

**Université Abderrahmane Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales**

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

**En vue d'obtention du diplôme de Master
en Psychologie clinique**

Thème

La gestion de l'anxiété chez les consommateurs dépendants aux opiacés
durant la période de sevrage
Etude clinique de dix cas au Centre Intermédiaire de Soins en
Addictologie de Chéraga

Réalisé par :

- **MAHTOUT Meriem**

Encadré par :

Mr. FERGANI Louhab

Année Universitaire 2020/2021

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier le seigneur qui m'a donné toutes mes facultés mentales pour avancer dans mes études et dans la vie de façon générale. Je remercie également tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

A commencer par mon encadreur Mr. Fergani qui m'a toujours poussé à donner le meilleur de moi-même et qui a considérablement contribué à mon progrès durant ces deux dernières années.

Ainsi qu'à Mme Selatna Rachida, la psychologue clinicienne du CISA de Chéraga pour tout ce qu'elle m'a appris et pour son soutien durant toute ma période de stage.

Enfin, je tiens à remercier les patients du CISA sans qui je n'aurai jamais pu effectuer ma partie pratique, sans oublier le personnel du CISA.

Dédicace :

Je dédie ce mémoire à mes chers parents qui m'ont poussé à faire des études et qui n'ont jamais cessé de croire en moi. Je leur transmets toute ma reconnaissance et ma gratitude pour m'avoir apporté beaucoup de soutien et du réconfort depuis toujours.

A mes deux frères Mehdi et Nassim.

A mes chers tantes et oncles, cousins et cousines, veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

A la famille Saddedine qui a été comme une famille pour moi à Bejaïa : Mr. Hamid, tata Ouardia, Lydia, Moumouh et Sarah.

A la famille Moukhnache qui m'a accueilli à Béjaïa dès le premier jour où je suis arrivée à la fac.

A toute la famille MAHTOUT que je représente.

Et à vous cher enseignant chargé de l'évaluation de ce travail

MERIEM

Liste des abréviations :

BHD : Buprénorphine à Haut Dosage

CIM : Classification Internationale des Maladies

CISA : Centre Intermédiaire de Soins en Addictologie

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux)

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder (état de stress post-traumatique)

SNC : Système Nerveux Central

SCV : Système Cardio-Vasculaire

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

IV : Intraveineuse

Liste des tableaux :

N° du tableau	Titre	N° de la page
01	Les opiacés et les opioïdes (d'après Pépin G, opiacés et opioïdes, 1998)	P 13
02	Caractéristiques sociodémographiques du groupe de recherche	P 50
03	Les normes d'évaluation de l'anxiété d'après Bech et coll. (1989)	P 54
04	Les résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton et de l'entretien clinique	P 90

Sommaire

Sommaire

Introduction.....	1
Partie théorique	
Chapitre I : Dépendance aux opiacés	
Préambule.....	3
1. L'addiction.....	3
1.1.Définition de l'addiction.....	3
1.2.Définition de la dépendance.....	3
1.3.Critères de la dépendance de la CIM-10.....	5
1.4.Les facteurs psychopathologiques impliqués dans la dépendance.....	5
1.4.1. Point de vue psychanalytique.....	6
1.4.2. Point de vue systémique.....	8
1.4.3. Point de vue cognitivo-comportemental.....	8
2. Les opiacés.....	10
2.1.Historique.....	10
2.2.Définition des opiacés.....	11
2.2.1. Distinction entre un opiacé et un opioïde.....	11
2.2.2. Critères d'addiction aux opioïdes.....	13
2.3. Les effets des opiacés.....	15
2.4.Tolérance aux opiacés.....	16
2.5.Dépendance aux opiacés.....	16
2.6.Les répercussions de l'addiction aux opiacés.....	17
2.6.1. Comorbidités somatiques.....	17
2.6.2. Comorbidités psychiatriques.....	20
2.6.3. Conséquences sociales.....	21
3. Le syndrome de sevrage aux opiacés.....	21
4. Prise en charge du sevrage aux opiacés.....	22
Synthèse.....	26

Sommaire

Chapitre II : L'anxiété

Préambule.....	27
1. L'anxiété.....	27
1.1.Historique.....	29
1.2.Définition de l'anxiété.....	30
1.3.L'anxiété : du normal au pathologique.....	32
1.4.Les symptômes de l'anxiété.....	32
1.5.Les types des troubles anxieux.....	33
1.6.Evaluation de l'anxiété.....	34
1.7.Les causes et les facteurs de risque des troubles anxieux.....	37
1.8.La prévention des troubles anxieux.....	38
2. Prise en charge de l'anxiété.....	38
2.1.Prise en charge psychologique.....	38
2.2.Prise en charge pharmacologique.....	39
3. La place de l'insight dans l'observance thérapeutique.....	40
4. La résilience : un protecteur contre l'anxiété.....	41
Synthèse.....	42
Problématique et hypothèses.....	43

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	47
1. La méthode de la recherche.....	47
2. Le lieu de recherche.....	48
3. Le groupe de recherche.....	49
3.1. Les critères de sélection.....	51
3.1.1. Les critères d'inclusion.....	51
3.1.2. Les critères d'exclusion.....	51

Sommaire

4. Les outils de la recherche.....	52
4.1.L’entretien clinique de la recherche.....	52
4.2.L’entretien semi-directif.....	52
4.3.L’échelle d’appréciation de l’anxiété d’Hamilton.....	53
4.3.1. La consigne.....	54
4.3.2. La cotation de l’échelle.....	54
4.3.3. Le dépouillement de l’échelle.....	54
5. La stratégie de la recherche.....	54
5.1.La pré-enquête.....	55
5.2.L’enquête.....	55
6. La déontologie de la recherche.....	56
Synthèse.....	56

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

Préambule.....	57
Analyse détaillée des cinq premiers cas.....	57
1. Présentation du premier cas : Adam.....	57
2. Présentation du deuxième cas : Adel.....	60
3. Présentation du troisième cas : Karim.....	64
4. Présentation du quatrième cas : Malik.....	67
5. Présentation du cinquième cas : Tarek.....	70
Analyse résumée des cinq autres cas.....	74
6. Présentation du sixième cas : Amir.....	74
7. Présentation du septième cas : Sofiane.....	77
8. Présentation du huitième cas: Youcef.....	80
9. Présentation du neuvième cas: Salim.....	83
10. Présentation du dixième cas: Yanis.....	86
Discussion des hypothèses.....	92
Conclusion.....	93

Sommaire

Références bibliographiques.....95

Annexes.....

Introduction

Introduction :

L'addiction est un comportement ou une situation de dépendance à un produit ou à une activité. Elle se caractérise par la répétition incontrôlable et irrésistible du même comportement. Il existe plusieurs types d'addictions : addiction aux jeux, à l'internet, aux drogues, au sexe, aux écrans...etc. Dans ce travail, nous nous intéresserons à la dépendance aux drogues et plus particulièrement à la dépendance aux opiacés.

De plus, dans le cadre de ce travail de recherche, nous utiliserons le terme d' « addiction » à la place de « toxicomanie » car ce dernier est considéré comme stigmatisant pour la population concernée.

La dépendance aux drogues durs est devenue l'un des phénomènes les plus répandues et les plus incontrôlables dans notre société en particulier la dépendance aux opiacés et qui touche différentes tranches d'âges et statuts sociaux. En effet, l'héroïne, le Subutex et le Tramadol sont les opiacés les plus consommés d'après nos observations sur le terrain. De plus, nous parlerons d'une « poly addiction » ou d'une « poly consommation » chez les addictes aux opiacés, car la consommation d'un opiacés est souvent associée à un autre produit toxique tel que l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les benzodiazépines... etc.

Derrière chaque addiction aux drogues se cache un passé douloureux, une séparation, une carence affective, un échec, un traumatisme, un deuil...etc. Autrement dit, un événement de la vie marquant peut être la cause de cette addiction. Chez l'addicte, consommer est une manière d'échapper à la réalité, de fuir ses problèmes, mais avec le temps, cette consommation devient problématique dans la mesure où elle entraîne une addiction chez le consommateur. En effet, nous avons constaté que cette dépendance est nuisible pour la santé tant sur le plan physique (risque de développer une maladie somatique telle que VIH, VHC, VHB...etc) que sur le plan psychique (développement d'un trouble de la personnalité ou d'un trouble psychiatrique : borderline, schizophrénie, bipolarité, troubles dépressifs majeurs... etc).

Notre étude de recherche intitulée « la gestion de l'anxiété chez les consommateurs dépendants aux opiacés durant la période de sevrage » nous mène à trouver le lien existant entre l'anxiété et le sevrage aux opiacés d'une population de recherche de 10 consommateurs

Introduction

dépendants aux opiacés en cure de désintoxication que nous avons rencontré au centre intermédiaire de soin en addictologie (CISA) de Chéraga. Notre recherche sur le terrain nous a guidé à trouver des réponses à nos questions.

En vue d'explorer et de comprendre le lien existant entre la gestion de l'anxiété et la dépendance aux opiacés, nous avons eu recours aux méthodes cliniques qui semblent être les plus utiles et les plus pertinentes à la réalisation de notre recherche abordant les entretiens cliniques semi-directifs et l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton.

Notre travail est subdivisé en deux parties afin de vérifier nos hypothèses. Dans la partie théorique nous nous sommes basés sur la revue de la littérature en lien avec notre thème de recherche, et dans la partie pratique nous avons présenté notre méthodologie de recherche ainsi que l'interprétation des résultats.

Par conséquent, notre travail se compose de quatre chapitres : deux chapitres théoriques et deux chapitres pratiques.

Le premier chapitre est consacré à « l'addiction aux opiacés ». Dans un premier temps, nous définirons l'addiction ainsi que ses critères et ses facteurs psychopathologiques, et dans un deuxième temps, nous présenterons une autre partie consacrée aux opiacés.

Le deuxième chapitre est réservé à « l'anxiété » dans lequel on présentera la définition de l'anxiété, les types d'anxiété et les symptômes d'une part, et la prise en charge de l'anxiété d'autre part.

Après avoir présenté les deux premiers chapitres théoriques, nous allons exposer la problématique, les hypothèses et l'opérationnalisation des concepts.

Ensuite nous allons passer à la partie pratique :

Dans le troisième chapitre, nous allons présenter notre méthodologie de recherche en abordant la méthode utilisée, le groupe et le lieu de recherche ainsi que les outils utilisés et la stratégie de recherche.

Dans le quatrième et dernier chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats en exposant dix études de cas cliniques qui nous permettront de répondre à notre problématique et de vérifier nos hypothèses.

Enfin, nous allons finir ce travail de recherche par une conclusion générale qui reprendra les éléments principaux de notre recherche et qui répondra à notre question de départ. Par la suite, nous présenterons la liste des références bibliographiques ainsi que les annexes.

Partie théorique

Chapitre I :

Dépendance aux

opiacés

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

Préambule

Le terme d'addiction qui s'est progressivement substitué à celui de la toxicomanie, a le mérite de proposer un déplacement de la notion de toxique, c'est-à-dire du produit consommé vers le comportement lui-même, qu'il s'agisse d'un comportement de consommation de substance psychoactive ou d'une addiction comportementale. Dans ce premier chapitre intitulé « addiction aux opiacés », nous allons présenter des généralités et des définitions sur l'addiction d'une part, et sur les opiacés d'autre part.

1. L'addiction

1.1. Définition de l'addiction

Connu aussi sous le terme de dépendance, celui d'addiction est d'étymologie latine : *ad dicere*, qui signifie « à dire ». En effet, du temps de la Rome Antique, les esclaves n'avaient pas de nom propre, et ils étaient communément dits à leur *Pater familias*. Le terme d'addiction concerne alors bien une absence de liberté et d'indépendance, donc d'esclavage.

L'anglicisme *addiction* désigne une dépendance à un usage d'un produit potentiellement nocif (drogue, tabac, alcool...etc) ou à une pratique (jeu, travail, sexe... etc), dont l'usage de manière répétée et irrésistible conduit à une dépendance psychique ou *craving* (chercher à retrouver les effets immédiatement) et physique (éviter le malaise de privation), et ce pouvant aller jusqu'à « l'utilisation risquée du corps ». (N., Sillamy, 2003)

Autrement dit, l'addiction est une dépendance à une substance ou à une activité avec des conséquences néfastes sur la santé de la personne affectée. Elle peut être favorisée par des facteurs environnementaux ou liés à l'individu.

1.2. Définition de la dépendance

La dépendance se définit par « l'impossibilité de s'abstenir de consommer ». Elle se caractérise par un désir souvent puissant, voire compulsif, de consommer ou de pratiquer une activité entraînant un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

Autrement dit, c'est un état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des réponses comportementales qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Le produit n'est plus qualifié de drogue. Estimer la force d'un produit revient à mesurer la force du lien qu'il tisse (ou encore la difficulté à s'en détacher) est qui n'implique pas forcément un envahissement complet de l'existence. (OMS, 1975).

- **La dépendance physique :**

La dépendance physique, anciennement appelée accoutumance, se manifeste dans tout le corps par des troubles intenses lorsque le sujet est en état de manque ou subit une cure de désintoxication (syndrome de sevrage). Le fonctionnement de l'organisme est modifié par la prise d'un produit au point que l'absence de ce produit empêche l'organisme de fonctionner normalement et entraîne des symptômes physiques pénibles. En d'autres termes, cette dépendance apparaît lorsque la personne développe une tolérance, c'est-à-dire que son corps s'habitue à la substance.

- **L'état « de manque » :**

La satisfaction, qui relève de l'action directe du produit sur le système nerveux est si intense qu'en son absence le sujet présente « un état de manque » (l'organisme réclame « quelque chose »), avec comme conséquence un attrait plus ou moins irrésistible, une pulsion plus ou moins invincible pour le renouvellement du produit en cause, même lorsque le sujet est parfaitement conscient des risques encourus. Avec certains produits, outre des douleurs physiques intenses, la perturbation psychique est telle qu'elle peut engendrer une agressivité et conduire à des actes de grandes violences.

- **La tolérance :**

Elle se définit comme le besoin d'augmenter les doses consommées pour ressentir les effets initiaux du produit. Elle résulte de la diminution des effets d'une substance lors de son absorption répétée, et conduit l'individu usager à augmenter les doses administrées consommation après consommation, afin de retrouver les effets initiaux. La tolérance a longtemps été considérée comme un phénomène

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

exclusivement physiologique, c'est-à-dire une conséquence de l'adaptation métabolique de l'organisme à un produit régulièrement absorbé. En d'autres termes, le corps s'adapte pour absorber et éliminer la drogue.

- **Le syndrome de sevrage :**

On appelle syndrome de sevrage un ensemble de symptômes provoqués par l'arrêt brusque de consommation d'une substance psychotrope. Il varie en forme et en intensité selon les substances et les doses consommées, mais aussi selon les individus et le contexte socioculturel. On parle de sevrage lorsque l'arrêt ou la diminution de la consommation d'une substance (alcool, amphétamine, cocaïne, nicotine, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques) amène une modification comportementale inadaptée avec des répercussions physiologiques (ex : augmentation de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire, du pouls et de la température corporelle...etc) et cognitives.

• **La dépendance psychologique :**

La dépendance psychologique, anciennement appelée assuétude, est un besoin irrésistible de consommer une ou plusieurs substances. C'est la conséquence de l'usage répété d'une drogue psychoactive. Il s'agit d'un besoin qui se crée par apprentissage. Ce symptôme est celui du « craving » ; c'est l'envie irrésistible de consommer alors que celle-ci est ressentie comme inappropriée. La personne ne parvient cependant pas à la faire disparaître ou encore à l'atténuer comme pour les envies dites normales, c'est à dire contrôlées. Autrement dit, la personne ressent le besoin de consommer une substance même s'il ne ressent aucun symptôme de sevrage physique. Par conséquent, la recherche compulsive du produit (craving) est très marquée et persiste même après la disparition des symptômes physiques.

1.3. Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool,

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

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

1.4. Les facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions

L'addiction aux drogues et aux substances psychoactives est multifactorielle. En effet, Il faut souligner la pluralité des facteurs étiopathogéniques possiblement impliqués dans l'émergence comme l'entretien d'une conduite addictive et leur étroite interdépendance. Ces liens avaient déjà été illustrés par la formule de Claude Olievenstein, selon laquelle l'addiction est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'une circonstance ou d'un

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

moment culturel. Cette formule sous-entend les effets d'addition de facteurs et fragilités multiples, individuelles et collectives, en proportion chaque fois différente et singulière. Nous envisagerons successivement les facteurs psychopathologiques à partir des références psychanalytiques, systémiques et cognitivo-comportementales.

1.4.1. Point de vue psychanalytique

À l'origine de la fragilité narcissique :

- Développement affectif précoce à la mère/substitut ;
- J. Bowlby, M. Ainsworth : l'attachement insécure, évitant ou ambivalent ;
- D. W. Winnicott : Interactions dysfonctionnelles.
- Carences quantitatives de l'investissement maternel et parental :
 - Succession de placements-rejets-reprises ;
 - Perturbation de la constitution du « sentiment continu d'exister » ;
 - Voire maltraitance ou abus sexuels ;
- Carences qualitatives :
 - W. Bion : on note la prévalence de préoccupations opératoires (centrées sur les besoins de l'entourage, pensée qui ne sait faire que des « opérations »), au détriment de la « capacité de rêverie maternelle ».

Facteurs déclenchants

L'adolescence est :

- Valeur de déclencheur, révélateur de fragilités antérieures ;
- Processus de séparation/individuation ;
- Réappropriation de son histoire infantile dans un projet sexué ;
 - Reconstitution progressive d'une image, d'une représentation de son corps dans toutes ses dimensions (physique, libidinale, symbolique), lui permettant d'assumer ses propres pensées, sentiments désirs, actions ;
 - Importance d'assises narcissiques fortes pour supporter l'abandon des sentiments de toute-puissance et de complétude imaginaire du monde de l'enfance autorisant les prises de distance nécessaires avec l'environnement, sans risques majeurs ;

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

- Les adolescents démunis abordent cette période dans une dépendance extrême à leur entourage proche écartelés entre revendication d'autonomie et besoin vital des proches dont ils veulent se séparer.
- Facteurs psychopathologiques propres à l'adolescence :
 - Initiation et recherche de sensation : la recherche d'une appartenance à un groupe de pair et le moindre contrôle émotionnel et recherche de sensations favorisent la prise de risque ;
 - Axe narcissique défaillant, processus de séparation/individuation : contournement de la question de la séparation par l'illusion de maîtrise et d'autonomie via l'addiction ;
 - Modulation des éprouvés émotionnels : recours au produit pour moduler les débordements émotionnels ;
 - Usage autothérapeutique : recherche permanent de la « défonce » comme mécanisme d'adaptation à un vécu dépressif ou anxieux, à une souffrance psychique ou un cercle vicieux.

1.4.2. Point de vue systémique

- Waltzlawick, 1960: thérapie familiale brève :
 - Approche globale du problème vécu par le patient ;
 - Le symptôme est le résultat d'un dysfonctionnement de l'ensemble de l'environnement dont il fait partie intégrante ;
 - Pas de fou, mais seulement des relations folles ;
 - Le patient est à la fois le garant de l'homéostasie familiale et un thérapeute involontaire de sa famille.
- Chez le patient alcoolique :
 - Traitement de la part sociale, action sur la fonction de « bouc émissaire » adoptée pour se conformer aux attentes communiquées.

1.4.3. Point de vue cognitivo-comportemental

Initiation de la conduite de dépendance :

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

- Apprentissage social :
 - Apprentissage par les conséquences (observées ou attendues) ;
 - Apprentissage par modelage (imitation d'un modèle) : à travers les parents ou les pairs.
- Conditionnement opérant (Skinner, 1950) :
 - Par renforcement positif (conséquences agréables)
 - Par renforcement négatif (conséquences désagréables)

Ce type d'apprentissage est impliqué dans les addictions comportementales, par exemple : l'alcool procure du plaisir, de l'excitation et diminue l'anxiété, et un gros gain au jeu expliquera que le sujet recommence à jouer, avec l'espoir immédiat de reproduire ce gain.

Facteurs de maintien :

- Conditionnement opérant : accorde une place prépondérante au renforcement négatif, par exemple : prise d'alcool le matin pour éviter le sevrage ;
- Conditionnement répondant : il s'agit de « réflexes conditionnés » associant un stimulus neutre à un réflexe conditionnel.
 - Les stimuli neutres : amis, lieux, ambiance, rituels.
 - Par exemple : rencontrer par hasard dans la rue un « copain de boisson » aura pour conséquence de déclencher une envie de boire. Dans les problématiques addictives, les stimuli demeurent longtemps « conditionnels », exposant au risque de rechute. Un autre exemple : retrouver son briquet fétiche qu'il croyait avoir jeté au premier jour de son sevrage pourra déclencher des mois après une très forte envie de fumer chez un ancien fumeur.
- Modèle cognitif de Beck (1993) : Postulat du dysfonctionnement cognitif, erreur de traitement de l'information.

Rechute :

- Modèle de Marlatt et Gordon (1985)

Situations à risque (75% des rechutes) repérables à cinq catégories :

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

- « Etat émotionnel désagréable » ;
- « Conflits interpersonnels » ;
- « Pressions sociales » ;
- « Etat émotionnel agréable » ;
- « Niveaux d'adaptation ».

2. Les opiacés

2.1. Historique

De manière générale, les opiacés sont des substances dérivées de l'opium (fleur du pavot), et on parle d'opioïdes pour définir toute substance se liant à un récepteur opiacé. L'opium fut utilisé à des fins thérapeutiques de la plus haute antiquité au début du XXe siècle. La morphine qui est l'alcaloïde principal a été isolée par Sertürner en 1819 et l'invention de la seringue hypodermique a permis son usage parentéral. Le corps médical l'utilise alors comme analgésique, antiasthénique, et antidépresseur. Cette révolution de la thérapeutique des affections douloureuses constitue également le point de départ de la toxicomanie aux opiacés modernes. (Richard et coll, 1998) (Dervaux et Laqueille, 2009).

Les addictes qui consommaient de la morphine l'abandonnent ensuite au profit de l'un ses dérivés de synthèse : l'héroïne. L'héroïne ou diacétylmorphine est un ester de la morphine qui a été synthétisé en 1874. A la fin du XIXe siècle, l'industrie pharmaceutique la proposait comme antitussif chez les tuberculeux et comme remède contre les pneumonies, qui étaient à l'époque des pathologies engendrant un sentiment de crainte intense. Elle était alors une substance d'administration aisée. (Richard et coll, 1998).

Les dangers de l'usage de l'héroïne n'échappèrent pas longtemps aux médecins et celle-ci fut inscrite au tableau des stupéfiants en 1916. Toute administration d'héroïne est interdite en France depuis 1962 et elle a été supprimée de la pharmacopée française en 1971. (Richard et coll, 1998)

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

2.2. Définition des opiacés

Les opiacés sont les dérivés de l'opium extrait du pavot. On y trouve, par exemple : la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone...etc. Les dérivés de synthèse sont dénommés opioïdes.

Autrement dit, on définit les opiacés comme une substance médicamenteuse narcotique. Ils contiennent de l'opium, ou bien ont une action comparable à celle de l'opium :

- Certains opiacés sont naturels (naturellement présent dans l'opium), comme la morphine, la codéine, ou justement l'opium.
- D'autres sont dits semi-synthétiques, comme l'oxycodone ou l'héroïne.
- Enfin certains sont dits synthétiques, comme la méthadone ou la péthidine.

2.2.1. Distinction entre un opiacé et un opioïde

Une confusion est souvent faite entre les termes opioïde et opiacé. Rappelons leurs significations :

- Opiacé : ce terme regroupe tous les alcaloïdes extraits du suc du pavot (*Papaverum somniferum* L.), c'est-à-dire toutes les substances dérivées de l'opium.
- Opioïde : ce terme regroupe tous les agonistes morphiniques, c'est-à-dire toutes les substances qui une fois absorbées, se lient aux récepteurs opioïdes, et ont une activité intrinsèque.

On y trouve également les médicaments opioïdes (opiacés ou morphiniques). Ce sont des analgésiques qui contiennent des molécules proches de la morphine et qui agissent sur des cellules nerveuses spécifiques du système nerveux central (moelle épinière et cerveau). L'organisation mondiale de la santé (OMS) distingue

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

deux types d'analgésiques opioïdes :

-Les analgésiques opioïdes faibles, tels que :

- Le tramadol ;
- La codéine ;
- La poudre d'opium ;
- La dihydrocodéine.

-Les analgésiques opioïdes puissants, tels que :

- La morphine ;
- La buprénorphine (30 fois plus puissante que la morphine) ;
- Le fentanyl (100 fois plus puissant) ;
- L'hydromorphone ;
- La nalbuphine (2 fois plus puissante) ;
- L'oxycodone (OxyContin) ;
- La péthidine (Demerol).

Selon le Pr. Yves DeKoninck (2016) de l'Université de Laval, les médicaments opioïdes ont trois répercussions indésirables :

- Une tolérance qui fait « qu'il faut continuellement augmenter la dose pour obtenir un même effet contre la douleur » ;
- Le traitement prolongé « provoque paradoxalement une augmentation de la sensibilité à la douleur qui, dans les cas extrêmes fait en sorte qu'un effleurement déclenche des souffrances atroces » ;
- Un « phénomène de sevrage dont les effets sont parfois pires que le problème initial pour lequel le médicament a été prescrit ».

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

Tableau n°01 : Les opiacés et les opioïdes (d'après Pépin G, opiacés et opioïdes, 1998)

Opiacés naturels	Opium, morphine, codéine
Opiacés semi-synthétiques	Héroïne (ou diacétylmorphine), codéthyline, pholcodine
Opioïdes semi-synthétiques	Buprénorphine Naloxone
Opioïdes synthétiques	Méthadone, dextromoramide, péthidine, phénopéridine, fentanyl, alfentanil, sufentanil, pentazocine

2.2.2. Critères d'addiction aux opioïdes

Selon le DSM 5, les critères d'addiction aux opioïdes correspondent à « un mode d'utilisation inadapté d'opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois »:

1. Les opioïdes sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'opioïdes
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opioïdes, utiliser des opioïdes ou récupérer de leurs effets

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

4. Craving ou une envie intense de consommer des opioïdes
 5. Utilisation répétée d'opioïdes conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Utilisation d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opioïdes
 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation d'opioïdes
 8. Utilisation répétée d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. L'utilisation des opioïdes est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'opioïdes
 11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage aux opioïdes caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage aux opioïdes)
 - b. les opioïdes (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Présence de 2 à 3 critères : **ADDICTION LÉGÈRE**
 - Présence de 4 à 5 critères : **ADDICTION MODÉRÉE**
 - Présence de 6 critères ou plus : **ADDICTION SÉVÈRE**

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

2.3. Les effets des opiacés

Tout d'abord, il faut savoir que les effets généraux des opiacés, et donc de l'opium, sont similaires d'une molécule à une autre bien que l'intensité et la durée d'action de ceux-ci varient. De plus, les effets sont difficilement analysables et discernables chez l'utilisateur dans la mesure où ces substances ne sont que très rarement consommées seules, mais avec d'autres substances comme des hypnotiques, des benzodiazépines ou de l'alcool.

Dans un premier temps, les opiacés auront une action au niveau physiologique :

- Système Nerveux Central (SNC) : dépression respiratoire, myosis ;
- Système Cardio-Vasculaire (SCV) : hypotension ;
- Système digestif : le tonus des fibres musculaires lisses est augmenté, pouvant engendrer des nausées ou des vomissements lors des premières prises.

L'intoxication chronique peut provoquer un certain nombre de troubles en plus de ceux cités ci-dessus. On notera principalement une diminution de l'activité des glandes génitales, une constipation chronique et une perte d'appétit amenant l'utilisateur à un amaigrissement et des carences alarmantes (un décès par inanition peut survenir). L'intoxication aiguë, aussi appelée overdose, entraîne la mort par dépression respiratoire, asphyxie puis coma neurologique.

Dans un second temps, ils auront un effet au niveau psychologique. En effet, dès la prise, on atteint le stade brutal nommé « flash » qui apporte une sensation de bien-être, d'euphorie. Ce stade est suivi par celui de « planète » qui correspond à une phase dans laquelle l'utilisateur semble vivre dans un monde sans problèmes. Après ces effets, s'enchaîne la phase de « descente » où les effets s'estompent peu à peu. Une légère dépression psychologique peut apparaître, pouvant s'aggraver si le syndrome de manque et ainsi de dépendance intervient. En effet, si la dépendance s'installe, le sujet va vivre alors dans l'angoisse, toujours à la recherche de son produit pour combler son état de souffrance, et cela devient une activité à plein temps. L'usage répété d'opiacés peut amener à un syndrome dit déficitaire, c'est-à-dire qui associe un déficit physique et moteur, un déclin cognitif et intellectuel.

Enfin, d'autres effets peuvent survenir, mais ceux-ci sont en relation avec une mauvaise utilisation des outils pour la consommation. On peut citer, à titre d'exemple, les abcès locaux

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

et les complications infectieuses et virales.

2.4. Tolérance aux opiacés

L'administration régulière d'un agoniste opiacé conduit rapidement à une diminution de l'affinité, ou du nombre des récepteurs aux opiacés. Ce phénomène appelé la « down régulation », vise à empêcher une stimulation excessive du neurone qui risquerait d'épuiser ses capacités de réponse aux stimulations. (Richard et coll, 1998)

Cette désensibilisation des récepteurs survient de façon précoce et explique la tolérance, c'est-à-dire le besoin d'augmenter les doses de drogues pour maintenir à peu près constants ses effets.

La « down régulation » explique aussi en partie la dépendance physique : il y a une nécessité de pérenniser l'usage de drogue afin de pouvoir maintenir des fonctions physiologiques normales. (Richard et coll, 1998)

2.5. Dépendance aux opiacés

L'activation des récepteurs aux opiacés entraîne une inhibition des récepteurs GABAergiques, eux-mêmes inhibiteurs des récepteurs dopaminergiques. Cette activation entraîne donc une augmentation de la transmission dopaminergique. (Dervaux et Laqueille, 2009)

La dopamine est un neuromédiateur impliqué dans le contrôle des émotions, des conduites affectives et plus spécifiquement le plaisir. L'activation du système dopaminergique communément appelé système de récompense est impliquée dans le renforcement positif de l'appétence opiacée. (Richard et coll, 1998) (Dervaux et Laqueille, 2009)

La dépendance psychique (comportement compulsif de recherche de drogue et de ses effets euphorisants) serait due à l'activation de ce système de récompense : le sujet éprouve du plaisir lors de la première prise de drogues, ce qui le pousse à réitérer son expérience. Le processus s'enclenche alors et s'auto entretient. (Richard et coll, 1998)

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

De plus, l'arrêt brutal de l'intoxication entraîne une hypodopaminergie qui pourrait expliquer le déficit motivationnel (s'ajoutant à un syndrome de sevrage) lors d'un sevrage souhaité par l'addicte. (Laqueille et coll, 2010)

2.6. Les répercussions de l'addiction aux opiacés

2.6.1. Comorbidités somatiques

- VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)

D'après l'étude Coquelicot, en France, 10,8% des usagers de drogues par voie IV (intraveineuse) (et/ou intranasale) sont séropositives pour le VIH.

Le VIH peut se transmettre par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté (matériel d'injection ou de sniff ou objets quotidiens comme les brosses à dent, pince à épiler...). Il peut également se transmettre lors de rapports sexuels non protégés et par voie périnatale.

La prévention de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie IV repose avant tout sur :

- L'arrêt de l'injection ou l'utilisation de matériel stérile à usage unique ;
- En cas de sniff, l'utilisation d'une paille propre à usage unique et personnelle ;
- Le non-partage des objets de toilettes personnels.

Tous les usagers de drogues doivent pouvoir bénéficier d'un test de dépistage éventuellement répété. Il peut être réalisé sur prescription médicale dans un laboratoire ou dans un centre de dépistage de manière gratuite et anonyme.

En l'absence de traitement, la forte diminution des défenses immunitaires expose la personne séropositive à des infections opportunistes ou d'atteintes graves du système nerveux (=SIDA).

- VHC (Virus de l'hépatite C)

L'hépatite C est essentiellement transmise par voie sanguine directe ou par le partage de matériel contaminé. Bien qu'elles soient possibles les transmissions périnatales et sexuelles

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

sont rares. Ce sont surtout les consommateurs de drogues par voie IV qui sont concernés par l'hépatite C: d'après l'étude Coquelicot, 60% des injecteurs seraient contaminés.

D'où l'intérêt du dépistage qui doit être régulier chez ces usagers. Il peut être réalisé de manière anonyme et gratuite ou bien sous prescription médicale.

Concernant la prévention, il n'existe pas pour le moment de vaccin contre le VHC. Elle repose avant tout sur l'arrêt de l'injection, l'utilisation de matériel stérile à usage unique, le non partage des objets personnels de toilette.

La phase aiguë de l'hépatite C est souvent asymptomatique mais elle peut être détectée par la présence d'un ictère, de fièvre, de douleurs articulaires et musculaires. L'infection guérit spontanément dans 20% des cas ou peut devenir une hépatite chronique dans 80% des cas. Aussi, en l'absence de traitement, l'hépatite C chronique peut aboutir à une cirrhose 20 à 30 ans plus tard, voire à un cancer du foie.

L'hépatite C chronique impose donc un suivi régulier des enzymes hépatiques. Un traitement antiviral existe (interféron pegylé et ribavarine) et est remboursé à 100% par la sécurité sociale.

- **VHB (virus de l'hépatite B)**

L'hépatite B peut se transmettre par voie sanguine directe ou à partir du matériel contaminé par du sang infecté, également par relations sexuelles non protégées et voie périnatale.

Les usagers de drogue par voie IV sont donc une population à haut risque pour le VHB.

Le dépistage est recommandé chez cette population avant toute vaccination.

Outre le vaccin (prévention la plus efficace), la prévention de la transmission du VHB chez usagers de drogues par voie IV repose sur l'arrêt de l'injection, l'utilisation de matériel stérile à usage unique, le non partage des objets personnels de toilettes.

L'hépatite B aiguë peut être symptomatique et donner lieu à une hépatite fulminante.

L'hépatite B chronique si elle n'est pas traitée peut évoluer en cirrhose et en cancer du foie.

Des traitements antiviraux contre le VHB sont disponibles et permettent de stabiliser l'infection mais pas d'en guérir, contrairement aux traitements contre le VHC. D'où l'importance majeure de la vaccination.

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

- **Problèmes bucco-dentaires**

Il existe souvent un état avancé de délabrement dentaire chez l'addicte. On peut l'expliquer par un manque d'hygiène, mais aussi par une diminution de la salivation (induite par l'héroïne) qui va favoriser la formation de caries.

Aussi, la consultation dentaire est souvent retardée à cause de son coût, ce qui peut entraîner des infections bucco-dentaires avec des abcès. Ces infections, si elles ne sont pas prises en charge rapidement peuvent même se compliquer en septicémies et en endocardites. Les autres pathologies dentaires fréquemment retrouvées sont les mycoses, l'halitose, les parodontites, des lésions des muqueuses de type fissuration et érosion. Tout ceci pourra être à l'origine d'un retentissement général avec des problèmes d'image de soi, des difficultés d'élocution et des troubles anxio-dépressifs.

- **Infections de la peau/tissus mous**

Plusieurs types d'infections peuvent être cités :

- L'inflammation du point d'injection : lors d'injections répétée, la peau est endommagée et des bactéries peuvent facilement traverser la barrière cutanée et atteindre la circulation. Les premiers symptômes sont une douleur et une rougeur localisées au point d'injection.
- Les phlébites : la thrombose peut provoquer une embolie pulmonaire si elle pas prise en charge rapidement.
- Les cellulites, gangrènes, abcès cutanés, nécroses.

Aussi, la peau est souvent desséchée chez le patient addicte et des lésions de grattage peuvent apparaître. Des parasitoses sont aussi souvent retrouvées (poux, gale), et le manque d'hygiène et la macération dans les chaussures peuvent être à l'origine de mycoses interdigitales.

- **Risques spécifiques chez les femmes**

La précarité de certaines usagères peut entraver leur suivi médical, notamment gynécologique.

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

Ceci est problématique lorsque l'on sait que certaines vaginites sont asymptomatiques et que la prise régulière d'opiacés masque les douleurs. Si ces infections ne sont pas diagnostiquées à temps, elles peuvent se compliquer en salpingite, voire en stérilité définitive.

De plus, la précarité et la promiscuité peuvent exposer les usagères à des violences sexuelles et des rapports sexuels forcés non protégés.

Des troubles du cycle de type aménorrhées sont aussi souvent retrouvés chez la femme toxicomane. Ces derniers sont dus notamment à une altération de l'état général, la malnutrition, des troubles psychologiques, mais aussi par une diminution des gonadotrophines hypophysaires par l'héroïne.

Ces femmes ont aussi souvent une sexualité compliquée, et les MST sont fréquentes.

- **Autres complications**

- Endocriniennes : aménorrhées ;
- Cardiovasculaires et rénales : hypotension orthostatique, syndromes néphrotiques ;
- Digestives : constipation, nausées, vomissements ;
- Respiratoires : aggravation d'un asthme ;
- Neurologiques : convulsions ;
- Etat général altéré : malnutrition, déshydratation... etc.

2.6.2. Comorbidités psychiatriques

Selon l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, 80% des patients addictes souffrent également de troubles psychiatriques comorbides.

Ceci dit, il est souvent difficile de faire la part des choses entre :

- Une maladie mentale ayant entraîné ultérieurement un abus de substance ;
- Une dépendance à la drogue ayant entraîné des complications psychiatriques voire à une maladie mentale ;

A titre d'exemple, la dépression est un des facteurs de l'initiation à la prise de drogues mais elle est elle-même une des complications de cette consommation.

Il existe entre-autre une forte prévalence de :

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

- Troubles anxiodépressifs : dépressivité ; dépression mineure à majeure ; troubles anxieux ; angoisse de séparation ;
- Troubles de la personnalité : personnalités psychopathiques ou antisociales ; personnalités limites, impulsivité, agressivité ;
- Troubles bipolaires ;
- Schizophrénie (les opiacés sont classiquement apaisants sur la symptomatologie) ;
- Troubles du sommeil ;
- Craving, comportement compulsif de recherche de la drogue.

2.6.3. Conséquences sociales

Elles sont nombreuses :

- Délinquance, criminalité (trafic, vol, prison...) ;
- Exclusion sociale, précarité, prostitution ;
- Difficultés et échecs scolaires, absence de qualifications ;
- Difficultés familiales : violences conjugales, enfant placé, personne seule ;
- Désinsertion professionnelle, accidents du travail, perte d'emploi.

3. Le syndrome de sevrage aux opiacés

Le syndrome de sevrage est l'ensemble des symptômes physiques et psychologiques qui apparaissent lors de l'arrêt d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et généralement prolongée ou massive.

Les signes classiques du syndrome de manque aux opiacés sont :

- Psychiques : insomnie, angoisse, signes dépressifs, agitation excitation, craving ou « faim de drogue » (envie irrépressible), fatigue.
- Digestifs : nausées/vomissements, constipation, diarrhée, crampes d'estomac, anorexie.
- Algique : douleurs ostéo-articulaires, douleurs viscérales.

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

- Neurovégétatifs : rhinorrhée, frissons, sueurs, sensations de chaud et froid, bâillements, chair de poule, tremblement, mydriase.

Ces symptômes peuvent être à l'origine de troubles du comportement. Ils peuvent générer une angoisse importante pour le patient et des manifestations d'irritabilité et d'impatience à l'origine de demandes multiples, contradictoires ou se mêlent à la fois une réelle sollicitation de l'équipe soignante pour soulager ces symptômes et une ambivalence à arrêter les produits et à négocier une pseudosubstitution (morphiniques).

Il faut également souligner la fréquence de manifestations psychotiques secondaires et comorbides de l'addiction aux opiacés et rendant la prise en charge compliquée : envahissement délirant et dissociatif renforçant la rupture de contact et majorant les agitations comportementales. Le traitement du syndrome de sevrage devra donc être mis en route de façon précoce associant benzodiazépines, antispasmodiques, antalgiques et neuroleptiques sédatifs et/ou incisifs en cas de troubles psychotiques associés. La mise à l'abri temporaire somatopsychique des patients addictes en sevrage doit être réalisée dans les services d'urgence dans des lits de crises psychiatriques.

On y trouve également les troubles du comportement dans le sevrage des opiacés :

- **Humeur dysphorique ou dépressive** → risque de « comportement suicidaire ».
- **Insomnie** → déambulation du patient.
- **Symptômes de manque** :
 - Craving : la recherche compulsive du produit qui est très marquée et persiste même après la disparition des symptômes physiques.
 - Irritabilité, anxiété, tension psychique.

4. La prise en charge du sevrage aux opiacés

Un sevrage direct peut parfois être envisagé, lorsque les conditions sont favorables. Mais la prise en charge repose le plus souvent sur la mise en œuvre d'un traitement de substitution aux opiacés ou TSO. Associant un médicament se substituant aux opiacés ou MSO (buprénorphine à haut dosage – BHD – ou méthadone), permettant d'éviter un manque, et un suivi éducatif, psychologique et social.

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

La prise en charge médicamenteuse :

La prise en charge du sevrage aux opiacés se fait pas un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Depuis 1999, la substitution fait partie de l'histoire de l'addicte. Rares sont les patients dépendants qui n'ont pas eu à faire au moins une fois dans leur vie de « drogués» à une molécule de substitution comme la méthadone ou le subutex. Il y a souvent confusion entre substitution et sevrage. La substitution est un remplacement plus ou moins prolongé de l'héroïne par un autre opiacé par voie orale et médicalement contrôlée sur une durée allant de quelques semaines à quelques années.

La substitution a pour but de :

- Stabiliser le patient avant un sevrage définitif,
- Favoriser l'insertion sociale et professionnelle en diminuant la marginalisation et la délinquance,
- Diminuer les échecs et « fidéliser» les patients en acceptant un suivi médical.

• La méthadone

La méthadone est un agoniste pur ayant, à des degrés différents, toutes les propriétés de la morphine y compris son pouvoir toxicomanogène. Cependant sa pharmacodépendance est inférieure à celle de la morphine et de l'héroïne. Elle provoque donc un syndrome de manque lors de son arrêt brutal. Sa durée d'action longue (24 heures environ) permet un contrôle des effets et des méfaits de la dépendance.

Les effets morphiniques de la méthadone entraîne un mélange d'euphorie et de détente qui peut être perçu rapidement par le toxicomane (112 heure, 1 heure après la première prise).

Toutes ces propriétés pharmacologiques permettent une prise seulement par jour.

Initialement la posologie était estimée empiriquement en fonction de l'ancienneté et de l'importance de la dépendance. On se référait aux études américaines qui mentionnaient 80 à 150 mg / jour pour le sevrage et 50 à 120 mg / jour pour la maintenance.

Aujourd'hui on dépasse rarement une dose de 60 mg / jour qui est délivrée sous forme d'un sirop par des « centres méthadone ».

Un recours aux chimiothérapies psychotropes est préférable à une augmentation des doses de méthadone.

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

Certains auteurs font remarquer que des doses supérieures à 60 mg / jour diminue le taux d'abandon de la cure mais la méthadone peut à cette posologie entraîner un déficit du système immunitaire.

La recherche des toxiques urinaires sera réalisée chaque semaine pour vérifier l'absence de prise d'opiacés qui sera une condition supplémentaire à l'entrée dans ce programme méthadone.

Les conditions d'inclusion dans ce protocole sont bien déterminées:

- Etre volontaire et accepter les contraintes de cette prise en charge,
- Etre dépendant depuis au moins 5 ans,
- Avoir réalisé plusieurs cures de sevrage sans succès durable.

Les indications sont difficiles à évaluer, elles doivent être établies sur les chances de réinsertion socioprofessionnelle et le type de personnalité du patient. En effet, les personnalités psychotiques, « Border-Line », sont de bonnes indications. Ces patients nécessitent cependant une évaluation de l'acceptation du traitement.

Quoiqu'il en soit la cure de maintenance s'adresse:

- Aux poly-toxicomanies anciennes,
- Après de nombreuses rechutes malgré des sevrages itératifs sur une durée de plus de 5 ans,
- Aux sujets dépressifs résistants aux traitements actuels.

- **La buprénorphine (Subutex)**

Agoniste partiel d'une durée d'action comparable à celle de la méthadone, la buprénorphine bloque l'euphorie induite par les opiacés et diminue l'auto-administration d'héroïne.

Ses effets morphino-mimétiques sont faibles. Ceci reste un argument défavorable pour cette substance qui est rapidement abandonnée par les toxicomanes sous prétexte que «le traitement ne leur fait rien ». La buprénorphine reste une indication quand le patient refuse la contrainte d'un traitement par méthadone. En effet, cette molécule permet une plus grande autonomie et peut être utilisée en ambulatoire.

Elle ne présente pas d'effet potentialisateur ni de risque de surdosage en intra-veineux. Par contre un syndrome de manque brutal et sévère apparaît s'il y a prise concomitante d'héroïne.

Les autres indications de la buprénorphine sont pour les toxicomanies récentes (inférieures à 1 an) lorsque c'est le I^{er} essai de substitution et quand un patient est stabilisé sous méthadone mais qu'il est incapable d'arrêter le traitement de substitution. La seule contrainte que présente

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

la buprénorphine est la prise multiple par jour de comprimé à 0, 2 mg pour atteindre une dose efficace entre 2 et 8 mg par jour. Aussi en 1996 a été commercialisée une forme galénique adaptée au traitement de substitution (SUBUTEX : glossette sublinguale dosée à 0, 4 ; 2 et 8 mg).

Prescription qui pourra être faite en médecine de ville.

Il faut noter que 8 mg par jour de buprénorphine équivaut à 60 mg par jour de méthadone.

- **La naltrexone (NALOREX)**

C'est un antagoniste des opiacés qui bloque les effets agréables de l'héroïne. Sa durée d'action courte ne supprime pas le désir toxique. Aussi, l'utilisation de la Naltrexone exige une participation active du patient et un encadrement psychologique important. Ceci explique que seulement 15 % des toxicomanes manifestent un intérêt pour cette substance.

L'administration de NALOREX chez un patient encore dépendant aux opiacés entraîne un syndrome de sevrage caractérisé qui peut décourager le patient.

Aussi on préconise un test d'évaluation à la naloxone (NARCAN) avant d'instaurer un traitement avec la Naltrexone.

Le NALOREX est administré par voie orale à la dose de 50 mg / j ou de 350 mg par semaine répartie en 3 prises.

Le produit est bien toléré et peut être associé aux antidépresseurs.

Ce traitement peut être arrêté à tout moment puisqu'il n'entraîne aucune dépendance.

En pratique la Naltrexone est souvent utilisée au décours d'un sevrage réalisé par clonidine ou méthadone.

Quand le patient n'est plus dépendant aux opiacés le NALOREX est alors débuté et poursuivi encore un minimum de 6 mois afin d'éviter les rechutes.

La substitution fait aujourd'hui partie de la prise en charge thérapeutique et complète bien le sevrage qui reste une étape beaucoup plus fugace dans le projet thérapeutique.

Prise en charge psychologique

Elle passe par un réaménagement psychologique individuel et du statut dans le groupe. La qualité de cette prise en charge décide de la réussite à moyen et à long terme de la cure de désintoxication. Elle doit faire le bilan de l'état mental du patient tout au long de la post-cure afin de pouvoir éviter au maximum les rechutes.

Chapitre I : Dépendance aux opiacés

Pour ce faire, elle prend en compte l'histoire du patient, favoriser le dialogue et l'expression des émotions et restaurer l'estime de soi.

La famille doit pouvoir s'impliquer dans le processus de soins et de suivi et une psychothérapie familiale permet souvent de découvrir un dysfonctionnement du système familial.

Il ne faudra pas méconnaître l'environnement du patient pour permettre une rupture définitive avec le toxique et son milieu.

Enfin, il est important d'adjoindre des prises en charge non médicamenteuses telles que :

- L'écoute et l'empathie ;
- La relaxation ;
- L'hypnose ;
- L'acupuncture.

Synthèse

La dépendance aux opiacés est une épreuve douloureuse à vivre et son sevrage nécessite une prise en charge multidisciplinaire associant un traitement médicamenteux tel que les TSO et une prise en charge psychologique en parallèle. De plus, le sevrage est souvent associé à une anxiété plus ou moins intense et sa gestion n'est pas toujours adaptée. Par conséquent, nous allons dans le deuxième chapitre étudier l'anxiété ainsi que sa gestion durant la période de sevrage afin de répondre à notre problématique de départ et confirmer nos hypothèses.

Chapitre II :

L'anxiété

Préambule

L'anxiété est une émotion présente en chacun de nous. Elle se caractérise par une sensation désagréable de crainte et d'inquiétude. C'est une réponse à un contexte ou à une situation qui s'exprime sur différents registres physiologiques, psychologiques, émotionnels et comportementaux.

1. L'anxiété

1.1. Historique

Si l'étude de l'anxiété semble avoir connu une éclipse durant les années 1930–1960, les travaux de D. Klein (1964) ont marqué un renouveau d'intérêt pour l'étude de l'anxiété à la fois sur le plan expérimental, pharmacologique, épidémiologique mais aussi clinique. À partir des années 1970, la modification de la classification des troubles anxieux, sous l'impulsion des critères du DSM dans un but de recherches cliniques et pharmacologiques, a permis de distinguer différentes formes d'anxiété dont les origines biologiques semblent mieux établies aujourd'hui au prix d'un démembrement de la classification des névroses. Si la névrose d'angoisse comme entité spécifique a été dissociée en trouble anxieux généralisé et trouble panique, la névrose phobique a été éclatée en phobie sociale, agoraphobie et phobie simple. La névrose de contrainte fait partie désormais des TOC et l'hystérie est devenue un trouble somatoforme. La place de l'angoisse centrale dans la maladie mentale et qui jadis se déclinait sous forme d'angoisse de castration, de séparation ou de morcellement dans le modèle psychodynamique est devenue, sinon un phénomène secondaire, le signe d'un trouble de l'adaptation. L'essor des traitements pharmacologiques de l'anxiété depuis la découverte des benzodiazépines (1957) mais aussi des antidépresseurs nous montre que l'on a changé progressivement de paradigme et il semble désormais qu'à travers une meilleure connaissance des mécanismes neurobiologiques de l'anxiété nous puissions soulager un plus grand nombre de patients, même si dans le même temps nous assistons à une surconsommation d'anxiolytiques. Le paradoxe de l'être humain semble de mieux connaître sa peur pour la maîtriser et sa recherche du bien-être paraît souvent éphémère.

Chapitre II : L'anxiété

En 1844, le philosophe et théologien danois Kierkegaard publie un ouvrage « Le Concept d'angoisse » qui va influencer le courant de la philosophie existentialiste, Heidegger et Jean-Paul Sartre. L'angoisse est reliée à la notion de péché et d'innocence. Il compare l'angoisse au vertige. La raison du vertige est plus liée à ce que l'on voit qu'à la profondeur véritable. Il suffit de ne pas regarder pour ne pas avoir le vertige mais le ravin existe bien.

En psychanalyse, le mot angoisse est resté ancré dans cette discipline. L'angoisse révèle un mécanisme et une compréhension du fonctionnement psychique. En effet, elle n'est pas importante en tant que symptôme mais ce qui importe c'est le sens qui est donné à ce symptôme dans la compréhension de la personne, de son psychisme et de ses souffrances. L'anxiété et l'angoisse sont proches mais une différence de nature existe, l'angoisse a une place plus métaphysique et existentielle et l'anxiété se rattache à l'ici et maintenant dans notre adaptation tant physique que psychisme à la vie.

C'est seulement au cours de la seconde moitié du XIXe siècle que le concept d'anxiété apparaît dans le domaine de la pathologie. Jusqu'alors, les peurs irraisonnées étaient considérées comme une expression, parmi d'autres, des passions tristes ou d'une erreur de jugement proche du délire. Morel, psychiatre parisien, décrit en 1866 le « délire émotif », qu'il attribue à un désordre du système nerveux végétatif et qui s'applique à l'ensemble des troubles anxieux et dépressifs. Peu après se développe le concept de « neurasthénie » qui, à partir d'une explication par un état d'épuisement du système nerveux, inclut un ensemble de manifestations d'inquiétude psychique et de sensations corporelles diverses.

C'est à Freud que l'on doit la description princeps de la névrose d'angoisse. En 1895, il écrit un article au titre éloquent : « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse ». » Il donne une description succincte mais précise des différentes manifestations de l'anxiété : l'inquiétude chronique, l'attaque d'angoisse, les équivalents physiques, les peurs illégitimes et sélectives que l'on appelle phobies, et les obsessions.

Tant pour la description des symptômes que pour la classification des troubles, la contribution de Freud, demeure jusqu'à ce jour indiscutée. En effet, une des plus récentes des classifications psychiatriques, celle de l'Association américaine de psychiatrie (DSM III),

range l'anxiété généralisée, le trouble de panique, et les troubles phobiques et obsessionnels dans le cadre des troubles anxieux.

1.2. Définition de l'anxiété

Le mot « anxiété » dérive du latin *anxietas* qui veut dire disposition à l'inquiétude. L'anxiété est une émotion qui peut être décrite comme étant une peur anticipée. Contrairement à la peur qui survient face à un danger réel, l'anxiété se déclenche face à un danger potentiel, incertain. Elle peut donc exister en l'absence d'événements menaçants et sa cause n'est pas forcément consciente. L'anxiété se manifeste également par des réactions physiologiques (accroissement de la pression artérielle, tachycardie, sueurs... etc) et comportementales (augmentation de la vigilance et des réponses d'évitement) proche de celles de la peur.

On distingue deux types d'anxiété : l'anxiété d'état et l'anxiété de trait. L'anxiété d'état est suscitée ponctuellement en réponse à un contexte ou à une situation donnée. Elle est de nature immédiate et de courte durée. En revanche, l'anxiété de trait correspond à une caractéristique permanente et stable d'un sujet. Autrement dit, un sujet ayant une anxiété de trait aura une disposition importante à manifester de l'anxiété même en dehors de tout événement stressant. Par conséquent, l'anxiété de trait est considérée comme un facteur prédisposant au développement des troubles anxieux.

L'anxiété peut être définie comme étant un état émotionnel vécu comme une expérience subjective de la peur ou d'une émotion proche de cette dernière. Elle est désagréable, négative, dirigé vers le futur, elle est parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes (observables).

Selon la définition de l'OMS, il s'agit « d'un sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement », d'une part.

D'autre part, Sigmund Freud (1936) définit l'anxiété comme « un état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues psychologiques et comportementales ».

Chapitre II : L'anxiété

L'anxiété est une émotion caractérisée par l'ambiguïté ou l'incertitude : elle est transversale à la plupart des troubles pathologiques, d'un comportement addictif, d'un conflit intrapsychique ou de la difficulté à interpréter les événements ». (Graziani, 2003)

En d'autres termes, l'anxiété est un mécanisme de défense. En effet, elle représente un signal d'alarme préparant l'individu à faire face à une menace extérieure, reconnue et identifiée en tant que telle par le sujet. Dans certains cas, une telle réaction d'adaptation peut cependant dépasser son objectif principal. Les manifestations neurovégétatives deviennent gênantes, bruyantes et inquiétantes, le comportement devient désorganisé et incontrôlé. Les capacités de jugements, de raisonnement, de pensée et de prises de décisions deviennent inopérantes, inaccessibles et dysfonctionnelles dans le contexte. Enfin, l'ensemble de ces manifestations devenues pathologiques peuvent survenir dans différentes situations ayant ou non un caractère authentiquement menaçant, voire se déclencher spontanément en l'absence de cause évidente.

1.3. L'anxiété : du normal au pathologique

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, psychologiques, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception de traitement de l'information et de mémorisation. L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, à l'apprentissage, la prise de décision et la performance. A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient

Chapitre II : L'anxiété

pénible et envahissante et, au contraire inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant.

L'anxiété est souvent rapprochée de la peur décrite chez l'animal et chez l'homme comme une alarme biologique permettant de lutter ou de fuir face au danger. EN 1872, Darwin publie *The expression on emotion in man and animals* à partir de sa thèse générale sur l'évolution, la peur est envisagée comme un mécanisme utile pour la survie. Existant chez l'homme et chez l'animal, elle a pour rôle de mobiliser l'organisme pour faire face au danger si un certain seuil est dépassé. Mais la vraie question ne serait-elle pas d'étudier les différences entre la peur et l'angoisse-anxiété ? En effet, dans les modèles animaux et dans certains modèles humains, on repère des réactions de peur que l'on assimile à des manifestations anxieuses ce qui n'est pas sans soulever des questions.

La distinction entre la peur et l'anxiété est ainsi basée sur la présence ou non d'un danger, l'anxiété survenant en dehors de toute menace environnementale objective. Cette définition se retrouve dans de nombreux ouvrages dont ceux de Jaspers et d'Ey. Karl Jaspers, médecin et philosophe du courant existentiel, oppose l'angoisse à la peur dans son traité *Psychopathologie générale* (1913) : « La peur est dirigée vers quelque chose, l'angoisse est sans objet ». Pour Jaspers, l'angoisse et les états voisins représentent les « sentiments sans contenu » ou « sans objet ». Rien de présent à la conscience ne justifie l'angoisse. L'approche d'Henri Ey (1950) est la suivante : « La peur est constituée par une réaction de défense (immobilisation ou fuite) à l'égard d'un objet présent, tandis que l'angoisse ou l'anxiété préfigure dans sa structure un danger à venir, et par là même, plus vague, incertain, mystérieux et lancinant ». Les termes employés autour de l'angoisse, telles que la peur, l'inquiétude ou la crainte ont chacun leur particularité et il est parfois difficile de tracer les limites entre eux ».

La menace dans l'anxiété ne se limite pas au danger qui met en jeu l'intégrité physique du sujet. Des situations menaçantes, complexes, peuvent déclencher une anxiété comme la séparation avec les figures d'attachement, la confrontation à la nouveauté et à l'incertitude, et à de nombreuses situations de conflits résultent d'une opposition entre des besoins « internes » contradictoires, ou entre un besoin

Chapitre II : L'anxiété

« interne » et des contraintes de l'environnement. Ils sont activés plus ou moins directement par des stress actuels ou anciens. L'anxiété liée à des stress de la vie, comme les difficultés professionnelles, financières, familiales ou les maladies, est légitime et compréhensible. Il existe en effet de véritables « maladies de l'anxiété » qui sont surtout caractérisées par la persistance dans le temps de leurs manifestations et par leur retentissement dans la vie du sujet (souffrance subjective, handicap social ou professionnel par exemple). Il importe donc de fixer un seuil entre le normal et le pathologique. Sur le plan qualitatif, certains symptômes psychologiques sont complexes et s'éloignent de ceux éprouvés lors de la simple appréhension. Ces symptômes doivent être reconnus, ce sont par exemple les attaques de panique, les phobies ou les obsessions. Sur le plan quantitatif, ce sont les notions de gêne et de handicap qui définissent la pathologie. Enfin, lorsque l'anxiété atteint une intensité telle qu'elle entrave la vie quotidienne du patient, qu'elle échappe au contrôle, nous sommes dans le cadre de l'anxiété pathologique, qui doit être évaluée à part de critères diagnostiques aussi précis que possible.

1.4. Les symptômes de l'anxiété

Les symptômes varient d'une personne à l'autre, et comprennent en général plusieurs de ces signes :

- Sensation de peur d'inquiétude, de panique ou malaise ;
- Palpitations cardiaques ;
- Sueurs (mains moites, bouffées de chaleur...) ;
- Tremblements ;
- Souffle court, bouche sèche ;
- Sensation d'étouffement ;
- Douleurs dans la poitrine ;
- Nausées ;
- Vertiges ou étourdissements ;
- Picotements ou engourdissements dans les membres ;
- Troubles du sommeil ;
- Autres symptômes physiques variés.

1.5. Les types de troubles anxieux

L'anxiété est une réaction émotionnelle normale qui permet à un individu de faire face à une menace éventuelle, c'est-à-dire de s'en protéger. Elle possède donc une valeur adaptative. Cependant, dans certains cas, l'anxiété peut devenir chronique et excessive par rapport aux situations auxquelles l'individu est confronté. On parle alors de pathologies anxieuses ou de troubles anxieux.

Le DSM-IV classe les pathologies anxieuses en plusieurs entités distinctes : l'anxiété généralisée, les troubles de panique, les états de stress post-traumatique (PTSD), les troubles obsessionnels et compulsifs (TOC) et les phobies (spécifiques ou sociales).

Le trouble panique (ou crises de panique) est caractérisé par des attaques de panique imprévisibles et récurrentes, au cours desquelles la personne a du mal à respirer, ressent une peur intense, incontrôlable, et d'autres symptômes comme par exemple des nausées ou des palpitations.

L'anxiété généralisée correspond, comme le terme l'indique, à un sentiment général et constant d'anxiété difficile à contrôler.

La phobie sociale, quant à elle, se traduit par une peur excessive face à diverses situations sociales, qui pourraient être embarrassantes, humiliantes, ou qui sont associées à une notion de performance.

Les phobies spécifiques peuvent être associées à une grande diversité de situations ou d'objets/animaux. Elles entraînent une peur totalement irraisonnée, par exemple des araignées, des ascenseurs, des transports publics...

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont une manifestation d'anxiété et ils se traduisent par des idées obsédantes, envahissantes, et des comportements compulsifs (par exemple une obsession de la propreté, le besoin de vérifier constamment si telle ou telle chose est à sa place, etc...).

Chapitre II : L'anxiété

Le trouble d'accumulation compulsive est désormais reconnu comme faisant partie des troubles anxieux : il se traduit par le besoin irréprensible d'accumuler des objets (des brochures, des objets trouvés dans la rue, etc.).

Enfin, le syndrome de stress post-traumatique est un profond malaise, une peur survenant à la suite d'un événement traumatisant, parfois quelques mois après.

En général, les phobies spécifiques apparaissent tôt, dans l'enfance ou l'adolescence, alors que l'anxiété généralisée, les troubles paniques ou le syndrome de stress post-traumatique surviennent en moyenne plus tard, entre 24 et 50 ans.

Il est important de noter que les troubles anxieux sont de sévérité variable. Certaines personnes qui en souffrent sont incapables de mener une vie normale (par exemple sortir de chez elles, prendre les transports...), d'autres vivent avec des crises plus ponctuelles, mais imprévisibles. Certains événements peuvent aggraver les symptômes et faire resurgir certaines angoisses. Notons aussi que de nombreuses personnes atteintes de troubles anxieux ne sont pas diagnostiquées et ne bénéficient donc pas d'un suivi médical.

Dans tous les cas, une prise en charge médicale et une évaluation psychologique sera utile pour améliorer la qualité de vie.

Bien que ces pathologies anxieuses se caractérisent par des manifestations comportementales très différentes, elles sont pour la plupart sensibles aux traitements chroniques avec des antidépresseurs. Avec l'efficacité des antidépresseurs, tels que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine, les anxiolytiques classiques tels que les benzodiazépines ne viennent que compléter le traitement.

1.6.Évaluation de l'anxiété

L'évaluation de l'anxiété peut être réalisée par l'utilisation d'échelles d'évaluation. En effet, il en existe plusieurs, mais le choix se fonde essentiellement sur les qualités psychométriques (Graziani, 2003). Nous présenterons les échelles les plus utilisées:

- **L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA)** : comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire

Chapitre II : L'anxiété

et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle spécifique.

- **Les échelles des peurs FFS (Fear Survey Schedule) :** ont été créées dans le but d'évaluer la nature et l'intensité des peurs irrationnelles. La version la plus récente, FFS III, permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique. Cette échelle est largement utilisée par les thérapeutes TCC. S'appuyant sur leur propre expérience clinique, Wolpe et Lang ont répertorié les différents stimuli susceptibles de provoquer une peur. Chaque stimulus choisi doit répondre à deux critères :
 - 1) Il s'agit d'un stimulus auquel la plupart des individus peuvent être exposés ;
 - 2) On peut considérer qu'il n'est pas normal qu'un individu confronté à ce stimulus montre plus qu'une réaction d'anxiété légère.

Enfin, les stimuli représentant les items du questionnaire, ont été répertoriés en six catégories des peurs :

- a) Animaux ;
- b) Situations sociales ;
- c) Atteintes corporelles, maladies et morts ;
- d) Bruits ;
- e) Phobies classiques (ascenseurs, espaces clos, etc.) ;
- f) Peurs diverses.

La FSS III comporte 76 items (72 items si l'on ne retient pas compte des items dédoublés).

- **L'échelle d'anxiété STAI-Y de Spielberger :** l'inventaire d'anxiété trait-état (State-Trait Inventory ou STAI) est une échelle d'auto-évaluation. Son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle au moment de la passation (l'anxiété-état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (anxiété-trait). La forme Y a été validée et étalonnée sur plus de 5000 sujets. La structure factorielle de la forme Y montre une

Chapitre II : L'anxiété

discrimination claire entre anxiété-trait et état et des facteurs de présence et d'absence d'anxiété presque identiques pour les deux sexes. La fidélité test-retest est meilleure pour l'anxiété-trait (0,65-0,75) que pour l'anxiété-état (0,34-0,62). Toutefois, la consistance interne de l'échelle anxiété-état tout comme celle de l'anxiété-trait s'est révélée excellente ($> 0,90$).

- **L'échelle HAD** : est un auto-questionnaire structuré de 14 items développé par Zigmond et Snaith (1983) pour dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes. Ses objectifs s'avèrent donc très similaires à ceux du General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg, instrument qui a davantage été utilisé dans les études européennes ou dans des pays de culture fort différente. Il convient également de souligner que la version française de cette échelle a fait l'objet d'études réalisées chez des sujets consultant en médecine générale et chez des patients hospitalisés ou consultant en médecine interne ou en psychiatrie.
- **L'échelle LAO de Cottraux** : la Liste des Activités Obsessives-compulsives (LAO) est une check-list qui permet l'auto-évaluation et l'intensité des comportements ritualisés de patients présentant des obsessions-compulsions. La passation et le dépouillement sont simples et rapides. C'est un instrument fiable et sensible du changement thérapeutique. Elle doit cependant être complétée par des mesures cognitives (idées obsédantes) et des mesures plus spécifiques des problèmes-cibles du patient.
- **Le questionnaire des peurs (Cottraux)** : est un instrument empiriquement valide, fidèle et sensible aux changements thérapeutiques. Il mesure les phobies et principalement l'agoraphobie. Son regroupement en trois classes de phobies se superpose à la classification du DSM-III : agoraphobie, phobie sociale et phobie simple, dont il permet une évaluation multidimensionnelle qui va des sujets normaux aux troubles anxieux majeurs.
- **L'échelle d'Affirmation de Soi de Rathus** : est l'instrument le plus simple et le plus utilisé pour mesurer le concept d'affirmation de soi, principalement développé par l'école cognitivo-comportementale. C'est le sujet lui-même qui remplit cette échelle, indiquant pour les 30 affirmations qui lui sont proposées à quel degré elles sont caractéristiques de sa façon de se comporter. La

Chapitre II : L'anxiété

version française a été validée. Cette échelle permet de bien différencier les phobies sociales d'autres populations. C'est aussi un bon instrument pour apprécier les comportements affirmés et puisqu'elle est réadministrable pour suivre sous thérapie leurs évolutions.

Même si l'entretien clinique demeure primordial pour le thérapeute, ces échelles l'aident à mesurer qualitativement et quantitativement l'anxiété et de les faire à différents moments de la prise en charge thérapeutique. De plus, les réponses aux échelles élargissent le champ d'investigation, apportent souvent des indications supplémentaires sur les difficultés de patients et permettent au thérapeute un choix plus rapide et plus efficace des stratégies thérapeutiques.

1.7. Les causes et les facteurs de risque des troubles anxieux

Avant tout, il est utile de rappeler que l'anxiété est une émotion normale, qui apparaît lorsqu'on se sent menacé ou en danger. Elle devient néfaste et problématique lorsqu'elle se manifeste de façon excessive par rapport à la menace réelle ou qu'elle persiste sur une longue durée, interférant ainsi avec les activités et le fonctionnement quotidien de la personne.

Les causes des troubles anxieux ne sont pas parfaitement connues. Elles font intervenir des facteurs génétiques, physiologiques et environnementaux.

Ainsi, on sait qu'une personne a plus de risque de présenter des troubles anxieux si quelqu'un de sa famille en souffre. Le fait d'être une femme est également reconnu comme un facteur de risque de trouble anxieux.

Le fait d'avoir vécu des événements stressants ou traumatisants, en particulier dans l'enfance, ou la présence d'un autre trouble psychiatrique (trouble bipolaire, par exemple) peuvent également favoriser les troubles anxieux.

Finalement, on sait que la survenue d'un trouble anxieux est liée, entre autres, à des perturbations physiologiques au niveau du cerveau, en particulier au niveau de certains neurotransmetteurs, ces substances qui servent de messagers aux influx nerveux d'un neurone à l'autre. Plus précisément, le GABA (le principal inhibiteur de toutes les réactions excessives des neurones), la noradrénaline et la sérotonine sont impliqués⁵. Les traitements

Chapitre II : L'anxiété

médicamenteux des troubles anxieux agissent justement sur la régulation de ces neurotransmetteurs. Le cortisol (l'hormone du stress) joue également un rôle.

1.8. La prévention des troubles anxieux

La survenue de troubles anxieux ne s'explique pas vraiment de façon rationnelle. Il est donc difficile de savoir qui risque d'en souffrir.

En revanche, certains événements stressants et traumatisants peuvent favoriser la survenue de troubles anxieux. Il est donc recommandé de ne pas tarder à obtenir de l'aide psychologique après un tel événement, en particulier chez les enfants.

Enfin, de bonnes habitudes de vie restent indispensables pour essayer de limiter l'anxiété :

- Avoir un rythme régulier de sommeil et des nuits suffisamment longues ;
- Pratiquer une activité physique régulière ;
- Eviter la consommation d'excitants, de cannabis, d'alcool et d'autres drogues ;
- S'entourer et pouvoir être épaulé(e) en cas d'anxiété trop forte.

2. Prise en charge de l'anxiété

Le traitement des troubles anxieux repose sur des interventions médicamenteuses et/ou psychologiques. Dans tous les cas, une prise en charge médicale est nécessaire pour mettre en place une thérapie adéquate, adaptée aux besoins du patient, à ses symptômes et à sa situation familiale et sociale.

2.1. Prise en charge psychologique

Une prise en charge psychologique est nécessaire en cas de troubles anxieux.

Elle peut même constituer le seul traitement, ou être associée au traitement pharmacologique, dépendamment de la sévérité des troubles et des attentes de la personne atteinte.

Chapitre II : L'anxiété

La thérapie cognitive et comportementale est la thérapie qui a été le plus étudiée dans le traitement des troubles anxieux, notamment pour la phobie sociale, le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsifs. En se concentrant sur les facteurs qui causent et maintiennent l'anxiété et en donnant au patient des outils de contrôle, ce type de thérapie est généralement efficace de façon durable (12 à 25 séances de 45 minutes en général). Selon la HAS, les thérapies cognitives et comportementales structurées sont même aussi efficaces que les traitements médicamenteux.

D'autres types de thérapies, comme la thérapie pleine conscience, ont également montré leur efficacité lors d'études cliniques. Le but est de porter son attention et de se concentrer sur le moment présent, et d'apprendre ainsi à contrôler son anxiété.

La psychothérapie analytique peut être initiée pour comprendre les origines de l'anxiété, mais son efficacité sur les symptômes est moins rapide et moins reconnue.

2.2. **Prise en charge pharmacologique**

Si les symptômes sont trop intenses et que la psychothérapie ne suffit pas à les contrôler (par exemple en cas d'anxiété généralisée), un traitement médicamenteux peut être nécessaire.

Plusieurs médicaments sont reconnus pour leur efficacité contre l'anxiété, en particulier les anxiolytiques (benzodiazépines, buspirone, prégabaline) qui agissent de façon rapide, et certains antidépresseurs qui constituent le traitement de fond, à savoir les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN).

Ces médicaments peuvent entraîner une aggravation de l'anxiété en début de traitement et une surveillance médicale étroite est donc nécessaire.

Du fait du risque de dépendance, les benzodiazépines doivent être prescrites de façon temporaire (idéalement pas plus de 2 à 3 semaines). L'initiation comme l'arrêt du traitement doivent être supervisés par le médecin.

Comme la prégabaline n'induit pas de risque de dépendance et que son efficacité est immédiate, elle est parfois préférée aux benzodiazépines.

3. La place de l'insight dans l'observance thérapeutique

Dans une étude, Lin et al. (1979) montrent un lien entre le défaut d'insight et la non-observance. Les auteurs définissent l'insight comme « la reconnaissance de l'existence de problèmes (de santé) et du besoin d'une intervention médicale ». Leur étude porte sur tous les patients admis pendant 6 mois dans un centre de santé mentale. Les critères d'inclusion sont un diagnostic de schizophrénie, une histoire de maladie mentale évoluant depuis au moins deux ans. Ils ont ainsi pu sélectionner 100 sujets, qui ont été soumis à un questionnaire oral sur leur opinion par rapport à l'existence de différents symptômes (anxiété, insomnie, délire, schizophrénie) et à l'intérêt du traitement.

L'étude a montré que 45% de ceux qui avaient un insight positif étaient observants contre 15% d'observants chez ceux n'ayant aucun insight. De la même manière 36% de ceux qui percevaient un effet bénéfique du traitement étaient observants contre 15% de ceux qui n'en voyaient aucun intérêt. Ces deux variables étant indépendantes l'une de l'autre, les auteurs concluent à l'importance d'avoir conscience de la maladie ou bien adhérer au traitement, mais aussi de ressentir les effets positifs du traitement.

De la même manière, Kemp et al. (1996) ont montré dans une étude portant sur 47 sujets psychotiques le fort lien existant entre amélioration de l'insight du patient au sujet de sa maladie et amélioration de son observance.

David, qui cite Kampan et Lehtinen, a divisé l'insight en trois dimensions:

- La conscience de la maladie et de son origine mentale ;
- La possibilité de percevoir, secondairement, le caractère pathologique de son fonctionnement mental et ;
- L'adhésion au traitement.

Cependant des patients n'ayant aucune capacité d'insight peuvent accepter et suivre un traitement, car la conscience de la maladie et l'observance restent deux dimensions séparées. Pour Kampan et Lehtinen, le lien entre insight et observance demeure très difficile à mettre en évidence.

Par ailleurs Garavan et al., dans une étude portant sur 58 sur 70 patients schizophrènes, n'ont retrouvé aucune influence du niveau d'insight sur l'observance au traitement.

Blackwell, enfin, nous rappelle que le manque d'insight du patient schizophrène, en particulier au moment des rechutes, contribue à lui faire arrêter le traitement quand il en aurait le plus besoin.

Les défauts d'insight et les altérations cognitives restent finalement des facteurs de non-observance retrouvés par la majorité des études. Leur influence demeure cependant controversée et difficile à mettre en évidence.

4. La résilience : un protecteur contre l'anxiété

Il existe une relation complexe et non linéaire entre les traits de personnalité d'une part, et le processus de résilience d'autre part. Cela implique que peu de traits de personnalité sont toujours bons ou toujours mauvais pour la résilience. Même l'anxiété, qui est souvent associée à la sensibilité au stress, a un rôle important à jouer pour garantir que l'on reste vigilant face au danger et que l'on prenne des mesures préventives. Donc, il serait faux de supposer que la personne la moins anxieuse soit toujours la plus résistante.

Une erreur courante des organisations est de traiter séparément le renforcement de la résilience et la gestion de l'anxiété et du stress, tandis que le succès est dans la combinaison des deux.

Une approche qui, pendant de nombreuses années, a constitué la base principale des traitements cliniques de l'anxiété et qui a été adaptée pour convenir aux programmes de formation à la résilience sur le lieu de travail est appelée « recadrage » ou approche cognitive (Cooper, Flint, Pearn, 2013, « Building Resilience for Success »). Cette technique de recadrage, qui remet en question toute hypothèse négative sur nos propres capacités et nous aide à faire face à nos craintes est utile pour apprendre à voir les possibilités dans des situations qui n'étaient auparavant considérées que comme des problèmes.

En somme, il s'agit de :

- Identifier les croyances et les hypothèses sous-jacentes
- Les vérifier pour voir si elles sont réalistes et utiles ;

Chapitre II : L'anxiété

- Les adapter pour que les choses soient vues sous l'angle le plus positif et le plus réaliste.

Synthèse

L'anxiété est une émotion normale présente chez tous les êtres humains. Toutefois, elle devient pathologique lorsqu'elle devient handicapante chez la personne qui en souffre. D'après le chapitre que nous venons d'aborder, la gestion de l'anxiété dépend de deux facteurs principaux : l'observance thérapeutique et la résilience de la personne. Ces éléments constituent des réponses préliminaires à notre problématique de départ. Nous allons dans le chapitre qui suit, dans la partie pratique de ce travail de recherche vérifier nos hypothèses afin de les confirmer ou au contraire de les infirmer.

Problématique
&
Hypothèses

Problématique et hypothèses

Problématique :

L'addiction peut être définie comme étant un comportement de dépendance à un usage de produit nocif pour la santé (tabac, alcool, drogue... etc) ou à une activité (travail, jeu, sexe...etc.) et dont l'usage excessif et irrépressible entraîne une dépendance physique et/ou psychique. Il existe plusieurs types d'addiction : addiction aux produits toxiques (tabac, cannabis, comprimés, alcools, drogues durs tels que l'héroïne et la cocaïne,...etc) qui sont les plus fréquents, addiction aux jeux, addiction à l'internet, addiction de types sexuels...etc.

Les addictions aux produits toxiques étant les plus fréquentes, on peut les classer en cinq catégories : addiction aux drogues dures et aux opiacés (héroïne, cocaïne, Subutex, Tramadol, morphine, ecstasy...etc), addiction à la Prégabaline (ou à Lyrica), addiction aux benzodiazépines (Rivotril, Kietyl... etc), addiction au cannabis, et addiction au tabac.

L'héroïne et les opiacés sont des drogues dont l'usage est peu fréquent mais qui sont associées à une très forte morbi-mortalité. Le premier risque est celui de décès par surdose (overdose). Ils étaient au nombre de 264 sur le territoire français en 2012. Les décès par surdose ont régulièrement baissé depuis l'année 1994 qui était celle du pic de décès observés (564 décès). La diminution régulière de ces décès est attribuée par tous les professionnels à la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD). Cette molécule a obtenu l'autorisation de commercialisation comme traitement de substitution en 1996 et est largement diffusée. La buprénorphine (appelée également le Subutex) ne présente pas de risque de surdose par elle-même, même si des cas cliniques isolés font état de décès lors de l'usage conjoint de benzodiazépines. Ces décès sont exceptionnels. Le deuxième risque lié à l'usage d'opiacés est un risque infectieux. Ce risque est local (abcès, lymphangite lors d'injections, staphylococcies cutanées lors de sniff), mais aussi et surtout général (infections VIH, hépatites C et B, endocardites, septicémies). En 2011, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) recensait des taux de prévalence du VIH de 13,3 % et de l'hépatite C de 63,8 % auprès d'usagers de drogue ayant utilisé l'injection. (Lejoyeux, 2017).

Enfin, l'usage chronique d'opiacés est associé à des complications psychiatriques au premier rang desquelles des épisodes dépressifs et des tentatives de suicide. La prévalence

Problématique et hypothèses

d'épisodes dépressifs majeurs actuels chez des patients suivis dans des programmes de substitution par méthadone est de 70 % dans certaines études. Par ailleurs, durant les 3 ans de suivi prospectif d'une cohorte de 387 usagers d'héroïne australiens, la proportion de tentative de suicide était de 11,6 %. De plus, les opiacés peuvent induire une somnolence et être à l'origine d'accidents de la voie publique. Même si cela ne suffit pas à en affirmer la responsabilité, des opiacés étaient retrouvés dans 3,5 % des échantillons de sang de conducteurs tués lors d'accidents de voiture. (Lejoyeux, 2017).

Dans nos recherches nous n'avons malheureusement pas trouvé de chiffres exactes à l'échelle nationale en Algérie concernant la dépendance aux opiacés. Par conséquent, nous nous contenterons des données épidémiologiques que nous venons de citer car nous considérons qu'ils sont fiables et valides.

De plus, on a constaté que l'anxiété était symptôme prédominant au cours des périodes initiales de sevrage aux opiacés et elle est également considérée comme un facteur important de rechute. En effet, cette anxiété se manifeste par des douleurs physiques et psychiques intenses et persistants.

Par conséquent, un programme de sevrage s'impose que ce soit sur demande provenant de l'addicte ou de son entourage. De plus, le sevrage chez les consommateurs dépendants aux opiacés est une période très sensible et délicate. D'une part parce que les symptômes de sevrage physiques et psychiques sont intenses et persistants, et d'autre part parce que la prise en charge est difficile et prend beaucoup de temps et de la patience. Le sevrage est donc un processus progressif qui mène vers la guérison, il nécessite un suivi régulier à la fois psychiatrique et psychologique, mais également une observance thérapeutique dans le suivi addictologique pour le maintien du sevrage à long terme et pour une bonne gestion de l'anxiété.

Dans ce travail de de recherche, nous avons opté pour deux approches explicatives concernant l'addiction de façon générale. Nous avons tout d'abord choisi le modèle psychanalytique, car il nous a permis de mieux comprendre la personnalité de l'addicte, d'une part. Ensuite, nous avons choisi le modèle cognitif et comportemental, car il nous a permis de comprendre le comportement addictif et son fonctionnement, d'autre part.

Problématique et hypothèses

Avant d'exposer notre problématique de recherche, définissons quelques concepts clés qui nous permettront de comprendre le contenu des chapitres qui suivent.

L'anxiété est un sentiment d'inquiétude proche de la peur. C'est une réaction d'alarme qui nous prévient du danger. Autrement dit, c'est un état émotionnel désagréable qui peut être handicapant pour la personne qui en souffre

La gestion de l'anxiété c'est la capacité de faire face à une situation anxiogène, mais aussi de maîtriser et contrôler ses émotions en particulier ses inquiétudes et ses incertitudes.

Un consommateur est une personne qui utilise un bien ou un service pour satisfaire ses besoins.

La dépendance ou l'addiction c'est l'attachement à un produit (ou à une substance), à une situation ou à une activité. C'est aussi un sentiment d'emprisonnement face auquel l'individu perd sa liberté. Le détachement entraîne un sentiment d'angoisse et une perte de contrôle sur soi.

Les opiacés ce sont des substances psychoactives dérivés de l'opium. Ils ont un effet euphorisant et analgésique (ou antidouleurs) d'une part, et une action sédative et somnifère d'autre part. Parmi les opiacés, on y trouve : l'héroïne, la morphine, la codéine, la méthadone... etc.

L'observance thérapeutique c'est lorsque les indications du médecin (traitement, suivi, régime, bilans...etc) sont conformes avec le comportement du patient.

La résilience c'est la capacité de rebondir et de surmonter un événement traumatique ou stressant.

Le sevrage c'est le fait de s'abstenir et de se contrôler à faire quelque chose dont l'envie et le besoin sont irrésistibles.

Problématique et hypothèses

A la lumière de ce qui précède, nous tenterons de répondre aux questions suivantes qui ont été élaboré à partir de nos lectures et des travaux antérieurs sur notre thème de recherche.

- De quoi dépend une bonne gestion de l'anxiété pendant la période de sevrage? En d'autres termes : Qu'est ce qui favorise une bonne gestion de l'anxiété durant la période de sevrage ?

Hypothèse générale :

- Une bonne gestion de l'anxiété dépend de la résilience de la personne.
- Une bonne gestion de l'anxiété dépend de l'observance thérapeutique.

Hypothèse opérationnelle :

- Plus le sujet est résilient face à l'anxiété, mieux il gère cette dernière.
- Plus le sujet est observant dans sa prise en charge, mieux il gère son anxiété.

Partie pratique

Chapitre III :
Méthodologie de la
recherche

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

Effectuer une recherche nécessite d'abord une méthodologie bien déterminée, un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Pour réaliser notre recherche et le recueil des données, nous avons effectué un entretien semi-directif avec dix patients dépendants aux opiacés en période de sevrage, accompagné de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton.

Dans ce troisième chapitre, nous allons présenter la méthode de recherche clinique utilisée sur le terrain, le lieu et le groupe de recherche, les outils utilisés ainsi que leur analyse, et le déroulement de la recherche clinique.

1. La méthode de la recherche clinique

Dans notre recherche nous nous sommes basé sur la méthode clinique qui permet d'étudier, d'observer et d'analyser notre groupe de recherche, pour répondre aux objectifs de la recherche. Cette méthode se définit comme : « une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer à la fois ce qu'il y'a de typique et ce qu'il y'a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (N., Sillamy, 2003)

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers en référence à son histoire indépendamment des aspects de diagnostic, ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents...etc. (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003).

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Cette dernière est une méthode historique, son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés.

Cela tend à répondre à la question pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis ? à savoir finalement le fruit de mon passé. La psychanalyse fonde sa recherche sur l'anamnèse d'un sujet, c'est-à-dire l'histoire racontée par un individu pour faire revivre son passé et ainsi comprendre son présent.

L'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet. (J-L., Pédinielli, 2006)

Aussi, nous nous sommes appuyés sur cette méthode qui vise à comprendre notre phénomène d'étude (l'anxiété), et d'interpréter le sens des propos recueillis ou des comportements observés. Nous nous sommes également basé sur l'étude de cas. Ces méthodes font d'avantage appel au jugement, à la finesse de l'observation ou à la compréhension du vécu des personnes.

Enfin, la méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas.

2. Le lieu de la recherche

Le centre intermédiaire de soin en addictologie (CISA) a été créé en 2014 et son activité a débuté en fin Juillet 2014. C'est une annexe rattachée à l'hôpital psychiatrique de Mahfoud Boucbci de Chéraga. En effet, l'hôpital psychiatrique de Chéraga contient plusieurs annexes :

- 2 annexes du service de la pédopsychiatrie : un service de la petite enfance (de 0 à 3 ans) et une autre de service de l'enfance et de l'adolescence (de 3 ans et plus) ;

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

- 5 annexes du service adulte : le centre intermédiaire de soin en addictologie (CISA), le centre intermédiaire de santé mentale (CISM) de Bouchaoui spécialisé pour les troubles psychotiques, le centre intermédiaire de santé mentale (CISM) de Kaouch (spécialisé pour les troubles psychotiques allégés/bipolarité), un service en convention avec le service de neurologie de Ben Aknoun, et enfin un service spécialisé dans la prise en charge des familles qui se situe à Dely Brahim.

Nous stage a sein du CISA de Chérage s'est déroulé du 05/04/2021 au 31/05/2021. Il était encadré et supervisé par Mme Selatna, l'une des psychologues cliniciennes de l'établissement. Le CISA comporte 22 fonctionnaires : 01 professeur chef d'unité de la CISA : 01 médecin généraliste et addictologue permanente et 01 autre en détachement, 03 psychologues, 03 infirmiers, 01 psychiatre chef assistante et 04 résidents en psychiatre, 01 toxicologue, 01 laborantine, 01 ergothérapeute, 02 réceptionnistes à l'accueil, 01 administrateur, 01 informaticienne, 04 agents de sécurité, et 02 femmes de ménages.

Dans le cadre du sevrage, la prise en charge au sein du CISA est multidisciplinaire nécessitant une collaboration des quatre spécialistes suivants: médecin généraliste, psychiatre, psychologue, et ergothérapeute.

3. Le groupe de recherche

Notre groupe de recherche se compose de dix sujets âgés entre 25 et 35 ans. Nous présenterons les cas dans le tableau suivant :

Tableau n°02 : Caractéristiques sociodémographiques du groupe de recherche

Patient	Âge	Statut marital	Statut professionnel	Niveau intellectuel
01 : Adam	31	Marié	Directeur de projet	Bac+3 Management

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

02 : Adel	30	Célibataire	Commerçant	Bac+3 Commerce international
03 : Karim	26	Célibataire	Agent polyvalent	4 ^{ème} année CEM
04 : Malik	25	Célibataire	Chômeur	4 ^{ème} année CEM et formation en infographie 3D
05 : Tarek	33	En couple	Chômeur	Bac+3 Management et GRH
06 : Amir	27	Célibataire	Chômeur	Niveau Terminal Formation Tourisme (TS)
07 : Sofiane	31	En couple	Superviseur	Bac+4 Business management et Bac+3 Génie mécanique
08 : Youcef	35	Célibataire	Chômeur	9 ^{ème} année brevet
09 : Salim	31	Célibataire	Commerçant	Niveau 4 ^{ème} année CEM Formation en commerce international et en infographie
10 : Yanis	30	Célibataire	Chômeur	Niveau 4 ^{ème} année CEM Formation en langue Anglaise

Après avoir dressé le tableau ci-dessus, nous constatons que 100% des patients sont de sexe masculin, 70% sont célibataires, 20% sont en couple, et 10% sont mariés. De plus, nous remarquons également que 40% sont au chômage et 60% sont actifs dans la vie professionnelle. Leur âge varie entre 25 et 35 ans. En effet, 80 % des sujets ont la trentaine et les autres 20% ont la vingtaine. Enfin, nous nous sommes aperçus que 50% ont un niveau

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

d'instruction universitaire tandis que les autres 50% ont un niveau d'instruction collégiens (niveau brevet) parmi eux 30% ont une formation à titre personnel. Ces données chiffrées sont des facteurs (de risque et/ou de protection) qui vont nous servir d'interpréter les résultats d'une part, et répondre à notre problématique et d'élaborer nos hypothèses d'autre part.

3.1. Les critères de sélection

Le groupe de recherche étudié a été soigneusement sélectionné, parmi les addictes présents au sein du CISA, nous avons choisi dix patients en début de sevrage.

3.1.1. Les critères d'inclusion

Nous avons choisi d'inclure dans nos critères de sélection des consommateurs dépendants aux opiacés, en début de sevrage. Tous les patients étaient sous méthadone (TSO) âgés entre 25 et 35 ans. Enfin, nous avons principalement choisi des adultes pour faciliter le contact et en particulier des jeunes ayant une bonne maîtrise de la langue française.

3.1.2. Critères d'exclusion

Nous avons choisi d'exclure certains critères de sélection telles que les enfants car la communication avec les adultes est plus fluide et plus organisée. Nous avons également exclu dans nos critères les sujets ayant une mauvaise maîtrise de la langue française et les patients qui ne sont pas dépendants aux opiacés.

4. Les outils de recherche

3.1. Entretien clinique de recherche

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

les données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain tests psychologique, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo. (Hervé, b, et col, 1999).

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute de l'interviewer » (Blanchet, 1992).

Le guide d'entretien permet le recueil des informations générales concernant le sujet traitant. Il se définit comme « un ensemble organisé de fonction d'opérateurs et qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Blanchet et Gotman, 1992). Dans ce guide, le chercheur formule et prépare à l'avance la consigne, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets.

Nous avons établi un guide d'entretien constitué d'une partie qui regroupe les informations personnelles (nom, prénom, sexe, âge, situation maritale, situation professionnelle, niveau d'étude) et de deux grands axes :

Axe n° 01 : les symptômes manifestés durant la période de sevrage.

Axe n° 02 : Consommation des opiacés et conséquences.

4.2. L'entretien clinique semi-directif

Dans le cadre de notre recherche, et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi-directif de recherche pour donner plus de liberté aux sujets interrogés. Ce dernier est définie par Collette Chiland suit : « l'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs. Son but est le diagnostic dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité ». (Chiland. C, 1983)

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

L'entretien clinique semi directif est un guide d'entretien, avec plusieurs questions préparées à l'avance, dont le chercheur pose une question puis le sujet s'exprime librement mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui. K & Bénony. H)

4.3. Echelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton est une échelle générale, utilisable par le professionnel de santé, pour évaluer l'intensité des symptômes reliés à l'anxiété et à la dépression. Le professionnel de santé doit choisir, en fonction de son expérience et pour chaque symptôme, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient. L'entretien est libre, mais la liste des symptômes proposés constitue un guide utile et un mémento sémiologique.

La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle, c'est-à-dire le comportement au cours de l'entretien ou les symptômes déjà présentés par le patient. C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle a été conçue pour être utilisée chez les patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété (Pellet, 1993).

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique sur une échelle de Likert de 0 à 4 (0 : absent, 1 : léger, 2 : moyen, 3 : fort, 4 : maximal).

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est également possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et une note d'anxiété somatique (somme des items de 7 à 13).

4.3.1. La consigne

« Vous avez devant vous 14 énoncés regroupant des symptômes qui concernent vos sensations et vos pensées durant votre période de sevrage. Prenez votre temps de bien lire chaque énoncé en indiquant la fréquence ou l'intensité de ses sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : absent (0), léger (1), moyen (2), fort (3), maximal (4) ».

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

4.3.2. La cotation de l'échelle

Echelle de fréquence en 05 points (de « absent » à « maximal ») :

- Absent : 0 point
- Léger : 1 point
- Moyen : 2 points
- Fort : 3 points
- Maximal : 4 points

4.3.3. Le dépouillement de l'échelle

Tableau n°03: Les normes d'évaluation de l'anxiété d'après Bech et coll. (1989)

0 à 5	Pas d'anxiété
6 à 14	Anxiété mineure
15 et plus	Anxiété majeure

5. Stratégie de la recherche

Notre pratique s'est déroulée au centre intermédiaire de soin en addictologie (CISA) à Chéraga (Alger). Le but de notre recherche a été d'évaluer le degré et l'intensité de l'anxiété chez les consommateurs dépendants aux opiacés durant la période de sevrage. Autrement dit, nous avons tenté d'identifier les facteurs qui favorisent la bonne gestion de l'anxiété d'une part, et les facteurs qui la diminuent ou qui l'empêchent d'autre part.

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

4.1. La pré-enquête

Selon Claire Durant, la pré-enquête est « considérée comme la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudié ». (Chahraoui & Benony, 2003)

L'importance de la pré-enquête apparaît dans la définition suivante : « la pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain.

Durant la pré-enquête, nous avons effectué un entretien et la passation de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton à deux patients afin de tester nos outils après avoir obtenu le consentement des patients. Cela nous permis de recueillir des informations sur notre thème de recherche mais également de modifier et de réajuster notre guide d'entretien qui avait été préparé à l'avance. De plus, les informations recueillies lors de la pré-enquête nous ont permis d'apporter quelques modifications dans l'élaboration de notre problématique et des hypothèses.

Ainsi, cela nous a facilité la modification de notre guide d'entretien d'une part, de tester les instruments et de sélectionner les données théoriques de notre chapitre théorique, d'autre part.

Dans la pré-enquête, nous avons constaté que les deux sujets tests avaient une anxiété élevée et une gestion inadéquate de cette dernière, et nous en avons déduit que c'était l'inobservance thérapeutique qui était la principale source de cette mauvaise gestion de l'anxiété.

5.2. L'enquête

Durant l'enquête, nous avons réalisé des entretiens et des passations de l'échelle d'anxiété à dix patients. Concrètement, les entretiens et les passations se sont déroulés dans la salle de réunion individuellement, dans le calme et chaque entretien durait de 30 minutes à une heure environ. Cela nous a permis de recueillir des informations générales concernant les patients, les symptômes de sevrage aux opiacés mais également le parcours addictologique de chacun

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

d'entre eux. Il est également utile de rapporter que toutes les enquêtes effectuées auprès des patients, ainsi que la consultation de leurs dossiers médicaux ont été faites après l'obtention de leur consentement afin de participer à une investigation qui comporte un entretien clinique accompagné de l'échelle d'appréciation de l'anxiété durant la même séance. Cela expliquerait pourquoi certains entretiens duraient une heure car l'entretien clinique et la passation de l'échelle ont été effectués l'un après l'autre durant la même séance.

6. Déontologie de la recherche

- Il est important de respecter l'anonymat ;
- Respecter l'état du patient et ne pas lui imposer des choses qu'il ne souhaite pas faire ;
- Ne pas insister sur le patient et respecter sa résistance si son état ne lui permet pas ;
- Respecter le refus du patient ;
- Avant de commencer l'entretien avec le patient, il faut lui expliquer le but de l'entretien, et le rassurer en lui disant que tout ce qu'il dira ne sera pas divulgué sauf s'il le souhaite.

Synthèse

Dans la recherche scientifique, chaque pas doit être justifié. Elle nécessite une méthodologie à suivre, ce qui nous a poussé à utiliser les outils d'investigation tels que les entretiens cliniques semi-directifs et l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. Cela nous a permis de recueillir les informations nécessaires pour répondre à notre problématique et de vérifier nos hypothèses.

Chapitre IV :

Présentation

&

Analyse des résultats

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

Préambule

Dans ce quatrième et dernier chapitre, nous allons présenter les résultats et les analyses des dix cas étudiés en pratique. En effet, nous allons présenter une analyse détaillée des cinq premiers cas et une analyse résumée des cinq autres cas. Nous tenons également à préciser que les noms des patients ne sont pas leurs vrais noms, ils ont été modifiés conformément au code d'éthique et déontologique qui stipule que l'anonymat des patients doit être respecté.

- Analyse détaillée des cinq premiers cas

1. Présentation du premier cas : Adam

- Présentation du patient :

Adam est un jeune homme marié depuis 6 mois âgé de 31 ans. Il est titulaire d'un bac+3 en Management et travaille en tant que directeur de projet à Reghaia, Hydra et Dely Brahim. Il vit actuellement chez ses parents avec sa femme, et il a une seule sœur qui plus jeune que lui d'un an et demi.

- Antécédents personnels et familiaux :

Il est arrivé au CISA de Chéraga en 2020 avant le début du confinement du Covid-19. C'était une orientation du juge qui lui avait recommandé ce centre pour une cure de sevrage et sa femme aussi l'avait encouragé à se présenter le plus vite possible. Dans l'ensemble, Adam a de bonnes relations avec ses parents et un bon soutien de leur part durant les moments difficiles.

Sur le plan somatique : il est positif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : personnalité borderline.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Histoire de la consommation :

Il avait commencé à consommer du cannabis à l'âge de 13 ans, ensuite il est passé à la consommation du Rivotril et des psychotropes à l'âge de 15-16 ans. Il avait également consommé les substances suivantes : héroïne (par injection), crack, Subutex (injection), ecstasy, cocaïne, alcool (tequila, gin, vin rouge).

Pendant l'entretien, Adam avait rapporté qu'il avait commencé à consommer par curiosité, l'envie d'essayer, et l'influence de son entourage (amis). De plus, il a fait cinq cures auparavant. En effet, les trois premières cures ont eu lieu à Kirghizistan (Bichkek) en 2017, en 2018 et en 2019. C'est une cure qu'il avait décrit comme un « coma artificiel » durant lequel on l'assommait le matin et on le réveillait à 11h, il avait précisé également qu'il reprenait conscience en fin de journée et que cette expérience a été un risque qu'il avait pris dans l'espoir de se sevrer définitivement. Il avait également rapporté que cette cure du « coma artificiel » avait fonctionné et avait été efficace au bout de la troisième fois, les deux premières cures ont échoué durant lesquelles il avait rechuté.

Sa principale addiction était le Subutex. En effet, il a d'abord commencé avec l'héroïne puis il est passé au Subutex pour remplacer cette dernière. Il est sobre depuis dimanche, c'est-à-dire depuis qu'il a commencé à prendre la méthadone, et sa dernière consommation du Subutex remonte à vendredi (il avait consommé un quart le matin et un quart le soir). Il avait également précisé que le Subutex ne lui procurait pas du plaisir mais que grâce à sa consommation, il pouvait communiquer et travailler. Il avait ajouté que ça lui enlevait le manque physique et lui permettait de vivre normalement en tant qu'être humain.

Durant cette période de sevrage, voici les symptômes qui se sont manifesté par Adam: anxiété, agitation, irritabilité, sueurs, écoulement nasal et larmoiement, dilatation des pupilles, étournements, perte d'appétit, diarrhée, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, douleurs articulaires, bouffées de chaleur, fièvre, frissons...etc.

De plus, il avait estimé les couts de sa consommation de Subutex à 50000 DA et celle du cannabis à 2000 DA par jour. Il avait précisait que durant le confinement, il y avait un manque de produit sur le marché. Par conséquent, il se déplaçait jusqu'à Annaba pour acheter du Subutex afin de combler son manque.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

Enfin, il avait mentionné avoir déjà été arrêté cinq fois par la police : une fois à l'Eucalyptus, une autre fois à El Achour, deux fois à Bab El Oued, et une fois à château neuf pour détention de substance. Il a également mentionné avoir fait un séjour en prison deux fois : une fois à El Harrach et une autre fois à Koléa.

- Prise en charge :

Adam est sous méthadone depuis quatre mois et prend des traitements psychiatriques en parallèle. Toutefois, il ne se présente que rarement à ses rendez vous chez le psychologue. En effet, il travaille actuellement en tant que chef de projet et il vient au centre tous les jours pour prendre la méthadone. De plus, il est stable sur le plan physiologique mais sur le plan psychologique il nécessite une prise en charge régulière pour le maintien de son sevrage.

- Analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien, Adam était détendu et décontracté. Son discours était organisé, structuré et riche en événements. Il était abstinent aux opiacés mais il continuait à fumer du cannabis le soir car ça l'aidait à dormir. De plus, il était motivé pour son sevrage et c'était en partie grâce à sa femme qui l'avait encouragé à venir au centre pour une prise en charge addictologique. Il était anxieux par rapport à l'hépatite C dont il est atteint et ses troubles de mémoire assez récurrents ; il avait en effet engagé une secrétaire au travail spécialement pour lui rappeler quotidiennement ses rendez vous. Donc, ses oublis et son hépatite C étaient les facteurs principaux de son anxiété. Sa gestion de l'anxiété était inadapté à cause de son inobservance ; il se contentait uniquement de prendre ses traitements et négligeait sa prise en charge psychologique. Toutefois, son travail l'aidait plus ou moins à gérer son anxiété liée au sevrage.

Nous lui avons demandé la raison pour laquelle il souhaitait arrêter sa consommation et nous nous sommes rendus compte que c'était la source de son anxiété : « un jour je me suis réveillé et ma mère avait vieilli et avait pris dix ans de plus d'un seul coup, et c'est la que je me suis dit que j'avais perdu des années loin de ma famille... ». Il ajouta « après tant d'années de

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

consommation, j'ai des oublis fréquents, j'ai du recruter une assistante rien que pour me rappeler mes rendez vous autrement j'oublie.... ».

- Analyse de l'échelle :

Nous avons fait passer l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton à Adam après avoir obtenu son consentement. Il était coopératif et attentif durant la passation de l'échelle, il comprenait le principe de la passation ainsi que l'énoncé de chaque item et répondait sans difficulté.

Il avait obtenu un score total de 28 qui correspond à une anxiété majeure ressentie durant cette période de sevrage. Les items auxquels les scores ont été les plus élevés sont les suivants : fonctions intellectuelles (cognitives) (3) et humeur dépressive (3). Ses scores démontrent que les principaux symptômes de sevrage étaient d'ordre psychique. Cela s'expliquerait par ses inquiétudes concernant sa santé (hépatite C) et l'engagement avec sa femme qu'il le maintenait en abstinence. Enfin, sa mauvaise gestion de l'anxiété s'expliquerait par son inobservance vis-à-vis de son suivi psychologique qu'il avait négligeait.

- Synthèse du cas :

Adam gère mal son anxiété à cause de son inobservance dans son suivi addictologique et aussi à cause de ses troubles de mémoire qu'il a développé à cause de sa consommation.

2. Présentation du deuxième cas : Adel

- Présentation du patient :

Adel est un jeune homme célibataire âgé de 30 ans qui habite à Draria avec ses parents. Il est titulaire d'une bac+3 en commerce international et travaille avec son père en tant que commerçant. Il est le cadet d'une fratrie de deux frères.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Antécédents personnels :

Il est arrivé au CISA de Chéraga en Octobre 2014. Il a bénéficié d'une prise en charge durant sept ans dans le même centre. En effet, il s'est sevré et il a rechuté à plusieurs reprises, et il a fait deux overdoses liées à son addiction (mélange de l'héroïne et du crack par voie injectable): une en 2017 et une autre juste avant le début de son sevrage à la méthadone. Sa dernière overdose l'avait marquée car il s'est retrouvé à l'hôpital suite à un excès de consommation avec ses amis dans la voiture. Durant son hospitalisation, il avait honte de l'état dans lequel il s'est retrouvé, il avait peur du regard des autres, il s'est senti jugé par l'équipe médicale qui l'avait pris en charge et depuis il contrôle mieux la quantité de sa consommation et le mélange des substances lorsqu'il lui arrive de rechuter.

Sur le plan somatique, Adel est positif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : bipolaire, personnalité dépendante.

- Antécédents familiaux :

Adel a évoqué avoir des problèmes relationnels avec son père à cause de son addiction, qui a eu des conséquences désastreuses au travail dans le magasin de son père. Adel a en effet eu des conflits avec certains clients lorsqu'il consommait. Toutefois, il n'a jamais parlé de sa relation avec sa mère ni de celle avec ses frères. Notons également que son père était alcoolodépendant.

- Histoire de la consommation :

Adel a commencé à consommer du cannabis et de l'alcool à l'âge de 14 ans, des anxiolytiques (du Rivotril, du Valium), du Subutex (ou de la Buprénorphine), Lyrica (ou la Prégabaline 600 mg), du crack, de la cocaïne, les benzodiazépines, et l'héroïne à l'âge de 17-18 ans (sniffé puis par injection), et Lamaline (un antalgique qui calme la douleur qu'on lui ramenait de France). Selon lui, consommer lui donnait l'impression de conquérir le monde s'il le voulait. Sa principale addiction était le Subutex qu'il s'injectait au niveau du coup. Il avait également

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

rapportait avoir consommait car ses amis lui disait d'essayer. Au début, il croyait qu'il contrôlait sa consommation, mais au fil du temps il est devenu dépendant et avait constaté qu'il avait perdu le contrôle.

Durant sa période de sevrage, Adel avait rapporté avoir ressenti les symptômes suivants : anxiété, agitation, irritabilité, sueurs, écoulement nasal, bâillements, dilatation des pupilles, nausées et vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, fièvre, dépression, chair de poule, frissons, bouffées de chaleur, insomnie, impuissance sexuelle, colère, agressivité...etc.

Il avait estimé le cout de sa consommation du Subutex à 6000 DA (tous les jours), du shit (ou du cannabis) à 1000 DA (tous les jours), Lyrica ou la Prégabaline à 700 DA (tous les jours), Kietyl (4 comprimé à 600 DA), l'alcool (200 DA la bière), la cocaïne à 14000 DA pour 1g, et Lamaline (de 5 à 6 euros). Il avait également estimé le prix de sa consommation à 40000 DA minimum par semaine ce qui a rendu son père très en colère.

Adel a reconnu avoir volé de l'argent de son père afin de se procurer sa consommation. En effet, il s'est servi dans la caisse de son père à plusieurs reprises. De plus, il a eu l'hépatite C suite à son passage à la consommation par voie injectable.

- Prise en charge :

Actuellement, Adel prend la Méthadone (60 mg) depuis 4 mois et la Dépakine depuis un mois. Il est stable sur le plan physique et psychologique. Toutefois, un suivi psychologique régulier s'avère nécessaire pour le maintien du sevrage.

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Adel s'est montré agité, impatient, irritable et nerveux. En effet, il agitait les pieds tout au long de l'entretien. Il était en début de sevrage et avait commencé depuis peu la prise de méthadone (TSO depuis 2 jours). Donc, il était instable à la fois sur le plan physique et psychologique. Cette instabilité était marquée par une inobservance thérapeutique

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

et une négligence de son suivi psychologique dans le cadre de son sevrage. De plus, il ne prenait pas son traitement (Dépakine), il se contentait uniquement de prendre la méthadone pour soulager ses symptômes de sevrage physiques. Il continuait également de consommer au moins une fois par semaine (l'alcool, la prégabaline ou l'héroïne ou parfois un mélange de plusieurs substances). Il était en arrêt de travail durant cette période et ne se présentait pas à ses rendez vous chez le psychologue. Par conséquent, tous ces facteurs sont entre autre les causes principales d'une mauvaise gestion de l'anxiété.

Nous avons demandé à Adel de nous parler de ses overdoses et c'est à ce moment la que son anxiété s'est manifestée « la dernière overdose que j'ai faite m'a beaucoup marquée.... J'étais à l'hôpital entouré par l'équipe médical, ils avaient tous peur de moi parce que je suis un junkie..... J'ai vu leur regard et j'avais peur de leur jugement, j'avais tellement honte que je me suis juré de ne plus retourner à l'hôpital et d'éviter à tout prix de faire d'autres overdoses... ».

- Analyse de l'échelle :

Nous avons fait passer l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton à Adel après avoir obtenu son consentement. Malgré son comportement agité et sa difficulté de concentration, il s'est montré coopératif durant la passation de l'échelle, il comprenait le principe de la passation ainsi que les items énoncés et il y répondait de manière spontanée.

Il avait obtenu un score total de 43 à l'échelle ce qui correspond à une anxiété très intense manifestée durant sa période de sevrage. De plus, les items auxquels les scores ont été les plus élevés sont les suivants : humeur anxieuse (3), insomnie (3), fonctions intellectuelles et cognitives (3), humeur dépressive (4), symptômes somatiques généraux (4), symptômes cardio-vasculaires (3), symptômes respiratoires (3), symptômes génitaux urinaires (3), symptômes du système nerveux autonome (4), comportement lors de l'entretien (3).

Par conséquent, d'après les résultats obtenus à l'échelle d'appréciation de l'anxiété, on constate que l'anxiété manifestée chez Adel en début de sevrage était intense. Cela s'expliquerait par l'inobservance thérapeutique et une négligence du suivi psychologique en

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

parallèle avec la prise de la méthadone (TSO), d'une part. D'autre part, Adel classe mal ses priorités ; selon lui travailler dans le magasin de son père est plus prioritaire que son rendez vous chez le psychologue. Donc, on peut en déduire que la gestion de l'anxiété de Adel n'est pas adéquate avec son comportement et sa résilience est faible face au stress et à l'anxiété.

- Synthèse du cas :

L'anxiété de Adel est inadaptée d'une part à cause de son inobservance et d'autre part à cause de sa faible résilience face au stress et à l'anxiété.

3. Présentation du troisième cas : Karim

- Présentation du patient :

Karim est un jeune homme célibataire âgé de 26 ans qui habite à Bir Khadem. Il a arrêté ses études en 4^{ème} année CEM et il travaille actuellement en tant qu'agent polyvalent chez Asrout à Baba Hassen. Avant cela, il travaillait en tant que receveur de 2016 à 2018 (trajet Chéraga-Tafoura) mais il s'est fait renvoyé par le chauffeur avec qui il travaillait car il l'avait accusé de l'avoir volé. A cette époque, ils consommaient ensemble. Il est l'avant dernier enfant d'une fratrie d'un frère et de deux sœurs.

- Antécédents personnels et familiaux :

Karim est arrivé au centre en 2021 pour une cure de sevrage. Sur le plan familial, il n'y a rien à signaler. Toutefois, un événement marquant durant l'adolescence a perturbé sa vie. En effet, lorsqu'il avait 11 ans, il avait des troubles du comportement (agressif) et il s'est bagarré très violemment avec un camarade dans son CEM. Il avait en effet battu à mort son camarade et s'est fait renvoyé pour des causes disciplinaires. Par conséquent, il avait déménagé à Bousmail chez sa tante et a continué ses études dans un autre CEM où il avait développé des troubles addictifs.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

Sur le plan somatique : Karim est négatif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : difficulté d'affirmation de soi, phobie sociale.

- Histoire de la consommation :

Il avait commencé à consommer du cannabis à l'âge de 14-15 ans, de l'Artane, du Rivotril, du Diazépam, de l'héroïne (sniff) à l'âge de 19-20 ans, du Tramadol, du Subutex, de la Prégabaline, et de l'ecstasy. Toutefois, ses principales addiction étaient l'héroïne et le Subutex, il est passé à l'injectable il y'a deux mois car sniffer ne lui procurait aucun effet.

De plus, il avait déjà fait des cures de désintoxication auparavant. En effet, sa première cure a eu lieu en 2013 au centre de Blida, il avait rechuté en 2016 en consommant de la Prégabaline, du Tramadol, du Subutex (sniff) et de l'ecstasy, et sa deuxième cure a eu lieu en 2019 à Bouchaoui.

Durant sa période de sevrage, Karim avait rapporté avoir manifesté les symptômes suivants : anxiété, agitation, irritabilité, sueurs, écoulement nasal, larmoiements, bâillements, étternuements, perte d'appétit, nausées et vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, fatigue, fièvre, frissons, chair de poule... etc. il avait également rapporté avoir eu une arrestation il y'a trois mois pour détention de substance (cannabis).

Durant l'entretien, Karim avait rapporté avoir vendu sa moto, ses vêtements, emprunter de l'argent pour consommer. Toutefois, il n'a jamais eu recours au vol. En 2016, il vendait de la Prégabaline et de Lyrica à 800 DA et il avait également rapporté avoir arrêté de consommer l'héroïne il y'a trois mois. Il avait estimé le prix de sa consommation à 8000 DA pour la Prégabaline, le Rivotril, et le Tramadol et à 5500 DA d'héroïne par jour.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Prise en charge :

Karim est sous méthadone depuis quatre mois et il est stable sous une dose de 60 mg. Il prenait les traitements suivants : Gabatrex, Nozinan, Tranxène, Athymil. De plus, il est stable sur le plan physiologique mais sur le plan psychologique une prise en charge assez régulière est nécessaire pour le maintien de son sevrage et la gestion de l'anxiété. En effet, Karim est observant sur le plan thérapeutique, néanmoins sa difficulté d'affirmation de soi et sa phobie sociale sont source d'anxiété et doivent être prise en charge en parallèle avec ses traitements médicamenteux.

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Karim s'est montré calme et détendu. Son discours était organisé et cohérent mais ralenti. En effet, il semblait un peu fatigué car il manquait de sommeil en début de sevrage. Il était instable sur le plan psychologique car le changement et l'arrêt brutal de consommation l'avaient fortement perturbé et l'avaient rendu anxieux. Il était également inobservant car il fumait beaucoup de cannabis pour dormir et avec cela son sommeil était perturbé.

Nous lui avons demandé pour quelle raison il souhaitait arrêter sa consommation et il s'est montré inquiet et anxieux à ce moment la «J'ai envie de me marier prochainement avec une voisine du quartier qui est ma copine en ce moment, malheureusement tout le monde me connaît dans mon quartier.... Sa famille va demander après moi et moi j'ai une mauvaise réputation parce que je vendais et je consommais, j'étais un mec à problème.... Je suis dans une situation délicate, je ne sais pas si sa famille va m'accepter.... ».

- Analyse de l'échelle :

On a fait passer une échelle d'évaluation de l'anxiété à Karim après avoir obtenu son consentement. Durant la passation, il s'est montré patient et coopératif et demandait souvent des explications des termes médicaux employés dans les énoncés de l'échelle, car il ne

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

comprenait pas bien le français. De plus, il avait obtenu un score total de 35 qui correspond à une anxiété majeure et élevée manifestée durant cette période de sevrage. Les items auxquels les scores ont été les plus élevés sont les suivants : humeur anxieuse (3), tension (4), fonctions intellectuelles (3), humeur dépressive (4), symptômes somatiques généraux (4), symptômes gastro-intestinaux (3), symptômes du système nerveux autonome (3). D'après les résultats obtenus, nous pouvons en déduire que l'anxiété de Karim était très élevée. La mauvaise gestion de cette anxiété d'expliquerait pas le changement radical de sa situation et par l'arrêt brutal de la consommation d'une part et d'autre part ceci est du à son inobservance vis-à-vis de la consommation car il continuait à fumer du cannabis et il rechutait de temps en temps.

- Synthèse du cas :

Karim est inobservant car malgré son abstinence aux opiacés, il continue à fumer du cannabis ce qui expliquerait sa mauvaise gestion de l'anxiété.

4. Présentation du quatrième cas : Malik

- Présentation du patient :

Malik est un jeune homme célibataire âgé de 22 ans qui habite à Dely Brahim. Il a arrêté ses études en 4^{ème} année CEM (niveau brevet). Il a fait une formation en infographie 3D et il est actuellement au chômage. Avant cela, il avait travaillé dans une boîte de communication et il avait également travaillé dans l'entreprise de son oncle qui vend des équipements de sport dans les grands vents à Dely Brahim. Il est l'aîné d'une fratrie de 2 sœurs.

- Antécédents familiaux et personnels :

Malik est arrivé au centre en 2020 avant le début du confinement. Il a suivi une cure de sevrage l'année dernière mais lorsqu'il avait rechuté, il avait été hospitalisé à Tizi Ouzou en Octobre 2020. Sur le plan familial, Malik est un enfant roi à la maison et ses parents cèdent souvent à ses caprices.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

Sur le plan somatique : Malik est négatif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : il est bipolaire.

- Histoire de la consommation :

Malik a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 12-13 ans, l'alcool (bière, vodka, whiskey, vin rouge), du rivotril, de Lyrica, de l'ecstasy, de la prégabaline, du kietyl, Lysanxia, du subutex, de l'héroïne (régulièrement sniff puis par injection), de la cocaïne (sniff), du crack (fumé), diazépam. Durant l'entretien, il avait rapporté qu'il mélangeait les cachets (Lyrica et le rivotril) avec de l'alcool, le cannabis avec de l'alcool. Il mélangeait également les cachets avec l'héroïne ou le subutex, et ça lui arrivait de prendre de la cocaïne, de l'héroïne et les cachets (Lyrica, tramadol, rivotril) en même temps. C'est un consommateur dépendant depuis 8 ans (de 2013 à 2021). Il avait également rapporté que sa principale addiction était liée au Tramadol qu'il consommait régulièrement en 2015-2016. De plus, en 2013-2014, il allait jusqu'à Jijel pour acheter du Tramadol chez un pharmacien, il avait estimé sa consommation de 26000 DA pour la boîte de 30 cachets. Durant cette même période, il avait été sobre pendant une semaine, mais il avait rapporté que les symptômes de sevrage étaient intenses voire même handicapants. En effet, il sentait ses os cassés, des courbatures au niveau du dos qui l'empêchaient de se lever du lit, ses muscles lui faisaient terriblement mal, il ne pouvait pas parler, son visage était pâle. Par conséquent, ces douleurs l'ont poussé à rechuter et à consommer afin d'apaiser ses douleurs. Mise à part son addiction au Tramadol, il consommait également 2 à 3 cachets de 300 mg de Lyrica par jour. Il avait également rapporté que le Tramadol, l'héroïne et le Subutex lui procuraient le même effet.

Durant sa période de sevrage, voici les symptômes ressentis par Malik : agitation, irritabilité, anxiété, sueurs, bâillements, perte d'appétit, perte de poids, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, accélération du rythme cardiaque, fatigue, fièvre chaude et froide, chair de poule, stress, peur, dépression...etc.

Il avait estimé le cout de sa consommation à 10000 DA pour 0,5g d'héroïne par jour, un cachet de Subutex à 8500-9000 DA, Lyrica (ou la Prégabaline) à 700 DA.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Prise en charge :

Il est sous méthadone depuis le mois d'Avril stable sous la dose de 60 mg. Il prenait les traitements suivants : Nozinan, Kietyl, Tégrétol. De plus, il s'est fait hospitalisé pour une cure de désintoxication à Tizi Ouzou il y'a quatre mois où il a passé un séjour de 13 jours qu'il avait décrit comme un cauchemar et il avait également rapporté que sa souffrance était intense malgré les traitements et les injections administrés par les infirmiers de l'hôpital (Largactil, Nozinan, Atarax, Tranxène, Laroxyl...etc. De plus, il avait également rapporté avoir vendu sa play 4, 3 portables, une tablette, deux ordinateurs, et sa PSP pour ase procurer sa consommation.

Il est actuellement stable sur le plan physique mais sur le plan psychologique une prise en charge est nécessaire pour le maintien du sevrage et pour une meilleure gestion de l'anxiété. En effet, il semblerait que Malik ait développé une dépendance à la Prégabaline car son manque d'activité a entraîné un craving dernièrement.

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Malik s'est montré confortable et ouvert à la conversation. En effet, il répondait aux questions de manière spontanée. Son discours était organisé et cohérent et il était stable sur le plan physique. Cependant, il était anxieux sur le plan psychologique car il était en début de sevrage donc le changement de sa situation de dépendant à sobre l'avait considérablement perturbé. De plus, sa gestion de l'anxiété était inadaptée car il n'avait aucune activité à faire durant sa période de sevrage, et il était inobservant sur le plan thérapeutique. En effet, son sevrage était partiel, il ne consommait pas d'opiacés (Tramadol, héroïne, subutex...) mais il prenait des comprimés de Lyrica à 300mg (un anxiolytique) et ne se présentait presque jamais à ses rendez vous chez le psychologue. Par conséquent, une prise en charge psychologique est indispensable pour le maintien de son sevrage et la gestion de son anxiété.

Nous avons demandé à Malik pour quelle raison il souhaitait arrêter sa consommation et c'est à ce moment la ou il s'est montré anxieux « Tous mes amis ont avancé dans la vie, y'en a

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

ceux qui ont fait des études, ceux qui ont un travail, d'autres se sont mariés ou qui sont partis à l'étranger, et moi je n'ai rien fait de ma vie ».

- Analyse de l'échelle :

Nous avons fait passer une échelle d'évaluation de l'anxiété à Malik après avoir obtenu son consentement. Durant la passation, il s'est montré à l'aise et attentif et demandait des questions lorsqu'il ne comprenait pas certains termes médicaux. Il a répondu à tous les énoncés de manière spontanée et avait compris le principe de la passation de l'échelle.

De plus, il avait obtenu un score total de 42 qui correspond à une anxiété majeure et très élevée ressentie durant cette période de sevrage. Les items auxquels il avait obtenu les scores les plus élevés sont les suivants : humeur anxieuse (4), tension (4), peurs (3), insomnie (4), fonctions intellectuelles (3), humeur dépressive (4), symptômes somatiques généraux (3), symptômes cardio-vasculaires (3), symptômes du système nerveux autonome (3). D'après les résultats obtenus, on peut en déduire que l'anxiété de Malik était très élevée et mal gérée. Ceci s'expliquerait à la fois par une faible résilience d'une part et par l'absence d'activité durant cette période de sevrage, d'autre part.

- Synthèse du cas :

Malik gère mal son anxiété car il est inobservant sur le plan thérapeutique. En effet, il a développé une dépendance aux anxiolytiques (Lyrica) et ne se présente jamais à ses rendez-vous chez le psychologue.

5. Présentation du cinquième cas : Tarek

- Présentation du patient :

Tarek est un jeune homme célibataire âgé de 33 ans. Il est titulaire d'un bac+3 en Management et GRH, il est actuellement au chômage. Il habite à Baba Hassen avec sa copine

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

âgée de 35 ans et le fils de sa copine âgé de 9 ans. Tarek est l'aîné d'une fratrie de deux frères et une sœur.

- Antécédents personnels et familiaux :

Tarek est arrivé au CISA de Chéraga en Décembre 2020 accompagné par son père et son oncle qui est médecin. Avant son arrivée au centre, il avait des difficultés relationnelles avec ses parents et en particulier avec son père qui lui reprochait son addiction. D'ailleurs, Tarek s'est installé chez sa copine pour s'éloigner de ses problèmes familiaux.

Sur le plan somatique : Tarek est positif à l'hépatite C et se fait prendre en charge à El Ketar.

Sur le plan psychiatrique : PTSD, bipolarité.

- Histoire de la consommation :

Tarek a commencé à consommer de l'héroïne en 2014, mais en 2016 sa consommation a augmenté suite à un accident de voiture traumatisant durant lequel il était seul au volant. Il avait rapporté qu'il n'était pas blessé physiquement mais psychiquement cet événement a été vécu comme un traumatisme. De plus, il avait rapporté qu'un ami à lui dans l'armée lui avait conseillé de consommer de l'héroïne pour soulager sa douleur et c'est comme ça qu'il est devenu dépendant à l'héroïne. En 2012, il était également un alcool-dépendant suite aux décès de quelques proches (grands-parents, cousins, amis...etc) et il avait arrêté de boire de l'alcool en 2017 car il trouvait que l'alcool et l'héroïne ne s'associaient pas bien ensemble. Il associait plutôt l'héroïne au cannabis.

Il consommait plusieurs substances à la fois à savoir : l'héroïne, la cocaïne, du crack, du shit, du Rivotril, de l'alcool, de l'ecstasy, du Kietyl, de la prégabaline, l'Artane (traitement de Parkinson), de la morphine. Il a décidé d'arrêter parce qu'il se sentait prisonnier de sa dépendance, il en avait marre de la vie qu'il menait, et financièrement cela l'avait affecté d'une manière considérable.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

En effet, les prix des substances qu'il consommait étaient très coûteuses, il avait rapporté les estimations de chaque substance comme suit : Subutex à 3000 DA pour ¼ de comprimé, du Rivotril à 700 DA (drogue des pauvres selon lui), l'héroïne (qu'il appelle Malboro) à 18000 DA pour 1g et demi, la prégabaline à 700 DA pour 300mg, la cocaïne de 5g à 10g par semaine à 15000 DA, et du shit (qui l'aidait à dormir) à 2000 DA par jour. Il a rapporté également des rechutes fréquentes au bout de 20 jours de sevrage particulièrement durant le confinement du COVID-19 dues à l'ennui, le vide mais surtout à cause de sa situation professionnelle.

- Prise en charge :

Tarek est sous méthadone depuis le mois d'Avril et stable avec la même dose depuis le début de son traitement de sevrage (40 mg). Son état physique est stable, toutefois un suivi psychologique s'avère nécessaire suite à certains événements récents. En effet, il avait été atteint du covid-19 ainsi que toute sa famille. La maladie avait beaucoup touché ses parents mais actuellement ils se sont tous rétablis. Durant sa prise en charge, Tarek prenait du Gabatrex et de la Prégabaline, et malgré son abstinence aux opiacés, il continue à fumer du cannabis le soir pour dormir et il avait développé une dépendance aux anxiolytiques (la Prégabaline) car il est inobservant et ne se présente jamais à ses rendez vous chez le psychologue.

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Tarek était calme, son discours était organisé et cohérent mais ralenti, il semblait fatigué et déprimé à cause de son chômage et sa routine monotone. Au début du sevrage, Tarek ne prenait pas son traitement régulièrement (Gabatrex), car selon ses dires le traitement ne lui faisait aucun effet même lorsqu'il prenait une quantité plus élevée que celle qui avait été prescrite par le médecin. Il avait également rapporté qu'il fumait beaucoup de cannabis pour lutter contre ses insomnies et il trouvait souvent des excuses pour reporter ses rendez vous chez le psychologue. Par conséquent, nous pouvons en déduire que son suivi

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

addictologique est partiel et il est inobservant dans sa prise en charge ce qui expliquerait sa mauvaise gestion de l'anxiété durant sa période de sevrage.

Nous avons demandé à Tarek ce qui l'avait poussé à arrêter de consommer et sa réponse nous a démontré son anxiété « J'ai perdu toute ma famille à cause de mon addiction.... D'ailleurs, dans toutes mes relations, je n'ai jamais pu m'engager....aucune fille ne veut d'un addicte... ».

- Analyse de l'échelle :

On a fait passer l'échelle d'appréciation de l'anxiété à Tarek après avoir obtenu son consentement. Il était à l'aise et confortable durant la passation, il s'est montré coopérant et il avait compris le principe de passation ainsi que les énoncés de chaque item de l'échelle.

De plus, il avait obtenu un score total de 40 à l'échelle ce qui correspond à une anxiété très élevée et intense. Les items auxquels il a obtenu un score élevé sont les suivants : humeur anxieuse (4), tension (4), peurs (3), insomnie (3), fonctions intellectuelles/cognitives (4), humeur dépressive (4), symptômes somatiques généraux (4). D'après les résultats obtenus, on peut en déduire que les symptômes psychiques sont prédominants et sont les facteurs principaux de son anxiété. En effet, sa gestion de l'anxiété est inadaptée à cause de son inobservance thérapeutique et son suivi partiel qui nécessite une prise en charge psychologique en parallèle avec le traitement médicamenteux pour une meilleure gestion de l'anxiété et le maintien de son sevrage.

- Synthèse du cas :

Tarek est inobservant dans son suivi addictologique ce qui expliquerait sa mauvaise gestion de l'anxiété. Il a en effet développé une dépendance à la Prégabaline (anxiolytique), il continue de fumer du cannabis et ne se présente pas à ses rendez vous chez le psychologue.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Analyse résumée des cinq autres cas

6. Présentation du sixième cas : Amir

- Présentation du patient :

Amir est un jeune homme célibataire âgé de 27 ans. Il a un niveau d'étude Terminal, il a échoué au bac 3 fois (filière Gestion) et récemment, il a encore échoué au bac pour la quatrième fois (filière Littéraire). Il a également fait une formation en tourisme (TS) durant 2 ans à Saint Michel. Cependant, il n'a pas terminé cette dernière. Actuellement, il est au chômage et il habite avec ses parents et ses frères à Dely Brahim. Amir est le cadet d'une fratrie de deux frères et une sœur.

- Antécédents personnels :

Il est arrivé au CISA de Chéraga en Février 2020. Il a un suivi régulier chez chaque spécialiste (psychiatre, psychologue, ergothérapeute...) et sa prise en charge est en cours.

Sur le plan somatique, Amir est positif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : TAG, trouble anxieux, faible estime de soi.

- Antécédents familiaux :

Amir est très proche de sa mère et sa sœur. Cependant, ce n'est pas le cas avec son père et son frère. De plus, sa mère est gravement malade depuis 9 mois et c'est lui qui s'en occupe quotidiennement. Sa relation avec son père est tendue car Amir a échoué à plusieurs reprises dans la filière Gestion et refuse l'orientation professionnelle que son père a choisie pour lui (Gestion et comptabilité). Sa relation avec ses frères est tendue également ; il avait en effet rapporté qu'il éprouvait de la haine à l'égard de ses deux frères, car ces derniers avaient signalé à tout le voisinage et dans leur quartier que Amir était pris en charge au CISA pour sa problématique addictive. En effet, Amir avait honte et se sentait embarrassé parce qu'il ne souhaitait pas qu'une telle information soit divulguée.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Histoire de la consommation :

Il a commencé à consommer Chema à l'âge de 9 ans, à fumer des cigarettes à l'âge de 12 ans, à boire de l'alcool à l'âge de 14 ans, à fumer du cannabis à l'âge de 16-17 ans. Il avait commencé à prendre du Tramadol, de l'ecstasy et de la cocaïne à l'âge de 21 ans, et Lyrica, le Rivotril, le Kietyl à l'âge de 22 ans. De plus, il a sniffé du Subutex en 2017 et l'héroïne en 2019 (en Espagne). Enfin, sa principale addiction était l'héroïne qu'il avait respectivement fumé durant six mois, ensuite sniffé pendant six mois et injecté pendant six mois également.

Durant sa période de sevrage, Amir avait rapporté avoir ressenti les symptômes suivants : anxiété, agitation, irritabilité, sueurs, écoulement nasal et muqueux, bâillements, perte d'appétit, perte de poids, nausées et vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, fièvre, dépression, chair de poule, frissons, bouffées de chaleur, insomnie, fatigue, dépression...etc.

De plus, il avait fait cinq overdoses durant ces deux dernières années. En effet, sa dernière overdose était mortelle et remontait à Décembre dernier (2020). Selon ses dires, il avait glissé dans la salle de bain, sa chute avait fait du bruit et lorsque ses parents et ses frères l'ont trouvé allongé par terre, ils l'ont pris aux urgences au service de réanimation et ils ont cru qu'il allait y passer, le teint de son visage était bleuâtre et ça lui a pris beaucoup de temps pour se réveiller. Notons également qu'il a eu l'hépatite C suite à son passage à la consommation par voie injectable.

- Prise en charge :

Actuellement, Amir est sous méthadone (40 mg) depuis quatre mois. Toutefois, il ne prend aucun traitement psychiatrique en parallèle, et son état physique et psychologique est stable.

Il est observant dans son suivi thérapeutique ; il se présente régulièrement à ses rendez vous chez le psychiatre et chez le psychologue malgré quelques faux pas et quelques rechutes dues à des événements stressants (baccalauréat), il reste sérieux et motivé dans l'ensemble.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Amir s'est montré calme et stable. Son discours était organisé, fluide et cohérent. Cependant, il a refusé de répondre à quelques questions telles que l'estimation des prix des substances qu'il consommait ou encore celle de sa rechute. Ces refus sont des facteurs explicatifs d'anxiété et de culpabilité car il ne souhaitait pas révéler les sources de sa procuration de substances à savoir le vol et le mensonge.

Nous avons demandé à Amir ce qui l'avait incité à arrêter sa consommation « j'ai menti à mes parents plusieurs fois et à chaque fois je rentre dans un mur....Je les ai trop déçu et j'ai perdu leur confiance au point où ils me laissent pas sortir le soir.... Moi je suis quelqu'un de libre, je ne suis pas un enfant pour rester chez moi le soir, je dois sortir avec mes amis et ça ne veut pas dire que je sors pour consommer.... ».

- Analyse de l'échelle :

Nous avons fait passer l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton à Amir après avoir obtenu son consentement. Pendant la passation, il était à l'aise et confortable, il prenait le temps de lire chaque énoncé et il demandait de temps à autre la signification de certains termes médicaux qu'il ne comprenait pas.

De plus, il avait obtenu un score total de 21 à l'échelle ce qui correspond à une anxiété élevée ressentie durant sa période de sevrage. Les items auxquels les scores ont été les plus élevés sont les suivants : humeur anxieuse (3), fonctions intellectuelles et cognitives (3), symptômes somatiques généraux (3).

Par conséquent, d'après les résultats obtenus à l'échelle d'appréciation de l'anxiété, on constate que l'anxiété manifestée chez Amir en début de sevrage était élevée mais de façon modérée, et sa résilience face à l'anxiété était plutôt bonne grâce à son observance thérapeutique. Toutefois, sa gestion de l'anxiété n'a pas toujours été adaptée. En effet, cela s'expliquerait par le fait que sa mère malade était une grande responsabilité à assumer d'une part. D'autre part, sa préparation à l'épreuve du baccalauréat était source de stress et d'anxiété due à une mauvaise organisation de son planning de révision et du temps.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Synthèse du cas :

La mauvaise gestion de l'anxiété de Amir s'expliquerait par ses conditions de vie familiale (mère malade) et son épreuve du baccalauréat à laquelle il avait échoué, et également par sa culpabilité vis-à-vis de son addiction. Par conséquent, la cause de sa gestion inadaptée est situationnelle.

7. Présentation du septième cas : Sofiane

- Présentation du patient :

Sofiane est un jeune homme en couple âgé de 31 ans. Il est titulaire d'un bac +4 en business management, une licence en génie mécanique et des formations en langues (français, anglais, arabe, espagnol). Il travaille en tant que superviseur dans le domaine parapharmaceutique et cosmétique « Higeen ». Sofiane est le troisième enfant d'une fratrie de deux frères et une sœur, il a également un demi-frère et une demi-sœur. Il habite actuellement avec son père et ses frères et sœurs.

- Antécédents personnels et familiaux :

Sofiane est arrivé au centre en 2020 pour une cure de sevrage. Il avait pris la décision de se sevrer afin de se marier avec sa fiancée ; c'était sa principale motivation. De plus, Sofiane est issu d'un deuxième mariage et il a perdu sa mère qui est décédée d'un cancer de l'estomac.

Sur le plan somatique : Sofiane est positif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : il est bipolaire.

- Histoire de la consommation :

Il avait commencé à consommer l'héroïne au lycée à l'âge de 16-17 ans ; c'était sa principale addiction. A côté de ça, il consommait également du cannabis (du shit), de la cocaïne

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

(rarement) et de l'alcool (whiskey, vodka, bière), les amphétamines, LMD, speed, et le Subutex.

De plus, il a fait 3 cures de sevrage avec la méthadone (sous forme de sirop) auparavant : une en 2008 durant laquelle il est resté sobre pendant 2 ans en Espagne, ensuite une autre en 2015 durant laquelle il a été sobre pendant 6 mois, et en 2016 il a rechuté suite au décès de sa mère atteinte d'un cancer de l'estomac. Enfin, en 2016-2017, il a fait un séjour en prison durant lequel il a été sobre pendant un an et 4 mois, ensuite il est resté sobre durant 3 ans et a encore rechuté en 2019.

Dernièrement en Décembre, il a pris la décision d'arrêter une bonne fois pour toute et cela pour deux raisons : d'une part il souhaiterait se marier prochainement et d'autre part il compte tenir la promesse faite à sa défunte mère, celle d'arrêter de consommer pour de bon.

Durant sa période de sevrage, Sofiane a évoqué les symptômes suivants : agitation, anxiété et irritabilité, sueurs froides, écoulement nasal et larmoiement, bâillements, éternuement, perte d'appétit, nausées et vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, fatigue, insomnie... etc. Il avait également estimé le coût de sa consommation d'héroïne entre 8000 et 15000 DA par semaine.

- Prise en charge :

Sofiane est sous méthadone depuis le mois d'Avril et en dégression de la dose depuis deux semaines. En effet, il était sous 70 mg et actuellement il est sous 35 mg. Sa prise en charge est partielle. Autrement dit, il se contente de prendre son traitement mais ne se présente que rarement à ses rendez vous chez le psychologue. Il a continuellement un comportement d'évitement à l'égard de l'équipe médicale ainsi qu'à l'égard des autres patients. De plus, son anxiété est camouflée par son aménagement narcissique et la gestion de son anxiété est inadaptée. En effet, il nécessite une prise en charge psychologique en parallèle avec sa prise en charge médicamenteuse.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Sofiane s'est montré ouvert à la conversation malgré l'évitement de son regard. Il s'est décrit comme étant in antipathique et un antisociale. Toutefois, il répondait aux questions sans difficulté. Il avait rapporté les éléments les plus importants de son vécu concernant sa dépendance et il était stable sur le plan psychologique. Néanmoins, une prise en charge psychologique assez régulière s'avère nécessaire à la fois pour le maintien de son sevrage et pour une meilleure gestion de l'anxiété.

Lorsqu'on a demandé à Sofiane les raisons qui l'ont poussé à arrêter sa consommation, il s'est montré inquiet et anxieux « J'ai fais une promesse à ma défunte mère et à ma fiancée que j'allais arrêter pour de bon... ». Il ajouta « Je peux arrêter, moi à chaque fois je rechute bêtement et je me suis appauvri ces dernières années pour des conneries... ».

- Analyse de l'échelle :

Nous avons fait passer une échelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton à Sofiane après avoir obtenu son consentement. Il s'est montré confortable et coopérant durant la passation de l'échelle et il n'a eu aucune difficulté pour y répondre. Il avait obtenu un score total de 17 qui correspond à une anxiété majeure ressentie durant cette période de sevrage mais qui reste modérée. Son anxiété est due à ses engagements personnelles (mariage) et professionnelle (travail chargé) et la mauvaise gestion de cette anxiété est le résultat de son inobservance sur le plan thérapeutique. En effet, il rechutait de temps à autre (injection d'un gramme d'héroïne), il ne prenait pas son traitement psychiatrique régulièrement, et ne se présentait que rarement à ses rendez vous chez le psychologue. Enfin, il cachait souvent sa rechute par un comportement d'évitement et il était constamment dans le déni face à ses problèmes psychologiques, c'est pour cette raison qu'il ne se présentait pas à ses rendez vous chez le psychologue ou la plupart du temps il les reportait.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Synthèse du cas :

Sofiane gère mal son anxiété à cause de son inobservance dans son suivi addictologique. Il néglige en effet ses rendez vous chez le psychologue ainsi que son traitement médicamenteux prescrit par le psychiatre qu'il ne prend pas régulièrement.

8. Présentation du huitième cas : Youcef

- Présentation du patient :

Youcef est un jeune homme célibataire âgé de 36 ans. Il habite à Oued Koraich avec ses parents. Il a arrêté ses études en 9^e année (brevet). Il travaillait en tant qu'agent de sécurité à l'ambassade du Canada (VFS) mais actuellement il est en chômage depuis un an et demi car son contrat avait pris fin. Il est le cadet d'une fratrie d'un frère, il a également 4 demi-sœurs et 7 demi-frères du côté de son père.

- Antécédents personnels et familiaux :

Youcef est arrivé au centre en 2018 pour un suivi addictologique. Il est resté abstinant durant une certaine période. Toutefois, il avait rechuté durant l'été dernier car le confinement du covid-19 était une période sans activité ce qui avait perturbé ses habitudes. Sur le plan familial, il n'a pas de difficulté particulière ou à signaler.

Sur le plan, somatique : Youcef est positif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : trouble bipolaire.

- Histoire de la consommation :

Il consommait du Rivotril, du Diazépam, cannabis, cocaïne, héroïne, Subutex, alcool et a commencé à consommer toutes ces substances à l'âge de 18 ans. Il avait commencé à consommer par l'influence de son entourage (quartier). Sa principale addiction était la cocaïne

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

(sniff puis injection), il avait également rapporté que l'effet était plus intense par injection. De plus, il avait été sobre durant le confinement en 2020 durant 5 mois puis il avait rechuté il y'a 6 mois au Subutex à cause de son chômage (l'ennui et le vide), des problèmes, de ses fréquentations. Selon lui, c'était une manière d'échapper à la réalité, consommer lui faisait oublier ses soucis.

Durant son sevrage, il avait rapporté avoir ressenti les symptômes suivants : agitation, anxiété, irritabilité, écoulement nasal, diarrhée, sueurs, bâillements, douleurs musculaires et articulaires, douleurs au niveau du dos, perte d'appétit, nausées et vomissements, fatigue, dépression, cauchemars, insomnie, bouffée de chaleur, fièvre, frissons, oublis et problèmes de concentration...etc. De plus, il avait remplacé la cocaïne par l'héroïne et a remplacé l'héroïne par le Subutex. Il a arrêté l'alcool depuis 3 ans. Il avait pris la décision de se sevrer car il avait l'impression que cela le conduisait au cimetière. Il passe son temps à la maison car dès qu'il sort de chez lui, la tentation est plus forte. En effet, son quartier est un milieu où la consommation est omniprésente. Il avait rapporté avoir déjà emprunté de l'argent et avoir déjà volé de l'argent, des téléphones et d'autres objets il y'a quatre ans pour payer sa consommation.

Il avait estimait sa consommation à 1500 DA pour la moitié d'un quart de Subutex (par jour), un comprimé de Subutex est à 12000 DA, le Rivotril à 700 DA, le cannabis à 1000 DA, la cocaïne à 14000 DA, et l'héroïne à 4000 DA.

- Prise en charge :

Il est actuellement sous méthadone et stable sous une dose de 40 mg depuis le début de son traitement. Il prenait comme traitements : Gabatrex, Prégabaline (traitement prescrit mais jamais pris), Largactil...etc. Il se présente régulièrement à ses rendez vous chez le psychiatre, cependant il néglige fortement ses rendez vous chez le psychologue depuis le début de sa prise en charge (depuis le mois d'Avril).

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien, Youcef s'est montré calme et détendu, son discours était fluide, organisé et cohérent. Il était stable sur le plan physique mais sur le plan psychologique il était inquiet concernant son addiction et motivé pour sa cure de sevrage. En effet, il avait rapporté avoir consommé pendant dix ans et que la prochaine étape serait le cimetière s'il continuait sur cette voie. Par conséquent, on peut en déduire que son anxiété était lié à son addiction qui était vécue comme un désespoir.

Nous avons demandé à Youcef les raisons qui l'ont incité à arrêter de consommer « Je sais vers où je me dirige si je continue de consommer... droit au cimetière, ça finit toujours comme ça de toute façon ». Il ajouta « Moi je suis un ancien consommateur, je sais ce qui m'attend, les autres patients ce sont des enfants, ils ne connaissent pas le danger... Je suis déterminé à arrêter, d'ailleurs je viens à 8h pour prendre la méthadone comme ça je ne croise pas les autres... ».

- Analyse de l'échelle :

On a fait passer une échelle d'évaluation de l'anxiété à Youcef après avoir obtenu son consentement. Il s'est montré coopératif et à l'aise durant la passation, il avait répondu aux énoncés de l'échelle sans difficulté.

De plus, il avait obtenu un score total de 12 qui correspond à une anxiété mineure (légère) ressentie durant cette période de sevrage. Les items auxquels il avait obtenu un score élevé sont les suivants : tension (2), insomnie (2), fonctions intellectuelles (2), symptômes gastro-intestinaux (2). Ses scores sont modérés et son anxiété est faible. Toutefois, sa gestion de stress demeure inadaptée car sa prise en charge est partielle. En effet, une prise en charge psychologique régulière s'avère nécessaire pour le maintien du sevrage d'une part, et pour une meilleure gestion de l'anxiété d'autre part. Nous avons également constaté que son anxiété était faible car il a une bonne résilience face au stress et à l'anxiété.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Synthèse du cas :

La gestion de l'anxiété de Youcef est plus ou moins adaptée grâce à une bonne résilience face au stress et à l'anxiété. Néanmoins, une prise en charge psychologique s'avère nécessaire pour le maintien de son sevrage à long terme et pour une meilleure gestion de l'anxiété.

9. Présentation du neuvième cas : Salim

- Présentation du patient :

Salim est un jeune homme célibataire âgé de 31 ans. Il a un niveau d'étude de 4^{ème} année CEM, il a fait un stage en commerce international et un autre en infographie. Il travaillait également en tant que commerçant de matière première en agro-alimentaire à Dar El Beida et aidait son père de temps en temps dans un hôtel 3 étoiles à Boumerdès. Actuellement, il est en arrêt de travail pendant 6 mois pour se consacrer à son sevrage. Il habite à Boumerdès avec ses parents mais actuellement il vit chez sa sœur à Birkhadem pendant sa période de sevrage pour être plus proche du centre de désintoxication. Salim est le cadet d'une fratrie d'un frère et de 5 sœurs.

- Antécédents personnels et familiaux :

Salim est arrivé au centre cette année avant le début du projet « méthadone ». De plus, il avait été envoyé par l'intermédiaire d'un médecin du CISA de Blida. Il entretient de bonnes relations avec ses parents et sa famille et bénéficie de leur soutien. L'un des événements les plus traumatisants vécus par Salim est celui du remariage de son père. Ce dernier était alcoolique dépendant.

Sur le plan somatique : Salim est positif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : aménagement narcissique, TAG.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Histoire de la consommation :

Salim a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 15-16 ans, l'alcool (bière, vodka, whisky), de l'héroïne et de la cocaïne (par injection), du crack, du Rivotril, du Tramadol, du Lexomil, du diazépam, la Prégabaline, le Xanax... etc. Il a également sniffé du Subutex pour substituer l'héroïne.

Il avait également rapporté que durant le confinement, son manque avait augmenté, les substances avaient augmenté de prix et la marchandise n'était pas souvent disponible. Par conséquent, il avait emprunté beaucoup d'argent durant cette période là, il avait aussi vendu ses affaires (véhicule, vêtements, bijoux... etc). Toutefois, il a précisé qu'il n'a jamais eu recours au vol. Il avait également estimé le coût de sa consommation d'héroïne à 12000 DA (pour 1g) par jour, celle du shit à 1000 DA, celle du crack à 10000 DA pour 1g et celle de cocaïne à 12000 DA pour 0,5g, et ça lui arrivait d'acheter une grande quantité pour ne pas être en manque de substance, notamment 7 comprimés pour 7 jours qui lui coûtait jusqu'à 40000 DA. Il avait aussi rapporté qu'il soit de l'héroïne soit du Subutex consommait chaque 6h afin de ne pas sentir le manque.

De plus, il a évoqué avoir suivi trois cures de désintoxication auparavant. En effet, en 2010-2011, il a suivi une cure au centre de Blida durant laquelle il est resté sobre pendant un mois puis il a rechuté. La deuxième cure a eu lieu en 2013 en Tunisie durant laquelle il a également rechuté au bout d'un mois. Enfin, en 2014, il est parti en France pour traiter une hépatite C et en 2015, il est resté en France et a suivi une cure de sevrage avec du Suboxone (TSO) et est resté abstiné pendant 6 ans.

Durant cette période de sevrage, voici les symptômes manifestés que Salim avait rapporté : anxiété, irritabilité, sueurs, écoulement nasal et larmoiement, bâillements, dilatation des pupilles, étourdissements, perte d'appétit, nausées et vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, fatigue, insomnie, dépression, manque de motivation, fièvre, frisson, chair de poule...etc.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Prise en charge :

Salim est sous méthadone depuis quatre mois et son état physique est stable. Il prenait les traitements suivants : Tranxène, Lysanxia, Nozinon, Kietyl, Gabatrex, et il était également pris en charge par une psychologue une fois par mois.

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Salim était détendu et à l'aise. Son discours était organisé, fluide et cohérent. Il était motivé pour son sevrage et avait de l'espoir dans le projet « méthadone ». Il était stable sur le plan physique mais sur le plan psychique, une prise en charge assez régulière est nécessaire pour le maintien de son sevrage et la gestion de l'anxiété. En effet, durant sa période de sevrage, Salim a eu le covid ce qui a vraiment perturbé ses habitudes et avait augmenté son anxiété.

Nous avons demandé à Salim les raisons qui l'ont poussé à arrêter sa consommation et il s'est montré très inquiet « Depuis que j'ai commencé à m'injecter, les choses ont mal tourné. J'ai l'hépatite C que j'ai traitée en France mais maintenant c'est revenu et je me sens trop con d'avoir rechuté ». Il a ajouté « J'ai été sobre pendant 6 ans, mais depuis le confinement je ne sais pas ce qui m'a pris... ».

- Analyse de l'échelle :

Nous avons fait passer l'échelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton à Salim après avoir obtenu son consentement. Durant la passation, il était confortable et il s'est montré coopératif, il comprenait les énoncés de l'échelle ainsi que le principe de passation et il y répondait sans difficulté. De plus, il avait obtenu un score total de 50 qui correspond à une anxiété majeure et très élevée manifestée durant cette période de sevrage. Les items auxquels les scores étaient les plus élevés sont les suivants : humeur anxieuse (4), tension (3), insomnie (4), humeur dépressive (4), symptômes somatiques généraux (4), symptômes cardio-vasculaires (3),

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

symptômes respiratoires (3), symptômes gastro-intestinaux (4), symptômes gastro-urinaires (4), symptômes du système nerveux autonome (4), comportement entretien (4).

Par conséquent, les symptômes du sevrage étant nombreux, on peut en déduire que l'anxiété de Salim était intense en début de sevrage. Cela s'expliquerait d'une part par un changement radical de ses habitudes quotidiennes c'est-à-dire l'arrêt brutal de consommation du produit et du travail et son inquiétude par rapport au traitement de son hépatite C qu'il traite depuis des années. Donc, la gestion de l'anxiété de Salim n'est pas adaptée et ceci est du principalement à une mauvaise résilience face au stress à l'anxiété, cette dernière est camouflée par son aménagement narcissique. Par conséquent, une prise en charge psychologique en parallèle avec sa prise des médicaments d'avère nécessaire pour le maintien du sevrage et pour la gestion de l'anxiété.

- Synthèse du cas :

L'anxiété de Salim est inadaptée durant sa période de sevrage. Cela s'expliquerait par une faible résilience, mais aussi par le changement brutal de sa situation (le chômage et le sevrage en même temps).

10. Présentation du dixième cas : Yanis

- Présentation du patient :

Yanis est un jeune homme célibataire âgé de 30 ans. Il arrêté ses études en 4^{ème} année CEM et il a fait une formation de 11 niveaux en Anglais. Actuellement, il est au chômage et il habite à Kouba avec ses parents. Yanis est l'avant dernier d'une fratrie de deux sœurs et un frère.

- Antécédents personnels et familiaux :

Yanis est arrivé au centre en Mars 2021 avant le début du projet « méthadone ». Il entretient de bonnes relations avec sa mère, ses frères et sœurs. Toutefois, sa relation avec son père est

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

très tendue. En effet, il semblerait que son père était un alcoolo dépendant quine pensait qu'à lui, il qui était démissionnaire à la maison et irresponsable dans ses dépenses. De plus, Yanis n'avait aucun suivi addictologique auparavant.

Sur le plan somatique : Yanis est positif à l'hépatite C.

Sur le plan psychiatrique : épisodes dépressifs récurrents, phobie sociale, difficulté d'affirmation de soi.

- Histoire de la consommation :

Il avait commencé à consommer du cannabis à l'âge de 18 ans, du Rivotril à l'âge de 25 ans, ainsi que la cocaïne, l'héroïne, le crack, le Subutex, la Prégabaline, et le Tramadol. Toutefois, ces principales addictions étaient : l'héroïne et le Subutex qu'il sniffait au début de consommation ensuite il est passé à la voie injectable et c'est pour cette raison qu'il a eu l'hépatite C.

Pendant l'entretien, il avait rapporté qu'il souhaitait arrêter de consommer principalement pour des raisons financières et également pour changer de vie. Il avait déjà essayé de se sevrer avant le confinement en 2020, il est resté sobre pendant 10 jours puis a rechuté à cause des symptômes de sevrage dont il souffrait. En effet, voici les principaux symptômes manifestés durant sa période de sevrage : anxiété, agitation, irritabilité, sueurs, écoulement nasal et larmolement, bâillements, étternuements, perte d'appétit, nausées et vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, douleurs osseuses et musculaires, tremblements, fatigue, migraine, dépression, fièvre froide, bouffées de chaleurs, chair de poule, cauchemars... etc.

Il avait également précisé que sa rechute était due par rapport au fait que le Subutex augmentait le manque. De plus, il avait rapporté avoir déjà emprunté de l'argent pour acheter sa consommation. Cependant, il a précisé qu'il n'a jamais eu recours au vol. Il avait également estimé les prix des substances qu'il achetait comme suit : une boîte de Prégabaline entre 8500 et 9000 DA, la cocaïne à 18000 DA pour 0,7g, de l'héroïne (Marlboro) entre 14000 et 18000 DA pour 2g et quelques, et du Subutex à 7000 DA la moitié d'un quart de

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

comprimé. Il a évoqué que les deux substances auxquelles il était dépendant et qu'il achetait régulièrement étaient l'héroïne, le Subutex et du cannabis (pour dormir le soir).

- Prise en charge :

Il est sous méthadone depuis quatre mois et stable à 60 mg. Il est stable sur le plan physique toutefois, il est anxieux et déprimé sur le plan psychologique. En effet, il a perdu de l'intérêt pour toute activité depuis quelques temps. De plus, il est inobservant sur le plan thérapeutique. En effet, il néglige fortement ses rendez vous chez le psychologue et les reporte assez souvent. Par conséquent, il gère mal son anxiété.

- Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, Yanis était détendu et confortable. Son discours était fluide, organisé et cohérent. Toutefois, il semblait fatigué et son discours était ralenti. En effet, son manque d'investissement dans son suivi psychologique a eu un impact sur son moral, il semblait déprimé à travers son discours. Lorsqu'il venait au centre, il se contentait uniquement de prendre son traitement (la méthadone) et éviter à chaque fois ses rendez vous chez le psychologue. Par conséquent, son inobservance expliquerait son anxiété et la mauvaise gestion de cette dernière.

Lorsqu'on a demandé à Yanis pour quelle raison il avait commencé à consommer, son anxiété s'est manifestée « Mon père était alcoolique, c'est à cause de lui que j'en suis la aujourd'hui... ». Il ajouta « Quand j'étais enfant, il rentrait ivre mort à la maison et il était très agressif avec nous surtout avec ma mère.....Il nous a fait vivre la misère, il dépensait tout son argent dans l'alcool.... ».

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

- Analyse de l'échelle :

Nous avons fait passer l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton à Yanis après avoir obtenu son consentement. Il était à l'aise et attentif durant la passation de l'échelle, il s'est montré coopératif et avait compris le principe de passation. De plus, tous les termes médicaux étaient traduits en arabe pour qu'il comprenne l'énoncé de chaque item.

Il avait obtenu un score de 20 à l'échelle d'anxiété qui correspond à une anxiété élevée. Les items auxquels il avait obtenu un score élevé sont les suivants : symptômes somatiques généraux (3) et les symptômes gastro-intestinaux (3). D'après les scores obtenus, on peut en déduire que les symptômes somatiques étaient les facteurs principaux de l'anxiété qu'il avait manifesté durant la période de sevrage. La gestion de cette anxiété était inadaptée parce qu'il était stable uniquement sur le plan physique. Cela s'expliquerait par son inobservance mais aussi par son manque d'activité (chômage). Par conséquent, une prise en charge psychologique en parallèle avec sa prise de traitement s'avère indispensable pour une bonne gestion de l'anxiété et pour un maintien de sevrage efficace à long terme.

- Synthèse du cas :

Yanis gère mal son anxiété durant sa période de sevrage. Ceci est dû à son inobservance vis-à-vis de son suivi addictologique mais aussi à cause de son manque d'activité (chômage) qui a bouleversé son quotidien.

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

Cas	Nombre de symptômes	Nombre de cures de sevrage auparavant	Comorbidité psychiatrique	Comorbidité somatique	Score de l'échelle d'anxiété
01	18	05	-Personnalité borderline	Hépatite C	28 (anxiété élevée)
02	21	01	-Personnalité dépendante -Bipolarité	Hépatite C	43 (anxiété élevée)
03	18	00	-Phobie sociale -Difficulté affirmation de soi	Aucune	35 (anxiété élevée)
04	19	01	-Bipolarité	Aucune	42 (anxiété élevée)
05	21	00	-Bipolarité -PTSD	Hépatite C	40 (anxiété élevée)
06	19	03	-Trouble anxieux -TAG - personnalité limite	Hépatite C	21 (anxiété élevée)
07	16	04	-Bipolarité	Hépatite C	17 (anxiété élevée)
08	19	00	-Bipolarité	Hépatite C	12 (anxiété faible)
09	21	03	-Aménagement narcissique	Hépatite C	50 (anxiété élevée)
10	20	00	-Episodes dépressifs -Phobie sociale -Difficultés affirmation de soi	Hépatite C	20 (anxiété élevée)

Tableau n°4 : Les résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton et de l'entretien clinique

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

En se référant aux résultats obtenus par l'intermédiaire de l'entretien clinique et pas les résultats de l'échelle d'anxiété, on peut constater que 90% des sujets ont une anxiété majeure (très élevée) tandis que 10% ont une anxiété mineure (modérée). En effet, nous constatons que l'anxiété est intense et très élevée chez la pluparts des sujets mais à des degrés différents.

Nous remarquons également que 80% ont une comorbidité somatique (l'hépatite C) et 100% des sujets ont une comorbidité psychiatrique : parmi eux 10% ont une personnalité borderline, 10% ont une personnalité dépendante, 50% ont un trouble bipolaire, 20% ont une phobie sociale et une difficulté d'affirmation de soi, 10% ont un aménagement narcissique, 10% ont un trouble d'anxiété généralisé (TAG), 10% ont un état de stress post traumatique (PTSD) et 10% ont un état dépressif majeur.

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

Dans cette partie, nous allons reprendre notre hypothèse de départ afin de discuter les résultats obtenus dans l'entretien semi directif et dans la passation de l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton.

Après avoir analysé nos cas, nous avons abouti à la fin de notre recherche à confirmer notre hypothèse générale qui énonce que « la gestion de l'anxiété dépend de la résilience de la personne d'une part, et de l'observance thérapeutique d'autre part ». En effet, par le biais de l'échelle d'appréciation de l'anxiété et l'entretien semi directif, nous avons constaté que la plupart des patients étaient inobservants dans leur suivi addictologique. Autrement dit, certains patients étaient sobres aux opiacés, mais continuaient à consommer du cannabis et ont développé une addiction aux anxiolytiques. D'autres négligeaient fortement leur suivi psychologique et ne se présentaient pas à leur rendez vous, et d'autres ne prenaient pas régulièrement leur traitement. De plus, la plupart des patients avaient une faible résilience due à un manque d'activité (chômage), mais aussi au changement brutal de leur situation, c'est-à-dire l'arrêt de consommation et le passage à la sobriété. Par conséquent, on peut en déduire que la gestion de l'anxiété chez la plupart des sujets durant la période de sevrage est due à la fois à l'inobservance thérapeutique mais également à une faible résilience face au stress et à l'anxiété.

Enfin, nous avons remarqué la plupart des sujets addictes avaient une problématique psychologique dont ils n'étaient pas conscients ou qu'ils déniaient c'est la raison pour laquelle certains patients n'acceptaient pas l'aide psychologique. Ils se contentaient de prendre leur traitement médicamenteux et négligeaient fortement leur prise en charge psychologique.

Par conséquent, on peut en déduire que le sevrage des addictes aux opiacés est un processus qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire (psychologique, psychiatrique, médicale, ergothérapeutique...) ainsi que la motivation du sujet et son investissement dans sa prise en charge.

Conclusion

Conclusion

Dans le cadre de cette étude de recherche, nous nous sommes intéressés au sevrage de l'addiction aux opiacés chez des consommateurs addictes âgés en 25 et 35 ans dont l'anxiété est plus ou moins intense durant la cure de désintoxication.

Notre recherche menée au sein du CISA de Chéraga a été une véritable découverte et une expérience très enrichissante. En effet, elle nous a permis de voir une autre façade de l'addiction, celle de la douleur cachée derrière la dépendance, de ses causes et de ses conséquences qui semble toucher beaucoup plus de jeune de nos jours. En effet, consommer des drogues est une manière d'échapper à la réalité, c'est également un remède contre les maux du quotidien.

Effectuer un stage pratique a été très bénéfique dans le cadre de cette recherche autour du thème « La gestion de l'anxiété chez les consommateurs dépendants aux opiacés ». En effet, cela nous a permis d'acquérir des connaissances en addictologie et en psychologie d'une part, et de mener notre recherche sur le terrain, d'autre part. De plus, nous avons pu à travers ce stage cerner notre problématique qui est la suivante : « De quoi dépend une bonne gestion de l'anxiété ? » et nous avons pu y répondre comme suit : « Une bonne gestion de l'anxiété est favorisée par l'observance thérapeutique et la résilience de la personne ».

En effet, nous avons constaté que la gestion de l'anxiété chez la plupart des sujets est inadaptée durant la période de sevrage. Ceci s'expliquerait par l'inobservance thérapeutique dans le suivi addictologique. En d'autres termes, certains sujets ne prenaient pas régulièrement leur traitement et d'autres avaient un suivi partiel et ne se présentaient pas à leur rendez vous chez le psychologue. Cela s'expliquerait également par une faible résilience des sujets. En effet, nous avons constaté que les sujets âgés de trente ans étaient plus résilients que les sujets âgés de vingt ans et géraient mieux leur anxiété. De plus, ceux qui avaient fait des cures de sevrage auparavant étaient plus résilients que ceux qui n'en avait pas fait. Enfin, nous avons remarqué que le manque d'activité (chômage) était également un facteur favorisant une mauvaise gestion de l'anxiété. Par conséquent, d'après les résultats obtenus, nous avons pu confirmer nos hypothèses de départ.

Conclusion

Grâce aux outils d'investigation à savoir l'entretien semi directif et l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton, nous avons pu confirmer nos hypothèses de départ et nous avons également découvert les principaux moyens de prise en charge du sevrage aux opiacés qui consiste à administrer un traitement de substitution aux opiacés (TSO) tel que la méthadone qui est la plus utilisée dans le monde entier et récemment en Algérie, et nous avons également constaté que son efficacité était très satisfaisante sur le terrain.

Enfin, nous souhaiterons dans nos prochains travaux de recherches cibler et repérer l'efficacité des psychothérapies dans le cadre du sevrage aux opiacés.

Pour conclure, nous tenons à dire que notre travail ne représente qu'une goutte du vaste champ d'interrogations sur le fléau de l'addiction, ce qui nous incite à ouvrir ce champ à d'autres questions que nous souhaiterons aborder dans nos futurs travaux.

Bibliographie

Références bibliographiques :

- 1- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*. Paris : Masson.
- 2- Adès, J., Lejoyeux, M. (1999). « *Dépendances comportementales* ». Paris : Elsevier.
- 3- Blanchet, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes de l'entretien*. Paris : Nathan.
- 4- Blanchet, A., Gotman, A. (2006). *L'enquête et ses méthodes* (2^{ème} éd). Paris : Nathan.
- 5- Bloch, H. Chemama, R., & Gallo, A. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- 6- Bénony, H., & Chahraoui, Kh. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- 7- Chahraoui, Kh., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Francis Lefevbre.
- 8- Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris, France : PUF.
- 9- Dervaux, A., Laqueille, X. (2009). *Addictions à l'héroïne et à la cocaïne*. Paris : Elsevier Masson.
- 10- Laqueille, X., Hassani, E., Loo, H. (2010). *Toxicomanies aux médicaments opiaces*. Paris : Elsevier.
- 11- Laqueille, X. (2009). *Addiction aux substances et traitements pharmacologiques* : Annales medico-psychologiques, revue psychiatrique. Paris : Elsevier.
- 12- Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie* (3^e éd). Paris : Elsevier Masson.
- 13- OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies). (1999). *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*. Paris.
- 14- Organisation Mondiale de Santé. (1994). CIM-10-ICD-10. *Critères diagnostiques pour la recherche, classification internationale des maladies*. Paris : Masson.
- 15- Pédinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique* (4^{ème} éd). Paris : Armand Colin.

Annexes

- 16- Pépin, G., Dubourvieux, N., Cheze, M. (2000). *Opiacés et opioïdes : usages, effets, dépistages, dosage*. Revue française des laboratoires.
- 17- Pépin, G., Cheze, M. (2003). *Opiacés et produits de substitution*. Encyl Med Biol. Paris : Elsevier.
- 18- Pépin, G. (1998). *Opiacés et opioïdes*. In : Toxicologie et pharmacologie médicolégale. Paris : Elsevier.
- 19- Pépin, G., Cheze, M. (1999). *Les opiacés*. In : Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile. Paris : Elsevier.
- 20- Richard, D., Senon, J-L., Valleur, M. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris: Larousse.
- 21- Saïet, M. (2019). *Les addictions* (3^e éd). Paris : Que sais-je ?
- 22- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : VUEF.

Annexe n°1

Consentement éclairé

Je soussigné(e),,

- Autorise par la présente Mme/M. à m'enregistrer en audio.
- Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonyme.
 - Seulement dans le cadre d'une recherche scientifique à but non lucratif (mémoires, thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)
 - À des fins d'enseignement universitaire
 - Pour une diffusion dans la communauté des chercheurs sous la forme d'éventuels échanges et prêts de corpus
- Prends acte que, pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymes.

Lieu et date :

Signature

Annexe n°2

Guide d'entretien :

Informations générales :

Nom :

Âge :

Prénom :

Sexe : Féminin

Masculin

Statut marital :

- Célibataire

- Statut professionnel :.....

- Marié

- Niveau intellectuel :.....

- Divorcé

- Autre

AXE 1 : Symptômes manifestés durant le sevrage aux opiacés:

A- Ça fait combien de temps que vous avez arrêté de consommer?

B- Que ressentez-vous durant cette période de sevrage ?

1- Anxiété, agitation, irritabilité

2- Sueurs

3- Ecoulement nasal muqueux,

4- Bâillements

5- Dilatation des pupilles,

6- Eternuements,

7- Perte d'appétit,

8- Nausées, vomissements,

- 9- Diarrhée,
- 10- Douleurs abdominales
- 11- Douleurs osseuses et musculaires,
- 12- Tremblements
- 13- Fièvre
- 14- Insomnie
- 15- Frisson/ chair de poule
- 16- Autres

AXE 2 : Consommation des opiacés et conséquences :

- 1- Que consommiez-vous comme substances ?
- 2- Comment avez-vous pris la décision d'arrêter de consommer ? Quelles en sont les raisons ?
- 3- Avez-vous déjà fait des cures de sevrages auparavant ? Si oui, combien ?
- 4- Avez-vous déjà fait des overdoses ? Si oui, combien ?
- 5- Consommez-vous d'autres substances actuellement pour remplacer ou substituer les opiacés ? Si oui, lesquelles ?
- 6- Combien de quantités achetiez-vous par jour ? par semaine ? par mois ?
- 7- Quelle est l'estimation du prix de ce que vous consommiez en Dinar par jour ?

Annexe n°3 :

Echelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

Nom : Age : Sexe : Date :

Cotation :

0 : absent	1 : léger	2 : moyen	3 : fort	4 : maximal
------------	-----------	-----------	----------	-------------

1. Humeur anxieuse :

Inquiétude – Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité.

2. Tension :

Sensations de tension – Fatigabilité – Impossibilité de se détendre – Réaction de sursaut – Pleurs faciles – Tremblements – Sensation d'être incapable de rester en place.

3. Peurs :

Du noir – Des gens qu'on ne connaît pas – D'être abandonné seul – Des gros animaux – De la circulation – De la foule.

4. Insomnie :

Difficultés d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénibles – Cauchemars – Terreurs nocturnes.

5. Fonctions intellectuelles (cognitives) :

Difficultés de concentration – Mauvaise mémoire.

6. Humeur dépressive :

Perte des intérêts – Ne prend plus plaisir à ses passe-temps – Dépression – Insomnie du matin – variations de l'humeur dans la journée.

7. Symptômes somatiques généraux (musculaires) :

Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Secousse cloniques – Grincements des dents – Voix mal assurée.

8. Symptômes somatiques généraux (musculaires) :

Tintements d'oreilles – Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid – Sensation de faiblesse – Sensations de picotements.

9. Symptômes cardio-vasculaires :

Tachycardie – Palpitations – Douleurs dans la poitrine – Battement des vaisseaux – Sensations syncopales – Extra-systoles.

10. Symptômes respiratoires :

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction – Soupirs – Sensations d'étouffement – Dyspnée.

11. Symptômes gastro-intestinaux :

Dyspepsie : douleur avant ou après le repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac

Difficultés pour avaler – Vents – « Coliques » abdominales – Borborygmes – Diarrhée – Perte de poids – Constipation.

12. Symptômes génito-urinaires :

Mictions fréquentes – Urgence de la miction – Aménorrhée – Ménorragies – Apparition d'une frigidité – Ejaculation précoce – Absence d'érection – Impuissance.

13. Symptômes du système nerveux autonome :

Bouche sèche – Accès de rougeur – Pâleur – Vertiges – Tendance à la sudation – Céphalée de tension – Horripilation.

14. Comportement lors de l'entretien :

Général :

Tendu non à son aise – Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir – Instabilité va-et-vient – Tremblement des mains – Front plissé – Faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire – Respiration haletante – Pâleur faciale.

Physiologique :

Avale sa salive – Eructations – Tachycardie au repos – Rythme respiratoire à plus de 20/min – Réflexes tendineux vifs – Tremblement – Dilatation pupillaire – Exophtalmie – Sudation – Battements des paupières.

Total général :

Résumé

La dépendance aux drogues dures est devenue l'une des problématiques majeures dans notre société en particulier l'addiction aux opiacés. En effet, la consommation des opiacés est considérée comme l'addiction la plus fréquente en particulier chez les jeunes. Dans ce travail de recherche, nous allons nous intéresser à la gestion de l'anxiété chez les consommateurs dépendants aux opiacés durant la période de sevrage. Nous allons particulièrement identifier les facteurs favorisant ou empêchant une bonne gestion de l'anxiété durant la période de sevrage.

Mots clés: dépendance, opiacés, consommateurs, sevrage, TSO.