

# Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5<sup>ème</sup> année de médecine

Année universitaire : 2019-2020

## Les conduites addictives

*Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)*

### **I / Introduction**

La toxicomanie est un terme ancien englobant des pratiques consommatoires hétérogènes concernant la nature du produit, la fréquence de l'utilisation et les motivations du sujet.

Claude Oliveinstein parle de rencontre entre un produit, une personnalité et un milieu socio-culturel.

Actuellement, on parle de conduites addictives.

Le concept d'addiction correspond habituellement aux états de consommation pathologique d'une substance psychoactive, s'élargit actuellement à des dépendances non chimiques, c'est-à-dire, comportementales comme les jeux, les achats pathologiques, les conduites sexuelles ou les conduites de prise de risques.

Le terme « *drogue* » désigne toute substance pharmacologiquement active sur l'organisme.

Les anglo-saxons désignent par le terme « *drug* » aussi bien un médicament qu'une « *drogue* » au sens de stupéfiant.

### **II / Dépendance, abus et usage**

- *La dépendance*

Selon l'OMS, la pharmacodépendance est définie comme : « Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits ».

Cette définition est globalisante et prend en compte les notions de dépendance psychique (appelée auparavant accoutumance), de dépendance physique et enfin, de tolérance.

- La dépendance psychique

La privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse, d'insomnie, de troubles du caractère, allant parfois jusqu'à la dépression. (Exemple de produits donnant uniquement une dépendance psychique : le tabac, le cannabis...).

- La dépendance physique

Certains produits entraînent une dépendance physique, l'organisme réclame le produit à travers des symptômes physiques qui traduisent un état de manque. Parmi ces symptômes on peut retrouver des nausées, des vomissements, des myalgies, des spasmes, des céphalées, une diarrhée... (Exemple de produits pouvant donner une dépendance physique et psychique sont : les opiacés, les amphétamines).

- L'usage nocif

C'est une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son entourage lointain (environnement).

- L'usage simple

C'est une consommation de substance psychoactive qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives sur les autres.

- La tolérance

C'est le processus d'adaptation d'un organisme à une substance, qui se traduit par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci et entraîne la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir les mêmes effets.

### **III / Les substances psychoactives**

- Classification

On retient celle de *Delay* et *Deniker*.

1. Substances sédatives psycholeptiques

- a- Opium et ses dérivés

Morphine, codéine, héroïne, substances de synthèse (Palfium®, Dolosal®, Temgésic®...).

La dépendance psychique et physique vis-à-vis de ces substances est intense et d'installation rapide.

Le syndrome de sevrage est particulièrement aigu, surtout avec les alcaloïdes puissants tels que l'héroïne. Il peut mettre le pronostic vital en jeu.

- *L'héroïne* existe sous forme de poudre qui peut être prise par voie nasale ou intraveineuse. La prise donne une sensation de bien être intense, orgasmique et euphorique : c'est le « *flash* ».

Par la suite, survient un état de stupeur avec somnolence et repli sur soi : c'est la « *planète* », qui dure de deux à six heures.

- b- Hypnotiques et tranquillisants

- *Barbituriques* : Ils créent rapidement une accoutumance et une tolérance, entraînant un accroissement important du nombre de prises.

Les produits les plus utilisés sont les barbituriques à demi-vie courte : Phénobarbital (Gardéнал®) provoquant un effet sédatif avec somnolence.

L'état de manque se caractérise par une irritabilité extrême, vécue dans une angoisse à tonalité dépressive.

- *Tranquillisants* : les benzodiazépines sont les plus utilisés. En Algérie, l'usage du Diazépam (Valium®) et du Clonazépam (Rivotril®) est fréquent en milieu des consommateurs de psychotropes.

La dépendance physique est rare. La dépendance psychique est plus fréquente avec le méprobamate (Equanil®) qu'avec les autres benzodiazépines.

Le syndrome de sevrage est fait d'un tableau de confusion mentale avec onirisme modéré, qui dure deux à trois jours.

La prise de benzodiazépines se fait soit dans un but d'automédication, soit de substitution à une autre drogue. L'effet recherché est l'effet anxiolytique.

#### c- Neuroleptiques

Ils ne donnent jamais de phénomène de pharmacodépendance.

## 2. Substances stimulantes psychoanaleptiques

### a- Amphétamines

L'amphétamine est le chef de file d'une famille de substances chimiquement et pharmacologiquement proches les unes des autres, désignées d'une façon générique comme « amphétamines » ou populaire comme « speed » (vitesse).

Les effets de ces drogues sont identiques et voisins de ceux induits par l'usage de cocaïne. La dépendance psychique et physique est rapide.

Les signes somatiques d'intoxication aiguë sont nombreux : tachycardie, HTA, sueurs, mydriase, nausées et vomissements, douleurs abdominales. Elle évoque l'intoxication par la cocaïne.

Les manifestations psychiques se surajoutent : état délirant aigu, état maniaque, épisodes paranoïdes avec agressivité.

Le décès peut survenir par trouble du rythme cardiaque, tachycardie ou spasmes coronariens.

Les amphétamines réduisent le sommeil ou l'empêchent. Elles augmentent de façon temporaire la vigilance et limitent la sensation de fatigue. Ces molécules stimulantes sont consommées dans le milieu sportif et étudiant (augmentation temporaire de la performance).

La métamphétamine est la molécule la plus puissante de cette famille. Elle est dénommée « ice » par référence à l'aspect blanc de ses cristaux.

### b- Cocaïne et crack

Ce sont des alcaloïdes obtenus des feuilles de coca (arbuste originaire d'Amérique du sud).

- *Cocaïne* (existe sous forme de sels de chlorhydrate ou de sulfate): elle a des effets qui se rapprochent de ceux des amphétamines, avec possibilité d'émergence délirante, d'agitation et d'hallucinations.

C'est une poudre blanche appelée neige ou « *White sugar* ». La voie nasale est la plus utilisée mais l'administration intraveineuse de cocaïne, seule ou associée à d'autres produits (héroïne...) peut être retrouvée chez les polytoxicomanes.

Il est difficile d'arrêter une consommation aiguë de cocaïne.

- *Crack* : c'est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniac présenté sous forme de petits cailloux qui émettent des crépitements ou de petits craquements lorsqu'ils sont chauffés. L'utilisateur inhale la fumée qui en résulte.

### c- Autres psychostimulants

- *Trihexyphénidyle* (Artane) : cette molécule est utilisée en psychiatrie pour corriger les effets secondaires des neuroleptiques (syndrome parkinsonien, dyskinésies aiguës). Mais, elle peut être détournée de son usage thérapeutique et utilisée par les pharmacodépendants (effet euphorisant).
- *Les antidépresseurs* et *les sels de lithium* ne donnent jamais de pharmacodépendance.

### 3. Substances à effet mixte psychodysléptiques

#### a- Cannabis ou chanvre indien

C'est une plante utilisée depuis des siècles en Chine. Elle a de nombreux synonymes : ganja en Inde, Kif au Maroc et en Algérie, Takrouiri en Tunisie, marijuana en Amérique, pakalolo dans le Pacifique, haschich en Europe...

L'action pharmacologique du cannabis est induite par les cannabinoïdes contenus dans la résine dont le principal est le 9-tétrahydrocannabinol (THC).

Le cannabis existe sous plusieurs formes : herbe, résine et huile (très riche en THC).

La concentration en THC est variable pouvant aller de 2% à 70%.

Le produit peut être fumé (herbe) ou le plus souvent inhalé en pipe ou en cigarette (joints, pétards).

L'ivresse cannabique est marquée par l'euphorie, la désinhibition avec modification de la perception dans l'espace et dans le temps, et parfois même des complications dépressives.

L'utilisation des dérivés du cannabis peut être incriminée directement ou non dans l'installation de certains troubles psychiques notamment les psychoses (Exemple : le syndrome amotivationnel).

#### b- Hallucinogènes

Les hallucinogènes sont des substances capables d'induire des hallucinations visuelles, auditives ou rarement tactiles.

La plupart des hallucinogènes utilisés sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci. Il s'agit plus rarement des produits obtenus par synthèse chimique.

Leur prise engendre un syndrome délirant hallucinatoire avec distorsion des images et des visions kaléidoscopiques.

Les thèmes du délire sont mystiques ou érotiques avec une désorientation temporo-spatiale.

Les produits utilisés sont nombreux : LSD, Phencyclidine (PCP), mescaline, certains champignons hallucinogènes (amanite)...

### c- Solvants organiques

Les solvants organiques (utilisés par les « *sniffeurs* ») sont largement disponibles dans le commerce. Il est difficile d'en limiter la vente car leur usage est fréquent dans les activités domestiques et professionnelles.

Néanmoins, certains solvants sont soumis à un contrôle strict (éther, certains anesthésiques...).

Ce sont des drogues ébrieuses, euphorisantes avec parfois une phase d'excitation psychomotrice et hallucinatoire.

Ils sont consommés surtout par les adolescents pour leur disponibilité et pour leur moindre coût.

Les conséquences somatiques sont parfois graves : toxicité neurologique (polynévrites optiques), cardiaque (arythmie), hématologique (aplasie médullaire), néphrologique (lésions rénales), pneumologique (hémoptysie, OAP, insuffisance respiratoire)...

## **IV / Approche thérapeutique**

L'usage toxicomaniaque est un comportement complexe, dont le déterminisme est plurifactoriel.

Les modalités thérapeutiques sont variables en fonction :

1. du ou des produits consommés.
2. de la structure de prise en charge.
3. des comorbidités (associations à d'autres pathologies psychiatriques).
4. de l'environnement du sujet.

La pharmacodépendance doit être traitée comme une maladie chronique.

Le sevrage immédiat n'est plus un traitement d'urgence, recommandé aujourd'hui.

Notons que la *motivation* du patient est un facteur important pour la réussite d'une cure de sevrage.

On distingue actuellement deux grands axes thérapeutiques :

- Traitement traditionnel

S'attache à proposer des soins « *sur mesure* » (en fonction des habitudes des prescripteurs).

Le traitement est en général symptomatique sauf pour les opiacés (traitement de substitution).

- Perspectives de santé publique

1. Distribution et échange de seringues en cas de toxicomanie par voie veineuse.
2. Traitement de substitution (Méthadone, Buprénorphine...).

3. Dans certains pays, il existe de véritables réseaux de prise en charge des toxicomanes en amont et en aval des structures hospitalières de soins, avec des équipes multidisciplinaires (psychiatres, médecins généralistes, psychologues, éducateurs spécialisés...) travaillant en collaboration.

## **V / Alcoolisme**

L'OMS définit l'alcoolisme comme suit : « Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique ou mentale, leurs relations avec autrui et le bon comportement social et économique, soit des prodromes de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement ».

Pour Jellinek : « Est alcoolique tout individu dont la consommation de boisson alcoolisée peut nuire à lui-même, à la société ou aux deux ».

L'usage d'alcool n'est donc considéré comme pathologique que s'il existe une dépendance, avec des effets nuisibles pour l'individu et/ou la société.

On distingue :

1. Alcoolisme primaire : où la prise de boissons alcoolisées apparaît comme le phénomène pathologique premier.
2. Alcoolisme secondaire : où la conduite alcoolique fait suite à une autre maladie psychiatrique (troubles anxieux, psychotiques, dépressifs).

## **I-Troubles mentaux de l'alcoolisme**

### 1. Complications psychiques de l'intoxication aiguë

- *Ivresse grave* : Elle s'observe lorsque l'alcoolémie dépasse 1,5 g/l. Les signes neurologiques s'associent à une excitation motrice, agressivité, irritabilité, euphorie et dépression.
- *Ivresse pathologique* : Elle peut revêtir des aspects cliniques variables et parfois dangereux.
- *Crise excito-motrice* : C'est un accès de fureur débouchant parfois sur un acte médico-légal.
- *Bouffée confuso-onirique et délirante* : Les hallucinations visuelles ou auditives, idées délirantes de jalousie et de persécution sont fréquentes.

### 2. Accidents psychiques aigus ou subaigus de l'alcoolisme chronique

- *Delirium tremens* : C'est un délire alcoolique aigu, précédé par des prodromes de 2 à 4 jours et caractérisé par des tremblements, une soif intense, un onirisme, une insomnie et une anxiété.  
A la phase d'état, les sueurs sont profuses. On retrouve un état confusionnel avec une grande agitation et des hallucinations à prédominance visuelle ; l'état général est altéré ; la température est élevée et les signes de déshydratation sont présents.

Le pronostic vital peut être mis en jeu.

- *Délire alcoolique sub-aigu* : Plus fréquent que le précédent ; c'est un état de délire confuso-onirique avec des cauchemars.  
Il n'y a ni altération de l'état général, ni de déshydratation, ni de fièvre.

### 3. Accidents psychiques à long terme de l'alcoolisme chronique

- *Délire alcoolique chronique* : Le délire de jalousie est fréquent ; des réactions dangereuses et agressives peuvent se retrouver.
- *Encéphalopathies alcooliques*
  - a. Syndrome de Korsakoff : Il associe une amnésie de fixation, une désorientation temporo-spatiale, une fabulation, des fausses reconnaissances et une polynévrite des membres inférieurs.
  - b. Encéphalopathie de Gayet-Wernicke : C'est un trouble en rapport avec une carence en vitamine B1 associant confusion mentale, hypertonie avec oppositionnisme, syndrome cérébelleux, paralysies oculo-motrices et des troubles neurovégétatifs.
    - *Démences alcooliques* : Il s'agit de détériorations intellectuelles ou affectives progressives chez l'alcoolique chronique ; elles ne sont pas toujours réversibles.

## **II- Traitement**

- *Au cours du sevrage*
  - a. Réhydrater le patient (03 litres par jour en moyenne, per os).
  - b. Administrer une vitaminothérapie B1, B6, B12, PP (de préférence par voie parentérale pour la B1).
  - c. Surveiller l'équilibre hydroélectrolytique.
  - d. Chimiothérapie : les méthodes de sevrage varient selon les écoles : \*Benzodiazépines type Diazépam (Valium®) ou Clorazépate dipotassique (Tranxène®).  
La posologie des tranquillisants est progressivement diminuée jusqu'à l'arrêt en quelques semaines (afin de prévenir la survenue de crises convulsives).  
Les neuroleptiques sont réservés au delirium tremens avec agitation ou onirisme.

- *Après le sevrage*
  - a. On peut être amené à prescrire des antidépresseurs, des neuroleptiques, des thymorégulateurs, ou d'autres produits de sevrage (non disponibles actuellement dans notre pays) :
    - \* Disulfiram (Espéral®) : indiqué en cas d'arrêt total d'alcool, car l'absorption concomitante provoque un malaise.
    - \* Acamprosate (Aotal®).
    - \* Naltrexone (ReVia®).
  - b. Traitement des comorbidités (troubles dépressifs, troubles anxieux...).
  - c. Traitement psychothérapeutique et sociothérapeutique.

La prise en charge de la pharmacodépendance et de l'alcoolodépendance est très complexe.

Elle doit être multifactorielle : médico-psycho-sociale.