pourcentage de 4% en (2000-2007).

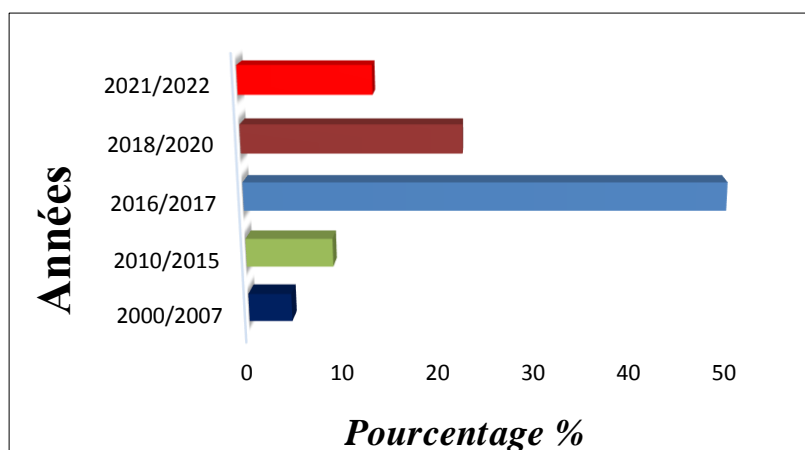


Figure 34 : Répartition de la consommation des drogues selon l'année.

Ces résultats indiquent que pendant cette période (2016-2017) la majorité des toxicomanes étaient en proie à la consommation d'hallucinogènes qui s'est rependue en raison de la disponibilité de ces substances et de la fragilité de l'infrastructure économique et sociale.

D'après **M. Benhalla (2018)** montre que l'Algérie est un pays consommateur de drogues et les substances psychotropes sont consommées beaucoup plus pendant les années (2016-2018).

5.2.9. Répartition des patients selon l'âge de début de consommation

Le tableau (15) et la figure (35) montrent que la plupart des toxicomanes annoncent de premier contact avec les hallucinogènes à l'âge 20 à 25 ans avec un pourcentage (62%), suivie Moins de 15 ans (25%) et 20 à 25 ans (8%) et 5% de 25 à 30 ans.

Tableau 15 : Répartition des patients selon l'âge de début de consommation

| Première consommation | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|-----------------------|---------------------|---------------|
| Moins de 15 ans | 15 | 25 |
| 15 à 20 ans | 37 | 62 |
| 20 à 25 ans | 5 | 8 |
| 25 à 30 ans | 3 | 5 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont traduits par : L'adolescence est l'une des principales causes de la toxicomanie, même l'absence de contrôle familial, aussi les mauvais amis.

Nos résultats sont comparables à ceux de **Mebark (2015)** indique que La moyenne d'âge de début était 18 ans \pm 06 ans. Le pic d'âge de début se situe entre 16 et 26 ans.

De même, **Ammari et al (2021)** La majorité des patients déclarés leur premier pris des substances psychotropes ; dans la phase d'adolescence de 15 à 20 ans (47%), suivie à de 21 à 25 ans (27%) et moins de 15 ans (14%). La plus faible prévalence est de 25 à 30 ans (09%) et de 30 ans et plus (03%).

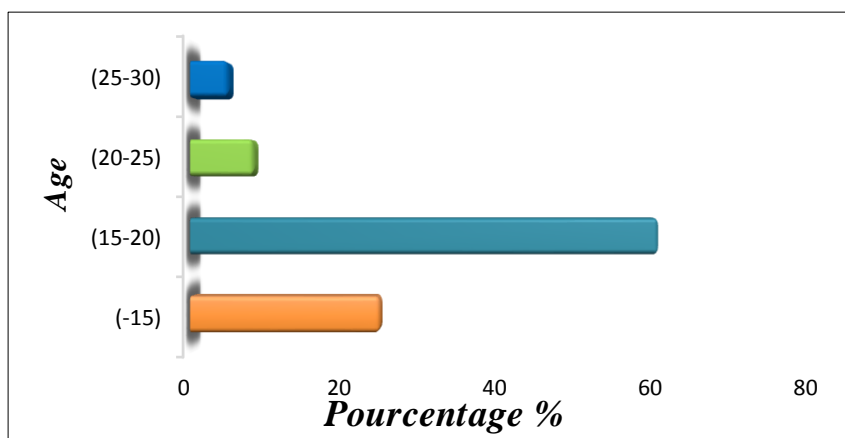


Figure 35 : Répartition des patients selon l'âge de début de consommation.

5.2.10. Répartition des patients selon l'effet des substances hallucinogènes sur le corps

Selon la répartition des effets sur le corps, il est expliqué que 33% des consommateurs souffrent de troubles neurologiques, tandis que 28% souffrent de troubles respiratoires. Ensuite, 22% présentent des problèmes digestifs, et il est estimé que 17% ont des problèmes cardiaques.

| Les effets nocifs des hallucinogènes | Nombre de patients | Fréquence (%) |
|--------------------------------------|--------------------|---------------|
| Trouble de système nerveux | 20 | 33 |
| Trouble respiratoire | 17 | 28 |
| Problèmes digestifs | 13 | 22 |
| Troubles cardiaques | 10 | 17 |
| Totale | 60 | 100 |

Tableau 16 : Représente les effets indésirables sur le corps humain.

Nous constatons que les résultats sont proches à l'étude de **Bourouis et al., (2019)**, a été observé les signes cliniques les plus fréquentes chez les patients sont : nervosité (72,72%), somnolence (36,36%), stress et pâleur (45,45%), céphalées, faiblesse, lenteur, vertige (90,90%), perte de poids (81,81%), insomnie (80%) et déshydratation (36,36%).

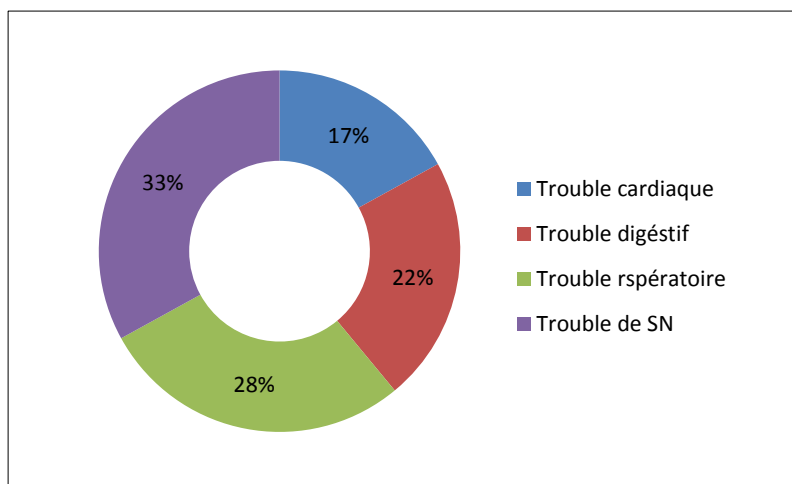


Figure 36 : Répartition des usagers de drogues en fonction des effets nocifs sur l'organisme.

5.2.11. Répartition des toxicomanes tabagisme

Le tableau et le graphique montrent l'association tabagisme des patients. Parmi les cas enregistrés la majorité des cas 49 (82%) sont fumeurs, tandis que seulement 11(18%) des cas enregistrés ne fument pas.

Tableau 17 : Répartition des toxicomanes selon l'association tabagisme.

| Fumeurs | Nombre des toxicomanes | Pourcentage % |
|--------------|------------------------|---------------|
| Oui | 49 | 82 |
| Non | 11 | 18 |
| Total | 60 | 100 |

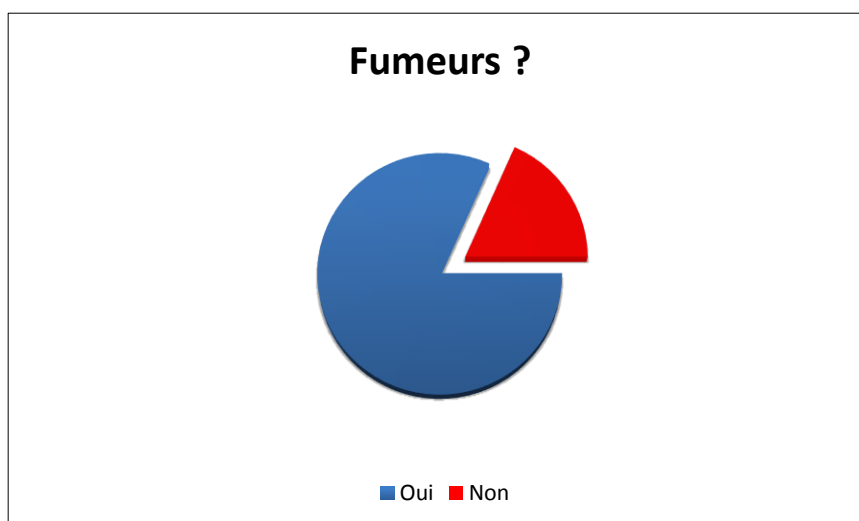


Figure 37 : Répartition des toxicomanes selon l'association tabagisme.

La majorité des toxicomanes préfèrent l'association du tabac, car la cigarette apporte une sensation de détente et donne une sensation d'énergie. Elle est souvent vue par les

fumeurs comme une amie aidant à surmonter les moments difficiles. L'ennui ou encore la solitude peuvent également amener certaines personnes à fumer.

Selon l'Institut national de Santé publique dans la Tunisie La consommation de tabac dans la Tunisie a été rapportée par 30,4 % des sujets enquêtés. Concernait 55,6 % des hommes, mais seulement 5,2 % des femmes.

En 2017, selon le Baromètre de Santé publique France, le tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans (taux standardisés) variait de 21,3 % à 32,2 %

5.2.12. Répartition des toxicomanes selon l'association alcoolisme

La consommation d'alcool est indiquée sur le tableau (18) et le graphique (38). Les résultats obtenus montrent que les gens qui dit non représente la majorité avec 38 (63%) et les gens qui dit oui représenté sont des alcoolique 37% avec 22 cas.

Tableau 18 : Répartition des toxicomanes selon l'association alcoolisme.

| Alcoolique | Nombre des toxicomanes | Pourcentage % |
|--------------|------------------------|---------------|
| Oui | 22 | 37 |
| Non | 38 | 63 |
| Total | 60 | 100 |

Le consommateur a recours à ce type d'association pour amplifier les effets agréables mais il arrive aussi qu'il fasse appel à d'autres combinaisons pour diminuer les effets désagréables ressentis, tels que l'anxiété ou la somnolence, peut aussi être simplement pour réduire les coûts. Malgré de sa il est favorisé de consommé des autres substances plus que l'alcool.

Au contraire, près de 8.83% soit 6 patients de notre population associent la consommation d'alcool à celle de la drogue. **Toe (2011)**, trouvait que la consommation d'alcool est associée le plus souvent au cannabis. Cette association a été montrée aussi par **Traore (2004)**.

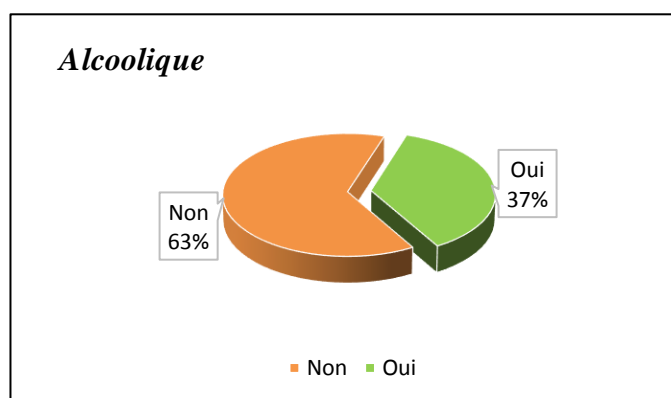


Figure 38 : Répartition des toxicomanes selon l'association alcoolisme.

5.3. Caractères diagnostiques

5.3.1. Pratiquer diverses activités quotidiennes après l'utilisation des hallucinogènes

Le tableau (19) et la figure (39) montrent que La plupart des toxicomanes (95 %) peuvent s'adonner normalement à leurs activités quotidiennes. Les (5 %) restant Ils ne peuvent pas faire leurs activités.

Tableau 19 : Répartition des activités après l'utilisation des hallucinogènes

| Activité après l'utilisation des hallucinogènes | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|---|---------------------|---------------|
| Oui | 57 | 95 |
| Non | 3 | 5 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont traduits que la plupart des enquêtés prennent des hallucinogènes pour se sentir actifs et vitaux. La plupart d'entre eux ne peuvent rien faire s'ils ne le font pas.

Ammari et al (2021), trouvait que La plupart des enquêtés (75 %) capables de faire leurs activités quotidiennes. Les 25 % restant Ils ne peuvent pas faire leurs activités.

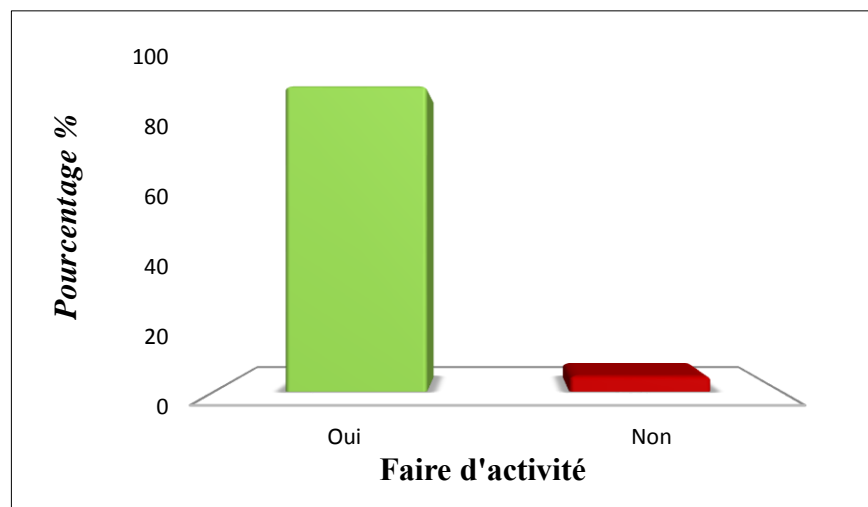


Figure 39 : Répartition des patients des activités après l'utilisation des hallucinogènes.

5.3.2 Répartition des patients selon les sentiments après la prise des hallucinogènes

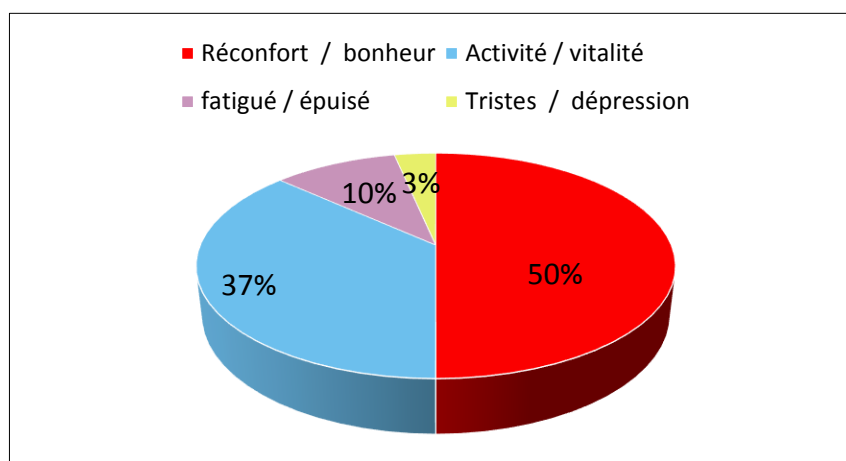
Le tableau (20) et la figure (40) montrent que la plupart des consommateurs se sentent à réconfort / bonheur à son taux est jusqu'à (50%) et activité/vitalité à pourcentages (36.7%), en revanche les patients se sentent fatigué /épuisé (10%), suivis par un taux très faible des patients se sentent la tristesse et la dépression (3.3%).

Tableau 20 : Répartition des patients selon les sentiments après la prise des hallucinogènes.

| Sentiment après avoir pris le médicament | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|--|---------------------|---------------|
| Réconfort / bonheur | 30 | 50 |
| Activité / vitalité | 22 | 36.7 |
| Fatigué / épuisé | 6 | 10 |
| Tristes / dépression | 2 | 3.3 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont traduits par La plupart des toxicomanes consomment pour le bonheur, le confort et l'activité Certains d'entre eux ne peuvent pas se réjouir ou même faire leur travail ou autre chose sans le prendre.

Ils sont similaires à ceux mentionnés par **Ammari et al (2021)**, ou la majorité des consommateurs se sentent heureux (54 %), actifs et vitaux (36 %) après avoir pris des médicaments et dans quelques pourcentages, ils se sentent tristes et déprimés (03 %), fatigués et épuisé (07 %).

**Figure 40** : Répartition des patients selon les sentiments après la prise des hallucinogènes.

5.3.3. Répartition des patients selon les problèmes de santé (psychique, organique)

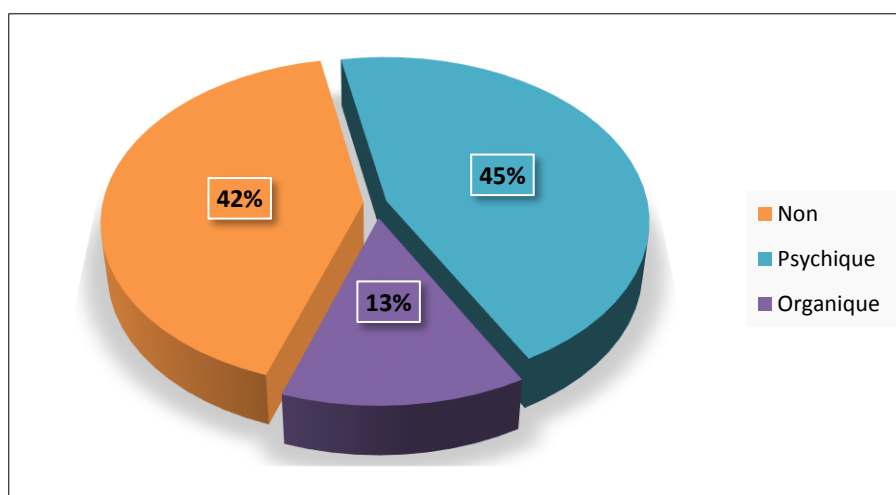
Le tableau (21) et la figure (41) montrent que le pourcentage le plus élevé des toxicomanes ayant des problèmes psychique (45%), suivis par des toxicomanes ne souffrent d'aucun problème (42%). Cependant, les patients souffrant de problèmes organiques ne représentent seulement (13 %).

Tableau 21 : Répartition les toxicomanes par les types de problème.

| Type de problème | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|------------------|---------------------|---------------|
| Psychique | 27 | 45 |
| Non | 25 | 42 |
| Organique | 8 | 13 |
| Totale | 60 | 100 |

Ce résultat traduit par la fréquence de la comorbidité psychiatrique chez les sujets toxicomanes est considéré par tous les auteurs comme particulièrement élevée, Les personnes atteintes de troubles psychiatriques peuvent être plus susceptibles de développer une substance psychoactive, car elles peuvent utiliser la substance pour leurs symptômes psychiatriques.

Ils sont similaires à ceux mentionnés par (Ammari *et al.*, 2021), Où l'on note que le plus grand pourcentage de toxicomanes souffre d'un problème psychologique, estimé à (55%), suivi de ceux qui ne souffrent d'aucun problème avec (41%) puis un très faible pourcentage pour ceux qui souffrent d'un problème organique, estimé à (3%).

**Figure 41** : Répartition des patients selon le type de problème.

5.3.4. Répartition des toxicomanes selon l'état de manque des hallucinogènes

Le tableau (22) et la (figure 42) montrent que le pourcentage de patients qui ressentent de l'anxiété, du stress et une perte de contrôle lorsqu'ils manquent d'hallucinogènes est le plus élevé (43%). A l'inverse, (38%) des toxicomanes ressentent de l'anxiété et du stress, tandis que (12%) des patients subissent une perte de contrôle. En revanche, seuls (7%) les patients ne souffrent pas en cas d'une carence en ces substances.

| Etat de toxicomane en cas du manque | Nombre de toxicomane | Fréquence (%) |
|-------------------------------------|----------------------|---------------|
| Anxiété et stress/perte de contrôle | 26 | 43 |
| Anxiété et stress | 24 | 38 |
| Perte de contrôle | 7 | 12 |
| Etat normal | 3 | 7 |
| Totale | 60 | 100 |

Tableau 22 : Répartition des toxicomanes selon l'état de manque.

En cas de diminution de la consommation de drogue, l'organisme réagit par des signes de sevrage, parfois des troubles nerveux (l'anxiété, la dépression) ou encore hallucination.

La prise de drogue atténuée, voire fait disparaître ces symptômes de manque, ce qui incite le toxicomane à continuer à en consommer régulièrement.

Nous avons obtenu ces résultats dans un centre de traitement intermédiaire de la toxicomanie, où nous avons observé le comportement des patients lorsqu'ils ne consommaient pas de drogues.

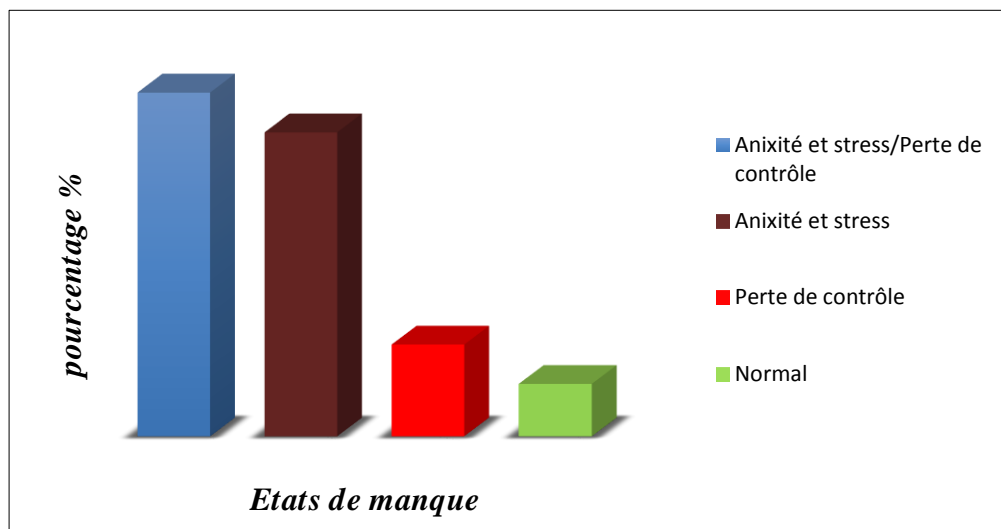


Figure 42 : Répartition des toxicomanes selon l'état de manque des hallucinogènes.

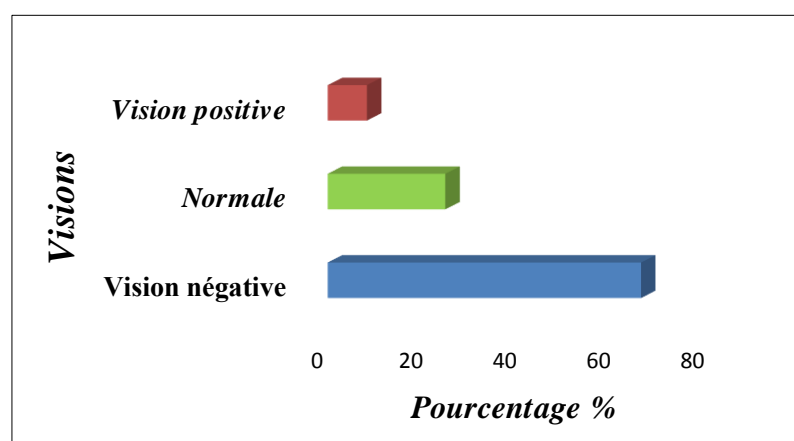
5.3.5. Répartition des patients selon leurs points de vue vis-à-vis la toxicomanie

(67%) des toxicomanes ont une opinion négative de la toxicomanie, (25%) ont un point de vue normal et (8%) ont une opinion favorable de la toxicomanie, selon la répartition des points de vue des toxicomanes sur la toxicomanie.

Tableau 23 : Répartition des patients selon leurs points de vue.

| Les avis des toxicomanes | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|--------------------------|---------------------|---------------|
| Vision négative | 40 | 67 |
| Vision normal | 15 | 25 |
| Vision positive | 5 | 8 |
| Totale | 60 | 100 |

Il est important de noter que les expériences et les opinions des toxicomanes peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre. Certaines personnes peuvent percevoir leur dépendance comme un fardeau, tandis que d'autres peuvent trouver du réconfort ou une évasion dans leur utilisation de substances.

**Figure 43** : Répartition des patients selon leurs visions vers la toxicomanie.

5.3.6. Penser à l'arrêt de la consommation

Le tableau (24) et la figure 44 montrent que le pourcentage le plus important de personnes pensées à l'arrêt des drogues est estimé à (88%), suivi de la réponse inverse avec un pourcentage de (12%).

Tableau 24 : Représentation des patients qui pensent à l'arrêt de la consommation.

| Penser à l'arrêt de drogue | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|----------------------------|---------------------|---------------|
| Oui | 53 | 88 |
| Non | 7 | 12 |
| Total | 60 | 100 |

Ces résultats sont la cause de : les enquêtés sont sûrs que ces hallucinogènes ont affecté négativement leur santé ainsi que leurs relations.

Ils sont similaires à ceux mentionnés par **Ammari et al (2021)**, constaté que la population d'étude pense à arrêter étaient oui estimées à (87%), suivi de la réponse inverse avec un pourcentage de (13%).

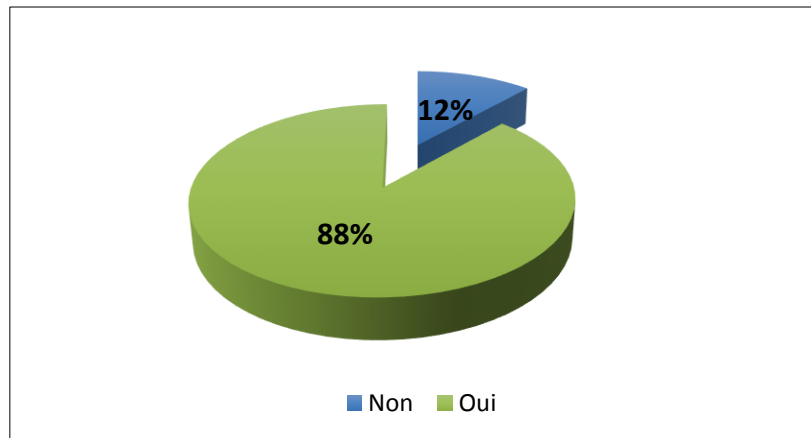


Figure 44 : Répartition des patients qui pensent à l'arrêt de la consommation.

5.3.7. Comment le toxicomane a-t-il pensé à déraciner ces hallucinogènes ?

Le tableau (25) et la (figure N°45) indiquent que le pourcentage le plus important de personnes décident l'arrêt seul de ces drogues est estimé à (50%), suivie (27%) direction le Centre de toxicomanie et (18%) chez des psychologues.

Tableau 25 : Représentation des patients selon la pensassions à déraciner ces hallucinogènes.

| La pensassions d'arrête ces Hallucinogènes | Nombre des patients | Fréquence (%) |
|--|---------------------|---------------|
| Arrête seul | 33 | 50 |
| Centre de toxicomanie | 16 | 27 |
| Psychologue | 11 | 18 |
| Total | 60 | 100 |

Selon nos résultats, il a été constaté que certaines substances hallucinogènes ne provoquent pas de dépendance ce qui signifie que les toxicomanes peuvent cesser leur consommation sans assistance médicale.

Cependant, d'autres substances créent une dépendance nécessitant une prise en charge médicale sous la surveillance de psychologues et psychiatres.

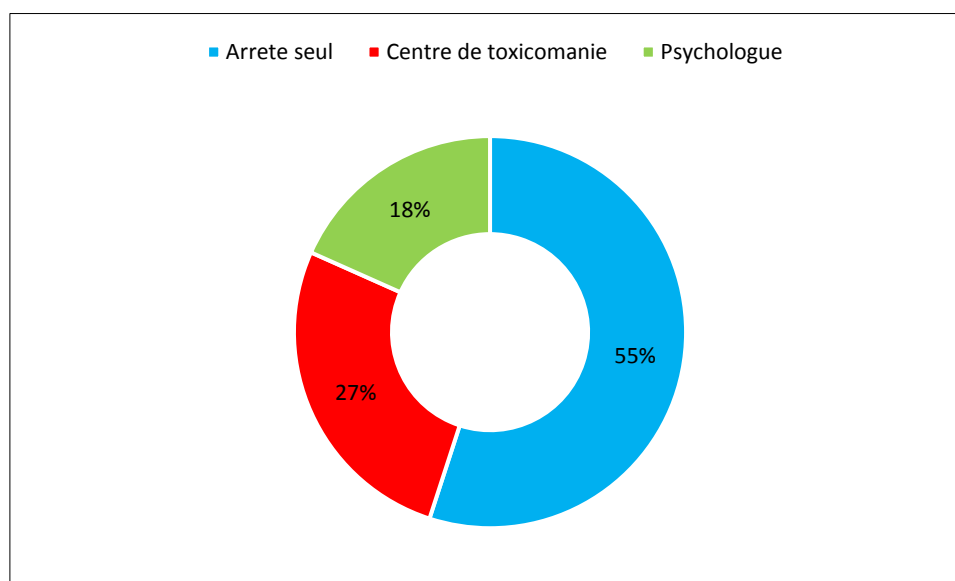


Figure 45 : Répartition des patients selon la pensassions à déraciner ces hallucinogènes.

Conclusion
Et
Prescriptives

En conclusion, ce mémoire a examiné en profondeur le phénomène de la toxicomanie, mettant en évidence l'ampleur du problème mondial de la dépendance aux substances et soulignant l'importance d'une approche holistique pour faire face à cette crise. En Algérie, la toxicomanie est devenue un problème grave en raison de l'augmentation croissante, tant en termes de quantité que de qualité, de ce fléau, qui affecte principalement une population de plus en plus jeune. L'utilisation régulière de diverses drogues, notamment le cannabis et les médicaments psychotropes, est une réalité quotidienne, avec l'émergence d'une clientèle de jeunes adeptes des drogues dures.

Notre analyse détaillée et rigoureuse des facteurs de risque associés à la consommation de drogues a révélé que la majorité des patients rencontrés étaient des consommateurs multiples de substances psychoactives, tels que le tabac, l'alcool, les amphétamines, le cannabis, l'ecstasy et le Lyrica®. Ils ont signalé des effets néfastes sur leur santé, des problèmes socio-économiques et une dépendance. Ces poly-consommateurs sont majoritairement célibataires, bien éduqués et bien rémunérés, et ont commencé à consommer à un âge précoce, avec des problèmes psychiques sous-jacents.

Les résultats de la présente étude menée au niveau du centre intermédiaire de santé des toxicomanes de Tébessa (CIST) peuvent être résumés comme suit :

- Le profil des patients est caractérisé par leur jeune âge de jeunes adultes de [21-25 ans].
- La majorité des participants sont de sexe masculin célibataire, en proportion plus élevée que les femmes.
- La plupart des patients possèdent une bonne éducation et bénéficient d'une rémunération satisfaisante.
- La Prégabaline a été identifiée comme la substance la plus consommée, suivie du Tramadol.
- La consommation d'hallucinogènes entraîne des effets indésirables sur le corps des individus concernés.
- La volonté de la majorité des patients est de mettre un terme à leur consommation d'hallucinogènes.

Pendant notre recherche, nous avons fait face à des difficultés dans la communication avec les toxicomanes et l'obtention des informations nécessaires. De plus, nous avons souhaité approfondir le diagnostic des consommateurs en effectuant des analyses, mais nous avons rencontré des contraintes matérielles, notamment le manque des réactifs requis pour réaliser les tests de dépistage des drogues tels que le Drogue test ou le Narco test.

En perspectives, Ce travail a également mis en évidence certaines limites et lacunes dans la littérature existante, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles questions de recherche. Des études supplémentaires et approfondies sont nécessaires pour mieux comprendre ce fléau et pour proposer des solutions efficaces.

Dans le cadre de limites et contraintes spécifiques, ce mémoire apporte une contribution significative au domaine de la dépendance. Il offre une analyse approfondie et des perspectives nouvelles sur l'addiction, représentant ainsi une contribution importante à la recherche académique dans ce domaine. Nous espérons sincèrement que ce mémoire sera une ressource précieuse pour les chercheurs, les praticiens et les décideurs qui s'intéressent à ce phénomène et qu'il stimulera des recherches futures pour faire progresser notre compréhension et nos actions dans la lutte contre la toxicomanie.

Références Bibliographique

A

- **Alain. M & Grégory. P.** (2019). Hallucinogènes et drogues de synthèse dans addictologie. P219-232.
- **Alain M.** (2015). Hallucinogènes et drogues de synthèse dans addictologie. P170-181.
- **Amar, M. B & Léonard, L.** (2002). Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie,9. P5-8
- **Audrey, D. Rosse, L. Agathe.** (2010). Toxicomanie : Rencontre d'un individu, d'un produit, d'une société, P5.
- **AZZEDDINE R.** (2012). Comorbidité schizophrénie addiction au cannabis. Université d'Oran 1- Ahmed Ben Bella, Thèse de doctorat en sciences médicales. P120
- **Ammari M, Harzallah C, Nagoudi H, Saighi L,** Enquête sur la consommation des hallucinogènes et leurs effets sur les toxicomanes (cas de la wilaya d'El Oued) (2022)

B

- **Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Terry M.** (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97(10). P1-10
- **Bensakhria. A.** (2015). Toxicomanie drogues naturelles et synthétique. P3
- **Benyamina, A.** (2017). Addictions : Du plaisir à la dépendance. P12-15
- **Bian, F., Li, Z., Offord, J., Davis, M. D., McCormick, J., Taylor, C. P., & Walker, L. C.** (2006). Calcium channel alpha2-delta type 1 subunit is the major binding protein for pregabalin in neocortex, hippocampus, amygdala, and spinal cord: An ex vivo autoradiographic study in alpha2-delta type 1 genetically modified mice. *Brain Research*, 1075(1), 68–80. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2005.12.084>.
- **Bockbrader, H. N., Wesche, D., Miller, R., Chapel, S., Janiczek, N., & Burger, P.** (2010). A comparison of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of pregabalin and gabapentin. *Clinical Pharmacokinetics*. P13-21
- **BOUROUIS N., LAIMECHE A., CHOUKI S., LOURGUIOUII.** (2021). Dépistage des drogues dans le cadre de la cure de désintoxications au centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions Tizi-Ouzou. Thèse de docteur en pharmacie. Université Mouloud Mammeri. Faculté de médecine TIZI OUZOU : P190.
- **Brochu, S., & Plourde, C.** (2012). L'offre de services aux adultes toxicomanes sous le coup de mesures judiciaires. L'intégration des services en toxicomanie, P107.

- **Burnat, P., & Le Brumant-Payen, C.** (1992). Intoxication par la cocaïne. Lyon Pharm., Vol 43, 149-156.
- **Burnat, P., Huart, B., Ceppa, F., & Pailler, FM.** (1996). Ecstasy : substance psychostimulante, hallucinogène et toxique. Presse médicale (Paris, France : 1983), 25 (26), 1208-1212.

C

- **Carl L. Hart, Joanne Csete, Don Habibi.** (2014). Methamphetamine-danger-exagerated. 38 p.
- **Carroll, K. M., & Onken, L. S.** (2005). Behavioral therapies for drug abuse. American Journal of Psychiatry, 162(8), 1452-1460.
- **Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., & Rounsaville, B. J.** (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. American Journal of Psychiatry, 165(7).
- **Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Festinger, D. S., Fernández-García, P., Fernández-Hermida, J. R., Secades, R., & Matejkowski, J.** (2013). Predictors of retention in a drug-free unit/substance abuse treatment in prison. International journal of law and psychiatry, 36(3-4).
- **Cassier, Vincent.** (2014). Étude rétrospective des intoxications aiguës au tramadol (2007-2013) à partir des données du centre antipoison et de toxicovigilance de Bordeaux : impact du retrait du dextropropoxyphène. Thèse Doctorat. Université de Bordeaux, P14.
- **CÉLINE RAY, M.** (2017)._Circuit de la récompense : qu'est-ce que c'est ?
- **Chambon, O.** (2009). La Médecine psychédélique -Le pouvoir thérapeutique des hallucinogènes. Les Arènes.
- **Charles, FLEURENTIN.** (2015). Thérapeutique par les psychotropes psychédéliques. Thèse Doctorat. UNIVERSITE DE LORRAINE, 34.
- **Chaumont, O.** (2018). Addiction, dépendance et drogues : étude de la mise en place de salle de consommation à moindre risque dans le monde et en France depuis 2016. Thèse Doctorat. Université de Bordeaux. 144p.
- **Ciciero, T.J. et M.S. Ellis.** (2015). « Abuse-deterrent formulations and the prescription opioid abuse epidemic in the United States: lessons learned from oxycontin », **JAMA Psychiatry**, vol. 72, no 5.p 424–430.
- **Cirriez, P.** (2015). Journal de Pharmacie de Belgique : Les drogues illicites courantes utilisées par les toxicomanes, P14.

- **Constance, H.** (2002). Drogues, médicaments, dépendances, Ecstasy P35-49.

D

- **De collectif.** (1 janvier 2006). Drogue et dépendance. Livre d'information. Editions Insep. France, Pp36.
- **Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., et al.** (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.
- **Demaret, I., Lemaître, A., & Anseau, M.** (2013). L'héroïne. *Revue médicale de Liège*, Vol 68, P 5-6.
- **Devaux, Lucie.** (2022). État des lieux de la consommation du tramadol : entre mésusage et dépendance. Sciences pharmaceutiques. Thèse Doctorat. Université de Picardie,50.
- **Devaux, Lucie.** (2022). État des lieux de la consommation du tramadol : entre mésusage et dépendance. Sciences pharmaceutiques. Thèse Doctorat. Université de Picardie, 33-39.
- **DEVER, L.** (2015). Drogues et Traitements,38-48.
- **Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A. D.** (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100(6).
- **Dooley, D. J., Donovan, C. M., Meder, W. P., & Whetzel, S. Z.** (2002). Preferential action of gabapentin and pregabalin at P/Q-type voltage-sensitive calcium channels: inhibition, Vol 45,171–190.
- **Dooley, D. J., Donovan, C. M., Meder, W. P., & Whetzel, S. Z.** (2002). Preferential action of gabapentin and pregabalin at P/Q-type voltage-sensitive calcium channels: inhibition of K⁺-evoked [3H]-norepinephrine release from rat neocortical slices. *Synapse*. 250-272
- **DUFAU, M.** (2020). Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie : Le mésusage de la Prégabaline chez les toxicomanes.
- **Dussaud, S.** (1998). La méthylènedioxy-3-4-méthamphétamine (ecstasy) : revue bibliographique. Thèse Doctorat .6.

F

- **Fabritius, Marie.** (2014), Etude d'administration contrôlée de cannabis et profils cinétiques des cannabinoïdes dans les fluides biologiques. Thèse Doctorat. Université de Lausanne,5-6-7.

G

- **Gandilhon, M, Néfau, T.** (2016). La MDMA : une substance emblématique pour une partie de la jeunesse. *F. Beck, Jeunes et addictions*, 48-50.
- **GHOMARI A, OUSSAHLA R.** (2019). Prévalence de la consommation des substances psychoactives chez les chauffeurs professionnels en Algérie. Thèse de docteur en pharmacie. Université Abou Bakr Belkaid. Faculté de médecine. Dr. b. BENZERDJEB – Tlemcen :135.
- **Gothuey. I.** (2014). La dépendance à la cocaïne. Etat de lieux .13p.
- **Goyette, M., Charbonneau, R., Plourde, C., & Brochu, S.** (2013). Conjuguer réadaptation et justice : un défi possible. Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d’adultes dépendants. Québec : Presses de l’Université Laval, 75-96.
- **Gruffat, X.** (2022). Tramadol (Tramal et génériques).

H

- **Hägg, S., Jönsson, AK et Ahlner, J.** (2020). Preuves actuelles sur l’abus et le mésusage des gabapentinoïdes. *Médicament Saf* 43, 1235–1254
- **Hickey C, Thomas B.** (2011). Délire secondaire à la prégabaline. *Gen Hosp Psychiatrie* Vol 35.
- **Holloway, K. R., Bennett, T. H., & Farrington, D. P.** (2006). The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior: A meta-analysis. *Psicothema*, 18(3), 620-629.

I

- **Ives, R., & Ghelani, P.** (2006). Polydrug use (the use of drugs in combination): A brief review. *Drugs : Education, Prevention, and Policy*, 13, 225-232.

J

- **Jean-Jacques Coiplet**, Directeur générale de l’ARS Pays de la Loire/ Santé publique France. Janvier 2019. *Bulletin de santé publique. Pays de la Loire*.
- **John C.M. Brust, Luis Garcia-Larrea.** (2007). Aspects neurologiques de l’addiction. Elsevier Inc.2, 315.

K

- **KADDOUR M.** (2015). Toxicomanie et comorbidité psychiatriques. Thèse en sciences médicales. Université Aboubakar Belkaid. Tlemcen.
- **Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K.** (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5), 447-457.

L

- **LANDIE, A.** (2015). Drogues illicites et overdose,13.
- **Lapostolle, F. et Beaune, S.** (2021) Ecstasy : la deuxième vague... (11) ,103.<https://doi.org/10.3166/afmu-2021-0309>.
- **Laurent, Karlie.** (2014). Les addictions. Le cavalier bleu. Esscins. 50p
- **Lebeau. B.** (2002). La drogue. Edition cavalier bleu. Paris,61p.
- **Li, Z., Taylor, C. P., Wéber, M. Piechan, J. Prior, F. Bian, F. Donevan, S.** (2011). Pregabalin is a potent and selective ligand for $\alpha 2\delta$ -1 and $\alpha 2\delta$ -2 calcium channel subunits. *European Journal of Pharmacology*, 667(1), 80–90. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2011.05.054>.

M

- **Marilyn Herie, Tim Godden, Joanne Shenfeld, Colleen Kelly.** (2010). La toxicomanie Guide d'information.
- **Matthieu Idle, Alexander Bentley, Ruth Arenas Mata, Michel Por,Hugues Soames,Philippa Or, Jane Ecuyers, Hélène Parson,Broche Ng.**(2022) ,Prégabaline et Weed.
- **Matthieu Idle.** (2022). Lyrica et cocaïne.
- **MAURY, A.** (1993). Thèse d'exercice. P70
- **Mehdi, Djeribi.** (2016). Prise en charge du toxicomane à l'officine,5.
- **Michel Landry et Serge Brochu,** (2012). LE CONCEPT D'ADDICTION : L'ASAM ET LA TRADITION BIOPSYCHOSOCIALE DU QUÉBEC.LE JOURNALE SEMESTRIEL DU GROUPE. (20),1.

- **MIKE VAN, TASSEL. (2017).** Impact de l'anxiété, de la dépression et de l'hostilité en tant que composants de la détresse psychologique sur la typologie de consommation d'alcool et de cannabis chez l'adolescent selon l'âge et le sexe. Thèse doctorat. L'université du québec,4.
- **MILDECA (2021):** <https://www.drogues.gouv.fr/que-nous-dit-la-science-des-addictions>.
- **Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003).** Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4).
- **Miller, W., & Rollnick, S. (2006).** Pratique de l'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Dunod. 241 p.

N

- **NEDJARI M. (2009).** La comorbidité schizophrénie toxicomanie. Étude prospective à propos de cent patients. Thèse pour l'obtention d'un doctorat en sciences médicales pp 8-17.
- **Nora D. Volkow, M.D. (2011).** Principles of drug addiction treatment: A research-based guide DIANE Publishing. Third Edition. pp 2-8.

P

- **PACZESNY, Marine. (2014).** Cannabis sativa L. : Étude botanique et chimique. Propriétés médicales et état des lieux sur la réglementation. Thèse Doctorat. UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER, 23.
- **Palma, A., & Pancheri, P. (2007).** Anticonvulsants in anxiety disorder and the role of pregabalin. *Giornal Italiano di Psicopatologia*,
- **Perry, A. E., Darwin, Z., Godfrey, C., McDougall, C., Lunn, J., Glanville, J., & Coulton, S. (2009).** The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 44(3).

R

- **Richard, D., Senon, J. L., Hautefeuille, M., & Facy, F. (1998).** L'héroïne. *Toxibase*, Vol 1, 25p.
- **Ries, R.K., D.A. Fiellin, S.C. Miller et R. Saitz. (2014).** **The ASAM Principles of Addiction Medicine** (5e édition), Riverwoods (Ill.), Wolters Kluwer.

S

- **Sandra, P. (2000).** Héroïnomanie et grossesse : la mère, l'enfant et le personnel soignant. *Médecine humaine et pathologie*, P11.

- **Schaad, N. Jean, Clermont. Et Drolet, inf.** (2014). Marijuana.p2.
- **Shim, J. H.** (2011). Clinical Application of $\alpha 2$ - δ Ligand. *Hanyang Medical Reviews*, 31(2).55.
<https://doi.org/10.7599/hmr.2011.31.2.55>.
- **Spigset, O., & Westin, A. A.** (2013). Detection times of pregabalin in urine after illicit use: when should a positive specimen be considered a new intake? *Therapeutic Drug Monitoring*, Vol 35, 137–140.
- **Sueur, D. C.** (2017). État des lieux de la recherche sur les capacités thérapeutiques des « substances hallucinogènes » au 21-e siècle. *Psychotropes*, De Boeck Supérieur 24(3), 125-163.

T

- **Tassone, D. M., Boyce, E., Guyer, J., & Nuzum, D.** (2007). Pregabalin: A novel γ aminobutyric acid analogue in the treatment of neuropathic pain, partial-onset seizures, and anxiety disorders. *Clinical Therapeutics*, Vol 29(1), 26–48.
- **Thérèse Bluet Pajot, M. et Laurent, k.** (2015). Livret « Quand mon cerveau devient accro ».
- **TOE B.** (2011). Étude du profil des cas d’abus de drogues et leur prise en charge dans les structures sanitaires de la ville de Ouagadougou (Burkina-Faso). Thèse pharm. UFR/SDS Université Ouagadougou ; 88 p.
- **Touami. H & Tayeb. N.** (2018). Effets des substances psychoactives (Alcool, Drogues et Médicaments) sur certaines paramètres biochimique et hématologique chez les toxicomanes de la Wilaya de Mostaganem. 62-85
- **TRAORÉ A.** (2004). Étude de lien entre VIH/SIDA et consommation de drogues au Burkina Faso. Thèse méd : UFR/SDS Université Ouagadougou : 98 p.

V

- **Vandendriessche, F., Lecompte, D., De Hert, M., Hulselmans, J., Mertens, C., Peuskens, J., ... & Wampers, M.** (2010). Le rôle des facteurs environnementaux dans l’apparition de la psychose schizophrénique. *Neurone*, 15(10), 8.
- **Vincent, D.** (2017) Cannabis : principe actif.

Y

- **Yann Botrel.** (2021). Hallucinogène : effets, conséquences, drogues. Vol 155

Z

- **Zaccara, G. Gangemi P, Perucca P, Specchio L.** (2011). Le profil des événements indésirables de la prégabaline : une revue systématique et une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés. *Epilepsie*.Vol52, P 26-36.

Liste des sites web

1. <https://hajar-ben.wixsite.com/prof-avec-classe/blank-mj622>
2. **Addict aide.** (2022):<https://www.addictaide.fr/autres-drogues/les-complications-de-la-mdma>
3. **HÉROÏNE** (2022) <https://www.docteurlic.com/encyclopedie/heroine.aspx>.
4. **EMCDDA**, 2009: <https://www.emcdda.europa.eu/polytoxicomanie->.
5. « LYRICA (prégabaline) », HauteAutoritédSant https://www.hsante.fr/jcms/c_538415/fr/lyrica-pregabaline
6. Manuvie (2014) <https://www.manuvie.ca/particuliers/planifier-et-apprendre/sante-mentale/problemes-de-sante-mentale/toxicomanie.html>
7. Neuraxpharm 2021. <https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/usagesubstances?>
8. <https://sante.lefigaro.fr/medicaments/3651330-lyrica-300mg-gelule-56>

Annexe

01

Questionnaire sur la prévalence des hallucinogènes

Dans le cadre de la préparation d'un certificat de Master en biologie spécialisé en pharmaco - toxicologie, nous soumettons à Votre Excellence ce questionnaire intitulé : "Questionnaire sur la toxicomanie et les hallucinations chez les jeunes et son impact sur la santé publique et les traitements offerts dans l'état de Tébessa".

Veillez remplir ce questionnaire à fond en plaçant un signe (+) où répondre. Vous le jugez approprié et nous vous informons que les renseignements contenus dans ce questionnaire demeureront confidentiels. Ils ne seront utilisés qu'à des fins de recherche scientifique.

Réponse en marquant (+) :

Données personnelles :

Sexe : Homme Femme

L'âge : Moins 15 (15-20) (20-25) (25-30) Plus 35

Niveau scolaire : Primaire Moyenne Lycée Universitaire

État social : Célibataire Divorcé Marié Veuf

Logement : Familial Locatif Privé

Prenez-vous encore des hallucinogènes ? : Oui Non Oui si nécessaire

Vous avez un problème ? : Psychologique Organique

Psychologique et organique ensemble Je ne souffre pas de aucun problème

Quel âge aviez-vous lorsque vous en avez consommé pour la première fois ?

Moins de 15 ans 15 à 20 ans 20 à 25 ans 25 à 30 ans

30 plus ans

L'année de l'addiction :

Premier endroit pour manger des hallucinogènes :

La maison Résidence universitaire

Caserne militaire Autre emplacement

Raison de prendre des hallucinogènes :

Problèmes familiaux La pression de travail Problèmes scolaires

Le chômage Conditions sociales Des mauvais amis

Problèmes scolaires

Quand prendre des hallucinogènes : Matin Soir Nuit

Où consommer des hallucinogènes : la maison La rue En groupe

Le type d'hallucinogène que vous prenez : Tramadol Prégabaline (Lyrica)
Kietyl Autre substances

Combien de doses prenez-vous par jour :

1 2 3 4 5 Plus 5

Comment l'obtenir :

Acheter sans ordonnance Acheter sur ordonnance Vendeur
D'autres méthodes

Durée de la prise d'hallucinogènes : moins d'un an 1 an à 3 ans

De 3 à 5 ans Plus de 5 ans

Durée de la dépendance : Depuis un an 2 ou 3 ans 3 ou 4 ans

Le prix : A la portée Trop chère Cher

Où puis-je trouver de l'argent pour acheter des hallucinogènes ?

Argent spécial Les parents Autres méthodes

A votre avis, quels sont les effets de la prise d'hallucinogènes sur votre corps ?

Trouble cardiaque Trouble digestif

Trouble respiratoire Trouble de Système Nerveux (tremblement)

Votre sentiment après avoir mangé des hallucinogènes :

Confort et bonheur Activité et vitalité Fatigué / épuisé

Tristesse et dépression

Comment consomme-t-on des hallucinogènes :

Pilules Injectables Autres

Tu fumes ? Oui Non

Est-ce que tu bois de l'alcool ? Oui Non

Lorsque vous prenez ces substances, pouvez-vous exercer vos diverses activités?

Oui Non

Que pensez-vous du toxicomane ?

.....
.....

Votre vision d'une personne qui n'est pas dépendante :

Vision normal Une meilleure personne que toi Tu es meilleur que lui

Quelle est votre vision de la toxicomanie ?

.....
.....

Comment vous sentez-vous si vous ne prenez pas des hallucinogènes ?

Anxiété et stress Perte de contrôle Sentiment normal

As-tu pensé à arrêter ces hallucinogènes ? Oui Non

Quelle était la méthode que vous avez utilisée pour décoller ? :

Arrêt seul Psychologue Centre de toxicomanie Autre

**Enfin, merci beaucoup pour votre compréhension et votre contribution à la réussite de
cette recherche scientifique**