

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 8 juin 2017  
Par M. BAUDENS Adrien**

---

**Prévention et prise en charge de la toxicomanie à l'officine**

---

**Membres du jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur CAZIN Jean-Louis  
Professeur de Pharmacologie et Pharmacie Clinique à la Faculté de  
Pharmacie (Université de Lille)  
Docteur ès Sciences Pharmaceutiques  
Directeur du Centre de Pharmacologie et Pharmacie Clinique en  
Cancérologie au Centre Oscar Lambret de Lille (Centre Régional de  
Lutte Contre le Cancer en Hauts de France)  
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens : Conseiller Ordinal élu  
(section H)

**Assesseur(s) :** Monsieur le Professeur DINE Thierry  
Professeur de Pharmacie Clinique à l'Université du Droit et de la  
Santé de Lille  
Praticien hospitalier au CH d'Haubourdin

**Membre extérieur :** Monsieur le Docteur MANTEL Bernard  
Docteur en Pharmacie, Pharmacie MANTEL, Roubaix



## Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE  
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64



### Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Ilona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

### Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 <sup>er</sup> assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

### Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique

Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

### Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules

### Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie

M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique
----	-------	---------	---------------------

### Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie

M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie (80%)
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

### Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

### Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

### Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
------	-----	--------	-------------

M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

1

### AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

## ***Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail et plus particulièrement les membres du jury :

### A mon directeur de thèse, Monsieur Jean-Louis CAZIN

Professeur de Pharmacologie et Pharmacie Clinique à la Faculté de Pharmacie (Université de Lille)

Docteur ès Sciences Pharmaceutiques

Directeur du Centre de Pharmacologie et Pharmacie Clinique en Cancérologie au Centre Oscar Lambret de Lille (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer en Hauts de France)

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens : Conseiller Ordinal élu (section H)

Ce fut un vrai plaisir de travailler sur cette thématique et un honneur de le faire sous votre direction. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre grande disponibilité, vos conseils avisés et votre confiance. Je vous prie de trouver dans cette thèse l'expression de ma profonde estime et de ma vive reconnaissance.

### A Monsieur Thierry DINE

Professeur de Pharmacie Clinique à l'Université du Droit et de la Santé de Lille  
Praticien hospitalier au CH d'Haubourdin

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de faire partie de mon jury. Merci pour la qualité des cours que vous nous avez dispensés tout au long de nos études.

Recevez ici le témoignage de tout mon respect.

### A Monsieur Bernard MANTEL

Docteur en Pharmacie, titulaire de la Pharmacie MANTEL, Roubaix.

Au fil de vos interventions à la faculté vous avez su aiguïser mon intérêt grandissant pour la thématique de l'addictologie.

Au regard de votre implication professionnelle sur cette thématique, votre expérience était la bienvenue. Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger au sein de ce jury et vous prie de recevoir l'expression de ma très respectueuse considération.



### A Mandy

Mes plus sincères remerciements pour avoir cru en moi, pour tes encouragements et ton aide précieuse. Merci pour ton soutien tout au long de ce travail et ton amour sans faille durant toutes ces années.

### A mes parents et à ma sœur

Pour m'avoir permis de réaliser mes études dans les meilleures conditions, pour m'avoir encouragé pendant toute la durée de mon cursus. Je vous remercie infiniment pour votre accompagnement précieux.

### A Marie-Christine

Pour sa précieuse aide à la relecture et à la correction de ma thèse, pour l'encouragement qu'elle m'a témoigné, et surtout pour son soutien moral ininterrompu tout au long de ce travail.

### A mes amis

Qui ont su m'apporter leur bienveillance, leur accompagnement précieux, qui m'ont soutenu et qui, directement ou indirectement, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ces années d'étude.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE I : MODELES ET APPROCHES.....</b>	<b>17</b>
<b>I.1 Les différents modèles.....</b>	<b>19</b>
I.1.1 Les modèles exogènes.....	19
I.1.2 Le modèle endogène.....	22
I.1.3 Vers des modèles intégratifs.....	25
I.1.4 Définition de Goodman.....	26
<b>I.2 Approches sociales.....</b>	<b>29</b>
I.2.1 Drogues et rituels.....	29
I.2.2 Les facteurs socioculturels.....	32
<b>I.3 Approches psychologiques.....</b>	<b>36</b>
I.3.1 L'approche systémique.....	36
I.3.2 L'approche individuelle.....	38
I.3.2.1 Comportements normaux et comportements addictifs.....	38
I.3.2.2 Approche psychanalytique.....	42
I.3.2.3 Approche cognitivo-comportementale.....	43
<b>CHAPITRE II : LES DIFFERENTES ADDICTIONS, LEURS CONSEQUENCES SUR LE CORPS ET L'ESPRIT.....</b>	<b>46</b>
<b>II.1 Cadre général.....</b>	<b>47</b>
II.1.1 Classification des conduites de consommation.....	47
II.1.1.1 Usage/ non usage.....	47
II.1.1.2 L'abus ou usage nocif.....	48
II.1.1.3 La dépendance.....	50
II.1.2 La dépendance.....	50
II.1.2.1 La perte de maîtrise.....	50
II.1.2.2 La tolérance.....	50
II.1.2.3 Le sevrage.....	50
II.1.3 Chronologie.....	51
<b>II.2 La voie biologique commune des pratiques addictives.....</b>	<b>53</b>
II.2.1 Cadre général.....	53
II.2.2 Voie dopaminergique mésolimbique.....	55
<b>II.3 Quelques exemples de substances psychoactives.....</b>	<b>56</b>
II.3.1 Le cannabis.....	57

II.3.2	L'héroïne.....	60
II.3.3	La cocaïne.....	64
II.3.4	Tableau récapitulatif des effets.....	68
<b>CHAPITRE III : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE.....</b>		<b>70</b>
<b>III.1</b>	<b>Prévention.....</b>	<b>71</b>
III.1.1	Notions et concepts, les différentes méthodes.....	71
III.1.1.1	La prévention primaire.....	71
III.1.1.2	La prévention secondaire.....	71
III.1.1.3	La prévention tertiaire.....	72
III.1.2	Organisation.....	72
III.1.2.1	Les campagnes de communication de l'Etat.....	72
III.1.2.2	Mise en place de la politique de réduction des risques.....	78
III.1.2.3	Exemples d'autres pays.....	88
III.1.3	Rôles du Pharmacien.....	91
<b>III.2</b>	<b>Prise en charge.....</b>	<b>94</b>
III.2.1	Les institutions.....	94
III.2.1.1	Les consultations jeunes consommateurs (CJC).....	95
III.2.1.2	Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD ).....	96
III.2.1.3	Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).....	96
III.2.1.4	Les communautés thérapeutiques.....	97
III.2.2	Rôle du pharmacien dans le traitement de substitution oral.....	97
III.2.2.1	La Buprénorphine Haut dosage (BHD).....	98
III.2.2.2	La méthadone.....	101
III.2.2.3	Rôle du pharmacien à chaque étape de la prise en charge d'un TSO.....	105
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>111</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>113</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>118</b>

## **Liste des abréviations utilisées**

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ex-AFSSAPS)

**ASUD** : Auto-Support des Usagers de Drogues

**BHD** : Buprénorphine Haut Dosage

**CAARUD** : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

**CFES** : Comité Français d'Education pour la Santé

**C(I)DAG** : Centre (d'Information et) de Dépistage Anonyme et Gratuit

**CIDDIST** : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CIS** : Centre d'Injection Supervisé

**CJC** : Consultations Jeunes Consommateurs

**CSAPA** : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSP** : Code de la Santé Publique

**CSST** : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

**DASRI** : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

**DSM** : Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

**MSO / TSO** : Médicaments / Traitements de Substitution aux Opiacés

**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

**PES** : Programme d'Echange de Seringues

**RDR** : Réduction des Risques

**SCMR** : Salles de Consommation à Moindres Risques

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**VHB / HBV** : Virus de l'Hépatite B / Hepatitis B Virus

**VHC / HCV** : Virus de l'Hépatite C / Hepatitis C Virus

**VIH / HIV** : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Human Immunodeficiency Virus

**UD** : Usager de Drogues

## Liste des Tableaux et Figures

<i>Figure 1 : Les déterminants de la vulnérabilité (3)</i> .....	18
<i>Figure 2 : Thermomètre de l'intempérance (6)</i> .....	20
<i>Tableau1 : Comparaison des modèles exogènes et de Peele (8)</i> .....	24
<i>Tableau 2 : critères de l'addiction d'après Goodman (12)</i> .....	27
<i>Tableau 3 : Classe des discours issues de l'analyse (18)</i> .....	33
<i>Figure 3 : Processus d'adaptation de l'appareil psychique (Figure personnelle)</i> .....	40
<i>Figure 4 : Intervention des différentes thérapies dans le traitement de l'information dans l'appareil psychique (Figure personnelle)</i> .....	44
<i>Figure 5 : Abus selon la DSM IV (29)</i> .....	49
<i>Figure 6 : Usage nocif selon la CIM 10 (28)</i> .....	49
<i>Figure 7 : Critères de dépendance de la DSM IV (29)</i> .....	51
<i>Figure 8 : Chronologie de la consommation (Figure personnelle)</i> .....	53
<i>Figure 9 : Bouton terminal et synapse (30)</i> .....	54
<i>Figure 10 : Circuit dopaminergique mésolimbique (30)</i> .....	56
<i>Figure 11 : Feuille de cannabis (31)</i> .....	57
<i>Figure 12 : Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en France métropolitaine en 2011 parmi les 11-75 ans (33)</i> .....	59
<i>Figure 13 : Poudre d'héroïne (34)</i> .....	60
<i>Figure 14 : Poudre de cocaïne (36)</i> .....	64
<i>Figure 15 : Evolution de l'expérimentation de cocaïne des jeunes de 17 ans</i> .....	67
<i>Entre 2000 et 2011 (en %) (38)</i> .....	67
<i>Figure 16 : Evolution de l'expérimentation de cocaïne chez les 18-64 ans</i> .....	67
<i>Entre 2000 et 2011 (en %) (38)</i> .....	67
<i>Figure 17 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France parmi les 11-75 ans en 2014 (1)</i> .....	69
<i>Figure 18 : Affiche de la campagne "drogue, savoir plus risquer moins" de 2000 (39).</i> .....	73
<i>Figure 19 : Les cinq brochures de la campagne de 2002 (40)</i> .....	74
<i>Figure 20 : Les trois brochures de la campagne "Le cannabis est une réalité" de 2005 (40)</i> .....	75
<i>Figure 21 : Brochure "24 réponses sur la cocaïne" de 2007 (40)</i> .....	75
<i>Figure 22 : Affiches promotion des Consultations Jeunes Consommateurs (40)</i> .....	76
<i>Figure 23 : Principales étapes de la mise en place de la RDR (43)</i> .....	79

<i>Figure 24 : Schéma de fonctionnement de la salle de consommation de Paris (44)</i>	83
<i>Figure 25 : Activité de prévention en milieu festif (d'après l'OFDT: à partir des rapports d'activité de Techno+ et de l'enquête Quanti-festif 2004-2005 (OFDT/GRVS)</i>	84
<i>Figure 26 : Evolution du nombre de décès par surdose depuis 1985 (47)</i>	86
<i>Figure 27 : Evolution du nombre de pays adhérant aux TSO depuis 1965 (43)</i>	89
<i>Figure 28 : Evolution du nombre de décès, par âge, liés à la drogue type opioïde en Suisse de 1995 à 2014 (52)</i>	90
<i>Figure 29 : Affiche de refus de dispensation de TSO par une pharmacie (54)</i>	92
<i>Figure 30 : Ordonnance type de stupéfiants et assimilés (64)</i>	105

## INTRODUCTION

Le terme d'addiction est un vieux vocable français trouvant son étymologie dans le terme latin *addictere* utilisé par le tribunal romain au sens de donner, d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage si bien que l'esclave était *ad-dictus*, « dit à » tel maître.

Depuis la fin de mes études et mes premiers pas dans le monde professionnel, je n'ai cessé de constater la forte influence que la drogue a sur notre société, aussi bien sur la vie de tous les jours, comme l'installation des salles de shoot, les vols et la marginalisation des toxicomanes, que sur le monde professionnel en officine.

En effet, par exemple, les médias ont rapporté l'initiation des salles de consommation à moindre risque (dites salles de shoot) en France, 10<sup>ème</sup> pays à ouvrir ce genre de salle. Il ne s'agira pourtant que d'une expérimentation de six ans pour le moment, visant des toxicomanes majeurs s'injectant eux même les produits qu'ils rapportent sous la supervision de personnes qualifiées avec du matériel stérile. De nombreux Français étant opposés à cette salle, une controverse s'installe.

Cela n'influera-t-il pas sur les vols et autres agressions ? Et sur le coût que cela entraîne ? Par exemple, en 2015, l'OFDT a publié que sur 3500 dépistages suite à des accidents de la route mortels, 12 % se sont révélés positifs (1).

De plus en milieu professionnel, l'emprise de la drogue est présente et s'immisce dans les relations humaines, et notamment dans notre profession. En 2015, l'Ordre National des pharmaciens a rapporté que près de 17,5 % des agressions subies en officine étaient en lien avec les stupéfiants (2), avec une augmentation d'agressions avec menaces, de 9 % par rapport à 2014.

Voici quelques-unes des raisons qui m'ont incité à traiter ce sujet et ainsi d'essayer de comprendre comment les drogues exercent leur emprise sur la société, car, à la base de cette spirale sans fin de conséquences négatives, il y a le toxicomane moyen qui a besoin de ses doses pour pouvoir survivre. Le but étant de comprendre quels sont les parcours de vie de ces individus sous influence qui « errent » sans relâche en quête de leur dose, comment la drogue est devenue la clé de voûte de leur vie, d'en comprendre le mécanisme et de trouver des solutions afin qu'ils ne continuent pas à susciter autant de malaise que d'incompréhension.

Dans un premier temps, nous allons envisager les causes de l'addiction aux substances psychoactives, les approches sociales et psychologiques puis, dans un second temps, les conduites de consommation, les mécanismes biologiques de

l'addiction et leurs conséquences sur le corps. Pour terminer, nous évoquerons les issues envisagées et les moyens de prévention des pratiques addictives.



**CHAPITRE I :    MODELES ET APPROCHES**

La plupart du temps, l'usage des substances psychoactives n'est pas un hasard mais bien la conséquence d'une situation dans un contexte bien précis. Dans le cas général, l'explication utilisée est l'interaction entre une fragilisation personnelle, une situation déclenchante et une rencontre avec un produit.

L'addiction entrainera des conséquences cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales qui renforceront les situations déclenchantes et les facteurs de fragilisation (Figure 1). La substance psychoactive sera une solution de facilité à tous les problèmes.

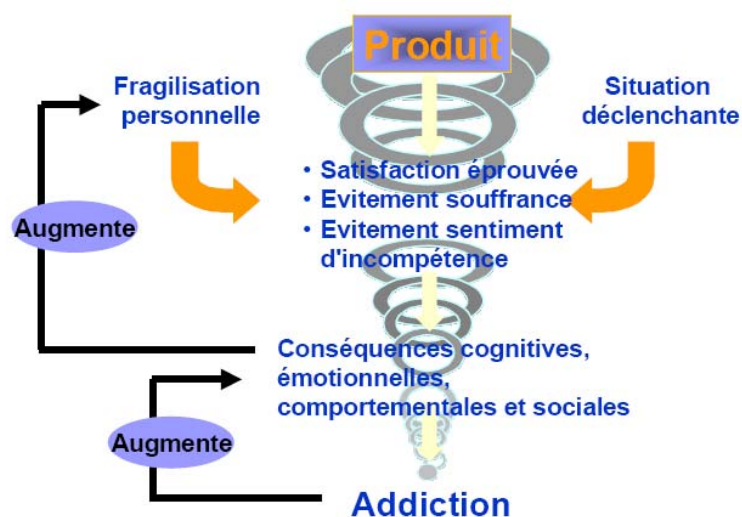


Figure 1 : Les déterminants de la vulnérabilité (3)

21

Pour comprendre les modes de pensée et l'origine des comportements addictifs, les premiers modèles psychologiques ont vu le jour au début du XXème siècle. Ils ne reposaient sur aucune base scientifique sérieuse, ils étaient intuitifs et réducteurs. C'est à partir de ces derniers que les premières thérapeutiques ont été établies.

## **I.1 Les différents modèles**

Il existe une multitude de définitions renvoyant aux aspects psychologiques du mot addiction. J'ai choisi de présenter quelques définitions en relation avec les approches qui vont suivre.

### **I.1.1 Les modèles exogènes**

Les premiers modèles proposés. Ils cherchent des explications dans des facteurs extérieurs à l'individu. Le modèle des maladies infectieuses est ici reproduit : c'est la rencontre avec un agent externe qui permet à la maladie de se développer. Les addictions sont des maladies, dont les sujets sont atteints ou non, représentées par une perte de contrôle due à la substance. L'addiction est alors innée, biologique, et c'est la drogue qui fait le toxicomane. La solution apportée sera d'abord médicale.

Dans ces modèles, les principaux objectifs sont les effets nocifs des addictions sur l'organisme. Il faut faire reconnaître aux patients qu'ils sont dans le déni, qu'ils ont une maladie permanente et qu'ils doivent se faire aider par des professionnels.

On a pu dater approximativement ce mode de pensée à environ 1784 grâce au travail de Rush (5). Son texte illustre le lien entre la naturalisation scientifique et le souci de déstigmatiser l'alcoolisme et de l'alléger de sa charge morale. Il s'agit d'un modèle mono-varié à cause unique exogène dans lequel « la substance porte elle-même les pouvoirs d'intoxication ». Il fut le premier à utiliser le terme de maladie à propos de la dépendance et créa même le « thermomètre de l'intempérance » (Figure 2) pour frapper l'opinion publique. Ce thermomètre présente des graduations qui indiquent, d'un côté, le type de boisson utilisé et, de l'autre, les conséquences plus ou moins néfastes de cet usage. D'un côté, se trouve la bière, le vin, puis en bas les boissons fortes distillées. De l'autre côté, on retrouve la gaieté, puis progressivement l'ivresse, la violence jusqu'à la mort... (6)

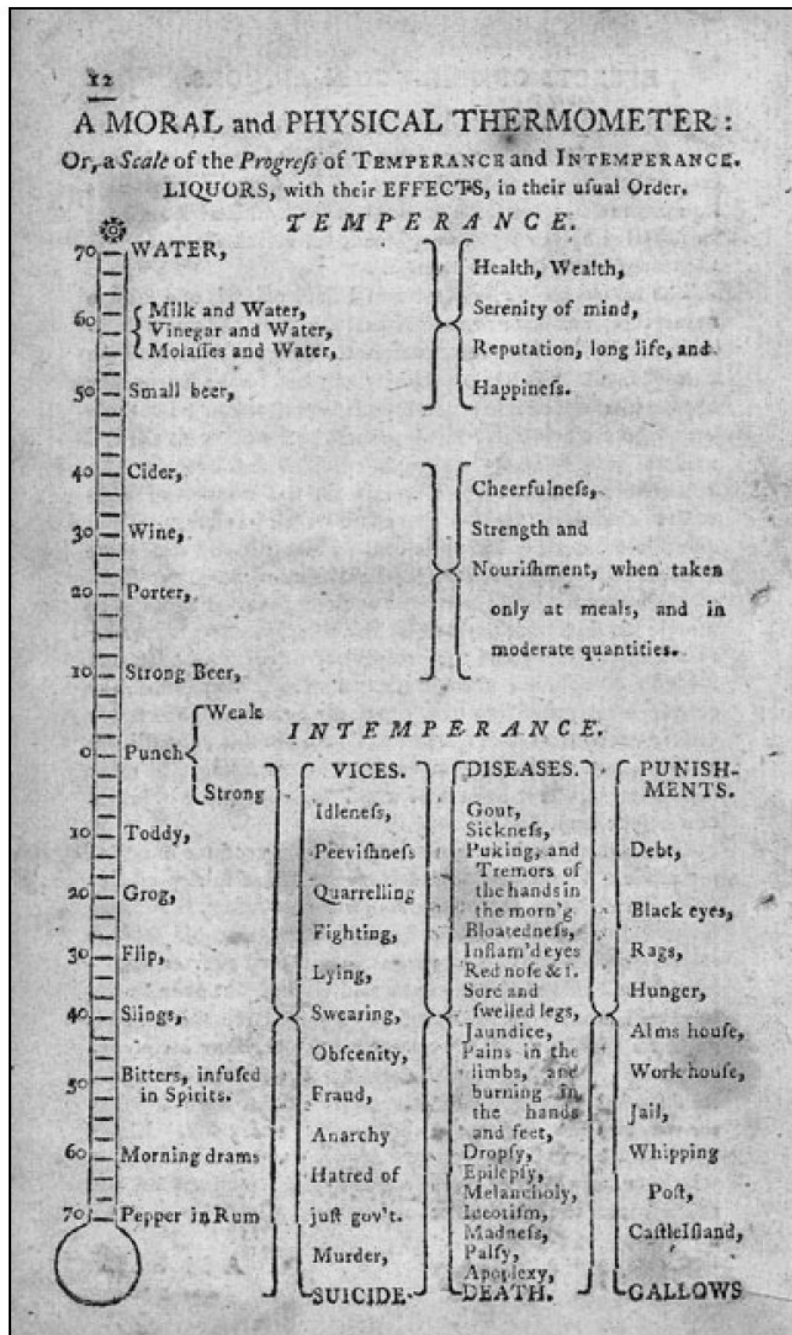


Figure 2 : Thermomètre de l'intempérance (6)

Le remplacement du modèle mono-varié en Europe apparut grâce à Morel en 1857, qui introduisit le modèle bi-varié de maladie qui concerne les toxicomanes, l'alcoolisme, les maladies mentales, la syphilis, la tuberculose... C'est-à-dire les grandes maladies sociales du XIXème siècle, dans le cadre de la dégénérescence. (7). La dégénérescence regroupait l'idée de faiblesse, à la fois psychologique (volonté), morale (possibilité de vice, de perversion et de manque de maintien) et enfin physique (corps) qui expliquait que certaines personnes, étaient plus sensibles que d'autres aux infections et aux intoxications par l'alcool et les drogues. Cette théorie trop parfaite pouvait expliquer n'importe quoi. La dégénérescence, qui expliquait toutes les maladies physiques, toutes les maladies mentales, tous les

manques, a fini par ne plus être utilisé car elle n'était pas assez discriminative. Ce n'est pas parce que c'était un concept faux qu'on ne l'a plus utilisée, mais parce qu'on avait admis une fois pour toutes que les déviants étaient des dégénérés et donc ce n'était plus utile de le dire car ça n'expliquait plus rien. Selon Morel (7), la dégénérescence est la poursuite de la dégradation d'un homme initialement parfait, avec son propre remède, puisque les lignées doivent finir par s'éteindre. Elle fut beaucoup sollicitée dans le cadre des arriérations et des maladies mentales, du génie et du crime. Ce modèle est sans conteste le premier grand modèle « bi varié » de l'alcoolisme et de la toxicomanie, car il y a, non seulement la place de la substance, mais aussi de l'individu (6).

Par la suite ont suivi d'autres modèles bi-variés comme en 1934 avec le discours d'Alcoolique Anonyme, groupe fondé par Bill Wilson et le Docteur Bob. Ils sèment l'idée que l'alcoolisme est une maladie progressive, incurable et mortelle, qu'il ne s'agit pas juste d'une intoxication, mais qu'elle est comparable à une allergie se développant chez les personnes plus sensibles. Ce modèle fait donc intervenir la personne autant que le produit. On y retrouve sans conteste des traces de conceptions religieuses ou morales. Le traitement proposé en douze étapes est très clairement un traitement de conversion fondé sur l'adhésion à une « puissance supérieure ». Selon les alcooliques anonymes, nous ne sommes pas responsables de notre maladie, mais nous sommes responsables de notre rétablissement. Le traitement ici n'est pas d'ordre médical, mais dans l'acceptation de cette impuissance. Une dimension religieuse est directement réintroduite au niveau du traitement et donc les alcooliques anonymes ne s'en remettent pas à l'autorité de la médecine (6).

Pour résumer, la définition très restrictive de l'addiction comme maladie n'est pas sans conséquence sur le traitement lui-même car « le traitement médical n'est pas le traitement de l'addiction, il en est la composante », selon les travaux d'Alain Morel (1997) (8). Donc interpréter la maladie comme le résultat d'une agression uniquement externe et la guérison comme l'éradication de l'agent en cause c'est rendre au corps sa santé en le soulageant de ce qui le corrompait, mais c'est aussi mettre de côté les douleurs de l'existence, des maux du psychique et du lien social de toutes personnes dépendantes.

Face à ces modèles exogènes sont nés des modèles endogènes en opposition à ces derniers en attribuant des causes internes à l'individu, c'est-à-dire axés sur la personnalité de la personne dépendante : c'est le toxicomane qui fait la drogue.

### **I.1.2 Le modèle endogène**

D'après Stanton Peele (8), l'addiction prend sa source au niveau des problèmes de vie du sujet, elle sert de tampon entre le monde extérieur et les diverses situations de stress et le sujet lui-même. En effet, l'addiction a un lien direct avec l'échec du sujet devant une tâche ce qui remet en doute à chaque fois ses compétences et sa capacité à réussir au niveau personnel et social. Les effets de l'addiction modifient l'estime de soi dans un sens négatif et obligent donc à répéter le geste encore et encore pour compenser ce sentiment perpétuel d'échec et de mésestime. En effet, l'addiction apporte un sentiment de satisfaction de substitution et renforce l'individu dans cette voie. Le modèle de Peele insiste donc sur le fait que l'addiction annule le sentiment de défaillance et, parallèlement, majore ses sources par un isolement et une obligation de recommencer le geste addictif. Au fil du temps, la personne perd tous ses centres d'intérêt, perd la liberté de ne pas faire le geste addictif et cela ne constitue pas une expérience agréable (8).

Comme dans le modèle exogène, l'expérience addictive n'est pas le fait de n'importe qui. On la rencontre chez des personnes :

- confrontées de manière transitoire ou constante à une situation difficile
- incapables de satisfaire eux-mêmes leurs besoins existentiels
- ayant une absence de valeurs s'opposant à l'addiction (conscience critique en matière de santé personnelle, accomplissement de ses propres valeurs)
- caractérisées par un manque d'efficacité et un sentiment d'incapacité.

Généralement, ces personnes ne présentent pas de pathologies avérées, ne constituent pas une classe particulière nosologique, mais ont beaucoup de mal à faire face à :

- des périodes critiques de l'existence, comme l'adolescence, le stress, le divorce...
- une situation de déchéance marquée par l'absence d'options positives (groupes sociaux désavantagés...)

- un faible soutien social (structures amicale et familiale perturbées)

L'expérience addictive est perçue comme une réponse, comme une solution en provoquant une sensation prévisible et renouvelable. En effet, elle structure et occupe la vie du sujet. Elle est source d'une gratification régulière et aide le sujet à être accepté par lui-même, à « oublier » le sentiment de fragilité et de mésestime dans un premier temps, mais cette solution ne reste que temporaire. Ce sentiment artificiel de contrôle omnipotent, de valeur de soi, de sécurité est une solution de secours pour ne pas affronter la réalité. L'addiction apaise les humeurs telles que l'anxiété et la dépression. Elle suspend les sensations déplaisantes et la douleur, mais devient le centre d'attention exclusif du sujet. Le fonctionnement social en pâtira donc qui, lui, ne fera que s'aggraver et donc poussera encore plus la personne vers le fond.

Peele est persuadé que l'addiction est un mal dû à l'évolution des rapports entre les personnes (8). Au fur et à mesure de l'évolution des mœurs, les gens sont de plus en plus introvertis. Leur égoïsme les emprisonne dans des addictions, et ils ne sont pas assez ouverts aux autres et au monde extérieur. D'où l'importance des valeurs et de la reconstruction lors du traitement, car cet auteur estime que certaines valeurs comme le contrôle de soi, la modération, l'estime de soi, l'évaluation et la critique de son environnement ont un rôle salvateur : un comportement social adapté est la meilleure des voies vers la récompense de l'existence.

A la différence du modèle exogène, l'addiction n'est pas sans retour ; elle peut être dépassée par l'individu (Tableau 1), car il pourra identifier son problème et chercher des solutions pour aller mieux et aller de l'avant. Il lui suffira d'être à son écoute et de changer d'environnement, de côtoyer des personnes ne rencontrant pas ce type de problème (8).

<b>Modèle médicale exogène</b>	<b>Modèle de Stanton Peele</b>
<b>L'addiction est innée et biologique</b>	L'addiction est un mode de coping avec l'individu et le monde
<b>La solution est médicale</b>	La solution demande attention de soi et changement d'environnement
<b>L'addiction, c'est tout ou rien : on est addict ou on ne l'est pas</b>	L'addiction s'inscrit dans la continuité : le comportement est plus ou moins addictif
<b>Les addictifs sont dans le déni et on doit les forcer à reconnaître qu'ils ont une maladie</b>	On doit identifier le problème et les solutions de la façon qui nous convient
<b>L'addiction est une pathologie primaire</b>	L'addiction a sa source dans les autres problèmes de vie que nous avons
<b>Les fréquentations doivent être d'autres addicts en phase de récupération</b>	Les fréquentations doivent être des personnes sans ce type de problème
<b>Le traitement relève des experts qui sont ce qui, addictif eux-mêmes, sont en phase de récupération</b>	Les personnes sans addiction sont les meilleurs modèles
<b>Se livrer à un pouvoir supérieur est la clé de la récupération</b>	Il faut se former son propre pouvoir pour s'améliorer.
<b>L'addiction est permanente et on peut rechuter à tout moment</b>	L'addiction peut être dépassée

Tableau1 : Comparaison des modèles exogènes et de Peele (8)

Dans un modèle assez proche, Alain Morel intègre une dimension expérientielle à l'addiction. Elle « s'attache à une expérience, c'est-à-dire des contenus affectifs, perceptifs, sociaux et environnementaux qui vont être mémorisés et prendre un sens personnel. » (9). Pour transformer leurs rapports au monde (difficultés identitaires, affectives, relationnelles...), les individus vont centrer leur existence plus ou moins longuement sur la prise du produit et donc la recherche de l'équilibre psychosocial passe alors par l'addiction. Cette addiction à une expérience par rapport au monde est nommée par Morel « la centration ». Cela permet de saisir pourquoi l'addiction



devient vitale pour certains individus en s'inscrivant comme un déterminant vital d'identité et qui rend le monde plus supportable (9).

### **I.1.3 Vers des modèles intégratifs**

Du biologique au social, tous les registres humains sont impliqués dans l'addiction : chaque discipline est obligée d'admettre son incapacité à la définir entièrement et à proposer un traitement. Il est donc nécessaire de concevoir un modèle transdisciplinaire : c'est le modèle intégratif construit à partir d'approches biologiques, psychologiques et sociales.

Grâce aux travaux d'Éric Loonis (2001), un nouvel élément s'intègre au modèle de l'addiction : l'environnement.

En effet, cet auteur définit l'addiction selon quatre critères : la cause efficiente de l'addiction, les moyens, la cause finale et les conséquences.

- La cause efficiente est déterminée par deux sous critères :
  - les conditions de risques addictivogènes, comprenant les causes entraînant une élévation de la souffrance psychique primaire (comme les problèmes familiaux, les traumatismes de l'enfance, le stress, les conditions environnementales et/ou socio-économiques...) et les causes facilitant l'accès aux addictions (présence de la drogue, participation à un groupe de délinquance...)
  - la souffrance psychique primaire, qui se traduit, soit par un simple malaise intérieur (ennui, irritation, sensation de vide...) soit par une frustration rattachée à des besoins de recherche de sensation (vivre des expériences fortes comme le décrit Zuckerman dans ses travaux 1979) ou encore une souffrance psychique (anxiété, angoisse, dépression, sentiment de haine, rage...)
- Les moyens sont au nombre de deux :
  - l'élévation du niveau d'activation du produit par l'activité addictive, qui est produite par le stress induit par diverses activités et leurs stimulations associées avec : l'ingestion de substances directement ou indirectement psychotropes, la réception de sensations ou d'informations stimulantes, la participation à des expériences excitantes
  - la saillance de cette activité addictive sur les autres activités. L'addiction devient alors la chose la plus importante dans la vie de la personne : elle domine ses pensées, ses sentiments et ses comportements, qui se détériorent.

- La cause finale est l'hédonie, qui se présente, soit comme un plaisir soit comme un soulagement.
- Les conséquences se présentent au nombre de quatre, avec :
  - des conflits internes et externes : les conflits externes se présentent avec la pression exercée par l'entourage pour la diminution ou l'arrêt d'une activité perçue comme trop envahissante ou dangereuse. Les conflits internes se traduisent par le conflit intérieur continu de la personne entre ses choix pour un plaisir et un soulagement à court terme qui conduisent à ignorer les conséquences négatives à long terme.
  - la souffrance psychique secondaire due à l'addiction qui n'est qu'une fausse solution à la souffrance psychique primaire.
  - les conséquences à long terme : selon le niveau de sévérité, les conséquences à long terme peuvent être positives (passion pour le sport qui se transforme en une activité professionnelle) ou négatives (problèmes sociaux, judiciaires...)
  - le cycles de sorties/rechutes à long terme qui correspondent à la tendance à des retours répétés vers des anciens modèles de comportements addictifs (10).

Comme cité précédemment dans l'un des critères de Loonis, la recherche de sensation fut un trait de personnalité défini par Marvin Zuckerman en 1979 : De façon schématique, il soumet le fait que les personnes avides de sensations ont un taux peu élevé d'activation catécholaminergique lorsqu'elles ne sont pas stimulées et qu'elles vont chercher des substances ou des comportements capables d'augmenter cette activité neurobiologique (la nicotine, sport extrême...). Cela se traduit au niveau neurobiologique par des taux bas d'hormones gonadiques, d'endorphines, de mono amines oxydases.... Ceci entraîne un bas niveau d'activation cérébrale, générant ennui et malaise, d'où la recherche d'alternatives (11).

#### **I.1.4 Définition de Goodman**

Dès 1990, cette définition apparaît aux yeux de nombreux auteurs comme une des plus proches de la réalité, car elle ne distingue pas dépendance physique et dépendance psychique. De ce fait, elle offre une facilité d'intégration aux troubles appartenant aux addictions.

Le terme d'addiction, utilisé d'une façon descriptive, désigne la répétition d'actes susceptibles de provoquer un plaisir, mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation et consommé. Ceci est donc une perte des libertés et de la capacité à gérer sa vie, une absence de maîtrise sur l'objet ou le comportement. On peut donc dire que c'est le produit qui contrôle l'individu, et non l'inverse (12).

<b>A.</b> Impossibilité de résister aux pulsions de réaliser ce type de comportement
<b>B.</b> Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
<b>C.</b> Plaisir ou soulagement pendant sa durée
<b>D.</b> Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
<b>E.</b> Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation</li> <li>• intensité et durée du comportement plus importantes que souhaitées à l'origine</li> <li>• tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement</li> <li>• Temps considérable consacré à préparer le comportement, à l'entreprendre, ou à se remettre de ses effets</li> <li>• survenue fréquente du comportement qui empêche le sujet d'accomplir les obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou sociales</li> <li>• activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement</li> <li>• perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique</li> <li>• tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité</li> <li>• agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement</li> </ul>
<b>F.</b> Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une longue période.

Tableau 2 : critères de l'addiction d'après Goodman (12)

C'est à partir de cet ensemble de critères (Tableau 2) que Goodman formule la définition de l'addiction. C'est cette définition qui sera la plus retenue de nos jours et servira de base de travail.

De cet examen général, nous retenons que le terme d'addiction est difficile à définir amenant une confusion conceptuelle :

L'un des défis majeurs des théories de l'addiction consiste à expliquer comment l'addiction se produit à un niveau individuel, biologique et social et quels mécanismes et changements sociaux sont à l'origine de la prévention et de la récupération au sens de soins et rémissions.

Pour clarifier ceci, R West (2001) a établi un classement de toutes ces théories de l'addiction en cinq catégories :

- les théories se centrant sur les processus biologiques, sociaux et psychologiques ou la combinaison des trois comme celles de Peele, Zuckerman...
- les théories expliquant pourquoi un stimulus particulier procurant du plaisir, un soulagement ou une excitation a une forte propension à devenir le centre d'une addiction.
- les théories pointant pourquoi certains individus sont plus susceptibles de devenir des sujets addicts. Les individus qui sont particulièrement réceptifs aux effets d'un stimulus donné, biochimique, psychologique ou social ou ayant besoin de ses effets sont plus exposés, car ils ont des facteurs de vulnérabilité.
- les théories s'intéressant aux conditions environnementales et sociales de l'addiction.
- les théories centrées sur la rémission fournissant un large aperçu des effets du sevrage et l'influence de facteurs individuels et cognitifs.

Cette classification, non exhaustive, n'est qu'un exemple de classification permettant de se repérer parmi les nombreuses théories souvent ambiguës. De nos jours, on peut compter jusqu'à quarante-quatre théories sur la conceptualisation de l'addiction (9).

La mise en relation des modèles psychologiques fait apparaître des convergences mettant l'accent sur :

- les principales étapes de toute conduite addictive avec :
  - une phase de préparation, qui participe à la détermination de la conduite addictive
  - une phase d'initiation (rencontre avec le produit) et de consommation.

- une phase d'installation et de maintenance, c'est-à-dire d'usage du produit sous l'influence de personnalités et de facteurs psychologiques et environnementaux
  - la rencontre d'une situation fragilisante et d'une substance
  - le phénomène de l'automédication physique et psychique pour apaiser
  - la signification et le rôle de l'addiction.

La prise en compte des modèles psychologiques de l'addiction est une étape intéressante de la démarche clinique et thérapeutique. L'intérêt réside dans la manière de regarder le trouble addictif, d'évaluer les renforcements de ce symptôme dans le contexte vécu par le patient et de l'intégrer dans son histoire. Quel que soit le modèle addictif, la lecture psychologique va se structurer autour de ce que dit, vit et ressent le patient autour de son trouble. Les modèles psychologiques vont ainsi nous permettre de mieux comprendre le cycle addictif et de cerner son processus.

Après avoir approché les théories de l'addiction, nous allons maintenant voir comment la drogue et l'addiction occupent leur place, dans notre quotidien, sur le plan social.

## **I.2 Approches sociales**

### **I.2.1 Drogues et rituels**

De tous temps et dans toutes cultures, les hommes ont consommé des psychotropes et ce à diverses fins :

- comme remède médical empirique
- comme moyen de communiquer avec d'autres dimensions (dieux et morts)
- pour influencer l'humeur
- augmenter les performances physiques, sexuelles et la résistance à la fatigue
- stimuler les rêves
- rechercher détente ou excitation
- se soustraire du monde ou lui faire face.

Le polythéisme comportait trois fonctions fondamentales avec la souveraineté magique et juridique, l'action guerrière et la fécondité. Cette classification se retrouvait autant dans la mythologie que dans la littérature sacrée. Ce polythéisme était très marqué, de ce fait par le chamanisme, une technique d'extase induite par la transe qui fut souvent provoqué par l'ingestion de végétales psychotropes hallucinogènes et enthéogènes capables de révéler des connaissances sacrées (13).

Dans le chamanisme, la notion de magie et de loi réunit les fonctions anthropologiques suivantes : la fonction thérapeutique, sociale et religieuse (14).

Dans la fonction thérapeutique, le psychotrope est considéré comme sacré et utilisé comme remède prescrit par un guérisseur, un sorcier et plus tard un médecin. Il s'agit alors d'un acte sacré, lié à des connaissances sacrées et à un art particulier codifié concernant les substances et leurs effets (connaissances transmises pas initiation).

Dans la fonction religieuse, l'ingestion de drogues permet de communiquer avec d'autres dimensions. Le psychotrope sacré est alors ingéré, car il représente Dieu sur Terre et, en le mangeant on acquiert ses pouvoirs et connaissances : on devient donc Dieu par théophagie. L'usage est alors inviolable, interdit et bien distinct des autres activités humaines. Parmi les religions monothéistes catholiques, ainsi que d'autres mouvements chrétiens, l'usage des drogues et l'ivresse sont clairement condamnés car ils incarnent la douleur. Cependant, dans le Nouveau Testament, le Christ représente lui-même une vigne vivante et féconde dont le vin symbolise le sang, et hormis dans un des derniers chapitres de l'Évangile de Luc et dans lequel il prêche contre les excès du boire et du manger, il n'existe pas dans le Nouveau Testament d'interdiction formelle concernant l'alcool (15). Pour le judaïsme il n'y a aucune interdiction : au contraire, la présence du vin et de l'ivresse est constante, tout au plus il existe des recommandations et des sanctions pour leur excès. Quant à l'islam, cette religion ne connaît pas de drogues sacrées, ni de drogues sacrilèges, car elle ignore toutes formes de communications naturelles. D'après la pensée du Prophète dans le Coran, la consommation d'alcool et de boissons fermentées ne sont pas interdites, mais déconseillées.

Dans la fonction sociale, les drogues sont utilisées comme moyen d'établir un lien social, d'influencer l'humeur et de faciliter le contact avec l'autre. Il s'agit alors d'usages plus profanes (exemple actuel : l'œnologie).

Depuis l'apparition du monothéisme chrétien et l'évolution de la médecine, ces trois fonctions sont bien distinctes et les notions de magie et de fêtes sont confinées et cloisonnées dans les fonctions sociales et médicales, sous des formes très différentes aujourd'hui. C'est une des raisons pour lesquelles les différences entre drogue et médicament, maladie et santé sont notamment apparues.

A titre d'illustration, voici l'exemple de l'usage de certains psychotropes traditionnels dont l'usage médico-religieux, qui remonte à la nuit des temps est attesté par la tradition orale, et aussi par des ouvrages religieux et philosophiques :

- Dans l'hindouisme, les textes sacrés Atharva Veda et le Rigveda font souvent mention de l'usage du chanvre mais aussi de la consommation de soma qui est un breuvage considéré comme sacré provenant d'un champignon hallucinogène, l'amanite muscaria aussi appelé amanite tue-mouche, ou de l'harmala, une fleur du plateau iranien encore utilisée dans cette religion pour ses vertus thérapeutiques. Selon les textes ce breuvage permet de connaître la sagesse divine et donne accès au savoir absolu lors des rites. Il existe aussi le Rauwolfia serpentina, petit arbuste à fleurs roses et blanches dont la racine a des propriétés sédatives et hypotensives. Son usage peut être thérapeutique mais consommé à des fins religieuses elle permet la contemplation et l'accès au nirvana (14).
- En Afrique et surtout au Gabon et au Congo, il y a l'iboga dont le principe actif est l'ibogaïne, proche du LSD 25. L'iboga est utilisé dans le culte Bwiti, servant à interroger les ancêtres et le monde des esprits, permettant de mieux assumer la mort (16).
- En Amérique Latine, les sociétés indiennes ont pour tradition de consommer rituellement des substances hallucinogènes pour entrer en communication avec l'autre monde, siège de la sagesse et de la vérité, peuplé par les dieux, totems et la mort. Par exemple, au Mexique les Indiens Huichol utilisent la mescaline, extraite du cactus peyotl (*Echinocactus williamsii*) (16). On retrouve aussi l'Epéna, poudre hallucinogène préparée à partir d'un arbre, le Virola, consommée par les chamans brésiliens waika. Selon l'expérience Huichol, la mescaline procure un sentiment de bien-être, et donne lieu à un jeu kaléidoscopique de visions brillantes et colorées. Pour l'usager, le peyotl représente toujours Dieu sur terre, raison pour laquelle la valeur thérapeutique qu'on lui accorde est liée à son rôle de sacrement religieux. Certains Indiens soutiennent même qu'un bon usage du peyotl rend superflus les autres médicaments.
- Au nord-ouest de l'Amérique du sud, il existe une liane aux propriétés hallucinogènes dont les Indiens pensent qu'elle libère l'âme du corps, celle-ci pouvant errer librement. Il s'agit d'une vigne du genre Banisteriopsis qui contient deux alcaloïdes apparentés au LSD, l'harmine et l'harmaline, proches aussi de la mescaline. Le nom du

breuvage préparé est le yagé ou yajé en Colombie, ayahuasca (en quechua : « vigne des morts ») en Equateur et au Pérou et caapi au Brésil. Sans oublier que dans les Andes, depuis l'époque Inca, les paysans mâchent des feuilles de coca (*Erythroxylon coca*) pour tromper la faim et augmenter la résistance au froid et à la fatigue (17).

Ainsi, l'anthropologie et l'ethnologie nous rappellent que la consommation des drogues d'origines naturelles s'est toujours pratiquée et se pratique encore dans des cadres bien précis, le plus souvent en collectivité et sous la direction d'un guide (sorcier, prêtre, chaman, médecin). Avec ces conduites ritualisées, leur consommation, bien que modifiant les états de conscience, ne donne lieu en général à aucun abus. Elles n'ont pas de conséquences sanitaires dommageables contrairement à aujourd'hui, avec l'apparition des drogues non naturelles, utilisées à des fins récréatives et quelque fois très risquées.

### **I.2.2 Les facteurs socioculturels**

Les usages de drogues sont des pratiques remarquablement sociales. Les usages déclarés sont contrôlés par des déterminants sociaux comme l'âge et le sexe. On peut voir, en effet, une surconsommation masculine (18) quelle que soit la substance, ainsi qu'une consommation de substances illicites plus importantes chez les plus jeunes. Le rapport aux substances psychoactives s'inscrit dans un contexte social et culturel porteur de sens : le consommateur (ou le non-consommateur) n'existe pas seul, mais en relation avec le système socioculturel dont il est issu.

Par représentation sociale, nous entendons l'ensemble organisé des connaissances, des croyances, des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné, ici la drogue (18). De ce fait, deux grands axes de pensées se dessinent avec les représentations :

- Positives : préjugés, croyances, symbole de plaisir, de détente, de fête, de convivialité, marqueur culturel et identitaire.
- Négatives : symbole de dépendance, de déchéance, d'accident, de mort.

Par exemple, nous allons nous pencher sur une étude réalisée par le laboratoire de Psychologie Sociale de l'université de Provence portant sur les conceptions et usages associés aux drogues (18). Il s'agit d'un entretien semi-directif sur le thème de la drogue, qui a été réalisé auprès d'une cinquantaine de personnes,



clivées en fonction de deux variables : le sexe (25 hommes et 25 femmes) et l'âge (25 personnes de 18-25 ans et 25 de 45 ans et plus). Le guide d'entretien de cette première recherche comprenait plusieurs thématiques : le thème de la dépendance, les contextes de consommation, le rapport au produit comme facteur explicatif du statut de drogué. L'analyse thématique des entretiens permet de souligner l'importance du thème de la dépendance dans l'appréhension de l'objet drogue : 80 % des interviewés abordent spontanément ce thème dans leurs discours, dont 100 % des 18-25 ans.

L'analyse du corpus à l'aide du logiciel Alceste© permet de mettre en évidence trois univers différents de reconstruction de l'objet drogue, trois classes discursives associées à des caractéristiques spécifiques des sujets (Tableau 3). Le profil de chaque classe est déterminé par l'ensemble des termes et variables (dans le cas présent le sexe et l'âge) les plus significativement présents dans celle-ci. La classe 1 représente 24,12 % du discours total ; elle est principalement marquée par le discours des personnes de 18 à 25 ans (Khi 2 : 233,95) et de sexe féminin (Khi 2 : 7,91). La classe 2 (51,48 % du discours) est, elle, marquée par le discours des personnes de 45-65 ans (Khi 2 : 222,58) et de sexe féminin (3,45). Enfin, la classe 3 (24,40 % du discours) est marquée par les propos des personnes de 18-25 ans (Khi 2 : 133,56) et de sexe masculin (Khi 2 : 24,63).

<b>Classe 1</b> <b>24,12 % du discours</b> <b>18-25 ans Khi 2 = 233,95</b> <b>Femme Khi 2 = 7,91</b>	<b>Classe 2</b> <b>51,48 % du discours</b> <b>45-65 ans Khi 2 = 222,58</b> <b>Femme Khi 2 = 3,45</b>	<b>Classe 3</b> <b>24,40 % du discours</b> <b>18-25 ans Khi 2 = 133,56</b> <b>Homme Khi 2 = 24,63</b>
<b>La dépendance</b> Dépendance, dépendant, besoin, manque, accoutumance, habitude  <b>Ses effets</b> Sensation, ressentir, sentir, envie, bien-être, modifier  <b>Ses conséquences</b> Crever, souffrant, déchéance, destruction  <b>Alimentation et dépendance</b> Chocolat, nourriture, manger	<b>L'argent</b> Argent, vendre, payer, acheter, coût, cher, dealer, économie  <b>La famille</b> Famille, parents, fille, fils, mère, père  <b>La génération</b> Jeune, enfant, génération, époque, âge  <b>La délinquance</b> Vol, délinquant, tuer...	<b>Les produits</b> Héroïne, cocaïne, tabac, cannabis, alcool, ecstasy, lsd  <b>La loi</b> Légal, légaliser, illégal, hors la loi réglementer, autoriser  <b>Le cannabis et son usage</b> Cannabis, shit, marijuana, haschich, joints, bambou  <b>La distinction « drogue douce / drogue dure »</b>

Tableau 3 : Classe des discours issues de l'analyse (18)

On remarque donc que, pour les femmes de 18-25 ans, le rapport aux drogues se concentre plus sur la dépendance (physique et psychique) et ses conséquences souvent vues comme néfastes. Mais on note aussi que les effets de la substance sur la perception et les sensations interrogent sur l'enjeu de la consommation et de ses éventuels bénéfices.

Pour les plus âgées, le filtre des générations est plus présent et la drogue est plutôt présentée comme un problème de jeunesse. La question de l'argent apparaît aussi, liée aux échanges marchands de la drogue, associés étroitement à d'autres problèmes sociaux comme la délinquance.

Le discours qui est le plus révélateur est celui des jeunes hommes, car il porte plus directement sur les produits et leurs usages, avec la nomination d'un grand nombre de produits, illustrant une proximité et une connaissance du niveau de dangerosité et du statut légal.

Ces résultats montrent qu'en fonction du sexe, mais surtout de l'âge, la drogue n'est pas appréhendée de la même façon (18).

Mais comment comprendre que certaines personnes deviennent toxicomanes ?

Robert King Merton, sociologue américain, s'est concentré sur les inégalités sociales pour expliquer cela (19). Quand l'intégration sociale est insuffisante et que l'individu ne peut plus tenir par la force socialisante de son environnement, sa motivation à maintenir l'effort nécessaire, à respecter les normes sociales, se voit considérablement affaiblie. Donc la déviance est issue de ce décalage, qui peut, dans certaines conditions, exister entre les aspirations des individus promues par la société (dont la réussite sociale) et les moyens de les réaliser. Il établit ainsi que les membres des groupes sociaux qui vivent dans des conditions sociales désespérées développent des sentiments puissants de frustration et d'aliénation. La théorie de Merton supposait qu'un sentiment puissant de frustration pouvait conduire les sujets à utiliser des moyens illégaux afin de parvenir à leur but, un but que tout le monde poursuit. Cette théorie un peu pessimiste amène à penser que leur situation et leur avenir sont sans espoir et qu'ils n'échapperont pas aux « ghettos » qui les isolent du reste de la société. Et donc, pour échapper à cette sombre perception, ils peuvent être tentés d'utiliser un moyen d'évasion, ici l'utilisation de produits psychotropes. Il s'agit donc d'un renoncement à utiliser des moyens légitimes, ainsi que d'épouser les aspirations valorisées par la société en utilisant des moyens illégaux pour y parvenir. L'anomie (désorganisation sociale) est ainsi provoquée par la coexistence contradictoire de valeurs égalitaires (tout le monde peut réussir) largement partagées et d'une structure sociale qui demeure profondément inégalitaire, en ce que tous les individus ne disposent pas des mêmes moyens.

Mais certains sociologues ont attiré l'attention sur des consommateurs socialement moins visibles, mieux intégrés, appartenant aux classes sociales moyennes ou supérieures. Les études des populations cachées, c'est-à-dire qui ne

sont jamais en contact avec l'administration sanitaire ou sociale, la justice ou la police (en majorité des classes moyennes ou supérieures) révéleront qu'il existe une consommation contrôlée, c'est-à-dire des drogués qui savent gérer leur consommation, qui fréquentent le monde de la drogue sans s'y établir durablement et qui arrivent à accomplir des actions significatives d'une vie sociale ordinaire (avoir un métier, éduquer ses enfants...). Ces individus arrivent à moduler leur niveau de consommation, voire marquer des pauses significatives dans l'usage, quand les aléas de leur vie quotidienne l'exigent (manque d'argent, disparition de leur dealer attiré, obligations sociales...). Zinberg (1974) est parvenu à la conclusion suivante : la consommation régulière n'est pas forcément une activité dérégulée, échappant au contrôle du toxicomane et obéissant à des compulsions répétées et désespérées (20). Au contraire elle est fermement cadrée par des règles et rituels qui préviennent les usages dangereux, risqués et incontrôlés et favorisent des prises espacées dans le temps. Perdre le contrôle est souvent un acte sanctionné (mésestime de soi, mépris par la famille) par le groupe social dans lequel est inséré l'individu. (21)

Les médias jouent un grand rôle dans la représentation sociale et l'usage des drogues. En effet, la représentation sociale des drogues est incarnée et renvoie directement aux profils des consommateurs types des substances psychoactives qui leur sont associées. Le type de population le plus visible dans les grandes villes et qui est souvent exposé dans les médias sont des usagers de drogues. Mais pas n'importe quel usager de drogue : ceux qui se situent dans un rapport de dépendance et de déchéance par rapport aux produits et qui sont la plupart du temps dans la précarité. Ils incarnent ainsi de manière toute particulière la Figure du toxicomane et contribuent à façonner les représentations de la population sous l'angle de la stigmatisation et de la dramatisation. On a ici un regard négatif du toxicomane, et cela engendre mépris et accentue encore plus le sentiment de mésestime et de frustration du toxicomane. Depuis quelques années, le développement de l'usage de cocaïne en France s'est expliqué par la production d'autres images plus améliorées des drogues dans les médias, accompagnées d'un discours marqué par la standardisation et la conventionalité de ces formes d'usage. De ce fait, la consommation de cocaïne est rénovée quand elle est consommée par de jeunes adultes insérés, voire issus de la jet set. Elle est vue comme un problème social et de santé publique quand elle est consommée par des adolescents ou des populations issues de milieux sociaux plus défavorisés (22). L'image véhiculée par les médias s'exprime aussi à travers les récits des performances de stars

revendiquant directement ou indirectement leur lien avec la drogue. Des personnages emblématiques font de leur propre mort, par suicide ou conduite d'excès, la signature d'une vie menée selon ces principes. La drogue ou d'autres addictions en sont la principale composante. En Occident, les premiers chocs furent ressentis lors de l'explosion anti autoritaire qui secoua les années 1970. Par exemple, les Beatles revendiquaient non seulement le plaisir, mais parfois la connaissance, au sens de reconnaissance au monde par les substances psychoactives.

Il faut admettre que le phénomène dont nous parlons est vraiment incomparable. Il convient de regarder toutes ses singularités et en premier lieu d'assumer la réelle inégalité des individus devant le risque addictif à tous les stades de sa manifestation : l'attraction pour la substance, la volonté à l'égard du projet de sevrage, les conséquences sanitaires, vitales et sociales. Il faut prendre en compte le capital social avec le niveau d'instruction, les transmissions culturelles familiales (qui permettent de distinguer des conduites majoritaires dans un groupe, à poursuivre des objectifs, et à s'appliquer des interdits de façon autonome), le sexe... On conçoit aisément que l'intérêt pour l'avenir dépend de la qualité du présent.

Pour expliquer les inégalités les plus complexes au niveau de l'addiction, il faudra aussi se tourner vers la psychologie et la génétique.

### **I.3 Approches psychologiques**

Les écoles psychopathologiques ont mis en place des théories de l'usage de la drogue et de l'addiction, celles-ci étant perçues soit comme l'effet d'un abus, soit la rencontre entre un produit et un type de personnalité, soit à partir des fonctions que remplit son usage.

#### **I.3.1 L'approche systémique**

L'approche systémique s'est surtout concentrée sur les rapports entre le symptôme toxicomanie et l'environnement. Elle concerne tous les « systèmes » dans lequel évolue le sujet : école, quartier, groupe d'appartenance etc. Mais c'est surtout le système familial (au sens large incluant donc potentiellement la fratrie, les conjoints, les grands parents...) qui intéresse les thérapeutes. La famille du toxicomane, les types de communication du système familial, jouent un rôle dans l'apparition du trouble et dans son maintien (23). Le symptôme vient, en quelque sorte, légitimer des modes de fonctionnement familiaux, comme les séparations impossibles, les relations privilégiées entre toxicomane et une personne de l'entourage, les transgressions des règles par les parents, les contradictions entre les

systèmes de valeur. L'approche systémique est d'abord interactionniste. Une personne dépendante d'une substance communique aussi sans le savoir avec l'entourage de par son comportement. L'addiction est aussi « un mode de vie » dont il est prisonnier, mais qui remplit une fonction dans ses rapports avec l'entourage et lui-même. L'identité d'emprunt conférée par la toxicomanie (je suis toxicomane), le statut social (malade donc irresponsable), les rapports d'instrumentalisation des autres (dealer, créancier, psychologues etc.), parfois le sentiment d'appartenir à un groupe sont des conséquences de l'addiction que l'arrêt du comportement pourrait faire perdre. (8)

Si un individu A agit sur un individu B, B agit sur A en retour, et s'il y a plusieurs protagonistes, il y a communication circulaire. Ce qui fait que, si l'un des protagonistes a un symptôme ou un problème, ce dernier va forcément occuper une place et jouer un rôle dans le fonctionnement du système. Le problème aura des conséquences sur le fonctionnement du système et, inversement, le système aura des conséquences sur l'évolution du problème et, dès lors :

- soit le système fonctionne correctement et il pourra contribuer à une évolution favorable du problème
- soit le système dysfonctionne et il pourra alors entretenir, voire aggraver le problème.

Quelques exemples :

- 1) Des parents sont sur le point de se séparer, mais leur enfant ou un membre de la fratrie devient toxicomane.
  - Soit on met momentanément ses conflits de côté, et on se « serre les coudes » pour s'occuper de l'enfant.
  - Soit celui des deux parents qui redoute le plus la séparation a tout intérêt à ce que le problème persiste le plus longtemps possible et aura plus tendance à l'entretenir ; l'enfant qui se sentira plus ou moins inconsciemment investi du rôle de ciment du couple aura aussi intérêt à maintenir le problème.
- 2) Les parents sont en conflit. Chacun va chercher des alliances et si une alliance se noue avec un enfant toxicomane, le parent concerné aura tendance à être plus indulgent avec cet enfant et donc entretenir inconsciemment et indirectement le problème.

- 3) Si une famille tolère mal les départs, les séparations et que survient un départ (décès, mariage, éloignement), alors qu'un enfant est toxicomane, elle pourra combler le vide du départ en s'occupant de ce problème et donc aura tout intérêt à l'entretenir et le maintenir.

Donc, dans la thérapie familiale systémique, il faut prendre en charge tout le groupe et en arriver aussi à la prise en charge individuelle.

### **I.3.2 L'approche individuelle**

#### **I.3.2.1 Comportements normaux et comportements addictifs**

Des pratiques addictives, on en a tous, comme à chaque fois que l'on recherche le plaisir pour le plaisir : prendre de l'alcool au cours d'une fête, d'une réception... A chaque fois que l'on agit (en prenant un toxique ou en ayant un recours à un comportement addictif) pour faire face à une situation stressante ou un problème, mais on n'en devient pas pour autant tous dépendants. Alors pourquoi, chez certains, ces comportements, ces pratiques vont devenir incontrôlables et se transformer en conduites addictives, et chez d'autres non ? Quels sont les mécanismes qui peuvent conduire d'un comportement contrôlé chez les uns en conduite addictive chez les autres ?

En fait, tout dépend de la façon dont nous nous comportons à l'égard de notre appareil psychique lorsque nous devons faire face aux changements incessants du monde extérieur et de notre monde intérieur auxquels nous sommes tous confrontés (24).

L'appareil psychique désigne le « monde intérieur » par opposition au « monde extérieur ». C'est un outil que l'on met en place au fur et à mesure qu'on construit son identité, c'est-à-dire qu'on apprend à faire la différence entre soi et le non soi, puis entre le soi et le monde extérieur, au fur et à mesure que l'on intériorise nos représentations du monde extérieur et de nous-mêmes. C'est un outil qui, une fois achevé et bien construit, nous permet de gérer nos relations avec le monde extérieur, avec nous-mêmes, avec notre corps et donc qui nous permet de nous adapter aux différents événements auxquels nous avons à faire face en permanence.

Mais face à ces événements deux possibilités s'offrent à nous :

- faire appel à notre appareil psychique pour nous adapter, c'est-à-dire trouver la réponse la plus adéquate (nécessite un effort d'adaptation)

- recourir aux pratiques et/ou aux conduites addictives (solution de facilité avec un effet immédiat et sans efforts).

Si l'on choisit de s'adapter en quoi consiste le processus d'adaptation ?

Cela se déroule en plusieurs étapes :

1) prendre connaissance de toutes les informations externes et internes en rapport avec l'évènement donné, que ce dernier soit agréable ou désagréable, gratifiant ou frustrant.

2) traiter ces informations et trouver les réponses adéquates ce qui suppose : Savoir gérer, contrôler ses émotions, ses affects pour pouvoir utiliser au mieux ses capacités cognitives c'est-à-dire réfléchir, imaginer, anticiper, rêver, fantasmer pour pouvoir mettre au point les stratégies et les réponses les plus adéquates (ne pas se mettre en danger, respecter les autres, se conformer à certaines normes, respecter certains équilibres, ménager l'avenir, faire la part entre les avantages et les inconvénients de chaque réponse etc.)

3) être récompensé : par le plaisir, ou le soulagement, l'apaisement, la détente ou les deux à la fois (Figure 3).

Quand on s'adapte, cela nécessite un effort, mais on est récompensé, car l'effort stimule le centre de la récompense.

A l'inverse, chaque fois que l'on tentera de court-circuiter les différentes étapes de l'élaboration d'une réponse adéquate (stimulation directe du centre de la récompense sans avoir fait un effort), chaque fois que l'on tentera d'éviter ce passage par l'appareil psychique pour aller directement à la récompense, on entrera dans le cadre des pratiques et/ou conduites addictives (25).

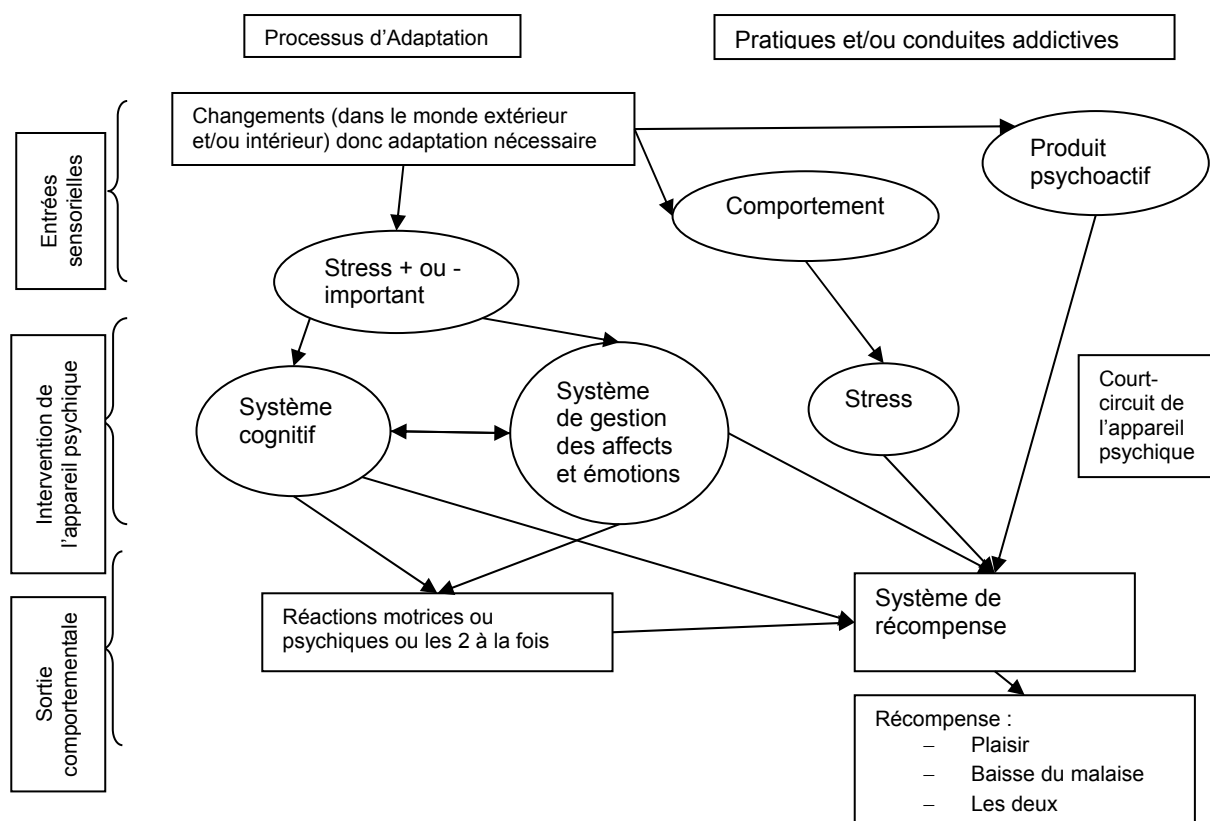


Figure 3 : Processus d'adaptation de l'appareil psychique (Figure personnelle)

Les pratiques, et surtout les conduites addictives, apparaissent donc comme la traduction d'un déséquilibre entre appareil psychique et centre de la récompense.

L'appareil psychique est mis de côté, court-circuité et on aura recours directement au centre de la récompense : ce qui fait que l'on aura tendance à privilégier le court terme sur le long terme, les satisfactions immédiates sur les stratégies constructives, le principe du plaisir sur le principe de réalité. La question qui se pose est alors la suivante : Pourquoi, à un moment donné, va-t-on se mettre à court-circuiter l'appareil psychique pour aller directement à la récompense ? Pourquoi privilégier ainsi le système de la récompense ?

Plusieurs hypothèses faisant intervenir à la fois des mécanismes biologiques et/ou psychologiques sont possibles, par exemple :

- 1) un dysfonctionnement du centre de la récompense
- 2) un manque d'efficacité, réel ou supposé, de l'appareil psychique, qui fait que l'on va s'en méfier et hésiter à l'utiliser. (C'est-à-dire que l'individu a tenté de l'utiliser mais son appareil psychique ne lui a pas suffi pour lui apporter l'aide dont il avait besoin).



Dans l'absolu, on a la capacité de régler le problème, de s'adapter mais on part perdant, on n'a pas confiance en soi et donc en l'efficacité de son appareil psychique et on finit par renoncer à l'utiliser. C'est ce qu'il se passe chez beaucoup de personnes qui souffrent de ce qu'on appelle des « phobies sociales » : c'est une timidité malade qui fait que l'on craint en permanence le regard et le jugement des autres. Ces personnes n'osent plus affronter cela, alors :

- soit elles se mettent en situation de retrait, de repli de la société : elles restreignent leurs champs d'action, et le choix de professions
- soit elles se donnent du courage, en utilisant de l'alcool par exemple.

3) une défaillance réelle, ou encore supposée, de l'appareil psychique, et c'est presque impossible de tenter de régler le problème car on se trouve dans :

- l'incapacité de maîtriser, de contrôler les émotions qui submergent, inhibent, paralysent la pensée
- l'impossibilité de penser, de réfléchir efficacement par incapacité d'imaginer, de rêver, de fantasmer et donc d'anticiper : on craint particulièrement tout ce qui est imprévu, qui oblige à innover, à improviser, à prendre des initiatives, à être créatif, imaginatif (gestion du temps libre ou des conflits, etc...). Il est logique que face à une telle défaillance de l'appareil psychique on se méfie de lui au plus haut point et qu'on finisse par s'en détourner systématiquement avec comme conséquence une aggravation progressive de cette défaillance dans la mesure où on utilisera de moins en moins l'appareil psychique, d'abord face à des problèmes précis puis face à la réalité dans son ensemble.

Par exemple :

- Un garçon de 18 ans conduisait lors d'un accident de voiture, le passager qui était son ami est mort sur le coup. Le garçon est victime de stress post traumatique, il commence à faire des cauchemars, il ne dort plus, il est à bout. En essayant l'héroïne, il se rend compte qu'il retrouve le sommeil. Son système psychique lui fait défaut.
- Un homme de 40 ans consulte pour usage festif d'héroïne, le weekend uniquement, mais il lui est devenu impossible de passer un weekend sans en prendre. Le problème est qu'en dehors du travail sa vie ne se passe pas très bien, il ne trouve plus d'intérêts dans la vie familiale, les vacances... il s'ennuie et ne trouve pas de solutions pour s'adapter à la vie « normale ». Il était sur le point de tourner le dos au système psychique normal, mais a

décidé de s'en sortir. Cela a été très difficile et très long pour trouver des stratégies pour lui permettre de s'adapter. Le système psychique a été très sollicité.

Comment expliquer ce manque d'efficacité ou ces défaillances de l'appareil psychique ?

Deux approches sont possibles :

- l'approche psychanalytique
- l'approche cognitivo-comportementale

### **I.3.2.2 Approche psychanalytique**

Cette approche s'intéresse particulièrement à la question du « pourquoi » on fonctionne de telle ou telle façon. C'est, avant tout, une approche « historique » qui cherche à expliquer les dysfonctionnements émotifs ou cognitifs actuels par les incidents ou accidents qui ont émaillé les différentes étapes de la structuration de l'appareil psychique :

- stades de la sexualité infantile
- période de latence
- adolescence.

Pendant ces différentes étapes, des incidents ou accidents peuvent s'être produits et être à l'origine des processus de fixation et de régression. (8)

Ils sont le plus souvent enfouis, refoulés dans l'inconscient et donc plus ou moins oubliés, mais ils n'en continuent pas moins à se manifester à travers ce que l'on appelle les formations de l'inconscient : rêves, actes manqués, symptômes, répétitions de comportements inadaptés.

Les accidents et incidents ne cesseront de perturber le fonctionnement de l'appareil psychique que si on les fait revivre dans la relation analytique (transfert-contre-transfert), en utilisant la technique des associations libres, dans le cadre de la cure analytique, pour aboutir à ce qu'on appelle les réactions cathartiques (catharsis : technique psychothérapeutique visant à la disparition des symptômes par l'extériorisation verbale et surtout émotionnelle des traumatismes refoulés.)

En ce qui concerne les conduites addictives, l'approche psychanalytique a permis de mettre en évidence la fréquence de certains « évènements » pouvant provoquer des troubles du développement précoce chez les futurs toxicomanes :

- carence
- maltraitance
- entourage en grande difficulté, « évènements » qui pourraient être à l'origine d'un profond sentiment d'insécurité interne.

### **I.3.2.3 Approche cognitivo-comportementale**

Cette approche repose à la fois sur la notion de traitement de l'information et sur les différentes formes d'apprentissage. Elle privilégie l'ici et maintenant (le présent) sur l'histoire et le comment sur le pourquoi (26). Elle considère l'appareil psychique comme un système de traitement de l'information. Elle s'intéresse aux processus par lesquels une personne acquiert des informations sur elle-même et son environnement et les traite pour produire un comportement (Figure 4) : on imagine sans mal que la dépendance psychologique aux drogues puisse être assez facilement comprise à partir d'un modèle classique de l'apprentissage opérant. Le sujet traite l'information en fonction de schémas acquis, lesquels avec l'aide des processus cognitifs transforment cette information en évènements cognitifs (pensées, images mentales) et émotionnels qui interagissent entre eux avec les comportements pour trouver des stratégies. Cette approche énonce qu'il existe des facteurs pré morbides qui facilitent le recours aux produits, comme l'impulsivité, l'intolérance à l'ennui, recherche de sensations, tolérance limitée à la frustration etc. ces éléments sont capables de produire des émotions et des pensées négatives (dépression, anxiété...) que la drogue contribue à réduire. Donc les comportements inadaptés sont la conséquence d'une perturbation dans le traitement de l'information amenant le sujet à prendre des décisions qui lui sont néfastes. Mais les conséquences psychologiques et sociales de la prise de drogue contribuent à renforcer les pensées négatives. Les croyances dysfonctionnelles et ce qu'elles entraînent peuvent être à l'origine de la sensation psychologique de « besoin » de drogue (8). La thérapie va essayer de réduire les comportements néfastes en modifiant les pensées et les croyances inadaptées (restructuration cognitive) et en enseignant des techniques du contrôle émotionnel et comportemental.

Cette approche est très utilisée dans les traitements, les psychothérapies (individuelles ou en groupe) car elle est efficace, évaluable et de mise en œuvre facile (27).

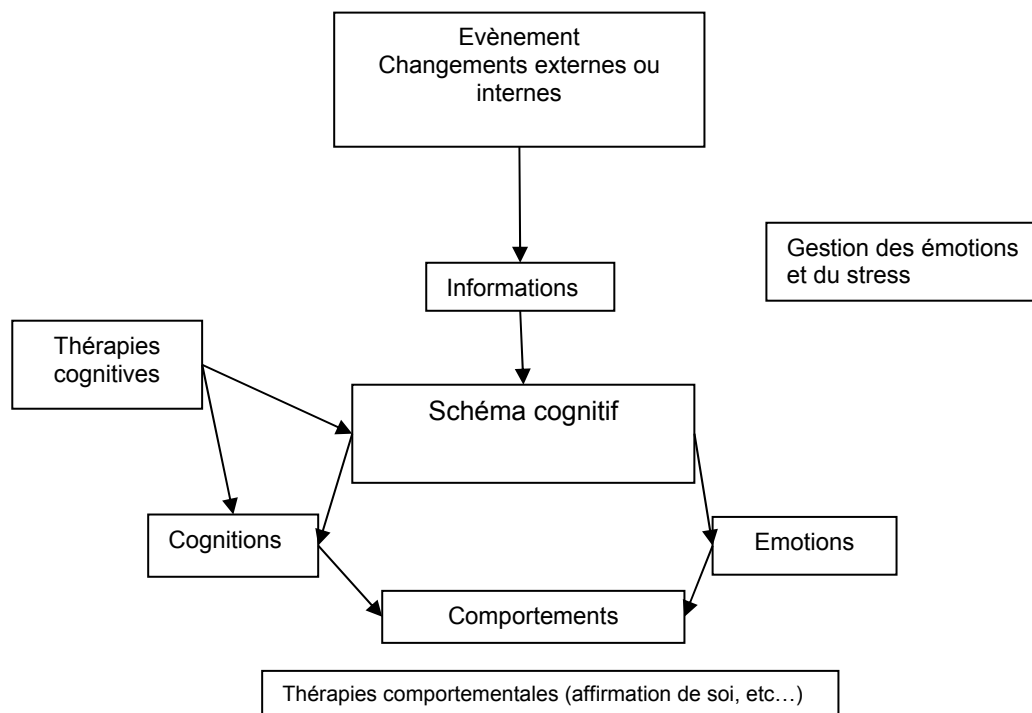


Figure 4 : Intervention des différentes thérapies dans le traitement de l'information dans l'appareil psychique (Figure personnelle)

La toxicomanie pose la question de ce qui pousse le sujet à rencontrer le produit. On a vu, qu'à la base, cette rencontre se faisait à travers des rites, des coutumes de façon très organisée, avec des règles précises et sans usage strictement dans l'intérêt personnel. Mais, dans notre monde moderne, la déviance de l'utilisation de ces produits s'est faite rapidement connaître à cause d'une société en constante évolution et avec des changements de valeurs perpétuelles, ce qui a poussé les gens qui ne savaient pas s'adapter à compenser avec l'usage de drogues. Ceci a fait l'objet de nombreux modèles psychologiques de tous temps, par de grands psychologues, pour tenter de cerner ce problème. Problème uniquement dû à la personne ? A l'environnement ? aux deux ? à son niveau social ? La diversité des produits, des sujets, des situations invite à éviter la confusion entre usage et addiction, même si, avant d'être dépendant, il faut avoir consommé. La dépendance physique n'est qu'un aspect du problème. Il existe donc une dépendance psychologique liée à la dépendance physique, mais aussi une dépendance psychologique particulière qui porte sur ce que le produit apporte (jouissance, estime de soi...) et qui demeure un ressort essentiel. Un certain nombre

de phénomènes apparaissent dans ce contexte : nostalgie des premières prises et de leurs effets idéalisés, impossibilité à lutter contre le produit, croyance naïve du sujet en ce qu'il peut arrêter seul... Ces phénomènes sont caractéristiques du mode de pensée des toxicomanes.

Nous allons donc envisager une autre partie du problème en nous penchant sur l'aspect biologique du sujet, avec les conséquences sur le corps et l'esprit, ainsi que les différents modes de consommation.

**CHAPITRE II :      LES DIFFERENTES ADDICTIONS, LEURS CONSEQUENCES  
SUR LE CORPS ET L'ESPRIT**

## II.1 Cadre général

### II.1.1 Classification des conduites de consommation

Trois grands types de conduite de consommation peuvent être mis en avant, et ce, quelle que soit la substance concernée : on y retrouve l'usage (ou usage nocif), l'abus et la dépendance.

#### II.1.1.1 Usage/ non usage

L'usage se caractérise par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication somatique, ni dommages (3). On admet l'existence d'un comportement, régulier ou non, de consommation de substances qui n'entraîneront pas de dommages. Donc, à travers cette définition, on peut dire que l'usage ne peut être considéré comme un problème, une pathologie relevant des soins. Les seules complications de l'usage simple de substances illicites sont pénales ou sociales. Les principes d'usage de telles substances renvoient à trois modalités de consommation :

- la non Consommation : que ce soit de la non-consommation primaire (sans initiation) ou secondaire (arrêt après une période de consommation), une grande partie de la population ne consomme pas. Par exemple, en 2014, l'expérimentation du cannabis concerne 42 % des adultes de 18 à 64 ans. La consommation régulière, nettement moins fréquente, s'élève à 3 % (5 % pour les hommes et 2 % pour les femmes. Autre exemple : 5,6 % des 18-64 ans ont expérimenté la cocaïne en 2014. La consommation au cours de l'année concerne 1,1 % des personnes âgées de 18 à 64 ans (1).
- la consommation socialement réglée : cette consommation est souvent rattachée avec le refus, la tolérance ou la valorisation d'une substance par une société donnée à un moment donné. Par exemple, on peut citer la place du vin en France ; tout dépend du compromis fait entre intérêt et prises de position multiples. Les normes de consommation sont en constante évolution. En France, il suffit de citer l'évolution du regard social porté sur la consommation de tabac (9).
- la consommation à risques : dans certaines circonstances, il convient d'affirmer que, même une consommation socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. Il faut donc que le consommateur soit bien informé des risques aussi bien par les pouvoirs publics que par le producteur.

Les risques peuvent être aigus dans certaines circonstances, de par les propriétés pharmacologiques du produit et par le mode de consommation. L'exemple le plus commun est l'utilisation des véhicules, ou certaines tâches professionnelles qui nécessitent une parfaite maîtrise de soi. Il convient aussi de souligner la personnalité du consommateur facilitant les prises de risque ou le comportement agressif. Il faut également mentionner les femmes enceintes, chez qui tous les produits ont un effet néfaste sur le fœtus (3).

#### **II.1.1.2 L'abus ou usage nocif**

Il convient ici de citer les définitions de l'association américaine de Psychiatrie, mentionnée dans Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux (DSM IV) (Figure 5), et celle de l'Organisation mondiale de la Santé, reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) (Figure 6). L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) se définit à travers une consommation à répétition provoquant des atteintes dans les domaines psychoaffectifs, somatiques ou sociaux pour le sujet lui-même, son entourage proche ou la société. On parle de pathologie à travers la consommation répétée et le constat des dommages induits. Les dommages en question sont du domaine de la santé physique ou mentale, du bien-être général, de la qualité des relations conjugales, familiales et sociales, de la situation professionnelle, financière et de la relation à l'ordre, la loi et la société (28-29).



### **ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES DSM IV (1994)**

*A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois*

1 - **Utilisation répétée** d'une substance conduisant à l'**incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison** (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - **Utilisation répétée** d'une substance **dans des situations où cela peut être physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - **Problèmes judiciaires répétés** liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - **Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

*B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance*

Figure 5 : Abus selon la DSM IV (29)

### **UTILISATION NOCIVE POUR LA SANTE (CIM 10)**

*Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.*

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Figure 6 : Usage nocif selon la CIM 10 (28)

### **II.1.1.3 La dépendance**

Des trois types de conduite de consommation, le plus représentatif est le comportement de dépendance. On s'intéresse ici à l'usage compulsif de la substance, qui en est l'une des caractéristiques principales. C'est un désir puissant et compulsif d'utiliser une substance psychoactive qui engendre une perte de contrôle de l'usage de la substance (Figure 7). C'est une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet (3).

### **II.1.2 La dépendance**

Elle regroupe trois phases :

#### **II.1.2.1 La perte de maîtrise**

Elle se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer. Cela se traduit donc par une dépendance psychique à travers le besoin de maintenir ou de retrouver le bien-être, la sensation de plaisir, mais aussi d'éviter la sensation de malaise qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit. Ce comportement de vouloir rechercher compulsivement la substance contre la raison et la volonté, résultat d'un besoin majeur, constitue le craving (3).

#### **II.1.2.2 La tolérance**

Elle se caractérise par l'augmentation des doses nécessaires pour retrouver les mêmes sensations qu'au départ. C'est le point de départ de la dépendance physique.

#### **II.1.2.3 Le sevrage**

C'est le syndrome de la dépendance physique quand le sujet est exposé à une privation du produit. Des symptômes physiques apparaissent dûs à l'accoutumance du corps (9 et 3).

Les dépendances physiques et psychiques sont intimement liées, le fonctionnement psychique reposant sur le fonctionnement neurobiologique cérébral.

### **Dépendance DSM IV (1994)**

*Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :*

- 1 - existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2 - existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance
  - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- 3 - la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- 4 - un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5 - un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 - d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7 - l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Figure 7 : Critères de dépendance de la DSM IV (29)

### **II.1.3 Chronologie**

Tout commence par une première exposition ponctuelle, suivie d'un assez long délai après l'exposition. Puis les consommations augmentent en quantité et en fréquence : on atteint alors l'usage nocif ou l'abus. A ce moment-là, la perte de contrôle peut arriver à tout moment et l'on arrive à la dépendance (Figure 8).

La première consommation est importante car le contexte, les individus présents, auront une incidence sur le devenir des futures consommations.

Il est plus facile de prendre en charge une personne qui est en usage nocif qu'en dépendance : au stade usage nocif, une simple information peut suffire. Si le patient est déjà en dépendance, on a un processus psychopathologique avéré et l'information ne suffit plus, elle est même contre-productive.

La dépendance dépend de plusieurs critères :

- la molécule
- son effet
- son pouvoir addictogène.

Pour résumer :

Les comportements de consommation de substances psychoactives sont :

- **l'usage**
- **l'abus ou l'usage nocif**
- **la dépendance.**

L'usage se caractérise par :

- la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages.
- la Non consommation
- la consommation socialement réglée
- la consommation à risques

Risques potentiellement aigus

- conduite auto, machine...
- tâches nécessitant une coordination
- grossesse.

Risque peut être statistique sur le long terme

L'abus ou usage nocif se caractérise par :

- la consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux
- dommages pour le sujet lui-même, pour son environnement proche ou à distance, pour les autres, pour la société
- caractère pathologique défini par la répétition de la consommation et la constatation des dommages induits.

La dépendance se caractérise par :

- « l'impossibilité de s'abstenir de consommer »
- l'existence d'une tolérance
- l'existence d'un syndrome de sevrage
- la dépendance psychique
- la dépendance physique.

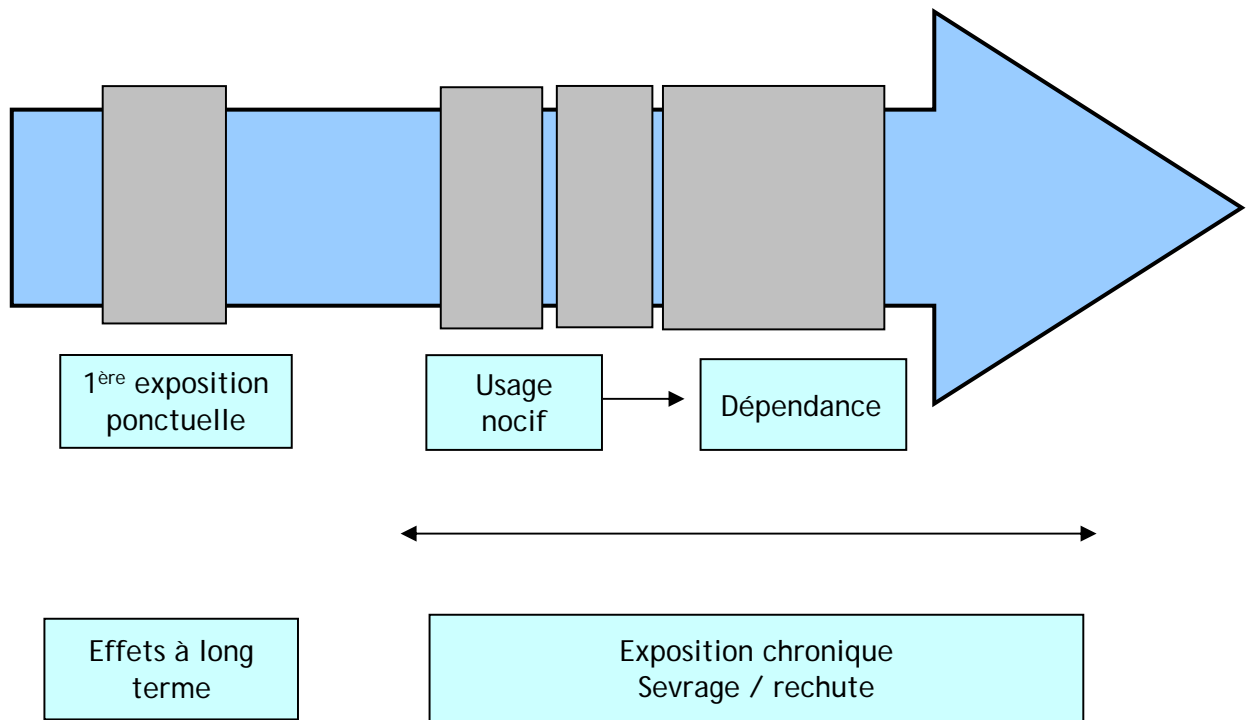


Figure 8 : Chronologie de la consommation (Figure personnelle)

## II.2 La voie biologique commune des pratiques addictives

### II.2.1 Cadre général

La dépendance se traduit par une désorganisation du fonctionnement cérébral créée par l'utilisation de substances psychoactives. Ces substances changent les processus cérébraux normaux de la perception, des émotions et des motivations. Mais avant tout il faut connaître le fonctionnement normal du cerveau pour apprécier son dysfonctionnement. Le cerveau est organisé en plusieurs régions. Le cerveau postérieur, indispensable au maintien de la vie, contient les centres qui contrôlent la respiration et la vigilance. Le cerveau moyen est une région qui contient de nombreuses zones importantes concernant la dépendance aux substances psychoactives car elles sont impliquées dans la motivation et l'apprentissage des stimuli environnementaux fondamentaux, ainsi que dans le renforcement des comportements générateurs de plaisir et indispensables à la vie tels que boire et manger (30).

Les neurones communiquent entre eux grâce à des messagers chimiques libérés au niveau des synapses (Figure 9). Quand un neurone est excité, le corps cellulaire envoie un signal électrique dans un prolongement dénommé axone, qui peut être court ou long pour atteindre d'autres régions du cerveau. A l'extrémité de l'axone, se trouve un bouton terminal. Pour que le message circule du bouton terminal d'un axone au neurone d'après, il faut qu'il traverse un intervalle, appelé

synapse ou fente synaptique. Les messagers chimiques sont libérés par le neurone qui transmet le message (neurone présynaptique), vers le neurone qui les reçoit (neurone postsynaptique).

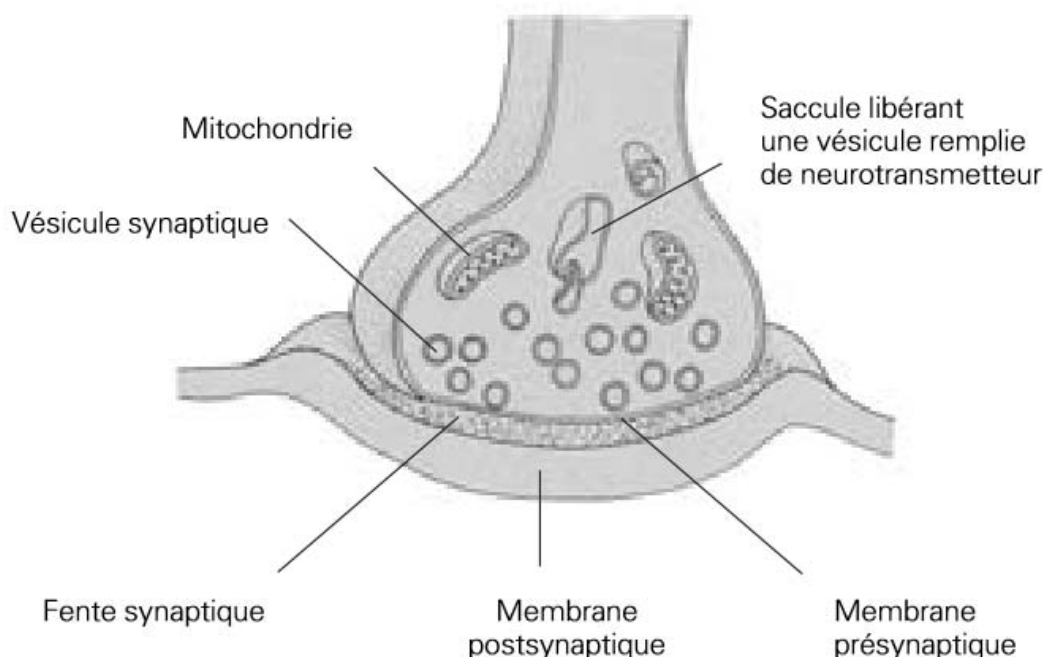


Figure 9 : Bouton terminal et synapse (30)

Ces substances chimiques (neurotransmetteurs) ont des structures et des fonctions bien déterminées, et la nature du neurotransmetteur libéré dépend du type de neurone. Les neurotransmetteurs les mieux connus sont ceux qui jouent un rôle dans le métabolisme des substances psychoactives comme la dopamine, la sérotonine, le GABA, le glutamate, la norépinephrine, et les opioïdes endogènes. Le cerveau contient beaucoup de types de neurotransmetteurs. Chaque neurotransmetteur a un récepteur qui lui est propre, comme une clé et sa serrure. La liaison du neurotransmetteur à son récepteur entraîne diverses modifications de la membrane postsynaptique. Le mode de fonctionnement des substances psychoactives est de mimer les effets des neurotransmetteurs naturels ou endogènes ainsi que de perturber le fonctionnement normal du cerveau en bloquant une fonction ou en altérant les processus normaux de stockage, de libération et d'élimination des neurotransmetteurs. Une propriété importante par laquelle les substances psychoactives agissent est le fait d'empêcher la recapture d'un neurotransmetteur après sa libération par la terminaison présynaptique. La recapture est un processus normal et important à travers lequel le neurotransmetteur est éliminé de la fente synaptique par la membrane présynaptique. En empêchant la recapture, les effets normaux du neurotransmetteur sont fortement augmentés. Les

substances psychoactives qui se lient aux récepteurs et renforcent leur fonction sont appelées agonistes, celles qui se lient aux récepteurs pour bloquer leur fonctionnement normal sont appelées antagonistes. Les substances psychoactives sont classées en tant que déprimeurs (alcool, solvant, hypnotiques...), stimulants (nicotine, cocaïne, ecstasy, amphétamines...), opioïdes (morphines et héroïne) et hallucinogènes (PCP, LSD, cannabis...). Chaque substance psychoactive a, au niveau du cerveau, une voie d'action différente (différents types de récepteurs, augmentation ou diminution de l'activité des neurones par divers mécanismes...). De ce fait, leurs caractéristiques sont différentes ainsi que leurs effets sur le comportement, la vitesse d'apparition de la tolérance, les symptômes de sevrage, les effets à court terme et à long terme. Leur point commun est l'action sur les zones du cerveau liées aux processus motivationnels.

### **II.2.2 Voie dopaminergique mésolimbique**

Le cerveau comporte des systèmes qui ont évolué de façon à guider et à orienter les comportements vers des stimuli fondamentaux pour la survie. Par exemple, les stimuli associés aux aliments, à l'eau et à la reproduction activent tous des voies cérébrales spécifiques et renforcent les comportements qui conduisent à la réalisation des objectifs correspondants. Les substances psychoactives activent artificiellement ces mêmes voies, mais de manière extrêmement forte, conduisant à un renforcement de la motivation à poursuivre ce comportement.(30)

Bien que chacune des familles de substances psychoactives possède son propre mécanisme initial d'action, un grand nombre d'entre elles stimulent les circuits dopaminergiques mésolimbiques (Figure 10). Il s'agit d'un circuit situé dans le cerveau moyen qui est le plus fortement impliqué dans le risque de dépendance au travers de l'aire tegmentale ventrale (ATV) et la zone qui communique avec, le noyau accumbens. L'ATV est riche en un neurotransmetteur particulier, la dopamine. Les corps cellulaires de ces neurones envoient des projections vers des régions impliquées dans les émotions, les pensées et la mémoire ainsi que la prévision et la réalisation des comportements. Le noyau accumbens, quant à lui, est impliqué dans la motivation, l'apprentissage et le signalement de la valeur motivationnelle des stimuli. C'est à ce niveau que les substances psychoactives agissent en augmentant la libération de dopamine dans le noyau accumbens, ce qui est un facteur très important de renforcement.

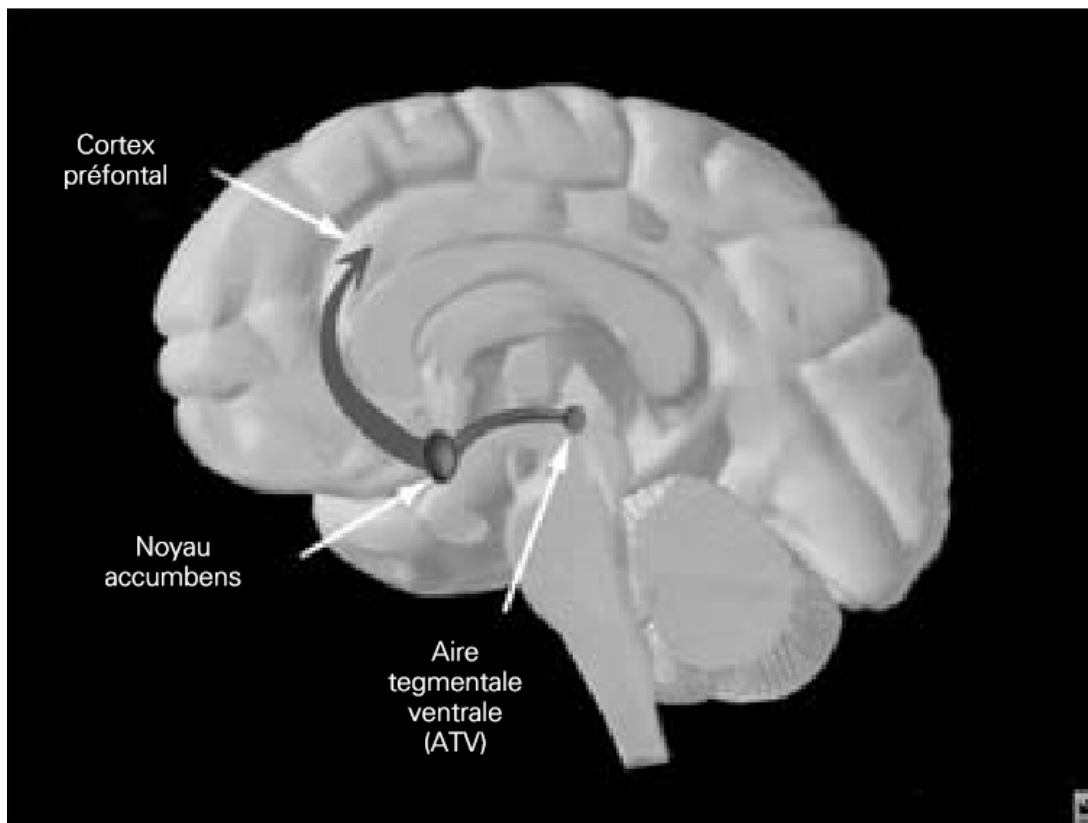


Figure 10 : Circuit dopaminergique mésolimbique (30)

Au cours de la dépendance, les drogues activent de manière excessive et répétée les systèmes motivationnels du cerveau à travers la dopamine. Ce système motivationnel étant normalement activé par des stimuli fondamentaux comme les aliments, l'eau, le danger... Par exemple, si une personne n'a pas faim, les stimuli visuels et olfactifs associés à l'aliment (incitation) ont peu d'effet sur son comportement ou attention (motivation). Au contraire, si cette personne a faim, la vue et l'odeur peuvent lui faire accorder une plus grande attention aux stimuli et la pousser à agir pour obtenir l'aliment. Dans le cas extrême où la personne est affamée, cela peut la pousser à voler ou à commettre un crime pour l'obtenir si elle n'en a pas les moyens. C'est le système de récompense incitation-motivation. Ici avec les substances psychoactives, le cerveau est trompé et est amené à agir comme si ces substances et les stimuli qui leur sont associés étaient biologiquement nécessaires. A chaque exposition, l'association se trouve chaque fois renforcée et provoque une réponse neurochimique et comportementale de plus en plus importante (30).

### **II.3 Quelques exemples de substances psychoactives**

Il existe trois types de substances psychoactives :



- l'alcool et le tabac, qui sont des produits licites
- les stupéfiants, drogues illicites
- les médicaments psychotropes détournés de leur bon usage.

Parmi ces exemples, j'ai choisi de me centrer sur les principaux stupéfiants comme le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. Nous verrons les modes de consommation, leurs effets, les complications qui en découlent.

### **II.3.1 Le cannabis**

Le cannabis est une plante (Figure 11) qui peut se présenter sous forme d'herbe (mélange de feuilles, tiges, et fleurs séchées), de résine (obtenue en pressant les fleurs et en les coupant avec des produits plus ou moins toxiques) et d'huile (résine macérée dans le l'alcool).



Figure 11 : Feuille de cannabis (31)

Appellations : marijuana, ganja, beuh, zeb, weed, zamal, haschisch, h, shit, teuchi, chichon, chocolate...

Statut légal : drogue classée parmi les stupéfiants, usage interdit avec amendes pouvant aller jusqu'à 3750 euros et 1 an de prison

Modes de consommation : le cannabis peut être fumé en cigarettes roulées avec du tabac (joint), avec une pipe ou pipe à eau (bang), ou des préparations culinaires (gâteaux, infusions...) (31)

Elle peut être coupée avec du gazon, du henné (Maroc), ou de la cellulose.

Mécanisme d'action : activation des récepteurs cannabinoïdes CB1 par le Delta-9-tetrahydrocannabinol (ou THC). Ces CB1 récepteurs sont très présents dans le cerveau et la molécule endogène qui s'y lie naturellement est l'anandamide.

L'anandamide participe à la régulation de l'humeur, de la mémoire, de l'appétit, de la douleur, de la cognition et des émotions. Le THC commence par se fixer sur les récepteurs CB1 de l'anandamide. Ce récepteur modifie alors l'activité de plusieurs enzymes intracellulaires, dont l'AMPC dont il diminue l'activité. Moins d'AMPC signifie moins de protéine kinase A. La baisse d'activité de cette enzyme affectera les canaux potassiques et calciques de façon telle que la quantité de neurotransmetteurs relâchés sera diminuée. L'excitabilité générale des réseaux de neurones s'en trouvera donc elle aussi amoindrie. Toutefois, dans le circuit de la récompense, on observe comme pour les autres drogues une augmentation de la libération de la dopamine. Comme pour les opiacés, cet accroissement paradoxal

s'explique par le fait que les neurones dopaminergiques de ce circuit ne possèdent pas de récepteurs CB1 mais sont inhibés par des neurones GABAergiques qui eux en possèdent. Le cannabis va donc provoquer une levée de l'inhibition des neurones au GABA et par conséquent activer les neurones à dopamine (32).

Durée : s'il est fumé ses effets apparaissent rapidement au bout de 15 minutes et durent entre deux et quatre heures. S'il est ingéré, ses effets apparaissent lors de la digestion (entre une demi-heure et deux heures) et ont une durée un peu plus longue de quatre à six heures.

Effets : recherchés :

- ivresse cannabique (sensation de bien-être, de détente, euphorie)
- intensification des perceptions sensorielles
- modification de l'appréciation du temps et de l'espace (le temps passe moins vite alors que le son, les images et le touché gagnent en finesse)
- Impression de « planer »

Secondaires :

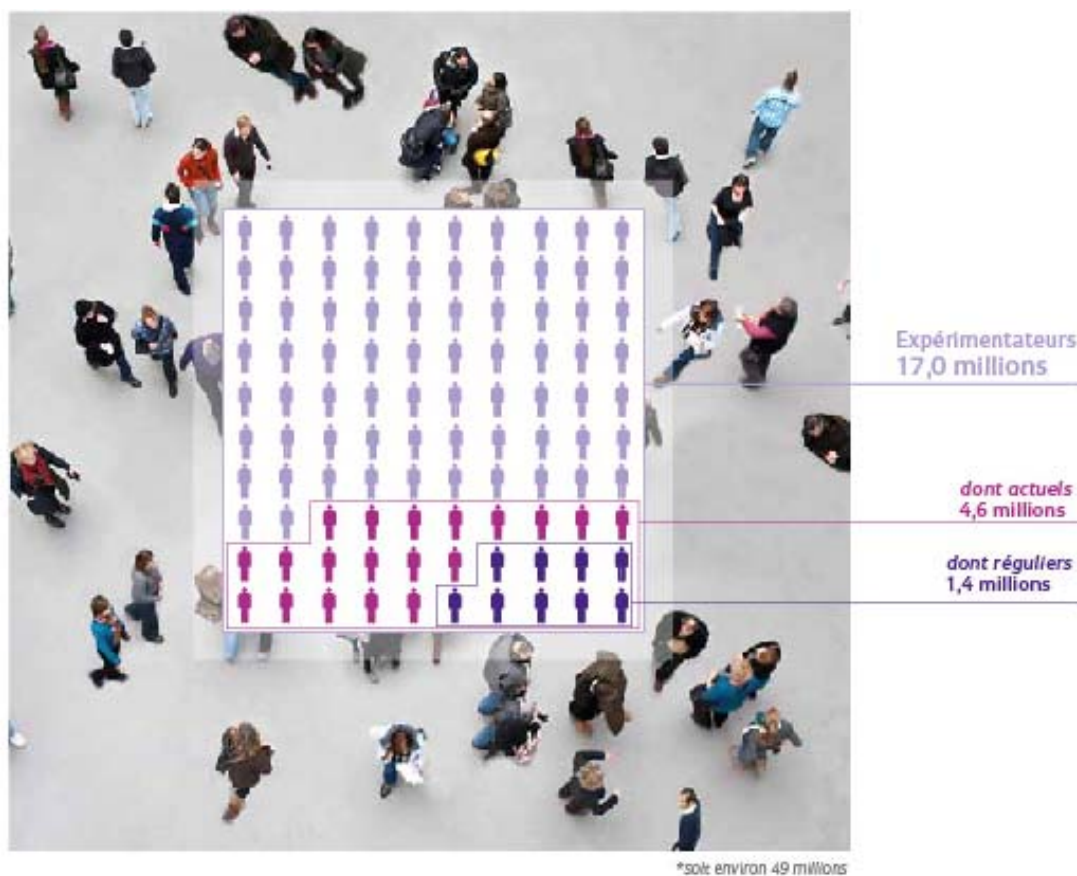
- parfois malaise, anxiété et idées dépressives notamment lors des premières consommations (bad trip)
- baisse de la concentration
- toux, bouche sèche, voix enrouée
- bronchite chronique, pneumothorax, cancer (à long terme)
- dilatation des pupilles
- somnolence
- augmentation de la tension artérielle et du rythme cardiaque (palpitations)
- augmentation de l'appétit
- troubles digestifs
- altération de la mémoire immédiate
- trouble de l'attention, de la persévération, et de l'apprentissage
- syndrome amotivationnel
- inadaptation du comportement pouvant aller jusque 24h
- conflits familiaux, isolement, manque aux obligations scolaires et professionnelles
- personne en échec
- effets psychiques (psychose aiguë, révélation de schizophrénie).

Dépendance : il existe une tolérance et un syndrome de sevrage chez les fumeurs de cannabis qui apparaissent dès la dixième heure avec un pic à quarante-huit heures. Cela se manifeste par une agitation, anxiété, des insomnies, une dysphorie, une anorexie, des sueurs, des diarrhées et une hyper reflexie.

Dépistage : le cannabis est dépistable :

- de trois à cinq jours (en cas d'usage occasionnel) et jusqu'à plus de deux mois (en cas d'usage régulier) dans les urines
- de six à vingt-quatre heures dans le sang
- de deux à quatre heures dans la salive

Epidémiologie : En France métropolitaine, selon l'Observatoire Français des Drogues et de Toxicomanies, le nombre de consommateurs chez les 11-75 ans en 2011 serait de 17,0 millions de personnes (Figure 12) dont 1,4 millions en usage régulier (33).



Expérimentateurs : personnes ayant consommé au moins une fois au cours de leur vie  
Actuels : consommateurs dans l'année  
Réguliers : au moins 10 consommations de cannabis dans le mois

Infographie OFDT

Figure 12 : Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en France métropolitaine en 2011 parmi les 11-75 ans (33)

### II.3.2 L'héroïne



Figure 13 : Poudre d'héroïne (34)

L'héroïne est un opiacé synthétisé à partir de la morphine extraite du pavot.

Elle se présente sous forme de poudre blanche, brune, beige ou marron (Figure 13).

Appellations : héro, came, meca, rabla, poudre, blanche, smack, brown sugar, black tar

Statut légal : drogue classée parmi les stupéfiants, usage interdit avec amendes pouvant aller jusqu'à 3750 euros et un an de prison.

Modes de consommation : le plus généralement l'héroïne est injectée par voie intraveineuse (dit « fix » ou « shoot »). Elle est placée dans une cuillère mélangée avec de l'eau (et avec un diluant acide dans le cas de l'héroïne brune) puis chauffée avec un briquet. La préparation est aspirée dans une seringue après avoir filtré les particules non diluées avec un coton. Parfois, dans ce mélange, peut être ajouté de la cocaïne : on parle alors de « speedball ».

L'héroïne peut aussi être inhalée, c'est ce qu'on appelle « chasser le dragon ». La poudre est placée sur une feuille d'aluminium et chauffée avec une flamme. Les vapeurs qui en ressortent sont inspirées avec une paille pour avoir le maximum de produit en une fois.

Il est également possible de la sniffer ; elle est alors divisée en ligne pour l'aspirer avec chaque narine, aussi à l'aide d'une paille.

Et, pour terminer, l'héroïne peut se fumer, mélangée avec du tabac dans une pipe classique ou à eau et même avec une cigarette (34).

Mécanisme d'action : Notre organisme utilise naturellement des substances similaires aux opiacés comme neurotransmetteurs. Il s'agit des endorphines, des enképhalines et de la dynorphine (opioïdes endogènes). Ces molécules modulent les

réactions aux stimuli douloureux, régulent les fonctions vitales comme la faim ou la soif, interviennent dans le contrôle de l'humeur, de la réponse immunitaire, etc. Les effets des opiacés comme l'héroïne ou la morphine s'expliquent par le fait que ces substances exogènes vont se fixer sur les mêmes récepteurs que nos opioïdes endogènes. Les récepteurs mu, delta et kappa sont très largement distribués dans le cerveau. Ces récepteurs, par l'intermédiaire de seconds messagers, influencent l'ouverture des canaux ioniques ce qui leur permet par exemple de diminuer l'excitabilité des neurones. Cette baisse d'excitabilité serait à l'origine de l'effet euphorisant des opiacés et serait médiée par les récepteurs mu et delta. Cet effet euphorisant impliquerait aussi un autre mécanisme faisant intervenir les interneurons inhibiteurs au GABA de l'aire tegmentale ventrale. En se fixant sur leurs récepteurs mu, les opioïdes exogènes provoqueraient une diminution de la quantité de GABA relâché. Or, le GABA diminue normalement la quantité de dopamine relâchée dans le noyau accumbens. En inhibant un inhibiteur, les opiacés augmentent donc en bout de ligne la production de dopamine et la sensation de plaisir ressenti. La prise chronique d'opiacés inhibe la production d'AMPc, inhibition qui est compensée à long terme par d'autres mécanismes de production d'AMPc. Lorsque la disponibilité de la drogue vient à manquer, cette capacité accrue de production de l'AMPc est dévoilée et produit l'hyperactivité neuronale et le sentiment de manque (35).

Durée : en général, les effets sont de l'ordre de quatre à six heures pour l'héroïne brune et huit à douze heures pour l'héroïne blanche.

Effets : recherchés :

- sensation de détente
- mieux-être
- apaisement
- sensation de chaleur
- anti douleur physique et psychique
- anxiolytique
- notion de plaisir et autosatisfaction
- activation du circuit de récompense.

Secondaires :

- nausées, vomissements
- constipation

- démangeaisons
- assèchement des muqueuses
- ralentissement du rythme cardiaque
- perturbation du cycle menstruel
- perturbation du cycle du sommeil
- mort.

Dépendance : les signes sont assez typiques :

- Heure + 12 : bâillements, larmoiements, rhinorrhées, mydriase, sueurs et angoisses exacerbées
- J+1 : majoration des signes précédents, contractions musculaires, insomnies, anorexie, nausées, crampes abdominales, frissons...
- J+3 : signes somatiques avec diarrhées, vomissements, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle, angoisses...
- J+8 : régression des symptômes, mais persistance des insomnies et des angoisses.

Ce tableau clinique régresse en 5 à 10 jours.

Dommages et complications :

Les dommages sont, la plupart du temps, des conséquences du mode de consommation et sont essentiellement somatiques :

- infections (HIV, HBV, HCV, abcès, lymphangite)
- crises convulsives
- HTA, syndrome coronarien
- infections cardiaques (endocardites)
- pneumothorax, pneumopathie interstitielle, insuffisance respiratoire ; lors de la consommation, ils utilisent de l'aluminium qu'ils chauffent : des vapeurs d'aluminium peuvent aller jusque dans la muqueuse bronchique et entraîner ce genre de problèmes
- hyperkaliémie, rhabdomyolyse
- troubles gynécologiques et obstétricaux (aménorrhée, retard de croissance intra-utérin, mort fœtale *in utero*, menace d'accouchement prématuré).

L'overdose occupe une place importante dans les complications liées à l'usage d'opiacées. Cinquante à soixante-dix pour cent des usagers ont au moins une

overdose ; on recense environ 2,6 overdoses par usager. Elle est fréquemment due à une association aux benzodiazépines ou à l'alcool. L'overdose est caractérisée par :

- une bradypnée, dépression respiratoire, œdème aigu pulmonaire, HTA, bradycardie
- des signes généraux : myosis, somnolence, coma
- peuvent être associés: des neuropathies périphériques, des traumatismes, des vomissements, des chutes, des brûlures, des viols (14% : une jeune femme sur six), une insuffisance respiratoire, des crises convulsives, une insuffisance rénale aiguë, un œdème aigu pulmonaire non cardiogénique (34).

Les complications psychiatriques sont exacerbées avec :

- troubles affectifs (multipliés par cinq)
- troubles anxieux (multipliés par trois : phobie sociale, troubles panique)
- psychose
- troubles de la personnalité (multipliés par vingt)
- dépendance à l'alcool (multipliés par treize).

Et, au niveau social : il y a essentiellement une misère sociale, avec précarité, chômage, délinquance. C'est souvent un préjugé à leur égard, mais beaucoup sont insérés socialement.

Dépistage : l'héroïne est dépistable :

- de vingt-quatre à quarante-huit heures dans les urines
- de moins de vingt-quatre heures dans le sang
- de moins de douze heures dans la salive.

Epidémiologie : En 2014, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 1,5 % ont expérimenté l'héroïne. Un virgule cinq pour cent des adultes ont expérimenté l'héroïne et 0,2 % sont des usagers, 1,0 % des jeunes de 17 ans l'ont expérimentée (1).

### II.3.3 La cocaïne



Figure 14 : Poudre de cocaïne (36)

La cocaïne est extraite des feuilles du cocaïer, arbuste cultivé en Amérique du Sud. Elle se présente sous forme de poudre blanche (Figure 14) (le chlorhydrate de cocaïne), de blocs de poudre compressés ou de pâte base de couleur jaune brune, aussi appelée basuco.

Appellations : coke, poudre, blanche, C, CC, coco

Statut légal : drogue classée parmi les stupéfiants, usage interdit avec amendes pouvant aller jusqu'à 3750 euros et 1 an de prison.

Modes de consommation : à l'origine en Amérique du sud la pâte, mélangée avec du tabac, est fumée et les feuilles de coca sont chiquées par les paysans pour se donner plus de force et de vitalité dans leurs tâches agricoles physiques.

En poudre, la cocaïne est sniffée avec une paille dans la plupart des cas. Elle peut aussi être injectée, après dilution et filtrage.

Mélangée avec du bicarbonate de soude et de l'ammoniac, elle se transforme en cocaïne-base (ou freebase) puis en séchant, les cristaux récoltés (crack) peuvent être fumés ou inhalés. Le degré de pureté de la substance que les toxicomanes consomment est très faible, de l'ordre de 20 %. Cela est dû aux produits utilisés pour la couper. On retrouve plus souvent le paracétamol, les antipaludéens, la caféine et divers sucres (36).

Mécanisme d'action : La cocaïne agit en bloquant la recapture de certains neurotransmetteurs comme la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine. En se fixant sur les transporteurs chargés d'éliminer l'excès de ces neurotransmetteurs de la fente synaptique, la cocaïne empêche ces derniers d'être recaptés par le neurone émetteur et fait ainsi augmenter leur concentration dans la synapse. Ceci va donc amplifier l'effet naturel de la dopamine sur le neurone post-synaptique. L'ensemble des neurones ainsi modifiés produit une plus grande dépendance (dopamine), le sentiment de confiance (sérotonine) et d'énergie (noradrénaline) typiques de la prise



de cocaïne. Avec la prise chronique de cocaïne, le cerveau s'en remet à cette drogue exogène pour maintenir un niveau élevé de plaisir, associé à l'élévation artificiel du taux de certains neurotransmetteurs dans le circuit de la récompense. La membrane post-synaptique va même aller jusqu'à s'adapter à ce haut taux de dopamine en synthétisant de nouveaux récepteurs. Cette sensibilité accrue provoquera la dépression et le sentiment de manque quand cessera l'apport extérieur de la cocaïne et le retour à la normale du taux de dopamine (37).

Durée : Quand la cocaïne est sniffée, elle passe dans le sang en trois à cinq minutes. Son pic d'activité est à vingt minutes et ses effets durent une heure environ. Quand elle est injectée, le passage dans le sang est immédiat et ses effets maximums apparaissent après dix minutes. La durée totale des effets est alors de trente minutes. Et, enfin, quand la cocaïne est administrée par voie orale, il faut trente minutes pour passer dans le sang, avec des effets maximal après une heure (36).

Les effets : recherchés :

- excitation
- énergie
- stimulation des performances physiques et intellectuelles
- assurance
- estime de soi
- sensation de chaleur
- augmentation de la vigilance
- insensibilité à la douleur, la faim et la fatigue.

Secondaires :

- hypertension artérielle
- céphalées
- tachycardie
- arythmie
- dissection par surmenage vasculaire
- infarctus du myocarde
- fièvre
- convulsions
- accident vasculaire cérébral

- pneumothorax
- toux, brûlure des voies aériennes supérieures
- perforation de la cloison nasale allant jusqu'à la nécrose
- œdème pulmonaire
- ulcères gastriques
- érosion dentaire
- toxicité sur un fœtus
- paranoïa
- mégalomanie
- agitation
- trouble de l'adaptation, déficit de l'attention et hyperactivité
- mauvaise coordination des mouvements
- hyperméfiance.

Dépendance : En cas d'usage régulier, l'arrêt de la consommation peut entraîner une dépression temporaire avec un sentiment de culpabilité et parfois des envies suicidaires. Une immense fatigue et un état de constante somnolence peuvent survenir. Ces effets durent entre deux et trois semaines.

La faible durée des effets et l'état dépressif qui suivent les prises incitent l'utilisateur à renouveler fréquemment sa consommation. A cela s'ajoute rapidement un phénomène de tolérance, l'utilisateur ayant besoin d'augmenter les doses ou la fréquence de consommation pour obtenir l'effet désiré (36).

Dépistage : La cocaïne est dépistable :

- de deux à quatre jours dans les urines
- de vingt-quatre à quarante-huit heures dans le sang
- de vingt-quatre à quarante-huit heures dans la salive.

Épidémiologie : Parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 5,6 % ont expérimenté la cocaïne en 2014. La consommation au cours de l'année concerne 1,1 % des personnes âgées de 18 à 64 ans. L'expérimentation de cocaïne parmi les jeunes de 17 ans a un niveau atteignant 3,2 % en 2014 après une augmentation entre 2000 et 2011 (1 et 38) (Figure 15).

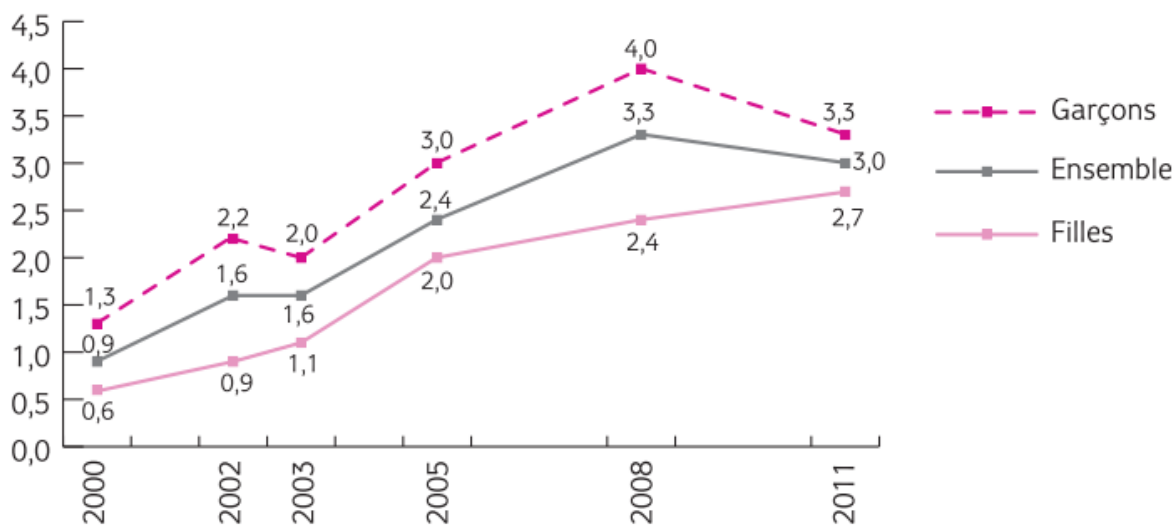


Figure 15 : Evolution de l'expérimentation de cocaïne des jeunes de 17 ans

Entre 2000 et 2011 (en %) (38)

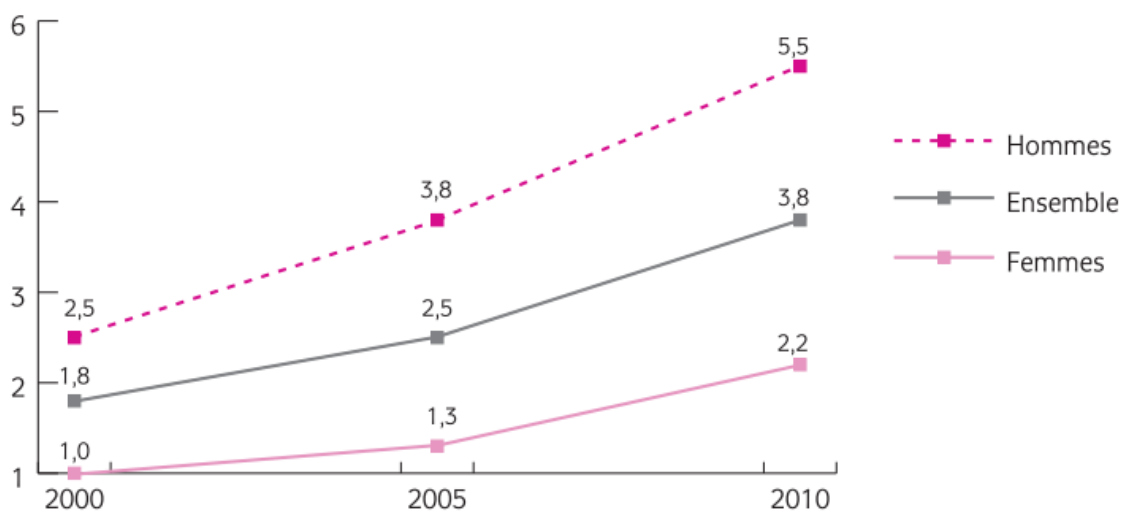


Figure 16 : Evolution de l'expérimentation de cocaïne chez les 18-64 ans

Entre 2000 et 2011 (en %) (38)

## II.3.4 Tableau récapitulatif des effets

Substance	Mécanisme d'action principal	Effets recherchés	Principaux effets secondaires à court et long terme	Tolérance et sevrage
<b>Cannabis</b>	Le THC active les récepteurs cannabinoïdes CB1 et augmente l'activité dopaminergique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Détente</li> <li>- Désinhibition</li> <li>- Euphorie</li> <li>- Modification des sens</li> <li>- Bien-être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse de la capacité de concentration</li> <li>- Toux, muqueuses sèches</li> <li>- Somnolence</li> <li>- HTA, palpitations</li> <li>- Augmentation de l'appétit</li> <li>- Troubles digestifs</li> <li>- Altération de la mémoire immédiate</li> <li>- Déclenchement de troubles mentaux</li> <li>- Baisse des capacités à apprendre</li> <li>- Bronchite chronique, pneumothorax</li> <li>- Cancers</li> </ul>	La tolérance apparaît rapidement, les symptômes de sevrage sont rares en raison de la longueur de la 1/2 vie de cannabinoïdes
<b>Héroïne</b>	Activation des récepteurs mu et delta diminuant l'excitabilité des neurones, ce qui augmente la dopamine par diminution du GABA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti douleur physique et psychique</li> <li>- Apaisement</li> <li>- Mieux-être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nausées, vomissements, constipations</li> <li>- Convulsions</li> <li>- Ralentissement du rythme cardiaque</li> <li>- Assèchement des muqueuses</li> <li>- Surdosage</li> <li>- Infection du sang</li> <li>- Infection pulmonaire</li> <li>- Infections cardiaque</li> <li>- HTA</li> <li>- Complications psychiatriques</li> </ul>	La tolérance apparaît en raison de modifications rapides et lentes des récepteurs avec des symptômes de sevrage qui peuvent être graves (larmolement, rhinorrhée, sudation, agitation, crampes...)
<b>Cocaïne</b>	Blocage de la recapture de dopamine, serotonine et noradrenaline.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation des capacités physiques et intellectuelles</li> <li>- Assurance</li> <li>- Estime de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitation</li> <li>- Hyperactivité</li> <li>- Idées paranoïaques</li> <li>- HTA, tachycardie, IDM, troubles du rythme</li> <li>- Perforation cloison nasale, pneumothorax, hypoxie</li> <li>- Convulsions, céphalées</li> <li>- Ulcération gastrique, érosion dentaire</li> <li>- TADAH</li> </ul>	Observation de déficits cognitifs, troubles de la fonction motrice. Le sentiment de dépression, la faible durée des effets et la tolérance poussent les gens à reconsommer. De plus, les effets de sevrage durent longtemps.

	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes*
Expérimentateurs**	17 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M	16 M
dont usagers dans l'année**	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M	11 M
dont usagers réguliers**	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M	//
dont usagers quotidiens**	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M	//

Sources : Baromètre santé 2014 (Inpes), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du rectorat de Toulouse)

// = non disponible \* pour les médicaments psychotropes, il s'agit de données concernant les 18-75 ans en 2010.

Le nombre des 11-75 ans en 2014 est d'environ 50 millions. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17,0 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

\*\* Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et au moins dix consommations de cannabis au cours du mois.

Usage quotidien : au moins une fois par jour.

**Figure 17 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France parmi les 11-75 ans en 2014 (1)**

Nous avons pu constater le cheminement d'une personne de la simple expérimentation, jusqu'à la phase de dépendance et de sevrage. La consommation peut se situer d'un usage socialement réglé n'impliquant pas de pathologies jusqu'à la dépendance. Nous pouvons en conclure que la chute dans la dépendance peut se faire rapidement, en commençant par l'obtention de l'effet souhaité jusqu'à l'apparition des symptômes insoutenables du sevrage poussant à la reconsommation. A la fin, une tolérance s'installe et pousse à l'augmentation des doses et des fréquences de consommation pour en arriver à des complications pour le corps et l'esprit. De plus, on a pu aussi voir qu'en France, la drogue est très présente (Figure 16 et 17). Il y a une augmentation des expérimentations et des consommations chez l'adulte (Figure 16). De ce fait, cela nous amène à se questionner : Comment pouvons nous prévenir l'usage des drogues ? Quel est le rôle du Pharmacien dans les traitements mis en place et quelles sont les institutions impliquées?

### **CHAPITRE III : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE**

## **III.1 Prévention**

### **III.1.1 Notions et concepts, les différentes méthodes**

Le premier outil utilisé pour réduire la consommation de substances psychoactives est la prévention. La prévention a pour but d'informer les patients pour qu'ils aient des réflexes qui leur évitent de devenir dépendant. Mais elle s'adresse aussi à différents publics : aux jeunes bien sûr, dont la personnalité est encore en construction, mais aussi aux adultes, et plus particulièrement à ceux qui sont en charge de ces jeunes (parents, enseignants, éducateurs, professionnels de santé), pour leur fournir les moyens de les aider. Elle s'adresse également aux adultes qui mettent leur santé, et parfois celle des autres, en danger et auprès de qui la jeune génération cherche des modèles. Elle se divise en trois parties : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

#### **III.1.1.1 La prévention primaire**

La prévention primaire s'adresse aux personnes n'ayant jamais consommé. Elle a pour but d'empêcher l'expérimentation, ce qui est un objectif très difficile à atteindre. Repousser au maximum l'expérimentation est un objectif plus réalisable. En effet, une expérimentation trop précoce (public jeune) peut avoir des conséquences graves à moyen et long terme.

Elle se situe donc en amont de la maladie et vise à supprimer ou à diminuer l'exposition aux facteurs de risque. Ces actions font donc appel à des mesures individuelles ou collectives de type législatif, médical, éducatif ou social. La prévention primaire peut agir en éliminant l'agent responsable (ici le statut illégal de la drogue), en remédiant aux facteurs environnementaux responsables (en supprimant les lieux de revente, proposer des activités aux jeunes pour éviter l'ennui et le squat), en renforçant la personne pour apprendre à dire non aux produits toxiques (affiches de propagande, publicité...) (9).

#### **III.1.1.2 La prévention secondaire**

La prévention secondaire s'adresse aux personnes déjà usagères de substances psychoactives. Elle a pour but de réduire la prévalence d'un problème donné au sein d'une collectivité, ici la consommation de drogues. Ses objectifs sont

de réduire la durée du problème et/ou de limiter le préjudice individuel et social associé. Elle aura des missions de traitement, d'intervention ou de réhabilitation.

### **III.1.1.3 La prévention tertiaire**

La prévention tertiaire s'adresse aux personnes ayant arrêté de consommer et étant donc sevrées. Elle a pour objectif de créer et de maintenir chez ces individus une meilleure capacité à vivre et à se réinsérer socialement. Par exemple, grâce à la mise en place d'équipements temporaires, en aidant à la réadaptation professionnelle et grâce au soutien d'un groupe communautaire, un groupe de paroles (9).

La prévention ne peut pas se fixer l'objectif de supprimer toutes les consommations, ceci est totalement irréalisable. Les stratégies actuelles sont plutôt de lutter contre des schémas de consommation qui impliquent des complications. Par exemple, la prévention routière contre la drogue au volant ne vise pas la suppression de toutes drogues, mais de sa consommation avant de prendre la route. Cela diminue la mortalité due aux drogues.

## **III.1.2 Organisation**

### **III.1.2.1 Les campagnes de communication de l'Etat**

Depuis toujours, les sociétés ont souhaité anticiper la survenue d'un mal et intervenir pour le détruire ou le contrecarrer. Les pouvoirs publics ont mis en place de nombreuses stratégies de prévention. En premier lieu, ce fut le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), devenu Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui organisa les actions menées.

Les principaux outils utilisés sont les supports télévisuels (vidéo, spots publicitaires...), les affiches et les livres d'information simplifiés. En voici quelques exemples :

1986 : Campagne télévisée « La drogue : parlons-en avant qu'elle ne lui en parle ». Ce spot montre un jeune garçon emprisonné dans une seringue pendant un cauchemar de son père. Ici, le public visé était les parents.

1991 : « Aidons-les à trouver la force de dire non » : il montre deux adolescents en train de convaincre un troisième de s'essayer à la consommation de drogue.



1994 : « Contre la drogue on n'est jamais trop » : Ce spot présente un jeune homme et ses regrets sur sa consommation passée, avec des photographies de toxicomanes pour interpeller le public.

2000 : Apparition de la campagne « Drogue : savoir plus, risquer moins » avec cinq brochures (Alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy et tabac), quatre spots télévisés, une affiche (Figure 18) et la publication d'un livre apportant les informations qui manquaient à l'époque (les principales substances, compositions, effets, dangers, chiffres, statut...).



Figure 18 : Affiche de la campagne "drogue, savoir plus risquer moins" de 2000 (39).

2001 : Sortie de la cassette vidéo « Accros » de la collection « Drogues : Savoir plus, vidéo », accompagnée d'un livret d'accompagnement pour la sensibilisation. Cette VHS contenait la compilation de quinze émissions de télévision de treize minutes et ce support fut diffusé auprès des acteurs de terrain. On retrouve toutes les drogues les plus courantes et les nouvelles (Annexe 2).

Sortie également de la campagne « Prévenir les risques de l'usage de drogue, il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre. Drogue : savoir plus, risquer moins »,

marquée par quatre spots de télévision et aussi un communiqué de presse destiné à valoriser le rôle des adultes. Le choix de la presse est stratégique. Il répond aux besoins qu'ont les adultes de s'appuyer sur un instrument de médiation. L'annonce presse permet d'engager un dialogue et une réflexion avec les jeunes. En effet, à la différence du média télévision, le recours à l'annonce presse permet d'établir un lien direct et plus durable. Les annonces sont insérées par deux dans une sélection de médias ciblées performants (presse quotidienne nationale, presse news, presse TV, presse féminine, people et presse spécialisée).

2002 : La campagne « Alcool, cannabis, tabac et autres drogues, pour savoir où VOUS vous en êtes et faire le point sur les risques liés à votre consommation, vous pouvez taper drogues-savoirplus.com ou appeler le 113, Drogue Tabac Alcool Info Service » cible les 15-25 ans.

Le but est d'alerter sur les consommations dangereuses de drogues et d'interpeller ces jeunes sur leur niveau de consommation ou celui d'un proche. Il y a une incitation à s'auto-évaluer sur des sites internet ou par téléphone en appelant le 113. On y retrouve quatre spots radio (avec chaque fois un témoignage sur une consommation problématique) et cinq brochures (alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy et tabac... avec leurs compositions, les effets, les dangers, les dépendances...) (Figure 19). Le but étant d'ouvrir un dialogue entre les générations et de fournir des repères. Les composantes de cette campagne sont les spots radio, sites internet, e-mailing et SMS, flyer. Les livres « drogues : savoir plus risquer moins », « livre blanc », le livret de connaissance : comprendre la drogue... etc. viennent renforcer cette action.

Figure 19 :  
Les cinq  
brochures de  
la campagne  
de 2002 (40)



2005 : La campagne « Le cannabis est une réalité » est la première campagne de



Figure 20 : Les trois brochures de la campagne "Le cannabis est une réalité" de 2005 (40)

sensibilisation sur les effets du cannabis. Cette campagne s'inscrit dans le cadre global de la sensibilisation au cannabis, avec la mise en place de deux cent vingt centres de consultation cannabis pour les jeunes et de la ligne Ecoute cannabis. En ce qui concerne les médias, la campagne compte des spots télévisuels au nombre de six et

des spots radio qui ciblent les jeunes. La campagne presse se dirige plus vers les parents, avec quatre annonces (comme : « J'ai trouvé du cannabis dans la chambre de mes enfants. Qu'est-ce que je fais ? »). Dans la presse médicale, une rubrique « le cannabis et vos patients » apparaît pour mobiliser les professionnels de santé.

Hors média, on compte trois brochures (Figure 20) : « Cannabis, ce qu'il faut savoir » à destination des jeunes (témoignages, recommandations, questions/réponses...), « Guide d'aide à l'arrêt du cannabis » (qui aide à identifier les motivations qui poussent à consommer et des exercices pratiques pour aider à arrêter de consommer...) et enfin « Cannabis : les risques expliqués aux parents ». Ces trois brochures visent à offrir au public une information complète sur le cannabis, sur les risques, les structures d'accueil et les prises en charge.

2007 : Campagne « Tout savoir sur les addictions : drogues, alcool, tabac... : [www.drogues-dependance.fr](http://www.drogues-dependance.fr) ». Ceci est la version électronique du livre Drogues et

dépendance de 2006 (qui est la réédition du livre « Savoir plus risquer moins », avec un contenu actualisé et une maquette plus jeune). Cela s'accompagnera d'une affiche avec la promotion du site et le rappel du numéro gratuit « Drogue info service ». On verra aussi une annonce de presse pour les professionnels de santé « les addictions



Figure 21 : Brochure "24 réponses sur la cocaïne" de 2007 (40)

et vos patients ». Une brochure sur la cocaïne (Figure 21) voit le jour, destinée aux 15-25 ans, en faisant le point sur la consommation, les risques et les idées reçues.

2010 : Campagne « Contre les drogues chacun peut agir ». Cette campagne soutient les adultes et en premier lieu les parents dans leur rôle de prévention de l'usage de drogue par les jeunes. Il y a eu trois spots télévisuels : Brigitte (mère d'une adolescente qui fume du cannabis, s'isole et rate ses examens), Michael (adolescent qui sniffe de la cocaïne), Nelson (jeune qui refuse de prendre l'ecstasy proposée par un de ses amis). Ces trois protagonistes sont repris pour les annonces de presse accompagnées du texte de la voix off retraçant leur histoire) (Annexe 4). Sortie de la brochure « 16 réponses sur l'héroïne » dans le même esprit que celle sur la cocaïne de 2007.

2015 : Campagne de promotion des CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) lancée par l'INPES, la MILDECA et le ministère chargé de la santé sur l'ensemble du territoire à partir du 12 janvier. Création du CJC présent sur toutes les affiches, trois spots télévisuels (cannabis, jeux vidéo, alcool), un dispositif web (qui est la refonte du site [www.drogues-info-service.fr](http://www.drogues-info-service.fr), comportant un annuaire des 400 CJC). Partenariat avec la radio « Skyrock » et création de documents pour les professionnels : affiche CJC « Il existe un endroit pour en parler et faire le point » (Figure 22). Les trois brochures déjà existantes sur le cannabis furent remises à jour (« Cannabis, ce qu'il faut savoir », « Cannabis : les risques expliqués aux parents », « Guide d'aide à l'arrêt du cannabis »). Et sortie de l'ouvrage livre « Drogues et conduites addictives » (version actualisée du livre « Drogues et dépendances » de 2006).



Figure 22 : Affiches promotion des Consultations Jeunes Consommateurs (40)

Pour résumer, les campagnes publiques de communication pour la prévention se sont déroulées en plusieurs étapes :

- **1986-1994 : Premières campagnes grand public sur les drogues**

C'est en septembre 1986 que les pouvoirs publics lancent avec le CFES (devenu INPES en 2002) la première campagne de communication grand public contre les drogues. Le spot met alors en scène des collégiens et se termine sur un slogan sans équivoque « La drogue, c'est de la merde ». En décembre de la même année, la campagne « La drogue, parlons-en avant qu'elle ne lui parle » s'adresse aux parents dans le but de lever un tabou et de les inciter à dialoguer avec leur enfant. On y découvre le premier numéro vert « Point parents ».

En 1991, une action de communication d'envergure est lancée, symbolisée par le spot « Aidons les à trouver la force de dire "non" » réalisé par Patrice Leconte. Son objectif : combattre la pression des pairs et valoriser le comportement de refus chez les adolescents.

En 1994, premier tournant en matière de communication avec la campagne « Contre la drogue, on n'est jamais trop... » qui illustre, par des mots et par des images, la réalité des drogues. Pour la première fois, les spots montrent des toxicomanes en faisant défiler des photos en noir et blanc, sur un air mélancolique de MC Solaar.

- **1995-2001 : Vers la création d'une culture commune sur les drogues et la responsabilisation du consommateur**

Les campagnes réalisées sur cette période ont pour principal objectif la création d'une culture commune sur les drogues, par le biais d'une remise à niveau des connaissances de l'ensemble de la population : sur la réalité des risques et les dangers de l'ensemble des produits - dont l'alcool et le tabac-, affichés pour la première fois au rang de substances psychoactives.

Afin d'informer et de responsabiliser les consommateurs, toute une série d'outils d'information et de formation des professionnels voit le jour, dont le livre d'information « Drogues savoir plus, risquer moins » (remplacé en 2006 par le livre Drogues et Dépendance, puis, en 2014 par le livre Drogues et conduites addictives).

- **2002-2010 : Poursuite de l'information grand public et sensibilisation face à l'expansion de la consommation de cannabis**

C'est en 2005 que pour la première fois en Europe, une campagne médiatique sur le cannabis est diffusée. La campagne « Le cannabis est une réalité » est alors

l'un des piliers du programme de prévention de l'usage du cannabis des pouvoirs publics, qui comprend également une ligne spécifique « Ecoute Cannabis » et un réseau de consultations cannabis pour les jeunes sur l'ensemble du territoire.

Les six spots télévisuels et les huit spots radios opposent le mythe largement répandu du produit naturel et inoffensif à la réalité de ses effets négatifs, sous forme de témoignages. Des annonces presse à destination des parents et des professionnels de santé complètent le dispositif.

Trois brochures sont éditées : une pour les jeunes, une pour les parents, et un guide d'aide à l'arrêt destiné aux consommateurs désireux de cesser de fumer.

En 2006-2007, la campagne « Tout savoir sur les addictions... » accompagne le lancement du livre et du site Internet « Drogues et dépendances ».

- **2008 – 2011 : Focus sur la prévention des consommations et des addictions**

En 2009, la campagne « Drogues ne fermons pas les yeux » (télévision, radio, Web) vient rappeler qu'en dépit de leur apparente banalisation les drogues, quelles qu'elles soient, restent des produits dangereux et incite le public à s'informer.

En 2010, on voit apparaître la campagne « Contre les drogues chacun peut agir », dont l'objectif est de mobiliser l'entourage en l'incitant à ouvrir le dialogue avec les jeunes exposés aux drogues et à chercher l'information. La campagne promeut le dispositif Drogues Info Service, offrant ainsi aux proches une solution concrète et accessible. Elle sera rediffusée en 2011.

- **En janvier 2015**

Campagne de promotion des CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) lancée par l'INPES, la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) et le ministère chargé de la santé (41).

### **III.1.2.2 Mise en place de la politique de réduction des risques**

Bien que la prévention vise notamment à informer et modifier les représentations qui présentent les substances psychoactives sous un jour favorable ainsi qu'à développer les capacités des individus à faire des choix favorables à leur santé, elle s'attache également à développer des actions qui permettent de repérer les consommations à risque et de favoriser l'accès aux soins. Il s'agit de l'intervention précoce (42), qui se situe entre la prévention et les soins. Cette démarche intègre l'aide au repérage précoce, à l'auto évaluation et à l'orientation

vers des soins spécialisés pour les personnes qui en ont besoin. Elle est plus de l'ordre de la prévention secondaire. Elle propose un soutien aux jeunes et à leur famille, pour réduire le délai entre l'apparition des premiers signes d'usage à risque et la mise en œuvre d'un accompagnement et de soins. Elle mobilise l'ensemble des acteurs, spécialistes ou non, et toute la société (parents, enseignants, éducateurs, professionnels de santé etc...), puis s'articule avec l'activité des CJC, CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les professionnels de santé de ville (42).

La réduction des risques (RDR) s'adresse avant tout aux consommateurs actifs et à leurs proches. Cette action fut développée dans les années 1980 dans le cadre de l'épidémie de VIH (43) chez les usagers injecteurs d'héroïne. La RDR envisage tous les types de risques associés à la consommation de drogues comme :

- les risques somatiques : surdoses, contamination par le VIH, les Hépatites B et C, bactéries...
- les risques psychiatriques : troubles anxieux, dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses...
- les risques sociaux : violences, insécurité routière, précarité...

Son but premier n'est pas le sevrage et l'abstinence des consommateurs, mais de limiter les risques liés à la consommation. Son évolution fut longue ; elle est loin d'être terminée (Figure 23).



**Figure 23 : Principales étapes de la mise en place de la RDR (43)**

Nous pouvons considérer la RDR comme une palette d'outils adaptables en fonction des situations avec :

- des informations sur les risques associés à l'usage des substance psychoactives
- la mise à disposition de matériel stérile (seringues, Stéribox®...) et récupération du matériel utilisé dans des structures spécialisées, par des associations, dans des pharmacies ou *via* des automates.
- des recommandations pratiques visant à éliminer ou réduire certains risques (comme le non partage du matériel, le choix des points d'injection...)
- des accès à des médicaments de substitution pour les consommateurs d'opiacés.
- des services sanitaires (soins infirmiers, dépistage de maladies...)
- un accueil, une écoute, un soutien, une aide psychologique, une orientation...

### **Cadre général :**

Issu de la loi de santé publique de 2004, le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 établit le cadre de référence des activités de réduction des risques pour les usagers de drogues. Inscrite dans le Code de la Santé Publique par l'article D.3121-33, la politique de réduction des risques repose principalement sur des activités de prévention mises en œuvre par les intervenants de la réduction des risques auprès d'une population à haut risque.

Il s'agit, d'une part, des actions visant la promotion et la distribution de matériel de prévention et l'accès aux traitements de substitution. Les actions relatives à la mise à disposition du matériel de prévention s'appuient notamment sur la délivrance du matériel d'injection stérile, mais aussi sur d'autres outils de prévention de la transmission des maladies infectieuses, tels que le matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne ou encore le matériel de prévention des accidents routiers.

D'autre part, le dispositif de réduction des risques repose sur les activités visant à faciliter l'accès au dépistage des maladies infectieuses, la diffusion des informations sur les risques et leur prévention (pratiques à risque, composition des produits et alertes sur leur toxicité) et de promotion de l'éducation à la santé. Enfin, il



comprend des actions d'appui aux usagers dans l'accès aux services de première urgence, aux soins, aux droits, l'accès au logement et à l'insertion professionnelle.

Dans le cadre réglementaire en vigueur, la mise en œuvre des activités de RDR est réalisée par les pharmaciens officinaux, les médecins de ville, les dispositifs médico-sociaux spécialisés, tels que les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (dit CAARUD) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (dit CSAPA). On peut ajouter aussi des acteurs associatifs non médico-social, et des dispositifs municipaux (43). L'accueil des usagers se fait sans prérequis de sevrage et d'abstinence et sans jugement. C'est le principe essentiel de cette démarche, afin de créer des liens et mettre à disposition des usagers certaines ressources.

### **Les actions entreprises :**

En France, les mesures de prévention des risques se déclinent en quatre axes :

- *La distribution et la récupération de matériel stérile à usage unique.* Des seringues et des kits d'injection sont vendus librement en pharmacie. Les kits d'injection sont aussi distribués ou échangés dans les structures de réduction des risques (CAARUD) et les centres de soins (CSAPA) ou par les automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administration autres que l'injection, avec l'apparition du kit-sniff et du kit-base (destinés à fumer le crack), la distribution de feuilles spéciales destinées à « chasser le dragon » (inhalation des vapeurs produites par le chauffage de la substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium). Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à leur usage) vise à diminuer l'incidence de la contamination par le VIH.
- *L'incitation au dépistage des infections au VIH, au VHC, au VHB et l'accès facilité à ce dépistage.* Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). En 2011, il existait en France 344 CDAG, auxquels s'ajoutaient une centaine d'antennes de CDAG en prison.
- *L'incitation à la vaccination contre le VHB.* Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement par le biais des CSAPA. Il est remboursé à 65 % par l'Assurance Maladie dans le dispositif de soins général.
- *La diffusion des Traitements de Substitution Orale (TSO).* Les TSO sont disponibles en France depuis 1995. Ils contribuent à limiter l'injection (éviter la

primo-injection et/ou inciter à l'abandon de la voie intraveineuse) en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues. Ils permettent d'établir une relation thérapeutique. En France, il existe actuellement deux principales options thérapeutiques pour la dépendance aux opiacés : les traitements par la méthadone et la buprénorphine haut dosage (ou Subutex®). Ces deux molécules sont incluses par l'OMS dans la liste des « médicaments essentiels » (45).

La très large disponibilité des TSO en France, très majoritairement prescrits avec un faible seuil d'exigence par la médecine de ville, en fait un des dispositifs majeurs de la réduction des risques (48).



C'est dans cette optique que le projet d'expérimentation et d'évaluation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) s'inscrit. En effet, la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) a été inaugurée le mardi 11 octobre 2016, dans le quartier de la Gare du Nord à Paris. Ce dispositif expérimental fait partie des actions prévues dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. La MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives) assure la coordination nationale de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque prévue pour l'instant à Paris, puis à Strasbourg. Cette expérimentation doit durer six ans.

Ces salles permettent :

- d'entrer en contact avec les populations d'usagers de drogues les plus marginalisées afin de restaurer leur santé et leur situation sociale
- de réduire les risques d'overdoses fatales et la mortalité des usagers de drogues
- de réduire les comportements à risque en matière de transmissions des maladies infectieuses, en particulier VIH, VHC et VHB
- d'améliorer l'accès à la prévention et à l'éducation à la santé et en particulier aux pratiques d'injections sécuritaires
- d'améliorer l'accès aux traitements en addictologie et au sevrage
- d'améliorer l'accès aux droits sociaux et aux circuits de réinsertion
- de faciliter l'accès à un hébergement adapté
- de réduire les nuisances liées à l'usage de drogues dans l'espace public.

Les salles présentent quatre espaces, avec chacun un rôle différent. L'accueil a pour fonction la prestation sociale, en améliorant la situation des usagers en maintenant un lien social pour les personnes à fort risque de marginalisation. Un espace supervisé pour les consommations a pour but de réduire les risques liés à la consommation de produits psychoactifs (transmission de maladies infectieuses...). Un autre espace est prévu pour une éventuelle rencontre avec un acteur médico-social, suivi d'un espace de repos (Figure 24) (44).

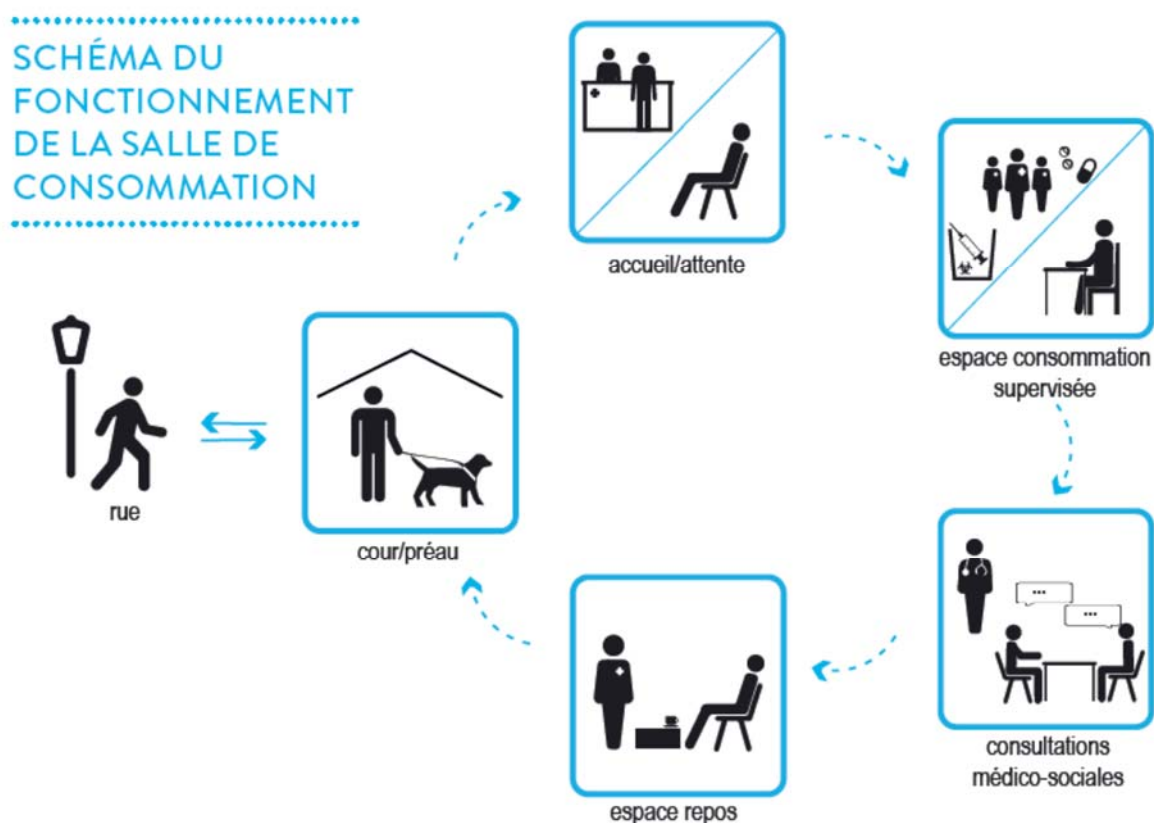


Figure 24 : Schéma de fonctionnement de la salle de consommation de Paris (44)

Une information sociale et une orientation vers les structures de soins permettent d'offrir des possibilités d'accompagnement en vue d'entreprendre des démarches. Une attention particulière à la prévention des contaminations, au dépistage et à l'accès aux soins pour l'hépatite C est de rigueur. Un espace d'élaboration collectif de certains thèmes concernant directement les usagers de drogues est favorisé au sein du lieu d'accueil. Un atelier d'élaboration individuel pour travailler sur les pratiques de consommation à moindre risque est mis en place. Des soins de santé primaire sont proposés par le personnel infirmier du lieu d'accueil, ainsi que des prestations médicales de premier recours et des capacités de

réanimation en cas d'overdose. Le matériel de consommation est mis à disposition (seringue, eau stérile, tampon alcool, cupules, filtres, acide ascorbique, containers...) mais pas le produit consommé (43).

Les lieux d'intervention sont divers : en officine, en cabinet médical, dans un centre d'accueil, dans un bus, dans la rue, les espaces verts, les gares, en squats, en détention ou en milieu festif (grands événements, clubs...). Parce que les besoins des usagers de drogues qui fréquentent le milieu festif sont différents, les modalités d'intervention en milieu festif vont dépendre principalement de la nature de l'événement organisé et de la capacité des intervenants à être présents et à organiser leur intervention (Figure 25).

Type d'événement	Principales interventions	Population
<i>Free party</i> : événement festif de moins de 500 personnes ou <i>rave</i> « payante » (sans autorisation préfectorale)	Flyers en téléchargement pour les participants et les organisateurs et possibilité de commande de matériel de réduction des risques Si connaissance d'une telle soirée : dépliants d'information et matériel (« flyage »)	Initiés de la musique Techno, publics insérés
<i>Free party</i> « légale » : événement festif « multi-sons » de plus de 500 personnes (2 jours)	Stand ou « <i>chill out</i> »	Part importante de nouveaux arrivants dans l'univers Techno (plus exposés)
Teknival : événement festif de plus de 50 000 personnes (plusieurs jours)	Création d'un village « RDR » voire plusieurs : accueil, information, matériel, écoute, réassurance, secourisme, tests rapides de la composition des produits par la chromatographie sur couche mince	Participants souvent jeunes et novices, part minoritaire d'usagers de drogues par voie intraveineuse
Clubbing ou soirée urbaine (entrée gratuite ou payante)	« Flyage » (dépliants d'information et matériel) ou stand lorsqu'il y a des actions de prévention	Publics s'y mélangent davantage, conditions d'hygiène mauvaises
Défilé en ville, festival...	« Flyage » (dépliants d'information et matériel), « stand » ou « <i>chill out</i> » mobile	Beaucoup de très jeunes

**Figure 25 : Activité de prévention en milieu festif (d'après l'OFDT: à partir des rapports d'activité de Techno+ et de l'enquête Quanti-festif 2004-2005 (OFDT/GRVS))**

On peut noter une augmentation du degré depuis l'instauration de la RDR, mais avec des améliorations encore nécessaires. L'offre de soins, concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO) repose, pour une large part, sur les médecins généralistes de ville. Par exemple, en 2008, un peu moins des deux tiers

des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année ; cette proportion est nettement orientée à la hausse ces dernières années. Les médecins voient en moyenne 1,8 usagers dépendant aux opiacés par mois, ce qui donne une estimation de 110 000 patients vus en moyenne par mois pour un traitement de substitution aux opiacés (43).

Grâce à une enquête nationale menée auprès des pharmacies de ville en 2010 par l'ANSM, 40 % disposaient de systèmes de récupération des seringues et 48 % d'entre elles ont déclaré délivrer aux usagers de drogues des informations sur la prévention des maladies infectieuses (46). Les pharmacies enquêtées sont 79 % à recevoir chaque mois au moins un patient traité par médicament de substitution aux opiacés ; 78 % délivrent des Stéribox®, mais seulement 16 % des seringues à l'unité, et encore moins (1,2 %) des Stérifilt® ou des Stéricup®.

Comme le montre le graphique de la Figure 26, la politique de RDR a commencé à porter ses fruits dès les années 1990. En effet, le nombre de décès par surdoses avait rapidement reflué sous l'effet, entre autres, du développement des traitements de substitution aux opiacés et d'une désaffection pour l'héroïne. La hausse constatée, à partir de 2004, a été très nette chez les individus de 15 à 49 ans, groupes d'âge associés aux usagers actifs de drogues jusqu'en 2008 : le nombre de décès recensés était de 204 en 2003 et atteignait 298 en 2008 (soit une augmentation de près de 50 %). Puis, en 2009 et 2010, le nombre de décès par surdose dans cette tranche d'âge s'est stabilisé.

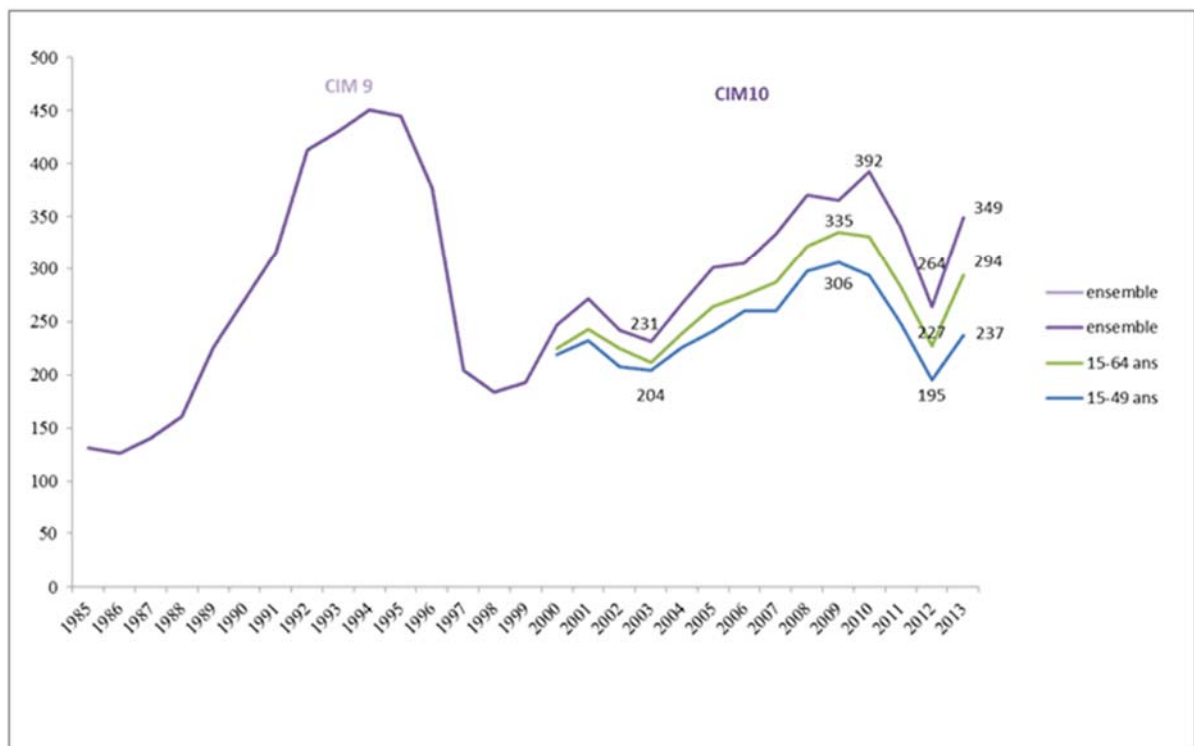


Figure 26 : Evolution du nombre de décès par surdose depuis 1985 (47)

### Les principaux freins

Le premier concerne une question classique et longuement débattue depuis le début de la réduction des risques en France (et dans d'autres pays). Il renvoie à la difficulté ressentie sur le terrain à allier pénalisation du simple usage de drogues (ainsi qu'aux mesures qui lui sont associées : interpellations, confiscation de matériel) et mesures de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses. La présence policière et les risques liés à la détention de matériel de réduction des risques reviennent, dans de nombreux résultats d'enquêtes, comme un frein à l'accès aux soins et à la prévention des risques. Les études mettent en lumière également des inégalités parmi les usagers de drogues dans les possibilités de ne pas s'exposer au regard policier. Leur consommation a souvent lieu dans la rue et ceci les conduit à prendre davantage de risques. La possibilité, ou l'impossibilité, de consommer dans des lieux privés apparaît discriminant dans la prise de risques (49).

On retrouve aussi l'incompréhension souvent manifeste des riverains vis-à-vis des outils de réduction des risques, qui comprennent parfois mal que, d'un côté l'usage est interdit, quand, de l'autre, des seringues (et autre matériel) sont distribuées. Même si les choses progressent, force est de constater que les actions de réduction des risques sont encore loin d'être acceptées par tous.

Il y a également la méconnaissance des drogues, des usagers et des politiques menées parmi la population générale, et surtout parmi certains professionnels directement confrontés à des usagers (pharmaciens, médecins, policiers, magistrats...). Ceci est à déplorer, car le travail en réseau paraissait pouvoir accroître sensiblement les connaissances et diminuer les phénomènes de peur et de rejet (43).

### **Améliorations envisageables**

Actuellement, les addictions et la réduction des risques en France ne sont pas coordonnées ; elles sont éclatées et manquent de financement. Nous ne disposons pas d'une institution en mesure d'initier, susciter, coordonner et même financer des projets de recherche dans ce domaine. C'est donc un premier point à envisager.

L'un des gros problèmes en France est une faible culture de santé publique. Nous nous caractérisons par des approches plus individuelles que collectives et plus curatives que préventives. Il est difficile d'imaginer des réponses préventives et non immédiatement curatives. Le terrain était donc peu propice à la mise en place rapide d'une politique de réduction des risques. Cette observation est d'ailleurs corroborée par les comparaisons internationales.

L'élaboration d'un guide de bonnes pratiques serait aussi une priorité pour aboutir à des formations qualifiantes des équipes (que les acteurs soient diplômés ou non). Cela permettrait de construire aussi des outils d'évaluations qualitatives. Au niveau international, il existe déjà de tels guides recommandés par l'OMS. L'adaptation de ces guides au contexte français doit s'élaborer dans la pratique, sans se contenter des acquis actuels. Il serait inopérant de prôner une démarche de réduction des risques que nous ne pourrions mettre en œuvre (43).

La création d'équipes expérimentales permettrait d'explorer les nouveaux modes de consommation des plus jeunes dans différents contextes (urbain, périphérie, petites villes et campagnes) ainsi qu'auprès de populations spécifiques (squatters, jeunes en errance, étudiants, migrants, gitans...). Ces projets contribueraient à l'émergence d'une nouvelle génération d'acteurs de réduction des risques liés à l'usage en associant les acteurs actuellement en lien avec ces jeunes.

### III.1.2.3 Exemples d'autres pays

Dans le monde, les réactions des pays face à ce problème furent différentes de par leur culture de santé publique. On distingue deux types :

- les pays ayant une tradition de santé publique (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suisse, pays nordiques). Dès l'apparition du SIDA, les mesures de réduction des risques se sont rapidement imposées aux professionnels de manière évidente et pragmatique et ont été mises en œuvre à partir de 1985
- les autres pays (notamment en France et aux États-Unis) sans réelle tradition de santé publique et avec une approche moralisante des questions d'addiction. Dans ces pays, ce sont les associations et les militants qui ont imposé la mise en œuvre des mesures de réduction des risques.

Les centres d'injection supervisés (CIS) sont des structures où les usagers de drogues par injection peuvent venir s'injecter des drogues (qu'ils apportent) de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision d'un personnel qualifié. Cela s'apparente aux salles de consommation à moindre risque dont la France est en train de faire l'expérience actuellement. La différence est que la France n'en est qu'à l'expérimentation, alors que ces CIS sont déjà installés dans 8 pays : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse. Les CIS ont fait leurs preuves sur la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux overdoses. Ils permettent une intervention rapide et efficace en cas d'overdose. Aucune overdose mortelle n'a été enregistrée dans un CIS, malgré des millions d'injections pratiquées, et plusieurs estimations du nombre d'overdoses fatales évitées ont pu être réalisées.

Des programmes d'échange de seringues existent dans tous les États de l'Union Européenne.

Les traitements de substitution aux opiacés constituent une mesure ayant un objectif de réduction des risques et un objectif thérapeutique. Comme pour le programme d'échange de seringues, cette mesure est désormais disponible dans tous les États de l'Union Européenne et fut un succès (Figure 27). On estime qu'environ 670 000 consommateurs d'opiacés ont bénéficié d'un traitement de substitution en 2008.



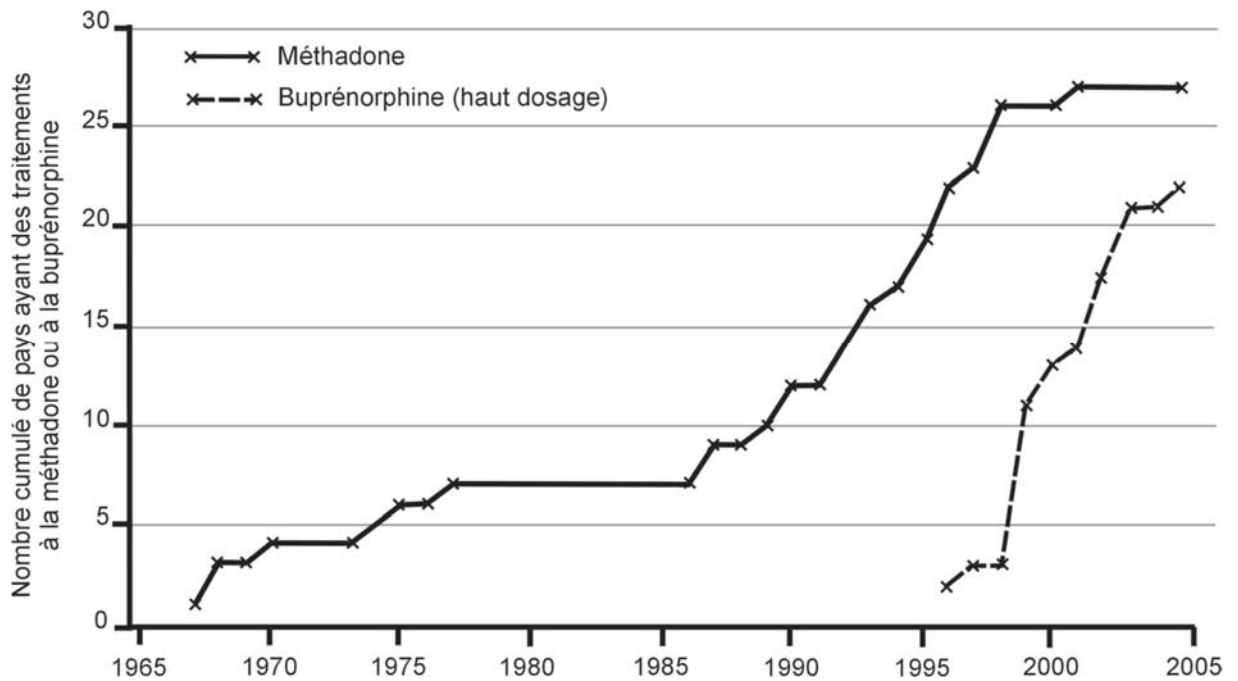


Figure 27 : Evolution du nombre de pays adhérant aux TSO depuis 1965 (43)

### Le modèle suisse

Le modèle suisse de politique de réduction des risques fut un des plus rapides et des plus performants de par sa mise en place et son efficacité. Il est très en avance sur le système français. Devant l'urgence SIDA à la fin des années 80, la Suisse a été parmi les premiers pays à mettre en place et développer une politique de réduction des risques, l'injection de drogue étant l'un des principaux vecteurs de la pandémie de VIH. Les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (notamment les héroïnomanes) avaient transformé les lieux publics de Zurich et d'autres villes de Suisse en véritables « champs de seringues ». Les autorités helvétiques ont pris le problème à bras le corps et ont fait de la politique de réduction des risques l'une de leurs composantes principales en matière de santé publique (51).

La création d'un lieu d'accueil avec espace d'injection fut une mesure qui entra dans le cadre de la politique de réduction des risques liées à la toxicomanie. Cette politique a été développée sur les plans fédéral et cantonal depuis 1991, date à laquelle le Canton de Genève a mis sur pied le premier programme d'échange de seringues de Suisse romande, le Bus itinérant prévention sida (BIPS). A cette époque, des locaux d'injection étaient déjà ouverts en Suisse allemande (le premier date de 1986). A travers l'activité du BIPS et au contact des personnes consommant des produits illicites par injection, la nécessité d'améliorer les conditions d'hygiène de

l'injection est très vite apparue. Si des résultats positifs montrant une diminution de la transmission du VIH ont suivi l'introduction de la remise de matériel d'injection stérile, depuis 1996, l'apparition de la consommation de cocaïne a entraîné une multiplication des injections et une dégradation de l'état de santé des consommateurs. En mai 2000, le Parlement genevois adopte une motion demandant au gouvernement l'ouverture d'urgence d'un local d'accueil avec possibilité d'injection. Ce dernier confie, en mai 2001, au GSG (Groupe Sida Genève) le mandat de mettre sur pied un tel projet. La structure ouvre ses portes à la fin du mois de décembre 2001 (50).

En quinze ans, les résultats - issus d'évaluations annuelles pointilleuses - sont spectaculaires. En Suisse, selon les données statistiques des causes de décès, le nombre de décès liés à l'usage de stupéfiants a baissé au cours des quinze dernières années de deux tiers (1995 : 376 cas, 2013 : 126) (Figure 28). Depuis, on peut observer une légère augmentation (2014 : 134 cas) (52). Sur cette même période, on observe un recul de 80 % de la mortalité due au SIDA chez les toxicomanes. La "petite criminalité liée à la consommation de drogue" a été réduite de 70 %.

	Âge														Total
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	
1995	.	19	84	102	100	35	12	7	5	3	3	4	.	2	376
1996	.	12	69	80	76	46	14	12	.	2	6	1	.	2	320
1997	.	13	38	62	63	36	23	7	4	2	1	2	2	2	255
1998	1	9	41	47	50	35	21	11	6	2	3	1	.	.	227
1999	.	8	33	44	44	39	25	8	2	3	2	.	2	3	213
2000	1	6	30	47	46	33	30	12	4	6	.	1	2	4	222
2001	.	6	23	40	56	43	28	12	5	3	1	3	1	.	221
2002	.	3	19	38	52	36	24	17	7	5	3	3	3	4	214
2003	.	6	14	30	42	46	31	17	2	3	1	3	2	5	202
2004	.	8	13	32	33	46	28	21	12	2	4	2	1	8	210
2005	.	8	25	28	41	53	42	26	5	2	5	2	1	3	241
2006	.	9	11	17	33	40	30	18	11	5	1	2	.	3	180
2007	.	2	16	18	31	38	41	15	9	6	5	1	.	1	183
2008	1	7	13	27	26	43	30	21	9	9	3	3	3	3	198
2009	1	3	15	17	16	36	37	16	20	4	1	3	1	1	171
2010	.	4	8	15	18	22	17	21	16	7	3	.	3	3	137
2011	.	2	5	10	15	20	21	24	12	4	3	2	4	3	125
2012	.	3	9	6	17	15	21	16	10	8	5	2	4	5	121
2013	.	4	8	8	10	12	25	19	17	11	3	4	1	4	126
2014	.	1	3	9	9	16	26	24	26	8	1	4	2	5	134

Figure 28 : Evolution du nombre de décès, par âge, liés à la drogue type opioïde en Suisse de 1995 à 2014 (52)

Forte de cette expérience, la Suisse fait aujourd'hui figure d'exemple, ses axes d'intervention étant bien plus préventifs que curatifs par rapport à la France.

### **III.1.3 Rôles du Pharmacien**

En théorie, les pharmaciens d'officine sont en première ligne du dispositif de réduction des risques. En effet, le premier texte fondateur de la politique française de RDR, la libéralisation de la vente des seringues en 1987, les concerne principalement et les place au cœur de cette politique (53). A l'instar du matériel d'injection, les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) constituent un second axe majeur de la politique de RDR. Etant le seul professionnel de santé habilité à dispenser des médicaments, le pharmacien se retrouve une nouvelle fois au centre du dispositif. En pratique, la réalité est plus nuancée.

Le pharmacien d'officine est le premier acteur qui entre en ligne dans le système de santé. Cela s'explique par les horaires amples d'ouverture de l'officine, la gratuité du conseil, la possibilité d'y rencontrer sans rendez-vous des professionnels compétents et l'existence du secret professionnel. Il sera donc le premier consulté en cas d'interrogation du public sur son état de santé. Ceci est valable pour tous types de patients, y compris les usagers de drogues.

Le pharmacien peut donc offrir aux toxicomanes plusieurs prestations :

- étant le seul professionnel de santé habilité à délivrer des médicaments, il dispensera les médicaments de substitution orale (MSO)
- étant également un des acteurs habilités pour délivrer du matériel de réduction des risques, il tiendra ce type de matériel à disposition des usagers injecteurs, notamment des seringues, des Steribox® et du matériel annexe type Stericup® et Sterifilt®. Il devra aussi les récupérer *via* les conteneurs DASRI.
- et, pour terminer, dans son rôle d'acteur de santé publique, il devra orienter les usagers vers des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD), des centres de dépistage (CIDAG, CIDDIST), des programmes de réduction des risques (notamment les PES) et promouvoir l'adhésion au traitement et le bon usage du médicament.

En réalité, un très faible nombre de pharmaciens proposent la totalité de ces prestations.

Selon des enquêtes plus approfondies, concernant les traitements de substitution, nous remarquons que ceux-ci sont assez bien acceptés, mais qu'il existe encore quelques officines qui refusent totalement d'en délivrer (46).

D'autres pharmacies acceptent de s'occuper des patients sous buprénorphine, mais pas de ceux qui sont sous méthadone. Cette différence pourrait trouver sa source, soit par des contraintes administratives plus poussées sur la méthadone (gestion des stupéfiants), soit par des *a priori* selon lesquels les patients sous méthadone seraient plus « compliqués » que ceux sous buprénorphine (image du quartier...) (54).

En ce qui concerne le matériel de RDR, la quasi-totalité des officines mettent à disposition des Steribox® même si, comme pour les TSO, des refus subsistent (Figure 29). La vente de seringues est beaucoup plus faible et celle des Stericup et autres est quasi inexistante (46). L'orientation des patients est aussi un problème car certaines pharmacies les orientent peu et mal.

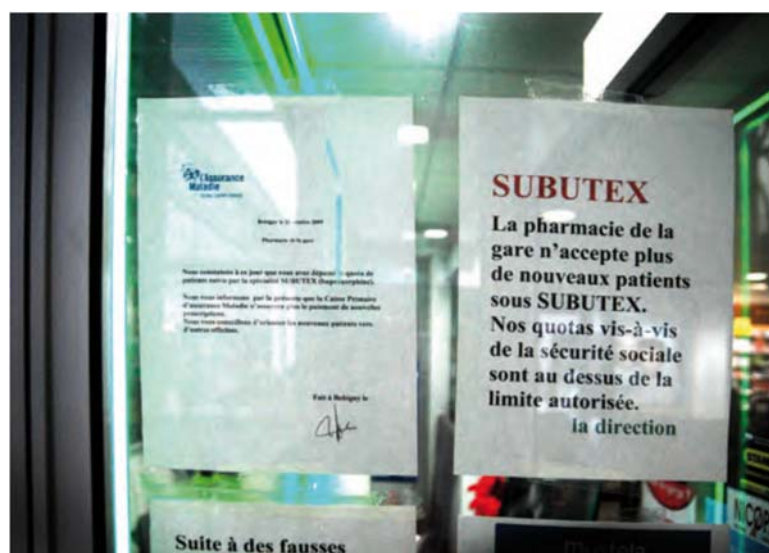


Figure 29 : Affiche de refus de dispensation de TSO par une pharmacie (54)

Le baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003 indiquait que 85 % des pharmaciens recevaient au moins un usager de drogue par mois. Parmi eux, 70 % répondaient favorablement aux demandes de TSO et de matériel, 16 % uniquement aux demandes de matériel, 12 % uniquement aux demandes de TSO (55). Le manque de formation est un défaut récurrent à souligner au niveau des équipes officinales.

#### **Améliorations à envisager lors de la prise en charge officinale**

- Mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP se caractérise par la définition suivante : « Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'enseignement du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement : la formation du patient doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. » (56). L'objectif est de permettre au patient de prendre une part active, d'être un acteur de soin. L'ETP s'inscrit ainsi dans le cadre d'une relation équilibrée entre les soignants, le patient et son entourage. L'ETP se déroule en quatre étapes : l'élaboration du diagnostic éducatif (l'identification de ses besoins et de ses attentes et la réceptivité du patient à la proposition d'une ETP), la détermination des objectifs de l'ETP, la sélection des contenus à proposer lors des séances d'ETP et des méthodes et techniques participatives d'apprentissage. Puis la quatrième étape, l'évaluation des compétences. Malheureusement, ce projet a des limites. En effet, l'investissement que représente l'engagement dans un programme d'ETP est important et, pour la population de toxicomanes, cela est difficilement envisageable. Elle nécessite une grande motivation, disponibilité et une grande assiduité. Or le patient toxicomane aura des difficultés à se plier à ces obligations. Bien que cette approche ait fait ses preuves dans diverses maladies chroniques, il est très difficile d'imaginer la réussite d'une telle tentative dans cette population.

➤ Mise en place d'entretiens pharmaceutiques personnalisés

Une solution alternative serait la mise en place d'entretiens pharmaceutiques, dans un espace confidentiel de la pharmacie, sans aucune contrainte de durée, de fréquence ou thèmes à aborder. Ces entretiens pharmaceutiques pourraient constituer une nouvelle offre de prise en charge. Cette proposition de prise en charge, caractérisée par sa liberté de décision et sa grande malléabilité d'organisation, pourrait permettre au patient de s'investir plus dans sa démarche de substitution. Voici quelques exemples de thématiques : Dépistages et structures de soins - Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) : mode d'action, effets indésirables, contre-indications, interactions médicamenteuses, règles de bon usage, cadre réglementaire - Les risques liés au mésusage et au détournement d'usage : risques sanitaires et non sanitaires - La prévention de ces risques...

➤ Elaboration d'un livret conseil de réduction des risques en lien avec le mésusage et le détournement d'usage des TSO

Le livret conseil a pour objectif d'apporter au patient les connaissances primordiales en matière de réduction des risques en cas de mésusage et de détournement d'usage, pour entreprendre ou poursuivre un traitement efficace et sans danger. Ce livret conseil pourrait être un nouvel outil systématisé de réduction des risques des pharmaciens d'officine. Il permettrait d'améliorer l'accompagnement des patients sous TSO au quotidien, grâce aux informations essentielles résumées dans une source conservable sur soi de par son format réduit. Il serait également l'occasion d'introduire la possibilité de réaliser des entretiens pharmaceutiques personnalisés, pour approfondir certaines thématiques.

➤ Le plus important serait la formation plus approfondie des équipes officinales face à la RDR. Cela impacterait l'accueil des patients usagers de drogues en les orientant mieux, en ne portant pas de jugements moralisateurs et en encourageant à la mise en place d'un TSO

➤ Il faut qu'un minimum d'officines remplissent les missions de RDR pour offrir un maillage géographique acceptable et il est nécessaire que les officines non participantes fassent l'effort de rediriger les usagers de drogue vers ces officines relais (et non de se contenter de refuser une délivrance ou un service). Ainsi, pourquoi ne pas réfléchir à la création de « pharmacies référentes », qui travailleraient en réseau avec les structures locales de prise en charge (notamment en collaboration étroite avec les CAARUD et les réseaux ville-hôpital). Ces pharmacies pourraient proposer : Fourniture –si possible à titre gratuit– de matériel et éventuellement de matériel annexe ; Récupération anonymisée du matériel usagé ; Dispensation et suivi des TSO « inhabituels » (traitements nécessitant une dispensation quotidienne avec ou sans prise sur place...) ; Conseils avancés en RDR : connaissance du matériel, des modalités d'injections, des points d'injection à risques...

## **III.2 Prise en charge**

### **III.2.1 Les institutions**

Dans la prise en charge des usagers de drogues, on distingue deux types de structure : les structures à haut seuil d'exigence et celles à bas-seuil d'exigence. Les dispositifs « haut-seuil » exigent le renoncement à la consommation de drogues illicites. Pour espérer être pris en charge, les usagers de drogues doivent se lancer dans un projet de sevrage. Tout usager qui n'est pas prêt à abandonner l'usage de

produits sera donc tenu à l'écart de ces dispositifs très sélectifs (57). A l'inverse, dans les structures de « bas seuil », l'arrêt de toute consommation de drogues n'est pas demandé, mais la consommation sur place est interdite. Ces structures proposent la mise à disposition de matériel de réduction de risques.

En France, les principaux dispositifs spécialisés existants sont (58) :

- les CJC
- les CAARUD
- les CSAPA
- les communautés thérapeutiques.

### **III.2.1.1 Les consultations jeunes consommateurs (CJC)**

Un réseau de consultations spécifiques a été mis en place dans l'ensemble des Départements depuis 2005. Ces consultations, gratuites et anonymes, sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse etc.) et aussi à ceux présentant des conduites addictives sans substance.

Elles peuvent également accueillir les familles, seules, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter. Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des adolescents (58). Elles permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations
- d'apporter des informations et des conseils personnalisés aux jeunes et à leur famille
- de proposer aux jeunes un accompagnement pour les aider à arrêter ou réduire leur consommation
- de proposer lorsque la situation le justifie, un suivi à long terme
- d'orienter vers d'autres services ou professionnels spécialisés si nécessaire.

### **III.2.1.2 Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD )**

Créés par la loi de santé publique du 9 août 2004 les CAARUD, comme les CJC sont anonymes, gratuits et ouverts à tous les usagers de substances psychoactives, sans conditions préalables d'entrée dans une démarche de diminution de sa consommation et de soin (« bas seuil ») (58).

Ils proposent notamment :

- un accueil collectif et individuel, de l'information, des conseils personnalisés
- un soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement, à l'insertion ou la réinsertion professionnelle
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (matériel stérile de consommation de drogues, préservatifs)
- l'incitation au dépistage des infections transmissibles
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers (intervention hors les murs, « outreach »)
- le développement d'actions de médiation sociale et la participation au dispositif de veille, à la recherche, la prévention et la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

### **III.2.1.3 Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**

Les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST), créés par un décret de 1992, étaient des structures destinées à la prise en charge spécifique des usagers de substances illicites. En 2002, leur fusion est annoncée avec les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA, réservés aux consommateurs d'alcool) pour donner un cadre juridique unique, celui des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Malgré cette fusion, les CSAPA peuvent se spécialiser vers des consommateurs de substances illicites ou d'alcool. Les missions des CSAPA, définies en 2007, sont les suivantes (décret 2007-877 du 14 mai 2007) :

- toute personne présentant un trouble lié à une conduite addictive, avec ou sans substance, peut être accueillie dans un CSAPA gratuitement et de façon anonyme



- l'accueil et l'information, qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien et d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. Il peut s'agir également d'informations sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge
- l'évaluation médicale, psychologique et sociale du patient et/ou de l'entourage afin de proposer la prise en charge et l'accompagnement les plus adaptés à leurs besoins
- l'orientation. Toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...)
- la prise en charge médicale en assurant notamment la prescription de l'ensemble des traitements de substitution.
- la prise en charge psychologique, qui vient compléter l'évaluation médicale et comprend un suivi psychologique et un soutien adaptés à la situation et aux besoins de l'utilisateur
- la prise en charge sociale et éducative vise, pour le patient, à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre de conforter les conditions de prise en charge thérapeutique
- la mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public pris en charge (58).

Il existe trois types de CSAPA : les CSAPA ambulatoires, les CSAPA résidentiels ou « postcure » (hébergement collectif de moyen séjour) et les CSAPA pénitentiaires. Ce sont des dispositifs de « haut seuil ».

#### **III.2.1.4 Les communautés thérapeutiques**

Les communautés thérapeutiques sont des structures destinées à des UD fortement désinsérés. Elles proposent un hébergement de plus longue durée que les CSAPA résidentiels (en restant néanmoins rattachées à des CSAPA pour la plupart) et travaillent avec un objectif d'abstinence clairement annoncé (haut seuil).

#### **III.2.2 Rôle du pharmacien dans le traitement de substitution oral**

Dans un premier temps, nous allons décrire les différents médicaments utilisés dans les traitements de substitution oral.

### III.2.2.1 La Buprénorphine Haut dosage (BHD)

Indication : Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapie globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique (59).

Forme pharmaceutique :

Comprimé sublingual à 0,4 mg, à 2 mg et à 8 mg.

Propriétés pharmacodynamiques :

La buprénorphine est un agoniste-antagoniste morphinique et se fixe au niveau des récepteurs cérébraux  $\mu$  et  $\kappa$ . Son activité dans le traitement de substitution des opioïdes est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs  $\mu$  qui minimisent de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants. Elle présente également une action antagoniste au niveau des récepteurs  $\kappa$ . L'activité agoniste partielle de la buprénorphine lui confère un index thérapeutique élevé en limitant ses effets déresseurs, notamment sur les fonctions cardio-respiratoires.

Au-delà d'un certain seuil, l'augmentation des doses de buprénorphine n'aboutira pas à une augmentation des effets. Lorsque la BHD est utilisée seule et correctement (aux posologies de l'AMM) les doses donnant les effets pharmacologiques d'intensité maximale sont inférieures aux doses responsables d'une dépression respiratoire, constituant un élément important de sécurité d'emploi de la BHD (59). La grande affinité de la buprénorphine aux récepteurs opioïdes lui confère le qualificatif d'antagoniste. En effet, lorsque la buprénorphine est administrée après un agoniste pur, elle renverse les effets de cet agoniste. En déplaçant l'agoniste pur de son récepteur, elle y exerce une moindre activité intrinsèque, à l'origine d'un syndrome de sevrage. La buprénorphine se fixe très solidement aux récepteurs. Les agonistes purs ne peuvent facilement la déplacer, ce qui réduit les effets d'une prise concomitante d'autres opiacés. Son activité intrinsèque est par définition inférieure à celle des agonistes opiacés purs. Ses propriétés d'agonistes sont donc d'intensité plus faible.

Administration :

Traitement réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de substitution. La voie sublinguale constitue la seule voie efficace et bien tolérée. Le comprimé doit être maintenu sous la langue jusqu'à dissolution, ce qui intervient habituellement en cinq à dix minutes (59).

### Pharmacocinétique :

Par voie sublinguale, la biodisponibilité absolue de la buprénorphine est mal connue, mais a été estimée entre 15 et 30 %. L'activité commence au bout de trente minutes environ et le pic de concentration plasmatique est obtenu quatre-vingt-dix minutes après administration sublinguale (59).

### Contre-indications :

La buprénorphine est contre-indiquée aux enfants de moins de 15 ans, aux sujets insuffisants respiratoires sévères et insuffisants hépatiques sévères. Elle est également contre-indiquée en cas d'intoxication alcoolique aiguë ou delirium tremens (59).

### Effets indésirables :

- Insomnie, céphalée, vertige
- Hypotension orthostatique
- Dépression respiratoire
- Hallucinations
- Constipation, nausées, vomissements
- Asthénie, somnolence, sueur.

### Interactions médicamenteuses :

L'association à la méthadone ou aux analgésiques morphiniques de palier III est aussi contre-indiquée. En effet, lorsqu'on ajoute un agoniste-antagoniste à un agoniste pur, l'effet de l'opioïde diminue par blocage partiel des récepteurs, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage. Pour les mêmes raisons pharmacologiques, l'association avec les analgésiques de palier II (codéine, tramadol) est déconseillée.

L'association avec des benzodiazépines expose au risque de décès par dépression respiratoire d'origine centrale. Il convient de surveiller les posologies et d'éviter cette association en cas de risque de mésusage.

L'association aux autres dépresseurs du système nerveux central (autres dérivés morphiniques (analgésiques et antitussifs), certains antidépresseurs, antihistaminiques H1 sédatifs, benzodiazépines, anxiolytiques autres que benzodiazépines, neuroleptiques, clonidine et apparentés) majore le risque de dépression du système nerveux central (59).

### Mésusage :

La BHD peut être l'objet de mésusage de plusieurs façons. En 2001, L'injection de BHD a été, et reste la pratique la plus préoccupante (65 %), suivi du sniff (40 %), de la voie sublinguale (34 %) et enfin de la voie pulmonaire (4 %) (60). En effet, pour une part non négligeable de personnes, la BHD remplace l'héroïne comme produit principalement injecté.

### Conditions de prescription et de délivrance :

C'est un médicament dont l'initiation peut se faire par un médecin de ville. Le BDH appartient à la liste 1, mais suit la réglementation des stupéfiants.

La prescription doit être établie sur une ordonnance sécurisée en toutes lettres par laquelle il sera fait mention du nom du médicament et de son dosage, de sa durée, du nom du patient, du nom du prescripteur et de l'officine en charge de la délivrance.

La durée de prescription maximum est de 28 jours, valable 3 mois sans délai de carence.

Délivrance fractionnée tous les sept jours, sauf mention contraire du prescripteur pour une délivrance en une fois ou toutes les deux semaines.

Aucun chevauchement autorisé sauf si mention contraire du prescripteur.

Lors de la délivrance, le pharmacien devra mettre sur l'ordonnance :

- Timbre de l'officine
- Numéro d'enregistrement à l'ordonnancier
- Date d'exécution
- Quantité délivrée **en unités de prise**

Devront être enregistrés sur l'ordonnancier :

- Nom et adresse du prescripteur
- Nom et adresse du patient
- Nom et adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade et s'il est inconnu du pharmacien, les références d'une pièce justifiant son identité
- Date de délivrance
- Dénomination du médicament
- Quantité délivrée.

Conservation pendant trois ans de la copie (papier ou numérique) de l'ordonnance après exécution et apposition des mentions obligatoires (61).

### III.2.2.2 La méthadone

Indication : Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapie globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique (59).

#### Formes pharmaceutiques :

Sirops à un flacon/prise de 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg et 60 mg.

Gélules à 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg.

Le traitement par la méthadone doit obligatoirement être instauré avec la forme sirop. Le sirop de méthadone est formulé d'une façon spécifique. Il est aromatisé pour masquer son amertume, sucré pour prévenir l'extraction du principe actif et l'injection intraveineuse directe, et alcoolisé. La forme gélule est bio-équivalente à la forme buvable. Elle est réservée aux patients préalablement traités par sirop depuis au moins un an (59).

#### Propriétés pharmacodynamiques :

Le chlorhydrate de méthadone, dérivé synthétique de la morphine, est un agoniste morphinique pur qui agit essentiellement sur les récepteurs opioïdes de type  $\mu$ : elle est pharmacologiquement voisine de l'héroïne. Elle exerce également une action inhibitrice de la recapture de la sérotonine (d'où une activité antidépressive) et antagoniste sur les récepteurs NMDA (d'où une activité anxiolytique environ seize fois plus puissante que la morphine). Elle possède des propriétés analgésiques et antitussives et entraîne un syndrome de dépendance pharmacologique. Mais ses propriétés euphorisantes sont faibles (59).

#### Administration :

La première dose doit être prise au moins dix heures après la dernière prise d'opiacés.

Le traitement sera administré en une prise unique quotidienne. Pour le passage de la forme sirop à la forme gélule, la première prise de gélule doit avoir lieu le lendemain de la dernière prise de sirop à l'heure habituelle (59).

### Pharmacocinétique :

Du fait de son caractère liposoluble, elle est bien absorbée par voie digestive en une à deux heures (75 à 95 %), ce qui lui confère une biodisponibilité de 90 % par voie orale (59).

### Contre-indications :

La méthadone est contre-indiquée pour les sujets de moins de 15 ans et en cas d'insuffisance respiratoire grave.

### Effets indésirables :

- Euphorie, vertiges, somnolence, céphalée
- Nausées, vomissements, constipation
- Sédation, bouche sèche,
- Hypersudation, dysurie, œdèmes
- Hypotension, dépression respiratoire

### Interactions médicamenteuses :

La méthadone est contre-indiquée avec les morphiniques agonistes-antagonistes (pentazocine, buprénorphine, nalbuphine) avec un risque de diminution de l'effet recherché par blocage compétitif des récepteurs avec des risques d'apparition d'un syndrome de sevrage. Il en est de même avec l'antagoniste morphinique (naltrexone).

La méthadone est métabolisée par l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450. Ses concentrations peuvent donc être modifiées par les inhibiteurs enzymatiques (augmentation des concentrations et donc des effets indésirables avec risque de surdosage et torsade de pointe) ou les inducteurs enzymatiques (diminution des concentrations avec risque de syndrome de sevrage).

Inducteurs enzymatiques : carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, rifabutine, rifampicine, griséofulvine, millepertuis, oxcarbazépine, primidone, antirétroviraux (éfavirenz, étravirine, lopinavir, nelfinavir, nevirapine, ritonavir)

Inhibiteurs enzymatiques du CYP 3A4 : amiodarone, diltiazem, vérapamil, macrolides (sauf spiamycine), antifongiques azolés, cimétidine, antirétroviraux, jus de pamplemousse (59).

### Mésusage :

Son injection après dilution du sirop dans de l'eau reste une pratique très marginale (62). De même, les cas d'injections signalés avec la méthadone gélule sont extrêmement rares (62). Cette constatation peut s'expliquer par l'ajout d'une substance gélifiante empêchant l'injection du produit.

### Conditions de prescription et de délivrance :

La méthadone est un médicament appartenant à la liste des stupéfiants.

- Lors de la mise en place du traitement :

Ordonnance sécurisée établie par un médecin exerçant dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par un médecin hospitalier à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en milieu pénitentiaire.

- Lors du relais entre un médecin de CSAPA et un médecin de ville :

Ordonnance sécurisée mentionnant :

- le nom du médecin choisi par accord entre le patient et le prescripteur initial
- le nom du pharmacien choisi par le patient et qui sera contacté par le médecin relais
- les conditions de la délivrance si nécessaire.

Lors du premier renouvellement de prescription par le médecin traitant, le patient devra présenter au pharmacien d'officine l'ordonnance de délégation du primo-prescripteur, ainsi que celle du médecin traitant. En cas de changement de pharmacie d'officine, le patient devra également présenter au pharmacien l'ordonnance de délégation du primo-prescripteur.

La prescription doit être établie sur une ordonnance sécurisée où il sera fait mention en toutes lettres du médicament et de son dosage, de sa durée, du nom du patient, du nom du prescripteur et de l'officine en charge de la délivrance.

L'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité que si elle est présentée dans les trois jours suivant sa date d'établissement. Au-delà de ce délai, elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir. Pour la forme gélule, par conséquent, la spécialité doit être déconditionnée pour délivrer le nombre exact d'unités thérapeutiques prescrites.

La dispensation d'une ordonnance est de quatorze jours maximum pour la forme sirop et vingt-huit jours maximum pour la forme gélule. Elle est fractionnée de sept jours maximum, sauf mention expresse du prescripteur.

Aucun chevauchement n'est autorisé, sauf mention expresse du prescripteur.

Lors de la délivrance, le Pharmacien devra mettre sur l'ordonnance en toute lettres :

- numéro d'enregistrement à l'ordonnancier
- date d'exécution
- quantité délivrée **en unités de prise**

Puis il ajoutera le timbre de l'officine.

Devront être enregistrés sur l'ordonnancier :

- nom et adresse du prescripteur
- nom et adresse du patient
- nom et adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade et s'il est inconnu du pharmacien, les références d'une pièce justifiant son identité
- date de délivrance
- dénomination du médicament
- quantité délivrée.

Conservation pendant trois ans de la copie (papier ou numérique) de l'ordonnance après exécution et apposition des mentions obligatoires (63).



Voici l'exemple d'une ordonnance type (Figure 30). Il décrit les sept mentions obligatoires à porter sur l'ordonnance d'un stupéfiant afin qu'elle soit conforme à la législation.

**1** Docteur DUPONT François Charles  
Médecine générale  
RPPS 10025215330  
5 rue des Océans 75000 Paris FRANCE  
☎ +33 1 44 49 43 49  
✉ françois.dupont@gmail.com

**2** 04 janvier 2015

**3** Mademoiselle Durand Léa Sophie  
Femme  
26/02/1990  
1m69 65 kg

**4** Spécialité stupéfiant  
Une gélule de soixante milligrammes matin et soir pendant 28 jours

**5** Dupont

**6** 9812345

**7** 1

**1 Informations prescripteur**  
Noms et prénoms du prescripteur  
Qualité, titre ou spécialité le cas échéant  
N° identification (Adeli ou RPPS)  
Adresse professionnelle précisant la mention « France »  
Coordonnées téléphoniques précédées de « +33 »  
Adresse électronique  
Nom de l'établissement ou du service de santé et n° FINESS le cas échéant

**2 Date de rédaction de l'ordonnance**

**3 Informations patient**  
Nom, prénoms, sexe, date de naissance du malade  
Taille et poids si nécessaire

**4 Informations prescription**  
Dénomination du médicament et dénomination commune  
En toutes lettres : - Nombre d'unités thérapeutiques de prise  
- Nombre de prises  
- Dosage  
Durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement

**5 Signature du prescripteur** immédiatement sous la dernière ligne de la prescription

**6 Numéro d'indentification du lot d'ordonnances sécurisées**

**7 Nombre de spécialités prescrites**

Figure 30 : Ordonnance type de stupéfiants et assimilés (64)

### III.2.2.3 Rôle du pharmacien à chaque étape de la prise en charge d'un TSO

#### Phase d'initialisation

Avant la première dispensation, il est nécessaire que le médecin prescripteur établisse un contact avec le pharmacien dispensateur, si possible en présence du patient, quel que soit le MSO prescrit. Ce contact, obligatoire en cas de prescription de méthadone, est fortement recommandé en cas de prescription de buprénorphine (65).

Cette prise de contact a pour but d'optimiser l'instauration du traitement grâce à un suivi rapproché, ainsi que des délivrances adaptées au patient (fractionnement des délivrances). De plus, rappelons que ce sont les pharmaciens et les équipes officinales qui sont le plus souvent en contact avec le patient. En effet, ces derniers voient le patient dans un cadre totalement différent de celui du centre spécialisé ; ils

le voient dans un cadre socialisé et sont donc le plus à même d'estimer son évolution entre les consultations médicales et de signaler tout problème au prescripteur (65). Cette collaboration entre professionnels de santé est soutenue lors de l'instauration du TSO et son adaptation de posologie, mais elle doit constituer un échange continu afin de garantir l'efficacité de ce dernier.

L'explication des traitements au patient, ses potentiels effets indésirables et leurs possibles interactions médicamenteuses font partie des devoirs et obligations du pharmacien. En effet, l'efficacité d'un traitement passe tout d'abord par sa bonne compréhension. Ces informations vont lui permettre de mieux gérer son traitement au quotidien. Le pharmacien doit ainsi expliquer au patient le mode d'action simplifié du MSO choisi par le prescripteur, et donc l'objectif attendu. Il faudra, de ce fait, bien insister sur le fait que le TSO va l'aider à diminuer sa consommation d'opiacés, et même, à long terme, de l'arrêter.

L'explication des effets indésirables par le pharmacien est de première importance, car ces derniers peuvent être source d'arrêt d'un traitement. Certains de ces effets indésirables sont la conséquence d'une mauvaise adaptation posologique (la sédation par exemple). Les autres effets indésirables peuvent être améliorés par des moyens préventifs et/ou curatifs apportés par le pharmacien ; il en a le devoir. Voici les principaux exemples :

- La constipation est une plainte fréquente des patients sous MSO. Des mesures hygiéno-diététiques simples peuvent être proposées pour améliorer cette gêne. Un régime riche en fibres accompagné d'une bonne hydratation (1,5 à 2 L d'eau par jour) avec de l'eau riche en magnésium sont recommandés. Une activité sportive peut aussi contribuer à relancer le péristaltisme intestinal. En cas d'échec ou de résultats insuffisants pour le patient, le pharmacien pourra conseiller de temps en temps un laxatif.
- L'hypersudation est également un effet indésirable récurrent des TSO. Afin de le réduire, le pharmacien d'officine peut aussi proposer quelques règles hygiéno-diététiques. Une activité physique régulière permet d'éliminer par voie naturelle l'excès d'eau. Il faut également savoir que certains aliments ou liquides favorisent l'hypersudation ; ainsi, le café et l'alcool doivent être évités le plus possible. Enfin, le port de vêtements légers en fibres naturelles (coton...) favorise l'évaporation naturelle. Des traitements locaux existent également, comme les anti-transpirants, représentés essentiellement par des sels d'aluminium ou la pierre d'alun.

- Les problèmes buccodentaires sont très fréquents chez les patients traités par méthadone. En considérant la littérature et la composition de la méthadone, il semblerait que celle-ci puisse potentiellement contribuer à l'érosion dentaire, de par sa forte teneur en sucre, son acidité et son inhibition de la sécrétion salivaire. L'érosion est un processus chimique dans lequel il y a une perte progressive du tissu à la surface de la dent, dû à l'absence de plaque dentaire. Il en résulte que le tissu dentaire dur se déminéralise, ce qui correspond à une attaque acide (66). Il est conseillé de se brosser les dents deux fois par jour avec de la pâte dentifrice au fluor (dont une fois le soir), puis de cracher après le brossage plutôt que de se rincer la bouche, afin de réduire la quantité et la fréquence d'ingestion de sucre. Faire appel à un professionnel pour appliquer sur les dents un vernis fluoré permet également de prévenir les caries. Il est important de souligner que la méthadone n'est pas le seul facteur qui contribue aux caries dentaires ; la mauvaise hygiène bucco-dentaire est connue chez les usagers d'opiacés et donc ce n'est qu'un facteur aggravant.

Pour une mise en place optimale d'un TSO, le pharmacien doit mettre en avant les règles de bon usage des MSO. Ce sont des règles strictes pour un traitement sûr et efficace. La BHD doit être administrée par voie sublinguale. Le comprimé doit être placé sous la langue ou entre la gencive et la joue. Il faut laisser fondre le comprimé (sans le croquer, ni le sucer, ni l'avaler) jusqu'à dissolution complète (59). Si ce mode d'administration n'est pas respecté, les effets peuvent être atténués voire annulés, et donc le patient souffrira de symptômes de manque et considérera le traitement comme inefficace. La méthadone, quant à elle, doit être administrée par voie orale (sirop à boire ou gélule à avaler). Ces deux médicaments doivent être administrés en une seule prise quotidienne, grâce à leur longue durée d'action et de préférence le matin pour ne pas souffrir de manque le soir. La prise unique est un objectif important. Le fractionnement des prises constitue non seulement une aberration posologique, mais elle est aussi contradictoire et néfaste avec le travail de substitution, dans la mesure où l'utilisateur reproduit avec le médicament ses comportements addictifs antérieurs.

Le cadre réglementaire doit être exposé au patient dès le premier contact. En pharmacie, la méthadone doit être conservée sous clef et les entrées-sorties doivent être comptabilisées par la tenue du registre comptable des stupéfiants. En revanche, pour la BHD, il n'est pas nécessaire d'enregistrer les entrées-sorties de ces

médicaments sur le registre comptable des stupéfiants, ni de les conserver dans un coffre.

### **Phase d'entretien**

Le succès d'un TSO réside dans l'établissement d'une relation de confiance patient-prescripteur-pharmacien. En définissant immédiatement le cadre relationnel incluant la collaboration avec le médecin prescripteur et le respect des contraintes de la délivrance, une relation de confiance peut être établie avec le patient sur des bases solides (65). L'implication du pharmacien doit amener le patient à réaliser que l'ensemble des dispositions à prendre sont aussi bien contraignantes pour le patient que pour la pharmacie, et que cela représente donc un réel engagement de toute l'équipe officinale. Le patient doit réaliser que la volonté d'aider ce dernier et de l'accompagner constitue le premier objectif.

Par son diplôme, son engagement, le respect des contraintes de délivrance et le rappel des conditions de bonne utilisation, le pharmacien confirme le statut de médicament au produit délivré. Ainsi, le patient passe du statut d'usager de drogues à patient dépendant sous traitement médical et sous surveillance médico pharmaceutique (67), protégé par le secret professionnel.

L'engagement du pharmacien commence par un bon accueil à l'officine. Il est préférable qu'il soit là pour la majorité des dispensations ; il doit essayer de créer une deuxième relation de confiance avec un confrère pour palier ses éventuelles absences. Il doit être empathique, souriant et patient. Bien sur le patient ne doit pas sentir de différence avec l'accueil des autres patients, le pharmacien doit être détendu et non crispé, inquiet ou agressif (souvent dû aux tensions des contraintes comme les jours de carence, la bonne tenue de l'ordonnancier et même les demandes de dépannage...). L'instauration d'un dialogue au cours des dispensations est indispensable et peut débuter par lui demander comment il va. L'échange doit être chaleureux, mais ferme ; le pharmacien doit fixer des limites tout en respectant le patient. Le pharmacien doit savoir être disponible et à l'écoute pour répondre aux interrogations du patient et pouvoir anticiper avec lui des situations de conflit souvent rencontrées en officine avec ces types de patient.

Les toxicomanes ne sont parfois pas en état d'attendre leur tour, mais le cadre de la pharmacie doit leur permettre de s'ouvrir à la sociabilité. Ainsi, le pharmacien doit servir le patient rapidement, mais sans précipitation (67).

Comme nous l'avons vu précédemment, une partie des usagers de BHD injecte, sniffe ou fume (plus rarement) le produit, en particulier en début de traitement. Ces pratiques assurent souvent une sorte de transition entre la prise d'héroïne et le passage à la substitution. L'équipe de professionnels de santé est donc amenée à inciter le patient à proscrire ou à limiter ces pratiques. Ces recommandations doivent évidemment se faire hors de tout jugement moral et social et sur un plan strictement sanitaire. Les discours moraux incriminant l'injection de BHD sont à la fois inutiles, inopérants, voire contreproductifs et peuvent briser la relation de confiance établie.

### **Arrêt éventuel du TSO**

La majorité des patients sous TSO poursuivent leur traitement sur plusieurs années, et parfois sur plusieurs décennies. L'arrêt d'un traitement de substitution ne peut s'envisager qu'après une période suffisante de stabilité, favorisée par les prises en charge conjointes (médicale, psychologique et sociale). Cet arrêt dégressif doit se faire de façon lente. En effet, un sevrage trop rapide pourrait entraîner une rechute. Le choix d'arrêter le traitement doit rester une décision personnelle et ne doit pas se réaliser seul. Il existe plusieurs types de sevrage : progressif (avec le médecin traitant), rapide (en ambulatoire et en milieu hospitalier) et ultra-rapide (en milieu hospitalier). Si le patient décide d'entamer un sevrage en ambulatoire, le médecin doit réduire les doses à un rythme adapté au patient. Si ce dernier est en détresse, il serait contreproductif de continuer. Une pause à un certain dosage est possible jusqu'à ce que le patient aille mieux. Le sevrage doit s'opérer de manière progressive, et si possible dans une période favorable (68). L'hospitalisation est parfois un complément utile à un sevrage ambulatoire ; en effet, les derniers milligrammes sont toujours les plus difficiles à éliminer. La raison en est simple : plus la posologie est réduite et plus grande est la proportion de produit actif auquel il faut renoncer à chaque baisse successive.

Le véritable seuil critique dans ce processus décroissant se situe en bout de course, lorsque l'on est parvenu à une faible consommation de TSO. Enclin à se considérer comme quasiment guéri, le substitué se retrouve sans le savoir en situation de grande vulnérabilité. Les professionnels de santé doivent redoubler de vigilance à ce stade.

Lors de l'arrêt progressif, le pharmacien d'officine tient une place importante. Il doit accompagner le patient à chaque étape, le rassurer en cas de doute, le soutenir moralement. Il doit favoriser le dialogue et inciter le patient à exposer ses craintes et

ses difficultés. La préoccupation de l'adaptation posologique, par des questions appropriées afin de déceler une diminution trop importante de posologie qui pourrait entraîner la rechute, est de premier ordre. L'équipe médicale doit être très attentive aux éventuelles compensations de l'arrêt du traitement par des consommations associées. En contact étroit avec le médecin et le patient, le pharmacien pourra jouer le rôle de relais pour le prescripteur, en le prévenant de tout signe suspect de rechute.

Après un sevrage réussi, le pharmacien d'officine devra surveiller l'apparition de signes dépressifs, de difficultés d'endormissement, de douleurs, d'une agitation, signes fréquemment rapportés en post-sevrage.

## CONCLUSION

Nous avons pu voir, au travers de cette thèse, que la toxicomanie pouvait être définie comme la rencontre d'un individu avec un produit dans un contexte et un environnement bien précis. Nous avons pu constater que la nature des addictions, voire de leur existence, se pose toujours. Il y a, de fait, au moins trois points de vue, trois types de discours sur l'addiction : un clinique, un scientifique et un de santé publique.

Le point de vue clinique nous a permis de voir plusieurs modèles, plus ou moins opérants, mais toujours transitoires. Aucun modèle ne permet de faire le tour de la question, mais nous en voyons leur évolution et les différents modes de pensée au cours des années précédentes. Le social occupe aussi une grande part dans la toxicomanie. Il nous a été permis de constater que les personnes issues de milieux sociaux différents n'avaient pas les mêmes chances de « tomber dans la drogue ». Ce qui entre aussi en ligne de compte dans le processus de guérison au travers des prises en charges psychologiques systémiques ou individuelles.

Le point de vue scientifique s'intéresse aux mécanismes vitaux, et non à l'histoire extérieure de la vie. Il va chercher des facteurs biologiques qui sous-tendraient les diverses manifestations de l'addiction. Entre ces deux points de vue, nous avons l'opposition entre *expliquer* et *comprendre*. Une intégration des différents modes de compréhension ou d'explication est donc nécessaire, car aucune approche particulière, biologique, psychanalytique, sociologique etc. n'est suffisante pour faire le tour du problème.

Le point de vue de la santé publique donne aux addictions une importance au niveau politique, au travers des morts prématurées dues aux drogues. D'où la mise en place de stratégies et politiques nationales pour lutter contre la drogue, ainsi que d'une politique de réduction des risques.

Les usagers de drogues s'exposent à différents risques sanitaires (infectieux ou non) et non sanitaires (problèmes sociaux, relationnels, économiques ou légaux). La politique de réduction des risques, bien que souvent critiquée, constitue l'une des meilleures solutions actuellement. Elle se veut humaniste, pragmatique et efficace dans le domaine de l'addictologie. Nous avons pu voir que le pharmacien en occupe le premier plan dans la théorie. Il occupe ce rôle par la délivrance de matériel de réduction des risques ; il tiendra ce type de matériel à disposition des usagers

injecteurs, notamment des seringues. Etant le seul professionnel de santé habilité à délivrer des médicaments, il dispensera les médicaments de substitution orale (MSO). Pour terminer, il sera à disposition des usagers de drogues pour les conseiller, les orienter vers des structures spécialisées. Dans la réalité on notera, malheureusement, la persistance de refus de délivrer du matériel ou quelques réticences sur certains médicaments de substitution orale. Le pharmacien est une personne ressource pour les patients. Le but n'est pas une simple délivrance, mais un accompagnement au quotidien dans les conseils, sur les bons modes de prise, les effets indésirables et le décèlement de problèmes de posologie. Le pharmacien aide et soutient.

Des améliorations sont à encourager : la formation du pharmacien et des équipes officinales pourrait être approfondie et les formations postuniversitaires multipliées. Cela impliquerait davantage de pharmacies pour offrir un maillage territorial convenable. La mise en place d'un cadre juridique claire de ces missions et la mise en place de rémunération forfaitaire seraient aussi un pas en avant. Grâce à cela, le pharmacien pourrait s'investir d'avantage et s'intégrer dans un dispositif dans lequel il a une place légitime.



# ANNEXES

## Annexe 1 : Brochure de la campagne « drogue savoir plus risquer moins » sur le cannabis (39)



**VOUS AVEZ BESOIN D'INFOS ?**

**DROGUES ALCOOL TABAC INFO SERVICES**  
☎ 113  
(24h/24h, appel anonyme et gratuit)

**Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236**  
**www.drogues.gouv.fr**

**POUR EN SAVOIR PLUS :**

- ☑ **Drogues, savoir plus, risquer moins.** Drogues et dépendances, le livre d'information. MILDT/CFES Paris, éditions du Seuil, collection Points Virgule, 2001 - 146 p.
- ☑ **Dans la même collection :**
  - Alcool, savoir plus, risquer moins.
  - Cocaïne, savoir plus, risquer moins.
  - Ecstasy, savoir plus, risquer moins.
  - Tabac, savoir plus, risquer moins.

**MILDT - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie**  
**CFES - Comité Français d'Éducation pour la Santé - www.cfes.sante.fr**  
Ce document a été rédigé en collaboration avec un collectif associatif.  
Il a été validé par la Commission de validation des outils de prévention.

**CANNABIS**

**CANNABIS**

**SAVOIR PLUS RISQUER MOINS**

Décembre 2001 - tél. 09-01520-B - Ne pas jeter sur la voie publique.



## QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le cannabis est une plante dont le THC (tétrahydrocannabinol) est le principe actif le plus important.



C'est une substance psychoactive, qui agit sur le système nerveux central.

La concentration de THC est très variable selon la variété de la plante, sa provenance et les préparations du produit. L'intensité des effets en dépend.

Il est le plus souvent fumé, plus rarement mangé "space cake". Il se présente sous forme d'herbe (marijuana, skunk...), de résine (haschisch, shit) ou d'huile.

La résine de cannabis est fréquemment coupée avec d'autres produits plus ou moins toxiques (henné, cirage, paraffine, excitants...).



**Le cannabis est un produit interdit par la loi.**



## QU'EST-CE QUE ÇA FAIT ?



Chacun réagit différemment selon son état physique et psychique, le contexte, la quantité, la qualité, la fraîcheur du produit et la manière de le consommer.

Les effets varient en fonction de la concentration du produit :

2



## QUELS SONT LES RISQUES ?

### Immédiats après la prise

- ⊗ La fumée de cannabis provoque une irritation des bronches qui entraîne une toux.
- ⊗ Vertiges, nausées.
- ⊗ Modification de la perception et de l'attention pouvant entraîner perte de concentration et de réflexes (conduite de véhicules...).
- ⊗ Déclenchement de troubles d'ordre psychiatriques associés à des hallucinations surtout visuelles. Ces manifestations (rares) peuvent se produire même chez des personnes sans prédispositions particulières. Ces troubles disparaissent après traitement approprié.

3

### Lors d'une consommation régulière

- ⊗ Bronchite chronique due à la fumée de cannabis et de tabac.
- ⊗ Dépendance psychique due au principe actif, le THC.
- ⊗ Problèmes de mémoire et de motivation due au principe actif, le THC.
- ⊗ Aggravations des troubles psychiques ou psychiatriques particulièrement chez les jeunes consommateurs.
- ⊗ Contribution dans le développement des cancers bronchiques.
- ⊗ Le cannabis, souvent mélangé au tabac, augmente chez les femmes enceintes les risques de naissance prématurée, de faible poids du nourrisson à la naissance, et de certains troubles du développement.



### Attention !

- ⊗ Le cannabis est généralement mélangé au tabac, lequel entraîne une dépendance physique et psychique rapide et forte. À long terme, le tabac est très nocif pour le système cardio-vasculaire et respiratoire.
- ⊗ Les goudrons contenus dans la fumée de cannabis et de tabac sont cancérogènes.

4



- ⊗ Très rarement, les troubles psychiatriques peuvent se déclarer - hallucinations visuelles : psychose cannabique - chez des personnes sans prédisposition particulière. Ces troubles disparaissent après traitement approprié.



- ⊗ Plus le taux de THC est élevé, plus les effets et les risques sont majorés.



- ⊗ Les mélanges - alcool, médicaments (tranquillisants...), ecstasy, etc. - augmentent les risques.



- ⊗ Toute consommation de substances psychoactives est susceptible d'entraîner ou d'aggraver des problèmes psychologiques.



- ⊗ Dans tous les cas, après la consommation, ne pas conduire ou reprendre une activité à responsabilité ou à risques.



- ⊗ En cas de relations sexuelles, les effets des drogues peuvent vous faire oublier de prendre soin de vous et de vos partenaires : utilisez toujours des préservatifs et des gels à base d'eau ; cette protection n'exclut pas de suivre correctement un traitement contraceptif.



- ⊗ Trafic, échange et consommation exposent à des problèmes vis-à-vis de la loi (interpellations, poursuites judiciaires, sanctions...). Pour se procurer du cannabis, l'utilisateur peut être en relation avec des filières de trafic qui risquent de l'exposer à des situations violentes.

5



## CE QUE L'ON NE SAIT PAS

- ⊗ Composition incertaine des produits pouvant entraîner des risques sanitaires (teneur en THC, produits de coupe : colle, solvants, médicaments...).

- ⊗ Il reste encore beaucoup d'inconnues dans la compréhension des mécanismes d'action des principes actifs du cannabis (cannabinoides).



## ÉVITER LES RISQUES : ne pas consommer

**Si vous n'y parvenez pas,**

### RISQUER MOINS :

- ⊗ Espacer vos consommations.
- ⊗ Ne pas mélanger avec l'alcool ou d'autres produits.
- ⊗ Rester vigilant sur les contextes et les situations de consommation qui peuvent exposer à des dangers.
- ⊗ Renseignez-vous sur les produits que vous consommez.
- ⊗ S'abstenir de consommer en cas de grossesse.

6



## SAVOIR OÙ ON EN EST

- Je manque d'énergie pour faire des choses qui m'intéressaient habituellement.
- Je suis anxieux, irritable si je ne consomme pas.
- J'ai des problèmes de mémoire ou de concentration.
- J'ai eu des problèmes psychologiques (anxiété, sentiment de persécution, hallucinations, troubles psychiques...) pendant ou après un usage de cannabis.
- J'éprouve le besoin de fumer du cannabis pour me sentir bien et supprimer un mal-être.
- On m'a déjà fait des remarques sur ma consommation.
- Ma consommation perturbe ma vie personnelle, mes études, mon travail.

**Si vous vous retrouvez dans au moins trois de ces situations, il est important de demander de l'aide à une personne qualifiée de votre choix, et en qui vous avez confiance.**

7



Annexe 3 : Communiqué de presse de la campagne de 2001 : « prévenir les risques de l'usage de drogue, il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre. Drogue : savoir plus, risquer moins » (39)

## INFORMATION PRESSE

Paris, le 19 juin 2001



### POUR PRÉVENIR LES RISQUES DE L'USAGE DE DROGUES, IL N'Y A PAS DE MEILLEURE INFLUENCE QUE LA VÔTRE.

*Face aux drogues, plus les parents, les aînés et les éducateurs sont attentifs, plus les risques de consommation des jeunes sont limités.*

*La nouvelle campagne de communication de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue (MILDT) et du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES), lancée le 19 juin 2001, interpelle la communauté des adultes sur leur responsabilité éducative et citoyenne vis-à-vis des jeunes qui les entourent.*

En 2000, les actions de communication mises en œuvre par la MILDT et le CFES visaient la mise à disposition d'informations scientifiquement validées auprès du grand public afin de construire une culture commune sur les questions des usages de substances psychoactives.

Cela s'est traduit notamment, par la publication et la diffusion, à près de 4 millions d'exemplaires, du livre d'information "Drogues : Savoir plus - Risquer moins" aujourd'hui disponible en librairie aux Éditions du Seuil, collection Points Virgule.

**L'objectif de 2001 : Valoriser le rôle des adultes.**

Au delà d'un dialogue établi entre jeunes et adultes, il est nécessaire de conforter les parents, les aînés et les éducateurs dans leur rôle, en leur proposant des éléments de connaissances fiables et nécessaires, pour construire un discours utile et préventif.

**Un dispositif de communication stratégique.**

Le 19 juin 2001, lancement d'une campagne médias en presse ciblée ; parutions jusqu'à fin août de quatre annonces presse, pleine page : alcool, cannabis, ecstasy, polyconsommation.

Le choix de la presse est stratégique. Il répond aux besoins qu'ont les adultes de s'appuyer sur un instrument de médiation. L'annonce presse permet d'engager dialogue et réflexion avec les jeunes. En effet, à la différence du média télévision, le recours à l'annonce presse permet d'établir un lien direct et plus durable.

Les annonces sont insérées par deux dans une sélection de médias ciblées performants (presse quotidienne nationale, presse news, presse TV, presse féminine, people et presse spécialisée).

**Chaque annonce met en scène une consommation de produits licites ou illicites :** alcool, cannabis, ecstasy, polyconsommation. Elles présentent par un traitement photographique réaliste et neutre, des comportements et des contextes de consommation différents, vécus par la plupart des jeunes.

**La réalité des chiffres de la consommation des jeunes.**

- A 17 ans, près d'1 adolescent sur 2 a expérimenté les trois produits : alcool, tabac et cannabis.
- Près d'1 jeune sur 5 déclare avoir fumé du cannabis au moins dix fois pendant l'année.
- 1 adolescent sur 3 de 15 à 19 ans dit avoir été ivre au cours de l'année.
- 7 % des garçons de 19 ans disent avoir déjà essayé de l'ecstasy.

Ces données figurent sur les quatre annonces. Elles doivent conduire tout adulte à s'interroger sur la consommation des plus jeunes.

La campagne rappelle aux parents, aux éducateurs, aux aînés leur rôle et l'influence qu'ils peuvent exercer, à l'appui d'informations fiables, pour alerter et ou réagir sur les risques d'un usage.

**Un dispositif d'information proposé par les pouvoirs publics.**

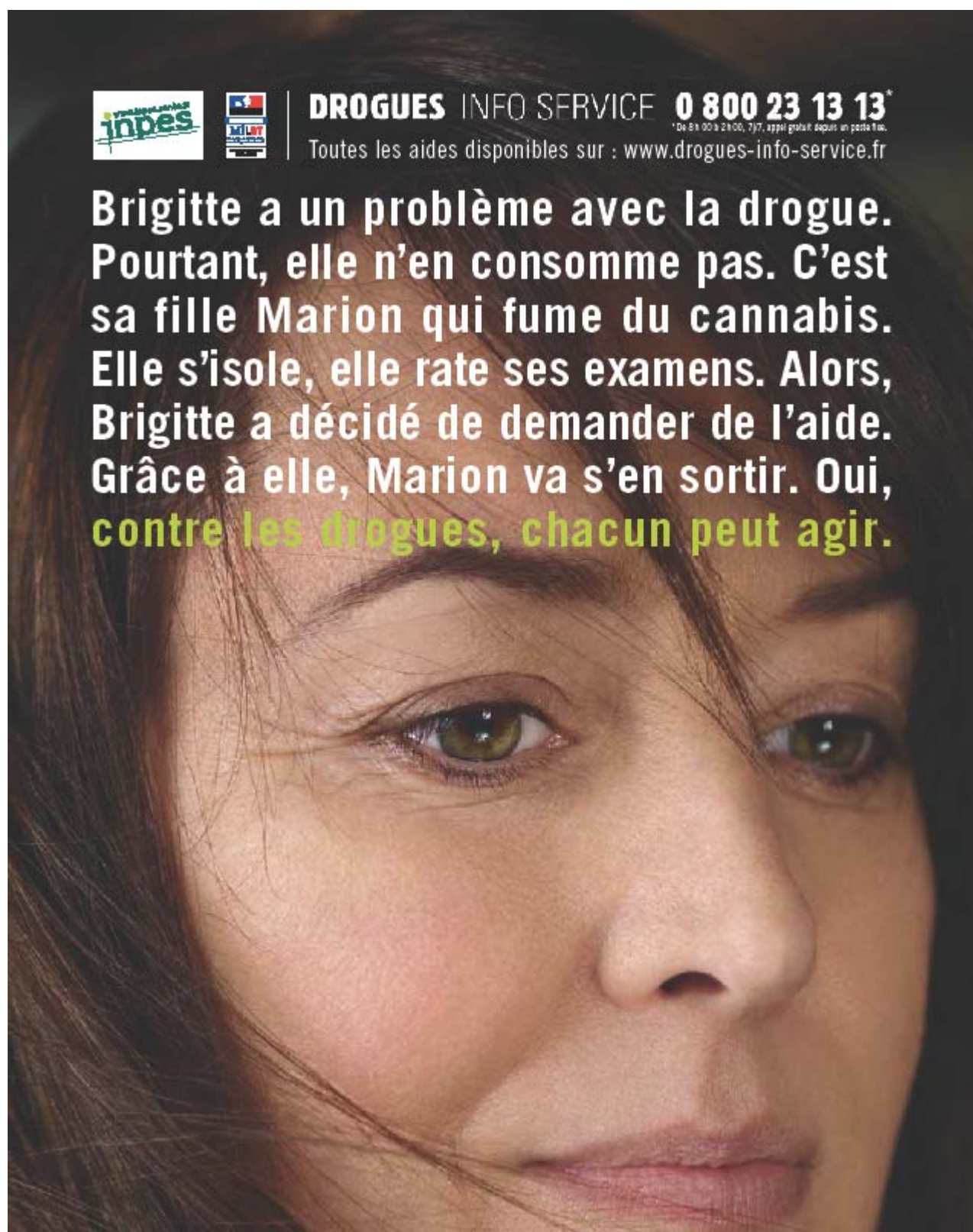
- Un livre d'information, Drogues - Savoir plus - Risquer moins
- Un service national d'accueil téléphonique, Drogues Alcool Tabac Info Service : 113, numéro vert anonyme et gratuit 24h/24.
- Un site d'information et de dialogue sur Internet, [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)



#### CONTACTS PRESSE :

EURO RSCG CORPORATE :  
GWADYS HURÉ  
TEL : 01 41 34 36 16

MILDT :  
PATRICK CHANSON  
TEL : 01 40 56 62 88

CFES :  
DANIELLE VASSEUR  
TEL : 01 41 33 33 59



  | **DROGUES INFO SERVICE 0 800 23 13 13\***  
\* De 8h 00 à 21h 00, 7j/7, appel gratuit depuis un poste fixe.  
Toutes les aides disponibles sur : [www.drogues-info-service.fr](http://www.drogues-info-service.fr)

**Brigitte a un problème avec la drogue. Pourtant, elle n'en consomme pas. C'est sa fille Marion qui fume du cannabis. Elle s'isole, elle rate ses examens. Alors, Brigitte a décidé de demander de l'aide. Grâce à elle, Marion va s'en sortir. Oui, **contre les drogues, chacun peut agir.****

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés 6è édition. OFDT, 2015, 8 p.
- (2) Ordre national des pharmaciens. La sécurité des pharmaciens d'officine. 2016, 19 p.
- (3) Reynaud M., Parquet P.J., Lagrue G. Les pratiques addictives, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Ed Odile Jacob, Paris, 2000, 273 p.
- (4) Valleur M. Toxicomanie et dépendance : évolution des discours. Aujourd'hui l'alcoologie, 1991, 47, 11-5.
- (5) Valleur M., Matysiak J.C. Les addictions, Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Ed Armand Colin, Paris, 2006, 379 p.
- (6) Valleur M. La nature des addictions. Psychotropes, 2009, 2, 15, 21-44.
- (7) Morel B.A. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades. Ed JB Baillière, Paris, 1857, 60 p.
- (8) Fernandez L., Sztulman H. Les modèles psychologiques de l'addiction. Psychotropes, 1998, 1, 4, 47-67.
- (9) Fernandez L., Catteuw M. Clinique des addictions, théories, évaluations, prévention et soins. Ed Nathan université, Liège, 2002, 161 p.
- (10) Loonis E. La gestion hédonique, Prolégomènes à une hédonologie humaine. Ed Publibook, Paris, 2001, 262p.
- (11) Loonis E., Brown I. Un modèle de gestion hédonique des addictions. Psychotropes, 1999, 5, 3, 59-73.

- (12) Goodman A. Addiction, definition and implication. Br. J. Addict, 1990, 85, 1403-8.
- (13) Eliade M. Le Chamanisme et les techniques archaïques de l'extase. Ed Payot, Paris, 1996, 405 p.
- (14) Rosenzweig M. Drogues et civilisations, une alliance ancestrale, de la guerre à la pacification. Ed De Boeck université, Bruxelles, 2008, 216 p.
- (15) Fouquet P., De Borde M. Histoire de l'alcool. Ed Presses Universitaires de France, Paris, 1990, 127 p.
- (16) Bonhomme J. A propos des usages rituels de psychotropes hallucinogènes (substances, dispositifs, monde). Ethnopsy, 2001, 171-90.
- (17) Golden Mortimer W. De la coca à la cocaïne. Ed Utz, Paris, 1992, 189 p.
- (18) Lionel D., Thémis A. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. Santé Publique, 2002, 4, 14, 335-44.
- (19) Merton R K. Social theory and social structure. Ed The free Press of Glencoe, Glencoe, 1957; 645 p.
- (20) Zinberg N; Drug, Set and Setting: The Basis for controlled intoxicant use. Ed Yale University Press, New Haven, 1986, 277 p.
- (21) Bergeron H. Sociologie de la drogue. Ed La Découverte, Paris, 2009, 126 p.
- (22) Jauffret-Roustide M. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. La revue Lacanienne, 2009, 3, 5, 109-18.

(23) Cassen M. Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies. Le Journal des psychologues, 2008, 1, 254, 57-60.

(24) Pirlot G. Approche psychosomatique des addictions. Le Carnet PSY, 2008, 4, 126, 45-9.

(25) Pedinielli JL., Bonnet A. Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction. Psychotropes, 2008, 3, 14, 41-54.

(26) Site de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive : <http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>

Consulté le 03/04/2017

(27) Gosselin P. Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans le sevrage des benzodiazépines : analyse des études d'efficacité. Journal de Thérapie Comportementale et cognitive, 2006, 16, 4, 131-45.

(28) Organisation Mondiale de la Santé. CIM 10 FR Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10<sup>e</sup> révision, 1, ATIH, Lyon, 2017, 927p.

(29) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4<sup>e</sup> éd. rév., Ed Masson, Paris, 2003, 1065 p.

(30) Organisation mondiale de la Santé. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. OMS, Genève, 2004, 40 p.

(31) Drogue info service : le dico des drogues, le Cannabis.

<http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cannabis#.WNfoMzuLTcs>

Consulté le 20/03/2017

(32) Site d'information sur le cerveau. Universit2 Mcgill, Canada.



[http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_03/i\\_03\\_m/i\\_03\\_m\\_par/i\\_03\\_m\\_par\\_cannabis.html](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_cannabis.html)

Consulté le 26/03/2017

(33) Site de l'Observatoire Français des drogues et toxicomanies : statistiques et infographie.

<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/infographies/estimation-du-nombre-de-consommateurs-de-cannabis-en-france-metropolitaine-parmi-les-11-75-ans-en-2011-11062015/>

Consulté le 20/03/2017

(34) Drogue info service : le dico des drogues, l'Héroïne.

<http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Heroine#.WNjXUjuLTcs>

Consulté le 27/03/2017

(35) Site d'information sur le cerveau. Université McGill, Canada.

[http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_03/i\\_03\\_m/i\\_03\\_m\\_par/i\\_03\\_m\\_par\\_heroine.html#drogues](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_heroine.html#drogues)

Consulté le 27/03/2017

(36) Drogue info service : le dico des drogues, la Cocaïne.

<http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cocaine#.WNoJCjuLTcs>

Consulté le 20/03/17

(37) Site d'information sur le cerveau. Université McGill, Canada.

[http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_03/i\\_03\\_m/i\\_03\\_m\\_par/i\\_03\\_m\\_par\\_cocaine.html#drogues](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_cocaine.html#drogues)

Consulté le 28/03/17

(38) Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies. Cocaïne, données essentielles. OFDT, 2012, 232 p.

(39) Site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/20000/resultats-google-test.asp?recherche=drogue+savoir+plus+risquer+moin&submit=Valider>

Consulté le 03/04/2017

(40) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Campagnes de lutte contre la consommation de drogues et publications CFES/Inpes, Récapitulatif.

INPES, 2015, 10 p.

(41) Site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/drogues/drogues-campagne-communication.asp>

Consulté le 02/04/2017

(42) Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et conduites addictives. INPES, 2014, 224 p.

(43) Institut National de la santé et de la recherche médicale. Réduction des risques chez les usagers de drogues. INSERM, coll Expertise collective, 2010, 592 p.

(44) Dossier de presse de la ville de Paris. Expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque dans le quartier de la gare du Nord. 2016, 19 p.

(45) OFDT. Conséquences sanitaires et réduction des risques in Rapport national 2016 (données 2015) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox. OFDT, 2016, 34 p.

(46) Lapeyre-Mestre M., Boeuf-Cazou O. Rôle du pharmacien dans la réduction des risques liés à la toxicomanie. Point de vue des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des usagers de drogues. U1027 INSERM – Unité de Pharmacoépidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP, 2011, 95 p.

(47) Site de l'Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies : Thématique : Problèmes de santé et mortalité.

<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-par-surdose/>

Consulté le 06/04/2017

(48) Costes JM., Cadet-Taïrou A., Thirion X., Bello PY., Palle C. Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés en termes de prise en charge médicale, psychologique et sociale des usagers et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaités (mésusages...)? *Alcoologie et Addictologie*, 2004, 26, 4, 38-54.

(49) Cooper H., Moore L., Gruskin S., Krieger N. The impact of a police drug crackdown on drug injectors'ability to practice harm reduction: a qualitative study. *Soc Sci Med*, 2005, 61, 673-84.

(50) Benninghoff F., Solai S., Huissoud T., Dubois-Arber F. Evaluation de quai 9 "Espace d'accueil et d'injection" à Genève, Période 12/2001-12/2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Département de l'action sociale et de la santé, Lausanne, 2003, 186 p.

(51) Cardoso F H., Kazatchkine M. Drogues : la Suisse, un exemple en matière de réduction des risques. *Liberation*, 2011, disponible sur :

[http://www.liberation.fr/societe/2011/01/24/drogues-la-suisse-un-exemple-en-matiere-de-reduction-des-risques\\_709633](http://www.liberation.fr/societe/2011/01/24/drogues-la-suisse-un-exemple-en-matiere-de-reduction-des-risques_709633)

Consulté le 07/04/2017

(52) Site du Monitoring Suisse des addictions

<http://www.suchtmonitoring.ch/fr/3/7.html>

Consulté le 07/04/2017

(53) Morel A., Chappard P., Couteron J-P. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Ed Dunod, Malakoff, 2012, 360 p.

(54) Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD). Dossier « Rêves de Comptoir ». ASUD Journal, 2011, 48,12-20.

(55) Gautier A. Baromètre santé médecins pharmaciens. INPES, coll. Baromètres santé, Saint-Denis, 2003, 271 p.

(56) Organisation mondiale de la Santé (OMS). Education thérapeutique du patient : programme de formation continue pour des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. OMS, Bureau Régional pour l'Europe, Copenhague, 1998, 56 p.

(57) Conde K. Place du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés à l'usage de drogues. ThD Pharm, Toulouse, 2013, 95 p.

(58) Site de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), rubrique « être aidé »

<http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide>

Consulté le 09/04/2017

(59) Dictionnaire Vidal ; 93ème éd ; Paris ; Ed. du Vidal, 2017, 3648 p.

(60) Costes J.M. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2010, 194 p.

(61) Site Meddispar de l'Ordre National des Pharmaciens : page sur le subutex.

[http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-8-B-7/\(type\)/name/\(value\)/subutex/\(cip\)/3400933943998#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-8-B-7/(type)/name/(value)/subutex/(cip)/3400933943998#nav-buttons)

Consulté le 09/04/2017

(62) Cadet-Tairou A., Saïd S Martinez M. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances, Saint-Denis, 2015, 98, 8 p.

(63) Site Meddispar de l'Ordre National des Pharmaciens : page sur la méthadone.

[http://www.meddispar.fr/Medicaments/METHADONE-AP-HP-40-B-1/\(type\)/name/\(value\)/methadone/\(cip\)/3400934004155#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Medicaments/METHADONE-AP-HP-40-B-1/(type)/name/(value)/methadone/(cip)/3400934004155#nav-buttons)

Consulté le 09/04/2017

(64) Site Meddispar de l'Ordre National des Pharmaciens : page sur la prescription des médicaments stupéfiants et assimilés.

<http://www.meddispar.fr/index.php/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-delivrance#nav-buttons>

Consulté le 09/04/2017

(65) ANAES. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés ; Recommandations pour la pratique clinique ; Service des recommandations professionnelles. 2004, 18 p.

(66) Nathwani NS., Gallagher JE. Méthadone : risques dentaires et prévention. Le Flyer, 2011, 44, 10-5.

(67) Lamarche J. L'accueil du toxicomane à l'officine. Ed Masson, Paris, 2002, 1, 143 p.

(68) Benslimane M. Interruption du traitement de maintenance par la Méthadone. Le Flyer, 2005, 19, 21-3.



**DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE**

Nom et Prénom de l'étudiant : BAUDENS ADRIEN

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 

09	06	2017
jour	mois	année

 à 18 h 15 Amphithéâtre ou salle : Amphi Curie

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : P. CAZIN Prénom : Jean-Louis

- Favorable
- Défavorable

Motif de l'avis défavorable :  
.....  
.....

Date : 27 avril 2017

Signature:

Avis du Président de Jury

Nom : P. CAZIN Prénom : Jean Louis

- Favorable
- Défavorable

Motif de l'avis défavorable :  
.....  
.....

Date : 27 avril 2017

Signature:

Décision de Monsieur le Doyen

- Favorable
- Défavorable

Le Doyen  
  
D. CUNY

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Année Universitaire 2016/2017

**Nom** : Baudens

**Prénom** : Adrien

**Titre de la thèse** : Prévention et prise en charge de la toxicomanie à l'officine

**Mots-clés** : comportement addictifs, toxicomanie, substances psychoactives, aspect psychologique et physiologique, officine, pharmacien

---

**Résumé** : Après avoir vu les raisons psychologiques et sociales de l'addiction à travers divers modèles et approches, nous nous sommes consacré à l'aspect biologique. Nous en sommes arrivé au fait que, séparément, chaque discipline ne peut caractériser à elle seule l'addiction, plus particulièrement la toxicomanie. Mais le fait d'intégrer tous ces modèles et modes de pensée permet à la toxicomanie d'être définie. Elle se caractérise par la rencontre entre une substance, un individu et un environnement déterminé. Le rôle du pharmacien est de retarder le plus possible cette rencontre à travers le relai des campagnes de prévention de l'Etat, les conseils aux parents et aux proches, et grâce à l'orientation vers des structures d'aide et de conseil. Il intervient aussi au niveau de la prévention secondaire, en fournissant aux usagers de drogues du matériel stérile, des conseils de prévention des risques et un accueil pouvant ouvrir un dialogue entre le pharmacien et le patient. Le but étant l'orientation vers des professionnels de santé pouvant les prendre en charge sans porter de jugement moralisateur. Le patient doit être conscient de sa dépendance pour espérer entamer un traitement de substitution orale. Le devoir du pharmacien est de l'accompagner dans cette démarche, de la phase d'initiation jusqu'à un éventuel arrêt du traitement. De nombreuses améliorations pourraient être apportées afin que le pharmacien puisse s'investir d'avantage et mieux s'intégrer dans un dispositif dans lequel il a une place légitime.

---

**Membres du jury** :

**Président** : Monsieur le Professeur CAZIN Jean-Louis

Professeur de Pharmacologie et Pharmacie Clinique à la Faculté de Pharmacie (Université de Lille)

Docteur ès Sciences Pharmaceutiques

Directeur du Centre de Pharmacologie et Pharmacie Clinique en

Cancérologie au Centre Oscar Lambret de Lille (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer en Hauts de France)

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens : Conseiller Ordinal élu (section H)

**Assesseur** : Monsieur le Professeur DINE Thierry

Professeur de Pharmacie Clinique à l'Université du Droit et de la Santé de Lille

Praticien hospitalier au CH d'Haubourdin

**Membre extérieur** : Monsieur le Docteur MANTEL Bernard

Docteur en Pharmacie, Pharmacie MANTEL, Roubaix

