



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira Bejaia  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département de Psychologie et d'Orthophonie

## Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

# L'addiction à la prégabaline (*Lyrica*) chez les étudiants des résidences universitaires de Bejaia

Réalisé par :

DA SILVA GOMES ABEL ALAPAM  
CHIBOUB ZEBIDA

Encadré par :

DR. LAOUDJ MABROUK

Session 2022-2023

# ***REMERCIEMENT***

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude et nos sincères remerciements pour votre soutien et votre aide tout au long de la rédaction de notre mémoire. Votre expertise, votre encadrement et vos conseils précieux ont été d'une importance capitale dans la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, nous voudrions remercier notre encadrant de mémoire, Dr. Laoudj Mabrouk, pour son engagement constant et son dévouement. Votre expertise dans le domaine, votre disponibilité pour discuter des idées et votre supervision minutieuse m'ont permis d'approfondir mes connaissances et de développer mes compétences en recherche.

Nous aimerons également exprimer nos reconnaissances envers Dr. Sahraoui, Madame Makhzem, Dr. Hatem, dont les commentaires constructifs et les discussions enrichissantes ont grandement contribué à l'amélioration de mon mémoire. Votre soutien constant et vos suggestions précieuses ont été essentiels pour affiner nos arguments et renforcer nos analyses.

Nous souhaitons également remercier tous les membres de notre comité de soutenance, pour leur temps précieux, leurs remarques perspicaces et leurs recommandations éclairées. Votre évaluation approfondie de notre travail m'a permis d'identifier les lacunes et de les combler, ce qui a considérablement renforcé la qualité de notre mémoire.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude envers nos collègues et amis qui ont partagé leurs idées et leurs connaissances avec nous tout au long de ce processus. Votre soutien moral, vos encouragements et vos discussions stimulantes ont été d'une grande valeur pour moi.

Enfin, nous souhaitons remercier notre famille pour leur amour, leur patience et leur soutien indéfectible tout au long de cette aventure académique. Votre soutien constant nous a permis de nous concentrer sur mon travail et de persévérer malgré les défis rencontrés.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans votre aide précieuse et nous sommes profondément reconnaissant(e) envers chacun(e) d'entre vous. Votre contribution a été essentielle à mon apprentissage et à la réussite de ce travail.

Nous vous adressons notre plus sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Bien cordialement

# ***Dédicaces***

*Je dédie ce travail à ma grand-mère qui est aux cieux, qu'il n'a pas pu assister à mes succès et précisément celui-là, aussi je dédie ce travail pour :*

- *Papa et Maman*
- *Ma sœur Lilia*
- *Mon frère Imade*
- *Mon neveu Syphax*
- *Mes oncles Djamel et kamel, Salah, Salim*
- *Mes amis, Ferial, Tafsut , Mansour, Agnes , Rabia , Rochedine*

***Zebida***

# ***Dédicaces***

*Je dédie ce travail si durement réalisé, après plusieurs mois d'acharnement à mes deux grand-mère(Néné soares et Binta Bari) et ma mère que j'aime beaucoup, à mon père Abel da Silva Gomes et mes sœur Mariza, Balo, Taina, Leduina, Amefa, Satu V, Silvina, Cadidjatu, Cadija, Jisela, Antuneta, Maimuna et mes frère Miqueias,Abelto,Bipo, Iano, Mota,Ludjino, Osvaldo, Jurlindo, et à mes cousines et cousin Watna, Djulde, Bernardino,Ivaldino, Nuno, mes tantes Zinaida, Segunda, pour finir mes amis , Antonio, Elizeu , Elcio, Lionel, Benga, Fernando, Quecas, Mila, Maisa, Maira, feliciano,, Idrissa, Issa, Ecu, Karamba,Bagimar, Mefistofeles, Nelix , Nassek, William ,Marcos,Ety, Jorge, Micaela Dos Reis, Joselmo Alencar*

**Abel**

## **ABREVIATIONS :**

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AMM : l'Autorisation de Mise sur le Marché

CEIP-A : Centre d'Evaluation et Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance

CIM : classification international des maladies.

DSM : diagnostic manuel.

EM : entretien motivationnelle

GABA : Acide Gamma-Amino-Butyrique

LSD : Lysergic Acid

O.M.S : organisation mondial de la santé.

OSIAP : Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible

S.P.A : substances psycho actives

## Liste des figures

Figure 1: Distribution des années d'entrées dans les usages de substances psychoactives (prégabaline) au moins un par jour. ....67

Figure 2: Distribution de poly consommation des différentes substances psychoactives avec prégabaline .....67

## Liste des Tableaux

Tableau 1: représentation des mécanisme d'action comparé des substances .... 33

Tableau 2 : niveau de dépendance et toxicité des produits ..... 33

Tableau 3: certains effets indésirables fréquents de la Prégabaline ,classés en fonction de leur répercutions ..... 39

# Sommaire

**Remerciement**

**Dédicaces**

**Abreviations**

**Liste des figures**

**Liste des Tableaux**

**Introduction Générale :** ..... 1

**L'objectif et les raisons du choix du thème.....** 3

**Problématique :**.....4

**Chapitre 1 : L'addiction et la prégabaline**

**Partie 1 : L'addiction** ..... 11

**Préambule :**..... 11

1.1. Étiologie de l'addiction : ..... 11

1.2. L'histoire de l'addiction : ..... 12

1.3. Définition de l'addiction : ..... 13

1.4. Les dépendances physique, conditionnement et psychique : ..... 13

1.4.1. La dépendance physique : ..... 13

1.4.2. La dépendance du conditionnement : ..... 14

1.4.3. La dépendance psychique : ..... 14

1.5. Caractéristique des conduites addictives : ..... 15

1.5.1. Des arguments neurobiologiques : ..... 15

1.5.2. Des arguments cliniques : ..... 15

1.5.3. Des arguments psychopathologiques : ..... 16

1.6. Les types de l'addiction : ..... 17

1.6.1. L'addiction avec substance : ..... 17

1.6.1.1. Critères de l'addiction à une substance du DSM IV-TR : ..... 18

1.6.2. L'addiction sans substance : « l'addiction comportemental » : ..... 20

1.6.2.1. Les critères de dépendance comportementale selon Griffiths : ..... 20

1.7. Epidémiologie des conduites addictives aux substances psychoactives..... 21

1.8. Les facteurs de risque liés à la toxicomanie et à la dépendance ..... 22

1.8.1. Les facteurs biologiques..... 23

1.8.2. La vulnérabilité psychologique : ..... 24

1.8.3. Les facteurs environnementaux et culturelle :	24
1.9.Approche globale de la prise en charge des conduites addictives	27
1.10. Classification des drogues selon les effets recherchés par les toxicomanes :	29
1.10.1. Le Cannabis	29
1.10.2. La Cocaïne	29
1.10.3. L'Héroïne	30
1.10.4. LSD	31
1.10.5.L'ecstasy (M.D.M.A)	31
1.10.6.La Prégabaline (lyrica)	32
<b>Partie 2 : La prégabaline(lyrica)</b>	<b>34</b>
<b>Préambule</b>	<b>34</b>
2.1. Histoire/Rapport	34
2.2. Indications thérapeutiques	36
2.2.1. Douleurs neuropathiques	36
2.2.2.Épilepsie	36
2.2.3.Trouble Anxieux Généralisé	36
2.2.3. Mises en garde spéciales	37
2.3. Mésusage, abus médicamenteux ou dépendance à la prégabaline	38
2.3.1. Symptômes de sevrage	38
<b>Conclusion</b>	<b>41</b>
<b>Chapitre II L'entretien Motivationnel</b>	
<b>Préambule :</b>	<b>43</b>
1.HISTOIRE	43
2. L'esprit de l'entretien motivationnel	45
3 . Quatre outils de base	46
4.L'efficacité de l'entretien motivationnelle	51
<b>Conclusion</b>	<b>51</b>
<b>Partie 2 Etude pratique et analyse des hypothèses</b>	
<b>Partie méthodologique</b>	<b>53</b>
<b>PREAMBULE :</b>	<b>53</b>
1.Présentation du lieu d'étude	53
2.L'échantillon de l'étude et ses caractéristiques	53



3.La méthode et technique utilisée :.....	54
4.Limites de la recherche.....	55
5.Présentation des cas et analyse générale .....	56
6.Analyse Générale .....	66
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>70</b>

**Références**

**Annexes**

**Résumé**

# *Introduction générale*

### Introduction Générale :

Il n'y a pas des sociétés sans l'addiction. A toutes les époques, dans toutes les civilisations et dans toutes les cultures, des hommes ont cherché dans la drogue l'évasion, le nirvana, la stimulation intellectuel ou créatrice, mais les hommes sont toujours efforcés de contrôler les événements affectant leurs existences. En exerçant un certain contrôle sur leurs consommations de drogue pour concrétiser un avenir qu'ils souhaitent et à prévenir un future qu'ils ne désirent pas.

La consommation des substances psychoactives est une rivière turbulente dans laquelle chacun peut tomber, cette chute est un souci majeur, communautaire, croissant et actuel. La consommation touche de près ou de loin toutes les couches sociales et les catégories des deux sexes, notamment celle des adolescents qui les suivent jusqu'à l'âge adulte, car celui-là c'est une catégorie très délicate et sensible où l'individu est exposé aux différents changements psychologiques qui traceront les bases de sa personnalité en tant qu'adulte à l'avenir, c'est donc primordial de traiter cette tranche sociale très soigneusement afin d'éviter la succombe aux différents phénomènes sociaux tel que la toxicomanie qui s'avère parmi les dangers les plus éminents qui peuvent nuire au développements psychologique et social d'un jeune individu en cours de se forger dans notre société.

Les genres des consommations comme mésusage des médicaments ou utilisation des substances psychoactive consciente peut engendre des comportements autodestructeurs, comme les comportements suicidaires et les addictions sont des comportements déconcertants, étant donné qu'un individu se fait volontairement du mal. Les scientifiques cherchent depuis des décennies à comprendre ces comportements, afin de pouvoir mieux les prédire et ainsi éviter les conséquences dramatiques que ceux-ci peuvent engendrer. En effet, ces comportements autodestructeurs sont l'une des causes principales de décès par le monde et représentent les premières causes de mortalité évitable.

Cependant, malgré l'importance majeure de ces phénomènes, ceux-ci restent difficilement prévisibles. Ils sont en effet souvent cachés, atténués par les individus afin, par exemple, d'éviter des prises en charge pouvant leur paraître lourdes.

Dans notre recherche nous avons basé sur l'addiction à la prégabaline (lyrica) chez les étudiants des résidences universitaire-Bejaia, mais, sans laisser de côté leur vie escalators de consommation des autres substances psychoactives tels que l'ectasie, le cannabis, l'alcool, etc... Ainsi sera le fil conducteur de cette investigation qui essayera de comprendre cette catégorie des personnes, en mettant l'accent sur la qualité de vie de ces derniers.

### **De ce fait nous avons élaborée le sommaire suivant :**

Notre travail commence par l'intitulé « le cadre méthodologique de la recherche », où nous avons construit notre problématique, formulé notre hypothèse et les opérationnalisations des concepts clés.

Ensuite le premier chapitre que contient deux parties, où nous aborderont dans la première partie sur la généralité de l'addiction et la deuxième partie sur la prégabaline (lyrica).

Dans le deuxième chapitre nous aborderont sur l'entretien motivationnelle, ses techniques et concepts utilisés dans la pratique.

Après avoir terminé la partie théorique, nous allons passer à la partie pratique où nous allons aborder le troisième chapitre dans lequel nous allons présenter la méthodologie, présenter le lieu de recherche, l'échantillon de recherche, la méthode utilisée, enfin nous évoquerons les limites des recherches.

Ensuite, la présentation et résumé des cas, l'analyse, et conclusion générale. A la fin nous avons terminé notre travail par une conclusion générale qui englobe le déroulement de notre recherche.

### **L'objectif et les raisons du choix du thème**

D'abord l'addiction est un sujet d'actualité d'un point de vue scientifique et médical les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance psychoactive, car ce phénomène est installé dans différentes endroit de la société tel que la rue et les espaces publiques arrivant jusqu'aux milieux scolaires et sportifs, ensuit le manque de travail de sensibilisation sur les dangers des stupéfiants et ses dérives sur le plan social, économique, et surtout psychologique. Notre objectif avec le choix de ce thème, c'est de crié un comportement de l'auto contrôle chez les étudiants addictifs à la prégabaline à travers l'entretien motivationnel, pour les aider à avoir une vie meilleure.

L'inefficacité de travail mené par les spécialistes des cures et les techniques suivies (plus de rechute). Tout ça nous a encouragé à entamer ce travail, et aborder ce thème pour informer l'ensemble des acteurs sur la gravité et les conséquences dramatiques de ce fléau et d'attirer l'attention des psychologues et psychiatres sur cette méthode communicative.

Sans oublié, les manques des études dans cette perspective, ce qu'a donné encore plus de motivation dans nos travaux en tant que les nouveaux spécialistes en psychologie clinique.

# **Problématique**

Depuis des milliers d'années, dans toutes les civilisations et dans toutes les cultures, des hommes ont cherché dans la drogues l'évasion, le nirvana, la stimulation intellectuelles ou créatrice, mais les hommes sont toujours efforcés de contrôler les événements affectant leurs existences, il se peut que certains troubles induits par les substances, résultant de l'intoxication et troubles psychologiques. Aujourd'hui, l'utilisation des drogues et des médicaments antidépresseurs est très rependu dans les sociétés vu la réputation provoquée par le développement des moyens de communication et vu ses effets sédatifs, anxiolytique, hypnotique ou bien ses effets euphorisant, stimulant psychique et physique, hallucinogène...

La toxicomanie est aujourd'hui très largement reconnue comme étant un phénomène multifactoriel complexe qui comporte une dimension biologique, social, anthropologique et surtout psychologique, ces quatre disciplines se sont réunies pour trouver des déférentes solutions qui permettrons de réduire les taux de ce phénomène qui prend des proportions alarmantes dans notre pays, il est devenu un fléau des temps modernes, synonyme de « arme de destruction massive », La drogue détruit l'individu, disloque la famille et déstabilise la société Personne ne peut être à l'abri de ce mal, ni être indifférent. **(Haddad, 2008)**

La toxicomanie est un comportement qui consiste à consommer d'une façon habituelle ou périodique, un ou Plusieurs produits psychotropes(drogues) susceptible d'engendre une accoutumance ou un état de dépendance.

Toutefois, l'organisation mondiale de la santé (OMS) désigne comme toxicomanie toute victime d'une pharmacodépendance ou d'une psychodépendance ou ces deux formes de dépendances à la fois. Des fois les drogues, en tant qu'outils d'intervention sur la genèse des émotions (pour lutter contre la dépression, affaiblir et stimuler l'assurance en soi), participant au contrôle des conflits internes et externes, et au maintien de l'unité de la personne. Elles contribuent à produire des interactions sociales. Les drogues sont certes des clés ouvrant à des expériences de déréalisation, mais elles sont aussi, et de plus en

plus, des verrous et des contrepoids aux affect angoissant suscités par les épreuves du quotidien.

Dans les dépendances les plus graves, la toxicomanie se présente comme un phénomène social de malades en état de souffrance, parfois l'utilisation inappropriée (mésusage) d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques, peuvent entamer les nouveaux flux de l'addiction dans la société comme dans le cas de Lyrica, qui donne un fait alarmant de l'existence de cas de dépendance primaire à la prégabaline, c'est-à-dire chez des usagers indemnes de tout antécédent d'abus de substances. D'autres facteurs médico-sociaux ont été décrits avec notamment des patients aux antécédents de maladies psychiatriques ou addictologiques, la population carcérale ou sous contrôle judiciaire, ou encore les individus vivants dans une grande précarité. En Europe une attention particulière a été portée sur les mineurs isolés, notamment en provenance du Maghreb. Cependant le pays comme l'Algérie est passée d'une zone de transit à une zone de consommation et les conduites addictives, les plus fréquentes sont les poly consommations (l'ecstasy et la Lyrica ou cocaïne et la prégabaline).

La prégabaline (Lyrica) est une molécule dont la structure est apparentée à l'acide gamma-amino-butérique (GABA). Certaines spécificités de la molécule ont pu être déterminées notamment son action inhibitrice sur les canaux calciques voltage-dépendant, lui octroyant ainsi des propriétés antiépileptiques, anxiolytiques et analgésiques. Elle a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) européenne en 2004 et a été commercialisée en France en 2005, pour le traitement d'épilepsie partielle, des troubles anxieux généralisés et des douleurs neuropathiques. **(Joshi I., Taylor CP., 2006)**

En Algérie, il n'y a pas de données statistiques publiées, par contre les études en population générale, réalisées respectivement en France, en Suède et au



Danemark montrent que 8 à 12 % des initiateurs de prégabaline dépassent la posologie maximale. Les facteurs associés sont le jeune âge, le sexe masculin et la consommation d'opioïdes. Dans une étude française, il apparaît qu'environ 10 % des consommateurs ne présentant pas d'antécédents d'abus développent une addiction primaire après le premier épisode de mésusage (dépassement de la dose maximale recommandée). (**Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 2019**)

D'après les chercheurs, les conduites à risque qui débutent et s'installent à l'adolescence celui que défini sont à l'heure actuelle un problème de santé publique que se trouve chez adultes. Les conduites de consommation de substances psychoactives illustrent cette problématique, la plupart des usages débutant à l'adolescence ou peu après (**Polemini, P. et al, 2005**). Le problème qui se dégage d'après notre pré-enquête c'est que, l'apprentissage de la première substance psychoactive étant conditionné à son accessibilité et susceptible d'offrir des opportunités ultérieures d'usages d'autres substances, c'est le cas de la prégabaline, ce que nous amené souligner la théorie de l'escalade, c'est-à-dire pas seulement il y a un lien de l'âge avec la consommation mais aussi d'une consommation de un substances à l'autre dépendent d'évolution de marché et l'effet. A conséquence de ces faits les étudiants universitaires se trouve face à un problème pression de l'université que les rendre (des fois anxieuses, des fois dépressives...), ça les conditionnes à refugier vers les substances psychoactives en évitant leurs problèmes, en revanche cette mauvaise forme d'auto-thérapie les conduit dans l'addiction. Dans cette perspective l'utilisation d'entretien motivationnelle est très utile, sa pratique permet d'aider ces individus à résoudre leur conflit intérieur dans la direction la plus favorable pour eux, c'est-à-dire c'est un processus qui vise à soutenir les personnes dans leur cheminement vers le changement, il est très appétitif pour résoudre des problèmes dans les autres domaines, y compris la gestion des addictions.

Plusieurs modèles théoriques se sont intéressés sur l'addiction, Il n'est guère facile de construire un plan de présentation systématique des différentes approches psychologiques des addictions : s'en tenir au catalogue des écoles de psychologie (psychanalyse, comportementalisme, cognitivisme, systémique, etc...) ne résout guère le problème, tant à l'intérieur de chacune de ces approches, les visions compréhensives des toxicomanies, de l'alcoolisme, des addictions sans drogue vont différer d'un auteur à l'autre.

Pour l'approche psychodynamique expose l'addiction comme maladie de l'agir. C'est une mobilisation de l'acte découvrant une immobilité de la représentation (**Jeammet P. 2005**). Cette sollicitation par le sensoriel est prévue comme seule solution pour aboutir à l'affectif qui n'a pas la capacité d'être substitué autrement. Elle a recours au processus primaires où le fonctionnement psychique se fait par répétition et par reflet, posant de l'avant la sensation et l'actualisation perpétuelle de la problématique physique.

Quant à des études de psychopathologie cognitive ont montré une forte corrélation du comportement addictif tant avec l'agressivité et l'impulsivité qu'avec les distorsions cognitives (**Giancola, Mezzich, Clark & Tarter, 1999**). Chez les adolescents et jeunes adultes dépendants, ces distorsions s'observent au niveau de la capacité de régulation cognitive et émotionnelle face au stress, de l'excitabilité aux stimuli externes et de la désinhibition comportementale (**Acton, 2003; Butler & Montgomery, 2004**). L'inhibition cognitive se présente comme un mécanisme dont le dysfonctionnement serait à l'origine de ces distorsions cognitives. Dans les troubles des conduites addictives, le lien entre le défaut d'inhibition et la consommation inadaptée de produits est bien spécifique. (**Li & Sinha, 2008**)

La prise de la drogue est un phénomène psychosocial amplifié à l'adolescence. Certaines personnes (adolescents ou jeune adultes) seraient plus préparées à continuer et à poursuivre dans un rapport de dépendance à une ou

plusieurs substances. Cette prédisposition est pluri déterminée (**Flynn W.R.,1973**). Les conduites addictives sont perçues comme des comportements dont le statut économique et la valeur adaptative sont aussi importantes que la vulnérabilité individuelle (cognitive- émotionnelle et intrapsychique).

En effet, l'addiction à la prégabaline comme le montrent de nombreuses études, les usages de ces substances psychoactives constituent en effet des phénomènes complexes susceptibles d'être expliqués par des caractéristiques tant sociales qu'individuelles, celui-là alarme la société en général d'Algérie, en commençant pour consommation précoce, jusqu'à aux adulte.

Dans notre recherche on a opté pour les théories comportementale cognitive pour pouvoir utiliser leur technique pour retirer des informations et à promouvoir chez le patient les domaines de compétences des d'auto soins et des compétences d'adaptation à travers de notre entretiens semi-directive.

En se basant sur la revue de la littérature et la pré-enquête qu'on a effectuée auprès des adultes addictifs à la prégabaline dans la willaya de Bejaia, on a formulé les questions suivant afin de s'interroger sur la nature de réactions psychique des adolescents face à ces situations :

L'apport de l'entretien motivationnelle sur les changements du comportement addictif est-elle efficace ?

Est-ce que l'entretien motivationnel peut contribuer à améliorer l'addition à la lyrica ?

### **Hypothèses Générale :**

**L'entretien Motivationnelle favorise l'indépendance à la consommation de la prégabaline(lyrica) chez les étudiants des résidences universitaires de Bejaia.**

### Définition des variables et opérationnalisation

#### ➤ L'addiction

Les addictions se caractérisent par la perte de contrôle d'un comportement, accompagnée de préoccupations et d'un fort désir de réalisation de celui-ci. Une addiction est définie comme un mode d'utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. (**American Psychiatric Association, 2000**)

#### ➤ Opérationnalisation de l'addiction

- Perte de contrôle de la consommation ;
- Désir persistant et infructueux de diminuer ou de contrôler l'utilisation de la substance ;
- Le maintien du comportement malgré ses conséquences négatives ;
- L'obsession concernant la recherche du produit ;
- Le besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement afin d'obtenir l'effet désiré ;
- Une agitation ou une irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement ;
- La présence de symptômes de sevrage lors de l'arrêt brutal des administrations ;

### La définition du concept prégabaline

La prégabaline (PGB) est un nouvel agent médicamenteux ayant des propriétés anticonvulsivants, analgésiques et anxiolytiques. Elle s'est avérée efficace en réduisant la douleur provoquée dans plusieurs modèles animaux de douleur neuropathique : allodynie mécanique (statique et dynamique) induite par la streptozocine, ou hyperalgésie mécanique et thermique induite par des lésions

chirurgicales, inflammatoires ou nerveuses. Les propriétés analgésiques de la prégabaline ont été mises en évidence récemment chez l'homme dans le cadre de douleurs neuropathiques postzostériennes.( **Dworkin et al., 2003**)

### ➤ **Opérationnalisation du concept prégabaline**

- Une molécule dont la structure est apparentée à l'acide gamma-amino butyrique
- Octroyant ainsi des propriétés antiépileptiques, anxiolytiques et analgésiques
- Utiliser pour le traitement neuropathique, de l'épilepsie ;
- Une stabilité de l'effet antalgique ;
- Une réduction de la variabilité interindividuelle ;
- Un effet bénéfique sur les troubles du sommeil induits par la douleur

## **Definition de concept l'entretien motivationnelle**

L'EM est une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.( **Miller et S. Rollinick, 2002**)

### ➤ **Opérationnalisation du concept l'entretien motivationnel**

- Une méthode de communication ;
- Favoriser le sevrage alcoolique ;
- Augmenter la motivation propre du patient pour changement ;
- Aider le patient à trouver en lui-même les raisons d'accomplir le changement ;

# **Chapitre 1 : L'addiction et la prégabaline**

**Partie 1 : L'addiction****Préambule :**

Les addictions sont des comportements de consommation de substances psycho actives assortis de conséquences négatives et face auxquels le sujet perd une partie de sa liberté.

Comme montrent de nombreuses études, les usages de substances psychoactive constituent en effet des phénomènes complexes susceptibles d'être expliqués par des caractéristiques tant sociales, qu'individuelles. Ces caractéristiques sont de plus fortement liées entre elles. Il apparaît par exemple que le type de motivation ayant entraîné l'usage de substance psychoactive est un facteur lié à l'état de santé psychologique.

Ce chapitre vise à introduire le concept de l'addiction, qui est un Phénomène caractérisé par des comportements répétés incontrôlables et Poursuivre le comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives. Dans la même on va parler aussi de l'utilisation de la prégabaline que peut entraîner une personne à l'addiction.

**1.1. Étiologie de l'addiction :**

Le terme « addiction », désormais systématiquement utilisé, a fait son apparition dans les années 1980. On le pensait alors comme un néologisme d'origine anglo-saxonne, ce qu'il n'est pas tout à fait. Vieux terme français provenant du latin, il désignait en droit la contrainte par corps de celui qui, ne pouvant s'acquitter de sa dette, était mis à la disposition du plaignant par le juge. « Addiction » (en fait ad-dicere: « dire à », au sens d'attribuer quelqu'un à une autre personne) est donc un mot français, détourné de son sens par les Anglo-Saxons, que nous redécouvrons comme un anglicisme récent comme le montre Yvarel, le terme a donc évolué du vocabulaire juridique au lexique médical, du

français à l'anglais pour reprendre un autre sens en français. Et puis... il a connu un grand essor au point qu'il semble avoir perdu son tranchant pour simplement désigner une consommation régulière. **(Jean-Louis P.Georges, R. pascale, B., 1997, p. 11)**

## **1.2. L'histoire de l'addiction :**

Le terme de l'addiction fit officiellement son apparition en 1932, dans un article de Glover qui présenta l'addiction comme l'appartenant aux états-limites tout employant dans un sens limitatif : une toxicomanie et une accoutumance à un produit. Ce terme fut repris en 1945 par d'autres psychanalystes comme Fenichel. Le terme d'addiction, dans son acception actuelle, prit ensuite son essor dans les pays anglo-saxons avec le modèle pourtant ni à la psychanalyse, ni à l'hypothèse d'un inconscient. **(Pirlot, G., 2009, P.6)**

En France, le terme addiction est venu par la psychanalyste J. McDougall qui en a introduit la première l'usage en 1978 à propos de « sexualité addictive », puis par J. Bergeret. On peut parler comme le fait J. McDougall « d'économie psychique de l'addiction ». Chez ces sujets « esclaves de la quantité », la résolution des conflits ne se fait pas de manière symbolique ou psychique mais par et dans l'économie pulsionnelle et/ou ex citationnelle du corps. **(Pirlot, G.,2009,P. 6)**

En 1924, SandorRadö fit l'analogie entre orgasme pharmaco génique dans des cas de morphinomanie et « l'orgasme alimentaire » du nourrisson au sein (auquel on peut ajouter « l'orgasme de la faim » de l'anorexique). Il existait pour Radö une fixation orgastique alimentaire ayant une fonction psychophysiologique primaire et biochimique qui était pour lui ce noyau autour duquel étaient groupés les fantasmes incestueux appartenant d'ailleurs aux théories sexuelles infantiles (exemples : anorexie, névroses gastriques, colopathies). **(Pirlot, G.,2009,P.7)**



Par la suite, des psychanalystes psychosomaticiens, en premier lieu M. Fain et J. McDougall, ont contribué à la connaissance psychosomatique des addictions. À leur suite, nous avons tenté de repenser les liens entre comportements addictifs et maladies du corps en prenant en compte l'apport. **(Pirlot, G.,2009,P.8)**

### **1.3. Définition de l'addiction :**

Selon Goodman : -Un processus par lequel un comportement qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, et utiliser sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement. **(Stéphanie,B. 2012)**. Selon Olivier Cottencin, professeur en médecine à Lille, l'addiction se définit par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement entraînant la poursuite de ce comportement en dépit de ses conséquences négatives (physiques, psychiques, familiales, professionnelles, sociales ...). Il existe des addictions comportementales (jeu, achats, nourriture, sexe, internet ...) et des addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues ...) qui se traduisent par l'usage nocif ou la dépendance. Il a rajouté que, l'addiction est l'impossibilité de s'abstenir de consommer. Elle associe une dépendance physique qui se traduit par un phénomène de tolérance (il faut augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets) et un syndrome de sevrage (signes de manque physiques et psychiques) et par une dépendance psychique (encore appelé « craving ») qui se traduit par le besoin irrésistible de consommer. **(Olivier, C.2012)**

### **1.4. Les dépendances physique, conditionnement et psychique :**

#### **1.4.1. La dépendance physique :**

Est liée aux douleurs du Syndrome de sevrage qui résulte des transformations métaboliques provoquées par certaines drogues dans les transmissions du système nerveux central et périphérique. Elles varient selon les

produits, et la clinique montre comment il est parfois nécessaire d'utiliser des produits proches (méthadone pour l'héroïne par exemple), voire les produits eux-mêmes (sous contrôle médical) pour prévenir les états de manque. **(Louis, J. Rouan, G. et Bertagne, P., 1997)**

#### **1.4.2. La dépendance du conditionnement :**

Est en rapport avec le lien établi entre la prise de substances psychoactives et les situations dans lesquelles elles interviennent. Les traces mnésiques de la prise de produits laissées dans l'hippocampe et l'amygdale concernent aussi les contextes et les ambiances sensoriels qui entourent la prise des toxiques. Le conditionnement est ainsi établi entre situations et satisfactions. Lors de l'exposition à des contextes sensoriels comparables à ceux dans lesquels se situait la prise de drogue, la personne est poussée à la répétition de la consommation, y compris après un arrêt de longue durée. Le même phénomène peut être appliqué aux addictions comportementales (risque, sport, jeu, sexualité). **(Louis, J. Rouan, G. et Bertagne, P., 1997, P.83-84)**

#### **1.4.3. La dépendance psychique :**

Alors que la satisfaction des besoins est habituellement régulée par un inhibiteur cortical préfrontal, dans l'addiction le contrôle sur le système limbique n'existe pas, ce qui favorise la recherche de récompenses immédiates. Les questions posées par l'environnement ne trouvent pas de solution par l'élaboration d'un processus adaptatif mais le recours à un comportement addictif entraînant un apaisement rapide des émotions. Les espoirs mis dans un médicament (Baclofène) utilisé dans le traitement des dépendances à l'alcool, dont les études d'efficacité sont contradictoires, et idéalement perçu comme le traitement de l'addiction a été déçu. **(Louis, J. Rouan, G. et Bertagne, P., 1997,p. 84)**

**1.5. Caractéristique des conduites addictives :****1.5.1. Des arguments neurobiologiques :**

Toutes les conduites addictives ont pour voie finale commune, les voies dopaminergiques issues du noyau segmental ventral du thalamus, se projetant sur le nucleus accumbens. Le système de récompense impliqué dans les conduites addictives comprend pour l'ensemble des conduites addictives le thalamus, l'amygdale, le nucleus accumbens et le cortex préfrontal.

Dans l'addiction à une substance, l'objet de plaisir vient de l'extérieur. Le produit provoque au niveau neurophysiologique des sensations de plaisir, ainsi que la sursimulation des zones cérébrales responsables de la libération de neurotransmetteurs en lien avec le plaisir. C'est le cas de l'héroïne qui est source d'endorphine extérieure et aussi créatrice de besoin supplémentaire en endorphine. L'endorphine intrinsèque au corps ne sera plus suffisante. D'autres recherches en neurophysiologie ont montré que chez les anorexiques, boulimiques ou les joueurs pathologiques, même en l'absence de substance extérieure au corps, l'activité addictive produit des effets sur le système nerveux et sur le fonctionnement cognitif comme la difficulté de contrôle et de régulation. **(Benoit,J.C. 1988)**

**1.5.2. Des arguments cliniques :**

Les addictions, en particulier comportementales, sont toutes caractérisées par une tension émotionnelle avant l'acte (ou consommation de substances), une euphorie durant l'acte, des sentiments de regrets et de culpabilité après l'acte. Il existe une augmentation de la fréquence et de l'intensité des comportements ou de la consommation de substances, appelée en pharmacologie, tolérance, conduisant d'une part, à la perte de contrôle, et, d'autre part, à l'apparition de signes de manque en l'absence des comportements. Par ailleurs, les polyadditions

sont fréquentes. Le passage d'une addiction à l'autre est fréquent, comme l'a souligné Goodman dans une synthèse de la littérature très récente. (**Bergeret, J., 2008**)

### **1.5.3. Des arguments psychopathologiques :**

Le terme d'addiction, qui s'est progressivement substitué à celui de 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 psycho active ou d'une addiction comportementale. S'affirme par là même la dimension agie de ces pathologies qui sont des troubles des conduites. (**Lejoyeux, M., 2009**)

Les références étymologiques au droit romain introduisent en outre la notion de contrainte par corps et de dette. L'addictus est l'esclave pour dette, celui dont le corps est donné en gage pour un temps donné en règlement d'une dette non payée.

Il faut souligner la pluralité des facteurs étiopathogénies 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 la toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité, et d'une circonstance ou d'un moment culturel, formule qui sous-entend les effets de sommation et de résonance de facteurs fragilités multiples, individuelles et collectives, en proportion chaque fois différente et singulière. (**Lejoyeux, M., 2009**)

Certains traits de personnalité, tels que, l'Alexthymie, la recherche de sensation, l'impulsivité, les traits de personnalité psychopathiques, sont fréquents chez les sujets souffrant d'addiction avec ou sans drogues. Des failles précoces dans le développement psycho-affectif, en particulier, une discontinuité des

relations affectives précoces, des carences précoces des processus mentaux associatifs et d'élaboration et une dépressive sont également fréquentes. Enfin, les trajectoires psychosociales des sujets, présentant diverses conduites addictives, sont similaires. La médicalisation de ces comportements ne les empêche, d'ailleurs pas, d'être aussi appréhendés sous une perspective morale, éthique, médico-légale ou religieuse. (Alain, D,Laurent V, 2008, p.4-5).

### **1.6. Les types de l'addiction :**

La notion d'addiction implique : en d'autres termes, "l'usage d'une substance", troubles addictifs liés à la consommation de substances, par exemple abus de substances, mésusage drogues, en particulier alcool, opiacés et cocaïne. Soit accro comportements « sans substance », troubles du contrôle des impulsions comme la pyromanie, kleptomanie et jeu pathologique.

#### **1.6.1. L'addiction avec substance :**

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la définition de la toxicomanie Correspond à :

- Une envie irrépressible de consommer le produit ;
- Une tendance à augmenter les doses ;
- Une dépendance psychologique et parfois physique ;
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (physiques, émotive, sociales, économiques).

Le chemin menant à une certaine dépendance peut se graduer de cette manière :

- **L'usage simple** : il s'agit d'une consommation ponctuelle adéquate d'une substance, Sans conséquence délétère pour le sujet. Il est considéré comme non pathologique et seules des conséquences pénales sont à craindre.

- **L'usage à risque** : à consommation est susceptible d'entraîner des dommages, On se situe alors dans un usage à risque, sans toutefois être dans un usage pathologique. Par exemple, la grossesse ou une activité professionnelle, nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice, est une situation à risque, même pour une consommation faible.

**L'usage nocif (CIM-10) ou abus (DSM-IV)** : il s'agit d'une consommation susceptible de Provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain. Il introduit alors la notion de risque.

**La dépendance** : ou la perte de contrôle par le sujet de sa consommation d'une substance, L'OMS la définit de la manière suivante : « Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres, qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques, et, parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ». (**Stéphanie, B., 2012**).

#### **1.6.1.1. Critères de l'addiction à une substance du DSM IV-TR :**

Un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du Fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a) Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance, pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

b) Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

b) La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. Ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fume sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.

6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou Réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sait quelle a un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool). (**Stéphanie, B., 2012**).

**1.6.2. L'addiction sans substance : « l'addiction comportemental » :**

Le phénomène d'addiction serait basé sur la répétition d'un comportement et l'incapacité à y renoncer. Selon, Griffiths, psychologue anglais, distingue la dépendance comportementale passive (par exemple regarder la télé) et la dépendance comportementale active (par exemple jouer aux jeux vidéo). Dans son article présenté en 1997, il rapporte six critères pour définir un comportement associé à la dépendance de façon générale :

**1.6.2.1. Les critères de dépendance comportementale selon Griffiths :**

**1. Prépondérance :** L'activité particulière devient l'activité la plus importante dans la vie de la personne. Elle domine ses pensées (préoccupations et distorsions cognitives), ses sentiments (ex : sentiment de manque) et ses comportements (détérioration des comportements socialisés).

**2. Modification de l'humeur :** Est une conséquence de l'adoption de l'activité et peut être une stratégie de coping (excitation, surexcitation, sentiment d'évasion).

**3. Tolérance :** La durée de l'activité doit augmenter pour obtenir une satisfaction.

**4. Symptômes de sevrage :** État de sensations déplaisantes (ex. : humeur dépressive, irritabilité) et/ou des effets physiques déplaisants (ex. : tremblements).

**5. Conflits :** Conflits interpersonnels (entre le dépendant et l'entourage de celui-ci) ou conflits intrapsychiques (entre la volonté de ne pas céder aux tensions causées par la dépendance à l'activité et le besoin psychologique de s'adonner à l'activité).

**6. Rechute :** La tendance à retourner aux habitudes liées à l'activité après une période d'abstinence ou de contrôle de la dépendance comportementale. (Stéphanie, B., 2012).



**1.7. Epidémiologie des conduites addictives aux substances psychoactives**

La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a eu des répercussions importantes sur la prestation de services de santé pour les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, comme en témoignent les résultats de l'évaluation rapide menée en certains pays sur l'impact de la COVID-19 sur les services destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'usage de substances psychoactives.

D'après le rapport européen sur les drogues 2022, l'évaluation globale, la disponibilité et la consommation de drogues restent à des niveaux élevés dans l'Union européenne, bien qu'il existe des différences considérables entre les pays. Selon les estimations, environ 83,4 millions d'adultes, soit 29 % des adultes (âgés de 15 à 64 ans) de l'Union européenne, auraient déjà consommé une drogue illicite, les hommes (50,5 millions) étant plus nombreux que les femmes (33 millions) à déclarer cette consommation. Le cannabis reste la substance la plus consommée, plus de 22 millions d'adultes européens ayant déclaré en avoir consommé au cours de l'année écoulée. Les stimulants constituent la deuxième catégorie la plus fréquemment signalée. Selon les estimations, au cours de l'année écoulée, 3,5 millions d'adultes ont consommé de la cocaïne, 2,6 millions de la MDMA et 2 millions des amphétamines. Environ un million d'Européens ont consommé de l'héroïne ou un autre opioïde illicite au cours de l'année écoulée. Bien que la prévalence de la consommation d'opioïdes soit plus faible que celle d'autres drogues, les opioïdes représentent toujours la majeure partie des dommages attribués à la consommation de drogues illicites. **(Rapport européen sur les drogues,2022)**

Environ 275 millions de personnes ont fait usage de drogues psychoactives au cours de l'année 2020, un chiffre qui, d'ici à 2030, devrait augmenter de 11 % dans le monde et de 40 % rien qu'en Afrique ; en outre, d'après les estimations,

36 millions de personnes présentent des troubles liés à l'usage de drogues (**Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2021**). Il apparaît donc que la consommation de drogues et les troubles et affections connexes continuent de poser des problèmes de santé publique de très grande envergure. Or, cette charge est dans une large mesure évitable. Selon les dernières estimations de l'OMS, environ 583 000 décès étaient directement ou indirectement imputables à l'usage de drogues en 2019, dont près de 450 000 attribuables aux opioïdes et environ 14 000 au cannabis.

### **1.8. Les facteurs de risque liés à la toxicomanie et à la dépendance**

Plusieurs facteurs peuvent aider à expliquer pourquoi les toxicomanes s'intoxiquent, abusent de diverses substances psychotropes. De nos jours, la toxicomanie est considérée comme un phénomène complexe comportant une interaction entre des facteurs biopsychosociaux.

Cette interaction de facteurs peut être illustrée à l'aide de la loi de l'effet (E-SIC). Cette loi explique que la consommation peut avoir des effets différents (E) selon la substance consommée (S), l'individu qui consomme (I) et le contexte dans lequel la consommation se produit (C). Il est difficile de prédire exactement l'effet d'une substance lorsque la personne la consomme. L'effet peut être différent selon le produit absorbé, la quantité et la pureté de la substance, la fréquence de la consommation, la tolérance au produit, le mode d'administration (ingéré, fumé, injecté, etc.), la combinaison avec d'autres substances. L'effet peut aussi varier selon l'individu, son sexe, sa taille, son poids, son métabolisme, son état de santé physique et psychologique, son état d'esprit, ses expériences passées, etc. Enfin, l'effet peut être influencé par le contexte de consommation : le lieu, le moment de la journée. L'ambiance, les relations avec les autres (famille, amis, entourage immédiat). (DSM-5., 2015)

**1.8.1. Les facteurs biologiques**

Pour complexifier le tout, il semblerait que de nombreux facteurs de risques personnels résultent d'une vulnérabilité génétique aux addictions. La forte prévalence des addictions en population générale est en faveur d'une trame génétique, certaines variations génétiques courantes semblant liées à une vulnérabilité vis-à-vis de l'abus de substances. L'hypothèse de cette vulnérabilité génétique globale a été étayée, pour plusieurs substances, par les études auprès de jumeaux. Cependant, d'autres études ont démontré une certaine hétérogénéité de la vulnérabilité génétique en fonction de l'origine ethnique, des comorbidités psychiatriques ou de certains traits de personnalité, ce qui semble vraisemblable compte-tenu du fait que l'héritabilité de certains traits de personnalités a été établie. **(Reich et Lander, 2001)**

Ainsi, le modèle polygénique multifactoriel constitue une hypothèse de plus en plus vraisemblable dans la genèse du mésusage de substances psychoactives, à l'image de nombreux troubles psychiatriques. La vulnérabilité aux addictions est argumentée par de nombreuses études familiales, de jumeaux et d'adoption. Malgré leur faible nombre, les études d'adoption ont souligné l'influence de la composante génétique dans l'héritabilité des mésusages de drogues. D'un autre côté, les études auprès de jumeaux monozygotes ont aussi démontré le poids des facteurs environnementaux. Les rapports entre addictions et génétique demeurent donc complexes, les interactions entre les gènes et l'environnement étant difficiles à mettre en évidence. **(Duaux et al., 2000)**

De plus, les arguments plaident pour l'existence de facteurs génétiques communs aux différentes pratiques addictives. Les études de jumeaux montrent un risque accru de dépendance pour les membres de la fratrie d'un sujet déjà dépendant. Il existe des études des marqueurs génétiques qui montrent une forte association entre l'allèle A1 et la toxicomanie à la cocaïne. Cependant, la réalité

semble beaucoup plus complexe. Les facteurs de vulnérabilité sont sans doute multiples et en interaction. Leur transmission paraît également plus complexe que le classique modèle mendélien : notion de poly génie, d'hétérogénéité génétique, de pénétrance et d'expressivité variables. Certains allèles ne s'expriment que dans un environnement biologique ou socioculturel donné. (Duaux et al., 2000,p.336)

### **1.8.2. La vulnérabilité psychologique :**

Elle intervient dans l'initiation de la consommation la répétition de la consommation, l'installation de la dépendance. Les traits de personnalité fréquemment associés à cette vulnérabilité :

- L'impulsivité qui est fréquemment observée
- La recherche de sensations et d'expériences variées : excès et ivresse à fréquence et quantité élevée, défoncé, anéantissement.
- Morosité et dépréciation difficiles à exprimer : faible estime de soi, sentiment de vide intérieur, douleur d'être, perte de sens de l'identité et de l'existence constituent le terrain sur lequel la consommation du produit a un effet de rencontre initiatique. L'effet psychoactif suspend l'humeur négative et aide le sujet à se sentir accepter et reconstitue l'auto-estime.
- Association de ces traits.
- Troubles du caractère et du comportement pendant l'enfance et l'adolescence, instabilité, intolérance aux frustrations agressivité, impulsivité, conduites antisociales... (Stéphanie, B., 2012)

### **1.8.3. Les facteurs environnementaux et culturelle :**

La théorie de Becker décrit aussi une variation de l'usage de cannabis au cours du temps, distinguant trois étapes dans la carrière de l'usager : fumeur

débutant, fumeur occasionnel et fumeur régulier. L'expérimentation de cannabis, aujourd'hui facilitée par la diffusion de ce produit, est fortement conditionnée par l'accès à la substance. Le fait d'avoir reçu une proposition a un impact sur la probabilité d'expérimentation de cannabis qui s'avère à lui seul cinq fois plus élevé que les effets cumulés du genre, de l'âge et de la situation socioprofessionnelle (**Embersin & Grémy, 2000**). Ainsi, l'usage des pairs constitue un facteur déterminant, par le biais de l'approvisionnement, de l'expérimentation et de l'usage occasionnel. En revanche, le fumeur régulier, devenu capable de se procurer du cannabis par lui-même, est moins dépendant des autres. Ainsi, l'initiation et l'usage occasionnel sont plus répandus parmi les sujets ayant des activités sociales qui favorisent l'accès à la substance, tandis que les usagers réguliers ont un mode de vie plus sélectif, moins dépendant de la présence des pairs et plus ciblé sur l'usage de substance comme activité principale. (**Agrawal et al., 2007**)

Pour Outsiders, Becker, l'usage de cannabis ne s'explique pas par des motivations ou des caractéristiques psychologiques spécifiques, dans la mesure où les motivations se modifient avec l'usage lui-même. L'expérimentation serait ainsi occasionnée par la curiosité, les effets recherchés ne devenant une motivation que lorsque l'individu a appris à les provoquer, à les percevoir et y prendre goût. La motivation résulterait ainsi de l'apprentissage. Or cet apprentissage peut aussi s'effectuer par le biais d'autres substances. Le tabac, dont la galénique est semblable à celle du cannabis (voie inhalée), pourrait ainsi jouer le rôle d'étape préliminaire à l'usage de cannabis, ce qui souligne la présence de trajectoires entre les usages.

- Le rôle des pairs : facilitateur ou dissuasif.
- Période critique de l'existence : adolescence, divorce, isolement.

- La promotion publicitaire du produit ou du comportement, par exemple « le jeu le plus addictif du monde » pour promouvoir un produit.
- Politique permissive, avec la légalité de certains produits, de certaines conduites qui détermine le facteur d'exposition au produit dans la société, un groupe.
- Facteurs culturels et religieux : appartenance à un groupe minoritaire, norme du groupe vis-à-vis de la consommation d'un produit : interdictions ou préférences culturels.
- Facteurs socioculturels : âge (sujets jeunes, étudiants), sexe (prédominance masculine), catégorie sociale : les situations et/ou groupes socialement désavantagés, les déstructurations familiales, marginalité et grande exclusion. **(Stéphanie, B., 2012).**

Les perceptions sociales et culturelles à l'égard de la consommation ont un effet crucial sur la considération portée aux toxicomanes. Ces perceptions façonnent l'évolution de la législation en matière de vente, de production, de possession et de consommation de substances illicites, ce qui influe sur leur disponibilité et leur accessibilité.

L'usage traditionnel de certaines substances psychoactives fait partie de nombreuses sociétés et cultures. Elles peuvent être utilisées comme des objets de culte ou des ingrédients médicinaux, ou être consommées au cours de cérémonies religieuses, chamaniques, ou encore lors de rites d'initiation ou de passage, comme dans les certains ethnies en Guinée-Bissau (utilisations d'alcools dans des cérémonies comme par exemple "toka tchur"), chamanes d'Amazonie et du Mexique utilisent des préparation à base de plantes hallucinogènes comme l'ayahuasca et le peyotl pour entre en transe et favoriser leur contact avec leurs esprits de la nature.

**1.9. Approche globale de la prise en charge des conduites addictives**

Les soins en addictologie prennent en charge tous les types de troubles liés à l'usage, quelle que soit la substance. La prise en charge d'une addiction est multidisciplinaire. Elle promeut une approche globale du sujet et assure une continuité de services, de la prévention aux traitements parfois complexes, en passant par la réduction des risques. Elle doit être intégrée dans un projet de soins et adaptée en fonction de la conduite addictive et de la gravité des complications associées. Accompagner et soigner une personne ayant développé un trouble lié à l'usage, c'est la soutenir et l'aider à contrôler sa consommation pour en réduire les dommages et, si possible, arrêter sa consommation et maintenir son abstinence tout en améliorant sa qualité de vie. La prise en charge peut s'appuyer sur différents supports comme la dimension biologique (la cure de désintoxication et la pharmacothérapie) et la psychothérapie.

Du point de vue biologique, la première procédure d'un traitement pour une dépendance à une substance consiste à procéder au sevrage, dans un centre de désintoxication ou la personne toxique va passer plusieurs semaines. La pharmacothérapie propose différents types de médicaments qui sont susceptible d'aider la personne toxicomane à se libérer de sa dépendance ou, du moins, à en diminuer. Ces traitements de substitution visent à offrir au toxicomane une substance que partage plusieurs propriétés chimiques avec la substance à l'origine de la dépendance, mais qui est plus sécuritaire, par exemple la méthadone pour remplacer l'héroïne, et les autres aussi répondus est celui des fumeurs dépendant de la nicotine (la gomme à mâcher, le timbre transdermique, le vaporisateur nasal ou la cigarette électrique).

De façon générale, les traitements pharmacologiques semblent plus efficaces lorsqu'ils sont combinés avec des programme des traitement complet et structurés, comportant des traitements psychologiques et sociaux. Puisque les

taux de rechute chez les personnes ayant reçu un traitement lié toxicomanie sens traitements psychologique sont assez élevées en varient entre 30 à 90%. (**Martin B. et coll.,2016**)

**L'approche cognitivo comportementale** met d'abord l'accent sur une évaluation complète de la situation afin d'établir un profil détaillé de la personne toxicomane et de ses habitudes de consommation, ensuite en lui proposant un plan de traitement personnalisé et adapté à son profil, avec formulation d'objectifs thérapeutique précis et concrets, l'apprentissage d'habiletés d'autocontrôle l'acquisition de stratégies de gestion de problèmes pour lui aider y faire face aux stressseurs de la vie courante et aux événement difficiles.

Ainsi, lors de l'évaluation, le patient est amené à réfléchir à sa situation, puis déterminer la cause déclencheur de sa consommation. Cette auto-observation permet de déceler les situations risquant de déclencher la consommation, et même que les pensées et les comportement inadaptés, et aussi en lui encouragent à adopter des nouvelles habitudes de divertissement et d'occupation. (**Martin B. et coll.,2016, p.297**)

La motivation est un élément essentiel pour traiter la toxicomanie. Ainsi, le premier pas vers une rémission ou une réhabilitation est d'abord d'admettre l'existence d'un problème et d'être motivé au changement, ce qui n'est pas toujours facile pour un toxicomane. La thérapie vise donc à amener la personne toxicomane à prendre conscience concrètement du fait que sa consommation comporte plus d'inconvénients que d'avantages pour la motiver à cheminer vers la guérison. (**Miller et Rollnick, 2002**)



## **1.10. Classification des drogues selon les effets recherchés par les toxicomanes :**

### **1.10.1. Le Cannabis**

Le cannabis (ou chanvre) est une plante originaire des régions équatoriales, présente dans la plupart des régions du monde.

Les feuilles séchées et découpées constituent l'herbe, ou marijuana, le kif en Afrique du Nord. Elles sont le plus souvent fumées sous forme de « joint » ou de « stick » ; le haschich, le shit, est la résine du cannabis (en Inde, le charas). Il peut être fumé dans des pipes spéciales (chilom) ou en joint, mélangé à du tabac. Il peut aussi être ingéré sous forme de boissons, de friandises, de confitures. (Postel G.,1993)

L'usage de cannabis peut conduire à des troubles de l'attention et de la mémoire, comme il peut conduire à des troubles des fonctions exécutives. Ces troubles sont liés à la dose, à la fréquence, à la durée d'exposition et à l'âge de la première consommation. Les troubles cognitifs favorisent ou aggravent l'échec scolaire et universitaire préexistant et ils sont en relation avec les accidents de voitures, de deux-roux ou de piéton.

### **1.10.2. La Cocaïne**

La cocaïne existe sous forme d'un sel soluble dans l'eau. L'absorption peut se faire par voie nasale, ou plus rarement intraveineuse avec des risques de transmissions virales ou bactériennes. Elle existe également sous forme de base insoluble dans l'eau mais soluble dans les lipides : le crack ; celui -ci est fumé après chauffage produisant des craquements, ce qui lui a donné son nom.

L'usage de cocaïne provoque une euphorie immédiate, un sentiment de puissance intellectuelle et physique, et une indifférence à la douleur et à la fatigue.

Il bloque le transporteur de la dopamine, c'est-à-dire la protéine de la membrane des neurones permettant la recapture du transmetteur dans l'espace synaptique et sa « récupération » par le neurone qui l'a libéré.

La cocaïne entraîne un important accroissement des concentrations extracellulaires du neuromédiateur dans plusieurs endroits du cerveau, en particulier le nucleus accumbens. Cette augmentation des taux extracellulaires de dopamine est d'ailleurs reliée à la force des effets subjectifs et des propriétés renforçant de la cocaïne. **(Richard D. et coll.,1999)**

### **1.10.3. L'Héroïne**

Opiacé obtenu par synthèse à partir de la morphine ; son usage détermine rapidement une dépendance physique et psychique importante, et se trouve de ce fait à l'origine d'une toxicomanie, l'héroïnomanie.

L'héroïne est transformée dans le cerveau en morphine. Celle-ci se lie aux récepteurs opioïdes naturels (récepteurs des endorphines).

Elle incite également le système de la dopamine, mais par un mécanisme indirect, en réduisant le contrôle des neurones **GABA** sur les neurones à dopamine. L'héroïne a la forme de poudre et cristalline. Elle débarrasse une légère odeur d'acide acétique en vieillissant.

Le principal risque des opiacés, surtout l'héroïne, est la persévérance de l'usager, le conduit parfois affreusement par un surdosage ou petit à petit, pour des raisons et à travers des événements variables, à la mort. Des médicaments proches sont également utilisés le plus souvent comme drogue de substitution de l'héroïne par les toxicomanes eux-mêmes ; élixir parégorique, les antitussifs contenant de la codéine, les analgésiques de synthèses, la méthadone, Subitex. **(Lebovice S. et coll.,1999)**

**1.10.4. LSD**

LSD OU Lysergic Acid est une substance semi-synthétique, diéthylamide de l'acide lysergique (alcaloïde de l'ergot de seigle), psychotrope hallucinogène très actif. Il se présente le plus souvent en pilule (pills), plus rarement en solution.

Les effets du LSD dépendent eux aussi d'une quantité de variables : doses, association fréquente avec les amphétamines, qualité, ambiance, personnalité, etc...Généralement, il s'use par ingestion. Le LSD incite un « trip », une expérience hallucinogène typique.

Après avoir été expérimenté en tant que promoteur de « psychoses expérimentales », il fut recommandé par certains auteurs dans le traitement de psychoses, de l'alcoolisme.

Mais il se transforma surtout comme symbole ou emblème d'un mouvement « contre culturel » prônant l'utilisation de substances psychédéliques. **(Postel,J., 1993)**

**1.10.5. L'ecstasy (M.D.M.A)**

Amphétamine donnant lieu à un usage abusif et parfois toxicomane, et dont les effets neurologiques se révèlent souvent toxiques.

L'ecstasy prend la forme de comprimés de couleurs et de formes variées ornés d'un motif. Lorsqu'ils ingèrent de l'ecstasy, les consommateurs disent qu'ils gobent. L'apparition massive de l'ecstasy est notamment adjointe à l'émergence du mouvement musical techno et à l'organisation de « rave parties ». Aujourd'hui ces substances sont consommées dans d'autres lieux festifs tels que les boîtes de nuit, les bars, etc. Les usagers d'ecstasy poursuivent la sensation d'énergie, de performance et la suppression de leurs inhibitions (les blocages, les défenses et les interdictions tombent). Une sensation de liberté dans les relations

avec les autres viennent se reposer à l'effet de plaisir et d'excitation. (**Richard D. et coll., 1999**)

La MDMA agit particulièrement sur les neurones contenant la sérotonine, neurotransmetteur impliqué dans la régulation des affects et de l'humeur et dans le contrôle de l'impulsivité. La MDMA entraîne une libération massive de la sérotonine, une inhibition de la synthèse et un blocage de sa recapture (processus qui permet d'évacuer le neurotransmetteur présent dans la synapse en le réabsorbant) par le neurone qui l'a émise.

Lors d'un usage durable, « l'effet parano » est ici couramment retrouvé, s'estompe rapidement à l'arrêt de la consommation mais pouvant être la porte d'entrée d'une psychose chronique grave.

#### **1.10.6. La Prégabaline (Lyrica)**

La prégabaline (Lyrica et génériques) est indiquée chez l'adulte, dans le traitement de l'épilepsie, des douleurs neuropathiques et du trouble anxieux généralisé. Elle appartient, avec la gabapentine (Neurontin et génériques), à la classe des gabapentinoïdes. Les gabapentinoïdes, dérivés structurels du GABA sans action directe sur les cibles pharmacologiques du GABA, modifient l'activité des canaux calciques voltage-dépendants localisés à la terminaison synaptique de différents neurones du système nerveux central. Le blocage de ces canaux (présynaptiques) inhibe l'entrée de calcium dans les neurones et la libération secondaire de neurotransmetteurs (dont le glutamate), ils diminuent ainsi l'excitabilité des neurones.

**Tableau 1 : représentation des mécanisme d'action comparé des substances  
Imitation de l'action des neuromédiateur naturels**

.Opioides (héroïne)	Endorphine,enképhaline, dopamine
Alcool	Gaba-A , Enképhaline
Benzodiazépine	Gaba-A
LSD(lysergic acid)	Sérotonine et dopamine
Cannabis	anandamide
Nicotine	acétylcholine
Prégabaline(lyrica)	Gaba
<b>Augmentation de la sécrétion des neuromédiateurs naturels</b>	
Ecstasy	Sérotonine /Dopamine
Amphétamine	Dopamine
Cocaïne	Dopamine

Source: Adapté, centre for addiction and Mental health(CAMH). (2012), substance abuse and mental health services administration (2003), et Dworkin RH, et al. 2003

**Tableau 2 : niveau de dépendance et toxicité des produits**

Genre	Dépendance physique	Dépendance psychique	neurotoxicité	Toxicité générale
Alcool	Forte	Très forte	Très forte	Très forte
Cocaïne	Faible	Forte	Forte	Forte
Ecstasy	Très faible	Très forte	Faible	Forte
Opiacés	Très forte	Très forte	Faible	Forte
Cannabis	Faible	faible	Pas démontrée	Très faible

Source: Adapté, centre for addiction and Mental health(CAMH). (2012),et substance abuse and mental health services administration (2003)

**Partie 2 : La prégabaline(lyrica)****Préambule**

La prégabaline est une molécule dont la structure est apparentée à l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Certaines spécificités de la molécule ont pu être déterminées notamment son action inhibitrice sur les canaux calciques voltage-dépendant, lui octroyant ainsi des propriétés antiépileptiques, anxiolytiques et analgésiques.

Malgré les progrès thérapeutiques réalisés durant ces dernières décennies, il n'existe toujours aucun consensus sur le traitement des douleurs neuropathiques périphériques, douleurs consécutives à une lésion du système nerveux périphérique. Leur traitement repose essentiellement sur l'utilisation des antidépresseurs tricycliques et anticonvulsivants, médicaments qui nécessitent une phase de titration progressive, et qui ont une efficacité antalgique partielle et/ou des effets indésirables parfois difficiles à contrôler. La recherche clinique s'efforce donc de trouver de nouveaux médicaments qui soient efficaces et bien tolérés pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques.

**2.1. Histoire/Rapport**

Les données de la littérature, l'augmentation de la consommation de la prégabaline en Europe et en France et la notification en Addictovigilance d'un premier cas d'abus de prégabaline en 2011, ont conduit à la mise en place d'une enquête officielle sur le potentiel d'abus de la prégabaline en France en 2012.

En 2013, le bilan du suivi national d'addictovigilance française (présenté en CT CEIP du 11/07/2013, portant sur les données de 01/2012 à 06/2013) suggérait de maintenir la surveillance du potentiel d'abus de la prégabaline, au regard des premières données décrivant les effets euphorisants des gabapentinoïdes, et particulièrement de la prégabaline, de l'augmentation de

l'exposition en France et en Europe et des usages hors-AMM (dans un contexte de forte pression pour réduire le recours aux benzodiazépines). En 2014, le bilan du suivi national d'Addictovigilance (présenté en CT CEIP du 18/11/2014, portant sur les données de 05/2012 à 09/2014) mettait en évidence un détournement des prescriptions avec falsification d'ordonnance et un nomadisme médical et/ou pharmaceutique, ainsi qu'une augmentation de l'utilisation de la prégabaline au sein de populations à risque (sujets traités par des médicaments de substitution aux opiacés ou présentant des antécédents d'abus) avec une évolution vers un mésusage (obtention illégale, finalité non thérapeutique). Suite à ce bilan, un point d'information sur les risques d'abus, de mésusage et de pharmacodépendance liés à l'utilisation de la prégabaline, en particulier chez les patients ayant des antécédents de toxicomanie, a été publié par l'ANSM le 30 juin 2016. (**Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, 2020**)

L'enquête Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible (OSIAP) 2020, dont les données sont alimentées par le réseau sentinelle des pharmaciens d'officine, a confirmé que la prégabaline était le premier médicament cité cette année-là devant les opioïdes, les benzodiazépines et les hypnotiques. Le rapport d'expertise de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sorti en 2020 a montré que Grenoble était la troisième ville où les OSIAP enregistrées concernant la prégabaline étaient les plus nombreuses, après Marseille et Nantes. Face à l'émergence de ce potentiel d'abus, la prégabaline a été classée en liste 1 depuis le 24 Mai 2021, limitant ainsi ses modalités de prescriptions. (**ANSM, 2020**)

## **2.2. Indications thérapeutiques**

### **2.2.1. Douleurs neuropathiques**

Lyrica est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales chez l'adulte. La posologie varie de 150 à 600 mg (7,5 à 30 mL) par jour, en deux ou en trois prises. Douleurs neuropathiques Le traitement par prégabaline peut être instauré à la dose de 150 mg (7,5 mL) par jour administrée en deux ou en trois prises. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg (15 mL) par jour après un intervalle de 3 à 7 jours, et peut si nécessaire être augmentée à la dose maximale de 600 mg (30 mL) par jour après un intervalle supplémentaire de 7 jours. (Nicholls G. et coll., 2019)

### **2.2.2. Épilepsie**

Lyrica est indiqué chez l'adulte en association dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire. Le traitement par prégabaline peut être instauré à la dose de 150 mg (7,5 mL) par jour administrée en deux ou trois prises. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg (15 mL) par jour après 1 semaine. La dose maximale de 600 mg (30 mL) par jour peut être atteinte après un délai supplémentaire d'une semaine. (Nicholls G. et coll., 2019,p.474)

### **2.2.3. Trouble Anxieux Généralisé**

Lyrica est indiqué dans le traitement du Trouble Anxieux Généralisé (TAG) chez l'adulte.

La posologie varie de 150 à 600 mg (7,5 à 30 mL) par jour, en deux ou trois prises. La nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée régulièrement



Le traitement par prégabaline peut être instauré à la dose de 150 mg (7,5 mL) par jour. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg (15 mL) par jour après 1 semaine. Après un délai supplémentaire d'une semaine, la dose peut être augmentée à 450 mg (22,5 mL) par jour. La dose maximale de 600 mg (30 mL) par jour peut être atteinte après un délai supplémentaire d'une semaine. **(Nicholls G. et coll., 2019,p.475)**

### **2.2.3. Mises en garde spéciales**

Conformément aux pratiques cliniques actuelles, une adaptation du traitement hypoglycémiant peut être nécessaire chez certains patients diabétiques ayant présenté une augmentation de poids sous prégabaline.

Elle s'est avérée efficace en réduisant la douleur provoquée dans plusieurs modèles animaux de douleur neuropathique : allodynie mécanique (statique et dynamique) induite par la streptozocine, ou hyperalgésie mécanique et thermique induite par des lésions chirurgicales, inflammatoires ou nerveuses. Les propriétés analgésiques de la prégabaline ont été mises en évidence récemment chez l'homme dans le cadre de douleurs neuropathiques postzostériennes, par les travaux de Dworkin,Sabatowski et ses alliés en 2004, et dans les neuropathies périphériques d'origine diabétique par les travaux de Rosenstock et ses alliés en 2004. **(Dworkin et al.,2004 ;Sabatowski et al.,2004 ; Rosenstock et al., 2004)**

Il s'agit de quatre études cliniques méthodologiquement correctes : prospectives, contrôlées, multicentriques, randomisées (en double aveugle contre placebo) et en parallèle. Le but est d'évaluer l'efficacité antalgique et la tolérance de la prégabaline à diverses posologies, comparativement au placebo. Pour les deux essais cliniques portant sur les douleurs postzostériennes, cette douleur est définie comme une douleur persistant trois mois après la cicatrisation des lésions cutanées herpétiques, ou un à 6 mois après la cicatrisation ; 10 à 15 % des patients ayant eu un zona aigu souffrent de douleurs postzostériennes **(Sabatowski et**

al.,2004). Rapportent que la douleur chronique est associée à des troubles du sommeil et à une diminution des activités quotidiennes (et donc de la qualité de vie) dans plus de 50 % des cas. Les études ont été réalisées avec une méthodologie commune.

### **2.3. Mésusage, abus médicamenteux ou dépendance à la prégabaline**

La prégabaline peut entraîner une dépendance au médicament, pouvant survenir aux doses thérapeutiques, des cas d'abus et de mésusage ont été rapportés. Les patients ayant des antécédents de dépendance à des substances peuvent présenter un risque accru de mésusage, d'abus et de dépendance à la prégabaline, et la prégabaline doit être utilisée avec prudence chez ces patients. Avant de prescrire de la prégabaline, le risque de mésusage, d'abus ou de dépendance chez le patient doit être évalué attentivement. Les patients traités par prégabaline doivent être surveillés afin de détecter la survenue de symptômes de mésusage, d'abus ou de dépendance à la prégabaline, tels que le développement d'une tolérance, une augmentation de dose et un comportement de recherche de médicament.

#### **2.3.1. Symptômes de sevrage**

Après l'arrêt d'un traitement à court ou à long terme par la prégabaline, des symptômes de sevrage ont été observés. Les symptômes suivants ont été rapportés: insomnie, céphalées, nausées, anxiété, diarrhée, syndrome grippal, nervosité, dépression, douleurs, convulsions, hyperhidrose et étourdissements. L'apparition de symptômes de sevrage après l'arrêt de la prégabaline peut indiquer une dépendance au médicament. Le patient doit en être informé au début du traitement.

L'interaction avec d'autres médicaments, c'est-à-dire qu'il peut avoir une influence sur d'autres médicaments et inversement. Pris avec certains

médicaments qui ont des effets sédatifs (y compris les opioïdes), Lyrica peut potentialiser ces effets et pourrait entraîner une insuffisance respiratoire, le coma et le décès. L'intensité des étourdissements, de la somnolence et de la diminution de la concentration peut être augmentée si **Lyrica** est pris en même temps que des médicaments contenant : de l'oxycodone – (utilisé pour traiter la douleur) du lorazépam – (utilisé pour traiter l'anxiété) de l'alcool. (Denis V.D. et coll.,2020)

Les convulsions, notamment les états de mal épileptiques et les crises tonico-cloniques généralisées, peuvent apparaître pendant ou peu après l'arrêt du traitement par la prégabaline.

**Tableau 3: certains effets indésirables fréquents de la Prégabaline ,classés en fonction de leur répercutions**

Classe de systèmes d'organes	Effets indésirables
<b>Infections et infestations</b>	
<u>Fréquent</u>	Nasopharyngite
<b>Affections hématologiques et du système lymphatique</b>	
<u>Peu fréquent</u>	Neutropénie
<b>Affections du système immunitaire</b>	
<u>Peu fréquent</u>	Hypersensibilité Rare Œdème de Quincke, réaction allergique
<b>Troubles du métabolisme et de la nutrition</b>	
<u>Fréquent</u>	Augmentation de l'appétit
<u>Peu fréquent</u>	Anorexie, hypoglycémie
<b>Affections psychiatriques</b>	
<u>Fréquent</u> insomnie	Humeur euphorique, confusion, irritabilité, désorientation,
<u>Peu fréquent</u> dépression,	Hallucinations, crises de panique, nervosité, agitation, humeur dépressive, exaltation, agression, humeur

changeante, dépersonnalisation, manque du mot, rêves anormaux, anorgasmie, apathie

*Rare* Désinhibition, comportement suicidaire, idées suicidaires

*Fréquence indéterminée* Dépendance au médicament

### **Affections du système nerveux**

*Très fréquent* Etourdissements, somnolence, céphalées Fréquent  
Ataxie, troubles de la coordination, tremblements, dysarthrie, amnésie, troubles de la mémoire, troubles de l'attention, paresthésies, hypoesthésie, sédation, troubles de l'équilibre, léthargie

*Peu fréquent* Syncope, stupeur, myoclonie, perte de connaissance, hyperactivité psychomotrice, dyskinésie, vertiges de position, tremblement intentionnel, nystagmus, trouble cognitif, altération de la fonction mentale, trouble du langage, hyporéflexie, hyperesthésie, sensation de brûlure, agueusie, malaise

*Rare* Convulsions, parosmie, hypokinésie, dysgraphie, syndrome parkinsonien

Source : Adapté, Joshi I, Taylor(2006), et Dworkin RH et al.(2003)

Comme on peut lui constater, qu'elle soit utilisée dans une optique de sevrage à une substance ou dans un simple but de « défonce », son utilisation seule ou en association reste particulièrement dangereuse. Même si son site d'action reste aujourd'hui inconnu, on ne peut ignorer ses effets à forte dose ainsi que son potentiel addictif.

**Conclusion**

L'usage des substances psychoactives sont un problème de santé publique dont les impacts sont multiples, médicaux, sociaux, économiques et principalement psychologique. Les taux de morbidité et de mortalité qui leur sont liés sont très élevés dans le monde et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) retient les addictions parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle.

La prise en compte des modèles psychologique de l'addiction est une étape intéressante de la démarche clinique et thérapeutique. L'intérêt réside dans la manière de regarder le trouble addiction, tel qu'il se présente à nous, dans la manière d'évaluer les renforcements de ce symptôme dans le contexte vécu du patient et de l'intégrer dans son histoire, puisque chaque effets ressentis selon la substance consommer peuvent être perçus comme agréables ou non, notamment selon qu'ils sont recherchés ou non par le consommateur. Certains effets psychiques ou physiques peuvent s'avérer dangereux, soit immédiatement, soit de manière différée, soit encore lorsque les prises sont répétées. Une substance psychoactive peut être d'origine naturelle ou synthétique lorsqu'elle est totalement élaborée à partir de composés chimiques, licite (usage et vente autorisés par la loi mais réglementés) ou illicite (usage et trafic interdits par la loi).

Nous pouvons donc constater que le mésusage et abus de la Prégabaline est à l'heure actuelle une pratique installée et souvent courante chez des personnes souffrant de toxicomanie.

L'enjeu est maintenant de limiter son abus et les risques de surdosage liés à son utilisation. Pour ce faire il faut éduquer les professionnels de santé aux bonnes pratiques de prescription et de délivrance de ce médicament. Une vigilance accrue des médecins à la prescription de Prégabaline chez des personnes

ayant ou ayant eu des antécédents de dépendance ainsi qu'un suivi adapté est nécessaire afin de limiter les risques. Puisque la prégabaline est largement prescrite par les médecins généralistes, il serait intéressant de savoir comment l'émergence du potentiel addictif de cette molécule aura un impact sur leurs habitudes de prescriptions. Si des changements doivent être espérés, la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques semble indispensable afin d'envisager un tel virage.

# **Chapitre II : L'entretien Motivationnel**

**Préambule :**

Ainsi que nous l'avons vu au cours de la première partie, le diagnostic chez un individu addictif à des substances psychoactives principalement la prégabaline est le plus souvent synonyme d'un bouleversement de la vie de ce dernier. La toxicomanie nécessite une prise en charge dont la responsabilité se doit d'être partagée entre le soignant et le patient, puisque s'inscrivant sur le long terme.

Dans ce chapitre, nous allons évoquer quelques éléments clés de l'entretien motivationnelle et ses évolutions au cours des années. Avant d'explorer cette perspective, il est important de caractériser précisément la motivation, concept apparemment simple mais qui se révèle finalement d'une grande complexité...

**1. Historique**

Pour débiter notre réflexion, intéressons-nous tout d'abord à l'origine étymologique du terme « motivation » pour après réussir à expliquer l'histoire de l'entretien motivationnel. Celui-là est issu d'un mot latin : « movere », signifiant « mouvoir », « se mouvoir ». Ainsi, la motivation peut être entendue comme ce qui met l'individu en mouvement. Une définition, extraite du dictionnaire Larousse, mais appartenant plutôt au domaine de la psychologie, nous indique par ailleurs, qu'il s'agit d'un « processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement » ...

Plein des acteurs on montrer l'importance des besoins, objets de motivation, comme dans le cas de Abraham Maslow avec son pyramide, parmi ceux-ci, il cite, bien évidemment, les besoins physiologiques (manger, dormir, se reproduire...), mais aussi ceux de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi, et d'accomplissement personnel. Ces besoins sont tous importants, mais certains sont vitaux, alors que d'autres confèrent plutôt un confort spirituel. Ainsi, Maslow les classe en fonction du degré de priorité qu'il y a à les assouvir.



De même, que certaines approches au cours du temps, s'attachent à montrer que la motivation n'est déterminée que par des facteurs internes d'une part, ou que par des facteurs externes d'autre part, d'autres théories semblent beaucoup plus nuancées.

Dans la même perspective, les recherches de Deci portent sur la notion d'autodétermination. L'autodétermination, ou autonomie, correspond au fait d'être à l'origine de son propre comportement. Deci distingue trois types de motivation : l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque.

**L'amotivation** : ainsi que le préfixe « a- » l'indique, il s'agit d'une absence de motivation. Dans ce cas, soit l'individu n'agit pas, soit il effectue l'acte mais de manière passive. Ceci se rencontre pour des actes que le sujet ne se sent pas capable de réaliser, ou qui ne présentent aucun intérêt pour lui.

**La motivation extrinsèque** : des facteurs externes sont responsables de la motivation de l'individu. Par exemple, le sujet produit l'action dans l'attente d'une récompense, ou pour répondre à une pression sociale ou à un sentiment de culpabilité.

**La motivation intrinsèque** : les déterminants de la motivation sont uniquement internes au sujet. C'est le cas lorsque celui-ci prend plaisir à effectuer l'acte, et qu'il y trouve une satisfaction et un intérêt personnels, sans attendre quelques répercussions que ce soit venant de l'extérieur. **(Deci et Ryan, 2002)**

Intéressons-nous désormais à une méthode de communication qui prend en considération l'ensemble des paramètres (ambivalence, discours changement, etc...), afin d'accompagner les individus sur le chemin du changement : **l'entretien motivationnel.**

L'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication, développée au cours des années 1980, par William R. Miller, d'origine américaine. Sa profession l'amène à fréquenter nombre de personnes dépendantes, notamment à

l'alcool ; et il constate fréquemment que la réussite d'un sevrage est attribuée, par les soignants, à la qualité de leur prise en charge, alors que l'échec ne peut être dû qu'au patient lui-même (manque de motivation, déni de la situation). Non convaincu par ce constat, il propose de remettre en question le mode d'intervention des soignants, et élabore un autre style de communication, nommé entretien motivationnel, qui se veut plus empathique et plus à l'écoute du patient. Il en fait une première description en 1982.

L'année suivante, il publie un article dans le *Behavioural Psychotherapy*, un journal scientifique britannique, dans lequel il expose les fondements de l'entretien motivationnel, et l'intérêt de cette méthode de communication pour favoriser le sevrage chez des sujets alcool dépendants. **(Miller et Rollnick, 2002)**

En 1989, Miller rencontre Rollnick. Tous deux entreprennent l'écriture d'un manuel, reprenant les concepts fondamentaux de la méthode, ainsi que les outils permettant sa mise en œuvre, l'ouvrage est publié en 1991, sous le titre : « *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors* ».

Ainsi, en 2002, Miller et Rollnick publient la 2ème édition de l'ouvrage de référence en matière d'EM, qui se veut, cette fois, plus généraliste : « *Motivational interviewing: preparing people to change* ».

## **2. L'esprit de l'entretien motivationnel**

Trois mots résument cet état d'esprit, qui se veut proche des valeurs rogeriennes : collaboration, évocation et autonomie. La collaboration est considérée par les auteurs comme un aspect primordial de l'EM. La relation qui doit s'instaurer entre l'intervenant et le client est une relation de partenariat. L'intervenant n'a pas pour rôle de contraindre au changement, il guide le client, l'accompagne dans sa réflexion. La rencontre se déroule sur un pied d'égalité entre les deux protagonistes, l'intervenant ne s'improvise pas l'expert de la situation, le seul expert du client doit être le client lui-même.

De cette attitude de collaboration dépend le deuxième élément propre à l'esprit de l'EM : l'évocation. En effet, nous l'avons constaté, l'intervenant se positionne en tant que partenaire du client, il ne cherche en aucun cas à imposer son point de vue. Au contraire, il aide le client à trouver à l'intérieur de lui-même les raisons qui feront que le changement pourra être entrepris. Cela nécessite de mettre à jour les valeurs, les préoccupations, les désirs et les buts du sujet, afin de faire émerger sa motivation pour le changement, motivation qui sera donc intrinsèque. « On n'instille pas, on n'installe pas, on évoque, on fait sortir la motivation de la personne ».

Le troisième pilier se lequel repose l'esprit de l'EM est l'autonomie. L'autonomie du client doit toujours être respectée, il est libre de ses choix. Lorsqu'il y a engagement pour le changement, celui-ci ne peut être que le fruit d'une motivation intrinsèque ; c'est-à-dire que la responsabilité du changement ne peut être attribuée qu'au client lui-même. (Miller et Rollnick, 2002, p.14-15)

### **3. Quatre outils de base**

Miller et Rollnick ont établi plusieurs outils qu'il est fondamental de maîtriser et d'utiliser du début de l'EM jusqu'à son terme. Ces outils peuvent être rassemblés dans l'acronyme "OUVER" :

- **Ou** pour question **Ouvertes**
- **V** pour **Valorisation**
- **E** pour **Écoute** réflexive
- **R** pour **Résumé**

Pour information, cette acronyme est dérivé de l'acronyme anglais «OARS», signifiant « avirons » avec :

**O** pour **Open-ended questions**

**A** pour **Affirmations**

**R** pour **R**eflective listening

**S** pour **S**ummaries

Ce sont toutes des méthodes de communication qui visent à favoriser l'expression du client. Celui-ci détient toutes les clefs lui permettant de résoudre son problème. C'est le meilleur expert de sa personne, la solution viendra de lui. Mais, pour la trouver, encore faut-il qu'il explore sa problématique. C'est en s'exprimant, et en élaborant ouvertement autour de ses préoccupations, de ses désirs, qu'il y parviendra. Ainsi, un EM bien mené est un entretien au cours duquel plus de la moitié du temps de parole doit être occupée par le client. L'intervenant doit l'écouter, et encourager son expression en combinant ces quatre techniques de communication.

### **3.1. Poser des questions ouvertes**

A la différence des questions fermées, qui laissent présager une réponse courte, par exemple de type « oui » ou « non », les questions ouvertes demandent à l'interlocuteur une réponse plus élaborée. Celui-ci va, en effet, devoir développer un certain nombre d'idées, traduisant le cheminement de sa pensée.

En dehors de favoriser l'expression, l'usage de questions ouvertes constitue comme une marque de respect et d'empathie, de la part de l'intervenant. Ces questions suggèrent l'intérêt que celui-ci porte au client. Ce peut être ainsi une façon de mettre le client en confiance, et de le rassurer, celui-ci ayant alors l'occasion d'exposer ses idées sur son problème, et de développer son propre point de vue à ce sujet.

Ainsi, Miller et Rollnick recommandent de ne pas poser plus de trois questions ouvertes successivement. Selon eux, cette technique permet uniquement d'engager la discussion sur un thème particulier, l'élaboration du client devant ensuite être encouragée par les autres techniques de communication que nous allons détailler ci-dessous. **(Miller et Rollnick,2002,p.67)**

### **3.2. Pratiquer l'écoute réflexive**

Dans l'EM, l'intervenant ne doit pas seulement écouter, il doit pratiquer l'écoute réflexive. Celle-ci associe l'écoute du client et la réflexion du contenu de son discours, tel un miroir qui renvoie l'image de soi-même. L'intervenant doit donc être attentif au discours du client, afin de comprendre au mieux ce que celui-ci veut dire, pour pouvoir en retour lui indiquer ce qu'il a compris.

La réponse à cette question se trouve dans l'essence même du processus de communication. Considérons un échange verbal entre deux personnes : l'un est nommé émetteur, c'est celui qui parle ; l'autre est le récepteur, c'est celui qui écoute. (Miller et Rollnick,2002,p.56)

Entre ces deux individus, tout un mécanisme, fait de codage et de décodage, se met en place. Plus précisément, l'émetteur, après avoir pensé ce qu'il veut dire, tente d'exprimer au mieux sa pensée par des mots, c'est la phase de codage. Notons dès à présent que, parfois, il n'est pas aisé d'exprimer justement ce que l'on pense...l'émetteur, quant à lui, va entendre le message de son interlocuteur, pour autant qu'il y soit parfaitement attentif. Il va ensuite le décoder, c'est-à-dire l'interpréter, mais à sa façon.

Ainsi, au cours du processus de communication, trois étapes peuvent générer des erreurs de compréhension pour le récepteur : le codage, l'écoute, et le décodage. Et au final, ce que comprend le récepteur peut se trouver très éloigné de la pensée initiale de l'émetteur.

Le récepteur peut alors renvoyer à son interlocuteur ce qu'il a compris (à noter que nous retrouvons ici un nouvel encodage !). C'est ce qu'on appelle le feed-back en communication, ou écoute réflexive dans l'EM. Selon le contenu du feed-back en communication ou **écoute réflexive** dans l'EM. Selon contenu du feed-back, interlocuteur adaptera à son message suivant, afin de compléter ou de préciser sa pensée initiale pour que celle-ci soit au final, parfaitement comprise.

### **3.3. Valoriser le client**

La valorisation est un troisième savoir-faire essentiel qui vient s'ajouter aux questions ouvertes et à l'écoute réflexive ; elle vise à accentuer ce qui est positif. Nous l'avons constaté précédemment, lorsque l'intervenant fait preuve d'intérêt pour son client (usage de questions ouvertes et écoute réflexive), celui-ci s'exprime davantage et se dévoile plus facilement.

De même, le client qui se sent en confiance face à l'intervenant, et estimé par lui, sera plus enclin à se confier. Ainsi, Miller et Rollnick recommandent de renforcer la relation « client/intervenant » grâce à des interventions valorisantes. Celles-ci peuvent être aussi bien des compliments que des remerciements. Du même, que l'intervenant peut aussi exprimer ses soutiens et sa compréhension face situations vécu pour son client.

Par ailleurs, les valorisations ayant trait aux capacités et aux ressources du patient sont très importantes, notamment chez le client pour lequel le niveau de confiance en ses chances de réussite serait faible. (Miller et Rollnick,2002,p.69-71)

### **3.4. Résumés**

Les résumés sont essentiellement des reflets qui rassemblent plusieurs choses que la personne vous a déjà dites. Ils peuvent avoir un rôle de valorisation parce qu'ils montrent à la personne. Les résumés peuvent être considérés comme une forme dérivée d'écoute réflexive. Trois types de résumés sont distingués.

#### **Le résumé de cumul**

Il est intéressant d'énumérer ensemble des éléments ou des idées qui auraient été exprimés par le client à divers moments de la discussion, mais qui pourtant sont liés. Par exemple, l'intervenant peut résumer en une même intervention les différents éléments énoncés par le client en faveur du changement. L'avantage de ce type de résumé est qu'il permet, d'une part, de faire

un état des lieux (par exemple, de la position du client par rapport au changement), état des lieux que le client lui-même pouvait ne pas soupçonner.

D'autre part, il peut conduire le client à poursuivre l'énumération par d'autres éléments. Pour favoriser ceci, Miller et Rollnick recommandent de conclure le résumé par une question ouverte de type: « Quoi d'autre ? »

### **Le résumé de lien**

Il permet de confronter directement différents éléments du discours du client, notamment si ceux-ci sont discordants. Par exemple, un résumé de lien peut être utile pour mettre en exergue l'ambivalence du client, afin que celui-ci se penche simultanément sur les deux côtés de la balance

Dans ce cas, vous reflétez ce que la personne vient de dire et vous faites le lien avec quelque chose que vous avez retenu d'un précédent entretien.

### **Le résumé de transition**

L'intervenant résume ce que le client vient de dire afin de pouvoir diriger la discussion sur un autre thème. Ce type de résumé a notamment un grand intérêt lorsque l'échange semble dans une impasse, ou que des signes de résistance commencent à émerger chez le client. De nouveau, c'est vous qui choisissez ce que vous mettez en valeur. Un résumé de transition commence souvent par une phrase d'orientation qui annonce ce que vous êtes en train de faire. Le résumé de transition peut également servir à conclure une séance en reprenant les différents éléments dont il a pu être question durant la discussion. De même, il peut être bon de démarrer une nouvelle séance par un résumé de ce type, récapitulant les idées échangées précédemment. (Miller et Rollnick, 2002, p.72-74)

Il est important de noter que ces résumés, quels qu'ils soient, doivent toujours s'accompagner de la possibilité pour le client de les corriger ou de les compléter.

**4.L'efficacité de l'entretien motivationnelle**

Au fur et à mesure, d'autres domaines se sont emparés de la méthode. Dans la majorité des cas, L'EM intervient dans le cadre d'une problématique d'ordre médical (comportement de risque en général, régimes alimentaires ou troubles d'alimentation, observance des thérapeutiques, lutte contre la sédentarité, dépendance au jeu...).

Les auteurs de la revue constatent que dans la prise en charge des addictions, L'EM est 10 à 20 % plus efficace que l'absence de toute intervention, du même ordre que ses efficacités dans la réussite des sevrages sont plus remarquables que d'autres techniques utilisées dans la dépendance.

La première méta-analyse a été publiée en 2003. Elle rassemblait les résultats de 30 essais cliniques, évaluant l'intérêt de l'EM en séance individuelle, dans des domaines très divers tels que l'alcoolisme, l'usage de drogue, les comportements sexuels à risque, les régimes et l'activité physique. (**Burke, B.et coll, 2003**)

D'autres méta-analyses ont ensuite été réalisées, en particulier en 2005, avec 72 études analysées, en 2006, avec 15 études concernées, portant exclusivement sur l'usage de l'EM dans la prise en charge d'alcoolisme. (**Vasilaki, E.et coll, 2006**)

**Conclusion**

Changer ce n'est pas une chose aisée, même quand tout semble indiquer que ce serait la meilleure décision à prendre. Afin d'aider les individus au changement, des psychologues ont mis au point un style de communication appelé entretien motivationnel. Plus que la maîtrise parfaite d'un ensemble d'outils de communications, la pratique de l'EM nécessite avant tout l'adhésion à l'esprit et aux principes théoriques de la méthode.



Pratiquer l'entretien motivationnel relève en premier lieu d'un état d'esprit. Cette méthode de communication ne peut, en effet, se concevoir sans une attitude d'écoute et d'empathie sincère.

Les interventions en entretien motivationnel n'ont qu'un seul but, celui d'aider le client à entreprendre un changement, parfois majeur dans sa vie, mais toujours difficile, car synonyme de renoncement d'une situation habituelle, et généralement appréciée. Pour cela, l'intervenant doit savoir combiner avec finesse plusieurs outils, afin de désamorcer la résistance pouvant émerger, mais surtout de permettre au client d'élaborer autour de sa problématique. C'est de la mise en exergue des éléments du « discours-changement » qu'émanera sa motivation pour le changement.

Si les débuts de l'EM se sont faits en addictologie, les auteurs n'ont pas souhaité le réduire à ce champ d'application, et en ont donc fait une description très générale. Ainsi, la méthode se répand depuis quelques années dans des domaines aussi divers que le social ou l'observance des thérapeutiques notamment. Un engouement croissant entoure aujourd'hui sa pratique, les nombreuses études démontrant son efficacité en sont la preuve.

## **Partie 2 : Étude pratique et analyse des hypothèses**

**Partie méthodologique****PREAMBULE :**

Pour mener à bien notre recherche, on doit opter pour une méthodologie spécifique, cette méthodologie qui organisera et orientera notre travail et le rendra plus objectif, elle consistera tout d'abord à avoir un terrain de recherche, une population d'étude et outils d'investigation. Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthode que nous avons suivie pour effectuer notre recherche, les outils utilisés ainsi que le terrain, la population d'étude et les limites de la recherche.

**1. Présentation du lieu d'étude**

Notre étude a été effectuée en premier lieu à l'établissement des soins et de la santé publique « iheddaden » Bejaia, dans le service des soins addictologie (CISA), et pour les différentes raisons surtout le manque des cas recherché a L'EPSP de Bejaïa nous avons cherché notre échantillon dans un cabinet privé et les résultats sont pareil, nous avons opté pour travailler dans les résidences universitaires de Bejaia.

**2. L'échantillon de l'étude et ses caractéristiques**

Notre recherche ne s'est pas déroulée dans un cadre fixe, par ailleurs, nous allons réussir à reconstituer notre échantillon d'étude avec des étudiants de sexe masculin et féminin âges (21 à 27), des nationalités différentes.

Notre échantillon non probabiliste d'étude est constitué de 8 cas à participation volontaire selon le cadre de notre thématique. Notre échantillon d'étude est des étudiant consommateurs de la prégabaline dans les résidences universitaires local(Bejaia). Nous avons collecté des renseignements personnels

et des informations relatives aux formes des consommations en suivant les critères de l'addiction à une substance du DSM 5.

### **3. La méthode et technique utilisée :**

Dans notre recherche, nous sommes basés sur la méthode descriptive qui permet d'étudier, d'analyser et surtout d'observer notre échantillon de recherche, pour répondre aux objectifs de la recherche. Aussi nous avons appuyé sur cette méthode qui vise à comprendre le phénomène à étudier, il s'agit d'établir le sens des propos recueillis, le comportement observé, de décrire et d'interpréter les données dans leurs aspects multidimensionnels.

Dans notre pratique sur le terrain, on a utilisé un guide d'entretien semi-directif tel que pour ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelque question qui correspond à des thèmes, sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchique ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout, une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours. Dans la même perspective, on utilise des techniques d'entretien motivationnelle pour favoriser les discours de changement.

Pour finaliser, l'utilisation de CGI-S a été utilisée pour savoir le niveau de motivation de changement des participants, au cas qu'ils ont changé de comportement addictif après les entretiens. Les échelles CGI-S permettent une évaluation par un clinicien de savoir l'amélioration de l'état d'une personne dans le temps, après sa participation dans une recherche ou un traitement, pour cela dans notre cas symptôme-cible est l'addiction à la prégabaline.

#### 4. Limites de la recherche

Notre **première limite** est relative au lieu de ( l'accès l'établissement des soins et de la santé publique « iheddaden » Bejaia, dans le service des soins addictologique (CISA), et pour les différentes raisons surtout le manque des cas recherché a L'EPSP de Bejaïa et sur tous applications des entretiens avec les toxicomanie lié à nos thème et cela nous à pousser avoir raison à chercher dans un cabinet où on a constaté le manque de cas), ces raison nous à pousser vers **deuxième limite** a extrait au processus d'échantillonnage au niveau des résidences universitaire local, que sont dehors de la centre de la désintoxication sans aucun contrôle spécialisé, et ils sont toujours entouré des substances avec facilité d'en procuré. **Une troisième limite** est relative à l'insuffisance du temps et de matériel (pour application des plans changement dès notre cas), le manque des études antérieurs et la documentation (même pas donne statistiques au niveau national et des thèses publiées par rapport à la prégabaline) même si c'est un problématique au niveau des centres des psychologues et psychiatres.

**Une quatrième limite** est relative à l'usage de notre Guide d'entretien et CGI-S. Dans les faits, au-delà de la rigueur méthodologique, des incertitudes persistent quant à déterminer jusqu' à quel point les déclarations des répondants sont des approximations réalistes de leur pratique.

**La cinquième** et dernier se repose sur notre niveau de formation en entretien motivationnel que se résume juste à des connaissances basiques et non une formation spécialisée.

## 5. Présentation des cas et analyse générale

### Présentation du Premier cas :

Notre premier cas est une étudiante et résidente qui s'appelle Mlle M.T, âgé de 22ans, elle est dépendant à la prégabaline (lyrica), elle est en deuxième année génie mécanique.

Résumer de l'entretien :

M.T, nous a dit qu'elle a commencé à l'âge de 15ans « ... j'ai commencé au début à fumer avec des amis au CEM » Puis elle a commencé à fumer le cannabis «... j'ai commencé à fumer le cannabis petit à petit après je peux pas rester une journée sans fumer et j'étais alcoolique un certains moment 2ans quand je suis rentré à la fac »

M.T,était dans la période de puberté puis elle a une mère qui était très sévère « ... ma mère elle me fait de la pression elle veut que je sois une fille parfaite car mon père ils était un cadre donc elle veut que je sois un exemple »

En effet M.T a commencé à passer à d'autre substance qui est la prégabaline (lyrica) « ... j'ai consommé SAROUKH(pregabaline) qui est la prégabaline a l'âge de 16ans dans le début c'était par curiosité j'ai pris la 300mg après j'ai aimé l'effet qu'elle me fait OUGHALAGH TE9AVLAGH MEDEN NORMAL OUTNHCHAMAGH ARA(je me sens plus extravertie), et je peux faire face au problème, elle me rend dynamique ». Après elle nous a dit qu'elle était diagnostiquée quelle avait une anxiété sociale « ... donc la prégabaline m'aide vraiment à affronter la société, et puis le dosage à changer aujourd'hui la 300mg me fait aucun effet je prends la 600mg et des fois quand je suis stressée je prends deux par jours ».

M.T Nous a dit que son comportement à changer «... je suis devenue très nerveuse, alors de base je suis une personne très calme» , Quand elle est en manque ça la rend malade «...quand je suis en manque le premier symptôme et philologique j' ai la fièvre froide je tremble , je deviens en colère , j'ai la sensation que ma tête va exploser, j'ai des hallucination genre je vois comme des ombre», elle nous a parlé aussi qu'elle était consciente de la gravité de cette consommations «... D'ailleurs ça me touche financièrement avec la cigarette que j'achète le baquet coute 300da ,plus la prégabaline 500da , et physiquement ma peau j'ai des boutons par tout », et puis elle a évoqué que elle est entrain de consulter chez le psychiatre elle n'a pas trop donner de détails par rapport à ça.

Elle nous a dit aussi qu'elle a des problèmes avec sa sœur par rapport à cette consommation « ... ma sœur et contre mais je lui menti je lui dit que j'ai arrêté alors que non, à la maison j'évite tout le monde »

A la fin de l'entretien elle nous a dit avec beaucoup de regret dans ses yeux que ce n'est pas facile « ... ce n'est pas facile pour moi d'arrêter cette consommation du jour au lendemain puisque je me sens bien lorsque je la consomme elle m'aide à faire face à cette société qui n'arrête pas de nous juger, et tous les problèmes que on rencontre , mais je sais aussi que elle a beaucoup de conséquence par rapport à ma santé mentale et physique mais nchallah un jour je vais arriver sur maintenant que je consulte j'espère cava m'aider».

### **Présentation du deuxième cas :**

Mr. MW, est un étudiant étranger de 27 ans que études fait ses études, à l'université Abderrahmane mira en science humaine.

MW, a commencé la consommation des produits psychoactifs (cannabis), à l'année 2011, « ...j'ai commencé à consommer ces produits à l'année 2011 ans,

avec la connaissance des risques », il consomme de l'alcool, de la drogue, et aussi de l'ecstasy, « ... je consomme tous ces produits... ».

M.W, nous a informé qu'il a commencé avec la prégabaline dans cette année (2022), « ...quelqu'un m'a conseillé pour lui utiliser comme antidouleur c'était ma première étape vers Lyrica ... », Mais ce qu'il a ignoré c'est là l'échelle d'augmentation, « ...j'ignore le niveau de la fréquence c'était juste une balle par jour aujourd'hui et voilà je suis à 3... », il a remarqué qu'il parle trop lorsqu'il consomme plus d'un comprimé « je sens que, je parle trop lorsque je dépasse un médoc ... »

D'après lui, son entourage est au courant de son état, sa famille a déjà entendu mais sans aucune certitude, « ...oui, plein du monde lui sache, ma famille pas vraiment il ont juste pris que je lui consomme mais ils ont pas cru ... », MW, il a été d'un comportement magnifique, il était aimé par tout le monde avant de devenir dépendant, « ... avant tout le monde m'aimait, j'avais un comportement magnifique... », Mais tout a changé après ça, il se sent perdu, seul, tout le monde se méfie de lui, tout a basculé dans sa vie, il est devenu plus difficile qu'il l'était. MW, nous a informé qu'il a perdu les capacités de compensations facile, il n'obtient jamais de bonnes notes, il veut arrêter, puisqu'il a refait l'année deux fois, « ...c'est difficile pour moi de continuer comme ça, et mes études, j'ai refait les années, je pense que je vais arrêter ... ».

La plus difficile pour lui c'est de se séparer de ses produits malgré qu'il sache, « ... je veux changer cette misérable vie, mais je sais que c'est difficile, je peux y arriver, il faut que je lui fasse pour ma famille... ».

### **Présentations du troisième cas :**

Mr. ST est un jeune homme âgé de 23 ans, étudiant du génie civil, il a une sœur et 2 frères plus jeune.



A partir de l'entretien, cette personne manifeste des symptômes de sevrage, puis il présente aussi certains signes des troubles psychologiques, tel que l'anxiété et l'angoisse, selon lui depuis la mort de son père, il a fait ses débuts dans le monde des psychotropes, dans les moments de tristesse « ... quand je suis toujours triste je prends un médicament, c'était pas Lyrica, j'ai commencé quand je suis arrivé ici 2019 ... », en parallèle il nous a parlé sur la solitude et l'inquiétude quand il est arrivé ici en Algérie sur ses symptômes fréquents durant toute la journée «.....je n'aime pas parler avec les gens, j'évite le maximum de fréquenter les autres .... » . Par contre il infirme l'existence des crises de paniques, mais il nous a assuré sur le manque de concentration comme une perturbation « ...Ma tête c'est arrêté de penser et de concentrer, je pense qu'à des médicaments psychiatriques... », En continuant sur le plan psychologique cette personne confirme qu'il est irritable. Simultanément, cette personne nous a parlé sur la présence massive des symptômes physiques, comme les vomissements surtout la première journée après son arrêt brutal des substances, pendant les différentes périodes de la journée, ensuite le sujet présente des maux de tête permanents, au même temps une difficulté de dormir sauf avec les médicaments « ...des fois je passe des nuits blanches sans des médicaments... ». Cette personne nous a certifié une perte de poids remarquable après l'absence d'appétit qui justifie l'existence d'une anorexie « ...presque je ne mange pas toute la journée... », Sur le même plan la personne nous a démontré la présence des douleurs musculaires et des crampes, dans ces réponses il confirme l'existence des sueurs mais juste le premier jour.

Selon Mr. ST, Lyrica c'est plus facile d'en procurer et moins cher que les autres (ectasie), « ... Lyrica est bien, j'ai cru que avec l'argent que j'ai acheté un ectasie ça me fait plus de 5 fois pour Lyrica... », il a illustré aussi qu'il pense arrêter puisque, il commence vraiment à avoir des problèmes « ...cette vie c'est pas, le problème est que je suis conscient que ça me donne des problèmes je dois arrêter pour mon avenir ... ».

Mr. ST, nous a confirmé que personne de sa famille n'est au courant de sa consommation, puisqu'il y a peu de personnes qu'ils le savent, « ... ma famille n'est pas au courant de ma consommation, à part mes amis, il n'y a personne d'autre, je veux dire juste ceux qu'je fréquente... », même ses amis au pays ne sont pas au courant.

Mr. ST, nous a informé qu'un jour il va peut-être arrêter la consommation de ces produits, mais sa serait vraiment difficile pour lui de faire ça, « ...oui peut-être un jour je vais arrêter, mais je ne pense pas que cela va être facile pour moi de le faire... ».

### **Présentations du quatrième cas :**

Mr. M.S un jeune homme âgé de 25 ans, étudiant en science sociale, une sœur avec une mère veuve.

M.S, nous a déclaré qu'il a commencé plutôt à l'âge de 13 ans au débuté au lycée, avec des amis « ... j'ai commencé par la consommation de l'alcool et les cigarettes, après j'ai commencé à fréquenter des gens qui m'ont amené vers la consommation de l'extasie... »

Il nous a informer que dès la mort de son père, sa famille a perdu le rythme pour ça il a commencé à expérimenter des cannabis avec des autres gens « ... j'ai traversé une période difficile, des problèmes familiaux, ta capté..., et ce au cours de ça j'ai commencé avec cannabis puisque je voulais être plus sociable ».

Mr. M.S,nous a souligné que son arriver ici à changer plein de choses comme la faciliter d'avoir l'argent avec sa mère qu'il déclare présente juste financièrement, et pour cela l'obtention de ces produits est facile « ... j'ai de l'argent (avec un sourire), alors c'est facile pour moi d'avoir ces substances (puff), au moins la côté financier elle(sa mère) gère ça ... », et s'il n'a pas l'argent il obtient ces produits en faisant de crédit avec des vendeur ou ses amis « ... mes amis me donne de

l'argent pour en acheter, même parfois ils me donnent des produits, d'ailleurs quand tu es client tu arrives au moins à faire crédit, prégabaline et extasie s'a devenu un plage pour moi... »

M.S, nous a confirmé que personne de sa famille n'est au courant de sa consommation, puisqu'il y a peu de personnes qu'ils le savent, à l'époque jusqu'à que une amie les informés sur la situation « ... ma famille n'est pas au courant de ma consommation, à part mes amis, il y a personne d'autre, je veux dire juste ceux qu'je fréquente, mais il avait un amie plu tard que les informé et j'étais même partie au pays au covid-19 au centre de désintoxication au mali ... »,et il affirme que après son retour ici en Algérie même pas 3 mois il a rechuter encore« ... au retour j'étais "clean" , mais ça pas duré vraiment au max je crois 11 semaines, et maintenant j'arrive à consommer 4 Ball pour jour ... » .

M.S, nous a informé qu'un jour il va peut-être arrêter la consommation de ces produits, mais sa serait vraiment difficile pour lui de faire ça, « ...oui peut-être un jour je vais arrêter, mais je ne pense pas que cela va être facile pour moi de le faire, mais je veux vraiment essayer ... ».

### **Présentations de cinquième cas :**

Mr. A.T, âgé du 21 an, 3 sœurs et 1 frère, étudiant en science économique.

Il nous affirme que lui et ses amis ont fumé leur première cigarette et bu première boisson alcoolique à l'âge de 11 ans avec ami de son grand frère que vient de France « ... la vérité tout à commencer tôt avec des potes, peut près de douze ans avec un ami à mon frère... ».

Il a déclaré que c'est juste après l'âge du 17 an, qu'il a expérimenter l'extasie dans la commémoration de mon bac avec des potes « ...je me rappelle comme si c'est hier, le jour de mon bac, c'est la première fois que j'ai consommé extasie, mon délire c'était juste alcool ... ». De même, il a rapidement commencé

à consommer avec facilité les substances à l'université « à la fac j'ai rapidement commencé à consommer du "coke" et la "prégabaline" il avait un pote à moi que lui acheter avec quelqu'un, mais maintenant je suis plus dans "double signature" à cause des prix... »

Il nous a souligné que les membres de la famille soupçonnaient sa consommation abusive d'alcool, mais en ignoraient ou refusaient d'envisager sa consommation, des autres substances « ...ma famille ne savait rien, ou peut-être mes parents ont juste fait semblant, que je consommais des substances à part l'alcool ... ».

A.t, pense vraiment arrêter s'il trouve comment, mais il sait de difficulté « j'ai pensé vraiment à arrêter mais c'est trop difficile, mais cette vit de merde m'aide pas à développer dans mes projet »

### **Présentations du sixième cas :**

Pour notre sixième cas ils s'agit de M<sup>elle</sup> C.C, elle a 25ans résidante à Bejaïa mais au même temps elle vit à Oran.

M<sup>elle</sup> C.C, nous a dit qu'elle a abandonné ses études en L2 mais ce qui ils faut savoir que ses parents ne le savent pas « ...donc j'ai abandonné mes études en L2 biologie pour mes parents ils crois que je continue toujours mes études alors que nous même je passe des mois à wahran mais pour eux je suis à la résidence avec mes copine ».

M<sup>elle</sup> C.C, nous a raconté qu'au début de sa consommation c'était médicale « ... j'ai consommé la prégabaline médicalement pendant 7mois à cause de mon intervention j'ai une plaque de 10cm dans ma cuisse, j'avais 20ans ». Elle a évoqué la cause de la plaque qu'à cause de son suicide elle a essayé de se suicider elle ses jeter de 4eme étage mais elle ne voulait pas trop en parler par rapport à ça

Donc M<sup>elle</sup> C.C consommait la prégabaline médicalement pendant 7 mois puis elle a arrêté 2 ans, après elle a repris « ... alors après les 7 mois le médecin à arrêter de m'inscrire le médicament, après 2 ans j'ai repris des micro dosage genre une balle je la divise en trois, et quand je travaille, je travaille serveuse donc une balle par jours car elle me rend plus dynamique ». Elle ma confirmer que ça famille n'est pas au courant, Y a que son entourage puisqu'eux aussi consomme.

M<sup>elle</sup> C.C elle ma confirmer qu'elle savait des risques de cette consommation « ... moi avant de consommer n'importe quelle substance ou médicaments je me renseigne d'abord sur internet ». Puis elle m'a parlé aussi que depuis quelle à commencer à consommer la prégabaline son caractère à changer « ... je suis devenue plus audacieuse, mon caractère a changé je parle beaucoup, pas ma personnalité mais mon caractère je suis plus celle d'avant ». Elle nous a dit qu'elle a aucun problème familial. Elle essaye de diminuer mais ce n'est pas évident avec le travail « ... je veux bien arrêter mais ce n'est pas facile sur tout avec le travail ça me rend vraiment dynamique et je ressens pas du tout la fatigue ».

### **Présentations du septième cas :**

Notre septième cas c'est une jeune fille de 24 ans étudiante en L3 science sociale elle s'appelle L.S résidante.

M<sup>elle</sup> L.S elle a commencé il y'a une année de cela en 2022, fut la première fois elle a pris Lyrica 50mg « ... la première fois c'était 1 an de ça c'était une copine de chambre qui a ramener Lyrica de ca grand-mère qui était malade donc j'ai pris 6 balle de 50mg pour faire la 300mg mais elle m'a rien fait GANAGH KAN(je dors trop) ».

D'après elle a commencé à prendre la prégabaline 300mg la première fois c'était juste une curiosité « ...j'ai consommé la prégabaline une balle de 300mg par curiosité pour savoir la différence entre L'ectasie et la prégabaline et j'ai trop

aimé l'effet quelle fait ça te me rend dynamique et heureuse ». Elle ma confirmer qu'elle n'a pas de problème familial, ça famille n'est pas au courante de ca consommation, y a que son marie et sa sœur qui sont au courant «... ma sœur elle est au courante de ma consommation car elle aussi elle consomme la prégabaline, mon marie au début ils était contre ils me disait toujours AHBES AHBES( stop stop) , après je le donne pour consommer ils a aimer alors ils consomme avec moi , et imagine quand OUNSOUKHAR ARA NETNAGH TOUJOUR(si on prend pas la prégabaline on se dispute toujours) , mais quand on sort comme ça on a consommer les deux ont ce dispute pas». Elle nous a dit aussi qu'elle est entrain de préparée son trou sous elle va se marie dans une semaine et la prégabaline m'aide vraiment « ... genre le matin quand je me réveille je dois prendre une balle de 300mg si non cava pas ça me rend vraiment dynamique sur tout avec mes achats je sors du matin pour finir mes achats je ressens pas la fatigue ». Elle nous a dit aussi que je suis une personne qui évite les gens et qui ne parle pas trop je suis très timide mais quand je consomme je me sens libre je m'exprime librement et je parle beaucoup, mais pour les conséquences j'ai jamais penser à ça.

Elle nous a confirmer quelle peux rester sans consommer la prégabaline max une semaine mais juste quand elle est chez elle « ... je peux tenir BELA SAROUKH MAX UNE SEMAINE( je peux tenir sans consommer maximum une semaine) juste quand je suis chez moi, mais CHEKI LIGH G LA RISIDANCE(juste quand je suis à la résidence) ou un entourage ou elle est à ma disposition je peux pas tenir une journée sans la prégabaline oblige chaque jour une balle de 300mg».

Elle m'a dit le jour où je vais aller au Canada je vais arrêter nchallah mais je sais que ce n'est pas facile.

**Présentations du huitième cas :**

Notre huitième cas M<sup>elle</sup> Z.B elle a 23ans elle a finis ses études en 2020 elle a étudié étude des entreprises à L, INSIM Bejaïa, mais elle réside à résidence universitaire, puisqu'elle travaille à Bejaïa et elle habite loin.

Au début en 2018 M<sup>elle</sup> Z.B a commencé à fumer juste la cigarette, après presque à toucher tous les substances psycho actif « ... moi je suis une personne curieuse j'aime goûter tout sur tout AYEN 3ELMAGH BELI MOUSAKIR( tout se qui est drogue) j'ai consommé le cannabis, l'ecstasy, l'alcool, la prégabaline ».

Elle nous a dit M<sup>elle</sup> Z.B que la prégabaline c'était en 2021 que elle la commencer « ... la première fois ou j'ai commencé la prégabaline c'est dans une soirée après I3EJVYI L'EFFET NI ITE3DEL AKEN(j'aime l'effet quelle me fait) , alors j'ai commencé à l'acheter chez des amis après 2mois j'ai commencé à travailler et ça m'aide à rester dynamique tout la journée alors je consomme chaque matin une balle de saroukh de 300mg ». Elle nous a confirmé qu'elle a aucun problème familial ni avec ses frères, juste je le fais car ça me rend plus dynamique et en forme « ... dans la journée avec le travail je prends une seule, mais quand je suis dans une soirée jusqu'à balle ».

Quand elle est en manque elle a des maux de tête TAWLA TAHMAYAT(la fièvre), puis la fièvre froide , elle nous a dit qu'elle est consciente des conséquences «... je sais BELI DIRIT(j'ai la conscience que s'est pas bien) d'ailleurs, quand je la consomme j'ai un manque de concentrations ». Puis elle nous a dit qu'avec le travail je ne peux pas tenir un jour sans elle ça me stresse, j'espère un jour je vais arrêter mais ce n'est pas facile quand même.

## 6. Analyse Générale

Dans cette partie on va analyser plutôt les corrélations existant entre ses cas, à travers de nos regards des nouveaux cliniciens.

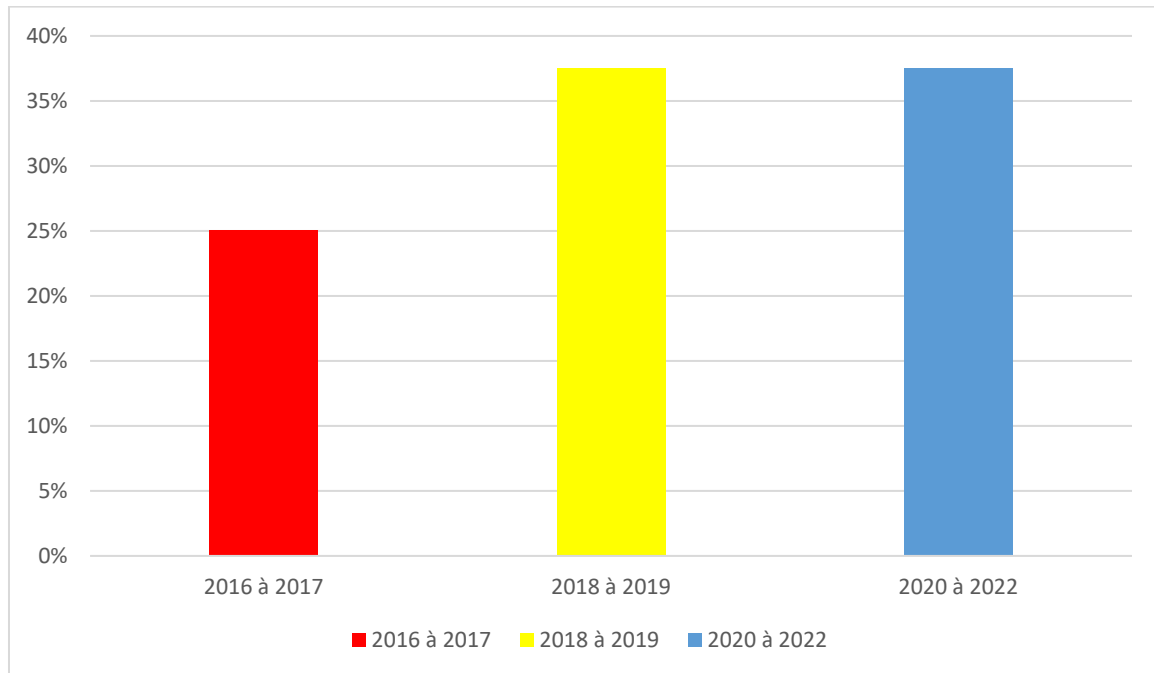
Depuis la première séance la clarté de résistances est claire, dans 8 cas qu'on a travaillé personne n'a fait un progrès des changements même en les motivant dans leur " discours changement " et même dans la dernière séance leur projection de changement existe juste dans la future avec une connaissance des difficultés à affronter.

Selon des informations retenues 100% de nos cas, ont effectué une escalade pour arriver à consommer la prégabaline, mais l'inquiétude qui se dégage, c'est les débuts des consommations à l'âge précoce ou soit adolescent, que favorise un accès au stade poly consommation des produits psychoactifs et celui-ci qui facilite la rentrée dans le monde de la poly toxicomanie des substances qu'ils sont maintenant. De là, on peut remarquer clairement que la prégabaline va servir aussi de route pour des autres substances à venir puis qu'il s'agit maintenant de l'escalade et l'utilisation des produits moins chers avec les mêmes effets des anciens (psychotropes) ou la complémentarité des doses de celui-ci.

Dans cette perspective il faut souligner l'aspect extensif et progressif de nos cas vers la chronicité des troubles qui caractérisent la toxicomanie : l'histoire naturelle de l'usage d'une substance psychoactive peut ainsi se résumer chronologiquement en différentes phases déterminées par la fréquence et la durée de l'usage : non usage, expérimentation, usage occasionnel, usage régulier, usage quotidien, dépendance, abstinence. Tous les usagers ne vont bien évidemment pas au bout du processus, la plupart s'arrêtant à une expérimentation ou à un usage occasionnel.

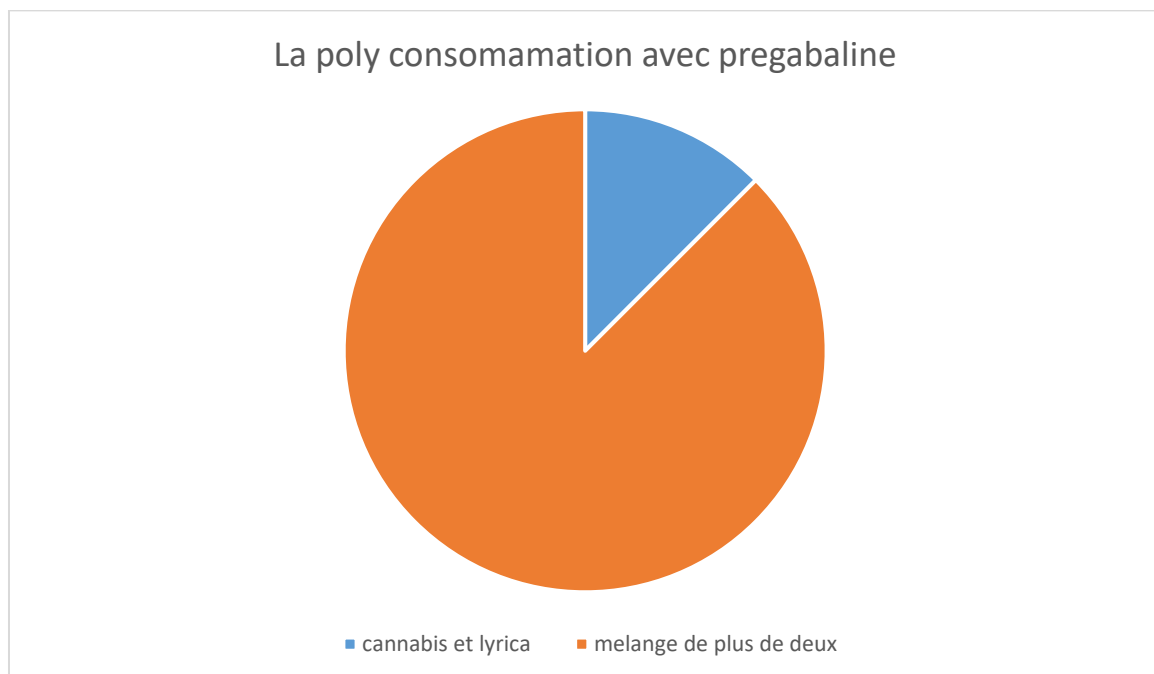


**Figure 1: Distribution des années d'entrées dans les usages de substances psychoactives (prégabaline) au moins 5 par semaine.**



Source : Donner d'enquête

**Figure 2: Distribution de poly consommation des différentes substances psychoactives avec prégabaline**



Source : Donner d'enquête

Les niveaux des consommations par jour, il semble qu'il est dû l'argent possédée au moment selon nos cas, ses poly consommations est faite pour compléter certaine dose de plaisir rechercher.

La vigilance familiale était très faibles, et sa augmente les sentiments de l'autonomie pour nos cas, on prend ex de : Mr. ST , « ... ma famille n'est pas au courant de ma consommation, à part mes amis, il n'y a personne d'autre, je veux dire juste ceux qu'je fréquente... », et aussi ex : MW « ...oui, plein du monde lui sache, ma famille pas vraiment il ont juste pris que je lui consommer mais ils ont pas cru ... » ; A.T. « ...ma famille ne savait rien, ou peut-être mes parents font juste fait semblent, que j'ai consommé des substances à part alcool ... ». D'après certain les problèmes familiaux (l'absence des membres de la famille, l'ont gravement poussé à suivre ses voies des substances, mais avec un entourage aussi facilitateur.

La réussite par rapport à l'effet rechercher, semble efficace (dormir, parler plus librement, être plus dynamique), mais au même temps ça entraîne des difficultés psychologiques liée à leurs études et leur vie, exemple le cas M.W. « ...c'est difficile pour moi de continuer comme ça, et mes études, j'ai refait les années, je pense que je vais arrêter ... », dans la même perspective mais plus loin au point de causes de tentative autodestructeur comme le cas de mademoiselle C.C. qui a essayé de se suicider.

Evidement que dans cette addiction, la focalisation de la psyché sur l'acte ou le produit permettrait de bloquer l'émergence des souvenirs traumatiques. La conduite addictive aide à l'évitement de la douleur, en évitant la pensée et le travail de mémoire personnelle. Elle permet donc l'évitement d'une subjectivation douloureuse et amène à la limitation. Du champ psychique du sujet à l'actualité : un ici et maintenant récurrent dans l'acte qui se répète pour court-circuiter la pensée et barrer toute élaboration subjective du vécu. Leur acte (addictive) évite la confrontation à des expériences de présence-absence par l'anticipation de la

satisfaction attendue. Il déplace l'expérience de la satisfaction sur le registre corporel, réalise un déni de la séparation et fait ainsi l'économie du travail de deuil. Il est une action sur le corps visant à neutraliser ses capacités pulsionnelles en vue de suspendre l'activité représentative.

Certain de ces démonstrations, montre clairement une recherche à l'estime de soi pour dévalorisation de leur état sans consommation de la substance, comme dans les cas d'être plus communicative, être plus sociable, etc... ces recherches avoir un trait de la personnalité que vient pas de leur vrai nature semble être favoriser par des pairs, la famille et des gens qu'ils aimeront avoir comme des amis. L'attachement à intégrer ses nouvelles formes de vivre dans la société crie facilement une résistance au changement que les amener à penser que leur vie est bien contrôlée même en savent de l'existences des risques dommage collatéraux.

Bien évidant que ce n'est pas facile de changer quelqu'un qui n'a pas un objective de changer, la motivation de nos cas reste bien clair autant que ils ont de moyenne de trouver, c'est clair qu'ils vont continuer à s'offrir ses substances ou en quittent ici Algérie pour un pays où il n'est pas facile d'en trouver des psychotropes. De cette fait nous on a resté plus à crier un discours de changement au même temps créée une certaine orientation vers un psychologue spécialiser dans le domaine motivationnel, puisqu'ils ont consciences de difficulté dans le futur.

La lutte continue longue au moins s'ils étaient dans un centre désintoxication, loin des circuits de la drogue, ça sera plus facile créée des motivations pour qu'eux puis voir la bonne coté de changer de vie, puisque au fond eux tous, ils veulent vraiment changer pour laisser cette vie mais ces circonstances ne les fait pas penser sur une situation de changement sur le moment mais leur croyance de leur efficacité reste loin d'aujourd'hui.

## *Conclusion générale*

### Conclusion générale

Au début de notre recherche « Est-ce que l'entretien motivationnel peut contribuer à améliorer l'addiction à la lyrica ? » été réalisé au centre intermédiaire des soins en addictologie à l'EPSP d'ihaddaden, et dans un cabinet privé. On a essayé de travailler avec une catégorie de population très délicate dans notre société (Des étudiants dans les résidences universitaires).

On a tenté de comprendre leur vie, leur souffrance et les raisons multiples qui les ont poussés vers la consommation de ces substances.

L'application de technique de l'entretien motivationnelle et CGI-S nous a permis de recueillir des informations qui nous ont permis d'infirmer notre hypothèse suivant :

**L'entretien Motivationnelle favorise l'indépendance à la consommation de la prégabaline(lyrica) chez les étudiants des résidences universitaires de Bejaia.**

L'infirmité de notre recherche ne veut pas dire qu'il y a pas d'efficacité en l'EM, mais qu'il n'a pas eu de réussite dans notre recherche, celui-ci reste une préoccupation de l'actualité, puisque l'addiction à la prégabaline est déjà un phénomène socioculturel, qui touche les différentes sociétés Maghrébines, et surtout la société Algérienne (Bejaia).

Durant notre recherche nous avons remarqué même avec une vaste limite de la recherche, que plusieurs sujets avec lesquelles nous avons entretenu montre une énorme gravité sur leur situation (rechute, tentative de suicide etc...), pour celui-ci qu'on conseille et oriente ces personnes à suivre des programmes entamer avec leur psychologue, mais aussi on invite les nouveaux cliniciens et les conseillers d'orientation qui sont spécialisés dans la psychologie clinique à étudier et sensibiliser pas juste les personnes toxicomanie mais aussi tous les entourage sur l'aspects dangereux de la toxicomanie.

# Références

### Ouvrages

1. Acton, G. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality: implication for substance use. *Substance Use & Misuse*. San Francisco: university California 38(1), 67-83.
2. Agrawal, A. Lynskey., M.T. (2007). Does gender contribute to heterogeneity in criteria for cannabis abuse and dependence? Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Drug and alcohol dependence*.Canada. 300-303.
3. [Alain Dervaux](#). Laurent Valot. (2008). *Les addition sans drogues. ,* V011. France
4. American Psychiatrtric Association(2000).*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.Etat Unis: Washington DC
5. Benoit J.c., Malarewicz J.A., Beaujean J., Colas, Y. et Kanna,S. (1988) .*Dictionnaire Clinique des therapies familiale systémique*. France: Paris
6. Bergeret J.(2008).*psychologie pathologiques:théorie et Clinique*. Paris :Masson
7. Bulter, G. & Montgomery, A. (2004). Impulsivity, risk taking, and recreational ecstasy (MDMA) use. *Drug and Alcohol Dependence*.London 76(1), 55
8. Burke, B. Arkowits, H. et Menchola, M.(2003). The efficacy of motivational interviewing : a meta - analysis of controllrd clinical trials. Vol 71. *Journal of consulting and clinical psychology*. Etat unis: university of art liberaux à dourage
9. Deci E. et Ryan R., (2002).*Handbook of self-determination research,*. NY :university of Rochester Press
- 10.Denis Vital Durand, Dorosz, (2020). *Guide pratique des médicaments*.France.
- 11.*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association, DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi. (2015)Elsevier Masson SAS, F Paris,. All rights reserved
12. Duaux E., Gorwood P., Griffon N., Bourdel M.C., Sautel F., Sokoloff P., Schwartz J.C., Adès J., Loo H., Poirier M.F. ([1998](#))Homozygosityat the dopamine D3 receptor gene is associated with opiate dependence. *Molecular Psychiatry*; Etat Unis: NY, national institutes of health (3) : 334-336

13. Dworkin RH, Corbin AE, Young JP Jr. (2003) Pregabalin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. *Neurology*. Boston
14. Flynn William R. (1973). Drug abuse as a defense in adolescence
15. Giancola, P.R., Mezzich, A.C., Clark, D.B. & Tarter, R.E. (1999). Cognitive distortions, aggressive behaviour, and drug use in adolescent boys with and without a family history of substance use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*. *Etat Unis : university kentucky* 13(1), 22-32.
16. Haddad, H. (2008). Concepts et définition de la toxicomanie : in la prise en charge des toxicomanes. Algérie ,Alger. p30
17. Hervé CACI (2011). Cotation de la CGI-S et de la CGI-I. France : Nice
18. Joshi I, Taylor CP. (2006) Pregabalin action at a model synapse: Binding to presynaptic calcium channel  $\alpha 2\text{-}\delta$  subunit reduces neurotransmission in mice. *European Journal of Pharmacology*. ;553(1-3)
19. Jeammet, P. (2005). Adolescence et Dépendance. *Psychotropes*. France. 11(3), 9-30.
20. Jean-Louis P. Georges, R. Pascale, B. (1997) *Psychopathologie des addictions*, 2eme édition .France :Paris
21. J.Sommer, P. Gache et A. Golay. (2005). L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient :chez la communication professionnelle en santé. Canada : Québec
22. Lebovici S. Diatkine R. et Soule M. (1999). nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Quadrige*, PUF
23. Lejoyeux, M. (2009) *Addictologie*. France, Édition Elsevier Masson,
24. Li, C.-R. Sinha, R. (2008). Inhibitory control and emotional stress regulation: Neuroimaging evidence for frontal-limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. *Neuroscience and behavioral Reviews*
25. Martin, B. Alain, H. Julie-Anne, L. Jade L.-C. Luce, M. Marie-Anne, S. (2016). *Santé mentale et psychopathologie : une approche biopsychosociale*. 2eme édition .Canada:Quebec
26. Nicholls, G. Samios P, Hampton S. (2019) Management of pregabalin and gabapentin prescribing and use in NSW prisons. *Med J Aust.*;211(10):474-475
27. Polemini, P. Didier, B. Celereir, I. (2005). *comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie* . France : paris.



28. Postel J. (1993) dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Larousse, France :paris
29. Reich, D.E., Lander, E.S. (2001). On the allelic spectrum of human disease. Trends Genetics, 17, 502–507.
30. Richard D. et Seton J.L. (1999). Dictionnaire dees drogues, des toxicomanies et des dépendances. Larousse
31. Rosenstock J, Tuchman M, LaMoreaux L, Sharma U. (2004) Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled trial. Pain;110:628-38.
32. Sabatowski R, Galvez R, Cherry DA (2004) Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. Pain;109:26-35.
33. Vasilaki, E. Hosier, S. et Cox, W. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief interntion for excessive drinkin : alcohol and alcoholism. a meta – analytic review vol 41 pp.328
34. W. Miller et S. Rollinick(2002) Motivational interviewing : preparing people for change. 2<sup>e</sup> éd. New York : Guilford Press

### *Thèses*

1. Aurélie Mayet (2012). Étude des trajectoires d’usage de substances psychoactives chez l’adolescent et l’adulte jeune : Exploration de la théorie de l’escalade. Thèse de doctorat en santé publique, France : Université Paris V –
2. Sana SAMI (2022) EXPLORATION DU MÉSUSAGE DE LA PRÉGABALINE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ISÉROIS : RETOUR DE TERRAIN FACE À CE NOUVEAU RISQUE THÈSE POUR LE DIPLÔME D’ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
3. Stephanie Bredel. (2012), L’addiction à l’Internet chez les adolescents, thèse de doctorat, élaboration d’un outil d’aide au dépistage pour les médecins généralistes, France : Halfeur ,

### *Site internet :*

1. ANSM. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Fiche info - LYRICA 75 mg, gélule - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. 2021 [cité 8 déc 2021].

Disponible, sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63897481>

2. ANSM. 2019 Résumé des caractéristiques du produit - PREGABALINE BIOGARAN 25 mg, gélule - Base de données publique des médicaments. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63096099>
3. Le rapport européen sur les drogues 2022 Tendances et évolutions. [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu)
4. OMS | Syndrome de dépendance [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 19 août 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/)

# **Annexes**

## ANNEXE 1 : Guide d'entretien

<b>Nom</b> ..... <b>Prénom</b> ..... <b>Age:</b> ..... <b>Sexe</b> ..... <b>Niveau scolaire</b> ..... <b>Fonction</b> ..... <b>Situation familial</b> .....	
Axes	questions
- Axe 1: questions sur anamnèse avec les addiction	Depuis quand vous avez commencé ? <b>Vous êtes addict à des autres produit illicite ou pas illicite?</b> Savez-vous déjà de façon claire le risque de lui consommer ? C'était comment au début de tout ça ?
<b>L'objectif de cet axe est de connaître les circonstances de la naissance à l'addiction , de rechercher des détails qui sont très importants dans ses debut de consommation .</b>	
- Axe2 Les relation avec substance(pregabaline)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• parlez moi de votre état, comment vous sentez lorsque vous lui consommés?</li> </ul> Avez-vous déjà des problèmes avec ça? Avez vous consulté ? Oui/non <ul style="list-style-type: none"> <li>• C'était quand la première fois de ta consommation ?</li> <li>• C'était par plaisir ou juste une curiosité ?</li> <li>• Combien de comprimé du consomme part jours ?</li> <li>• Tu peux tenir combien de jours sans lui utiliser?</li> <li>• Est-ce que tu te sens lorsque tu es en manque ?</li> <li>• Tu ressens quoi quand tu la consomme ?</li> <li>• Tu la consomme pour fuir aux problèmes ?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tu peux voler pour acheter ?</li> </ul>
<p><b>L'objectif de cet axe est d'identifier les relations du cas avec la pregabaline, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque.</b></p>	
<p>- Axe 3 Relationnelle avec famille et fratrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta famille est au courant ?</li> <li>• T'a des problèmes familiales/fratrie quand tu lui utilise?</li> <li>• Lorsque tu lui utilise c'est pour éviter ton entourage ou pour rester plus proche ?</li> <li>•</li> </ul>
<p><b>Le but dans cette axe, c'est pour voir et comprendre l'influence de ses entourage sur lui et comment, il réagi face à cette fait.</b></p>	
<p>Axe 4 À propos des motivation de changements</p>	<p>Comment se passait votre vie avant que votre consommation pregabaline devienne celle qu'elle est aujourd'hui ?            Dans un echelle de 0 à 10 quelle est la chance pour arrêté de consommé?            Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre consommation de pregabaline ? Quoi d'autre ?            Lesquelles de vos capacités personnelles vous seraient utiles pour réussir ?            Que pensez-vous devoir faire ?</p>
<p><b>Le but de cet axe est de connaître comment le personne project son avenir face à addiction, ceci nous permettre de trouver ses vrais intention de changement pour y arriver à mettre en place un plan de changement .</b></p>	

### Les deux axes d'innervations dans l'entretien motivationnel

Domaines d'interventions	Actions concret à poser
	<p><b>Explorer les connaissances antérieures du patient et son désir d'être informé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clarifier et intégrer les représentations du patient dans la prise en charge</li> <li>✓ Amener le patient à exprimer son vécu émotionnel et être empathique</li> <li>✓ Répondre au besoin individuel d'information</li> </ul>
<b>Informers efficacement le patient</b>	<b>Transmettre l'information au patient</b>

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Structurer l'information à transmettre, en respectant une séquence logique</li><li>✓ Découper l'explication en tranches distinctes et claires, tout en favorisant le dialogue</li><li>✓ Utiliser un langage clair et simple, adapté au patient, en évitant le jargon médical</li><li>✓ Reconnaître et légitimer les émotions du patient tout au long du dialogue</li><li>✓ S'appuyer sur des éléments visuels pour transmettre l'information</li></ul> <p><b>Vérifier la compréhension du patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Demander au patient de reformuler les éléments importants</li></ul>
<b>Motiver le patient</b>	<p><b>Evaluer l'adhésion du patient avec précaution et sans porter de jugement</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Faire le tour des difficultés auxquelles le patient s'est heurté</li></ul> <p><b>Circonscrire le problème d'observance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Clarifier les obstacles concrets</li><li>✓ Ne pas blâmer ni juger le patient Réagir aux émotions du patient</li><li>✓ Se présenter au patient comme son allié devant les difficultés</li></ul> <p><b>Négocier des solutions concrètes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Planifier des solutions concrètes</li><li>✓ Etablir un échéancier clair et préciser des dates d'évaluation</li><li>✓ Anticiper les difficultés</li></ul> <p><b>Obtenir du patient une déclaration de son intention d'agir</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aider le patient à s'approprier les décisions</li><li>✓ L'amener à exprimer son accord et son intention</li></ul>

	<p><b>Reconnaître les facteurs qui influencent la motivation du patient et en tenir compte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les facteurs liés au plan thérapeutique</li> <li>✓ Les facteurs liés au patient</li> <li>✓ Les facteurs liés à l'entourage et à l'environnement du patient</li> <li>✓ Les facteurs liés au soignant et à la relation soignant-patient</li> </ul>
--	--

**Source :** Sommer et al., (2005)

Échelle CGI-S	
<b>1 = Fortement amélioré</b>	Presque tout est mieux. Bon niveau de fonctionnement, symptômes rendus au minimum. L'amélioration est majeure.
<b>2 = Très amélioré (Much improved)</b>	Diminution significative des symptômes et élévation du niveau de fonctionnement. Toutefois, quelques symptômes restent notables.
<b>3 = Faiblement amélioré (Minimally improved)</b>	Légèrement mieux avec une réduction des symptômes faiblement voire pas cliniquement significatives. Ceci correspond à un très faible changement par rapport au statut clinique initial, au niveau de soins requis, ou la capacité à fonctionner.
<b>4 = Inchangé (No change)</b>	Les symptômes restent globalement identiques.
<b>5 = Plus mal (Minimally worse)</b>	il va légèrement plus mal mais cela n'est pas cliniquement significatif. Ceci correspond à un très faible changement par rapport au statut clinique initial, au niveau de soins requis, ou la capacité à fonctionner.
<b>6 = Pire (Much worse)</b>	Aggravation cliniquement significative des symptômes et diminution du fonctionnement. L'aggravation de la situation est nettement perceptible.
<b>7 = Fortement dégradé (Very much worse)</b>	Exacerbation des symptômes. Perte du fonctionnement, effets indésirables semblant intolérables. Le traitement pourrait devoir être modifié voire interrompu

Hervé CACI (2011). Cotation de la CGI-S et de la CGI-I. France : Nice

Annexe 2





## **Résumé**

L'addiction a été toujours un problème dans la société, à chaque ère les êtres humains sont confrontés à des substances psychoactives que ne facilite pas leur contexte de vie quotidienne, à cause de la recherche des nouveaux sentiments et effets, aujourd'hui le monde est confronté à un nouveau type de l'addiction dû parfois de mésusage ou abus, il est surnommé la Prégabaline (Lyrica). En Europe, la prégabaline est indiquée dans le traitement de l'épilepsie partielle, des troubles anxieux généralisés et des douleurs neuropathiques. D'après les données récentes de la littérature, le potentiel addictif de la prégabaline est en pleine expansion, notamment en Algérie.

Le but de l'étude est d'utiliser l'entretien motivationnel pour améliorer l'addiction chez les étudiants de la résidence universitaire à Bejaia. L'EM est une technique communicative bien efficace utilisée pour aider les personnes à avoir un autocontrôle de son état, c'est une thérapie fortement indiquée pour l'addiction à une substance psychoactive.

La méthode descriptive grâce à un guide d'entretien méticuleux s'avère à être très utile pour étudier notre échantillon, pour récupérer des données et arriver à un résultat qui nous aidera à mieux comprendre les aspects de ce danger et prévoir les solutions adéquates à travers nos connaissances au long de notre parcours.

**Mots clés :** addiction, Prégabaline, mésusage, abus, entretien motivationnel

## **Abstract**

Addiction has always been a social problem, in every era humanity is confronted with psychoactive substances that are not very conducive to daily life because of the search for new sensations and effects, today the world is facing a new type of addiction sometimes due to misuse or abuse, it is nicknamed pregabalin (lyrica). In Europe, pregabalin is used to treat partial onset epilepsy, generalized anxiety disorder and neuropathic pain. According to recent data from the literature, the addictive potential of pregabalin is expanding, particularly in Algeria.

The aim of the study is to use motivational interviewing to improve addiction among students of the university residence in Bejaia. EM is a very effective communicative technique used to help people to have self-control of their state, it is a therapy strongly indicated for addiction to a psychoactive substance.

The descriptive method, thanks to a meticulous interview guide, has proven to be very useful for studying our sample, for recovering data and arriving at a result that will help us better understand the aspects of this danger and plan the appropriate solutions through our knowledge throughout our journey.

**Keywords:** addiction, Pregabalin, misuse, abuse, motivational interviewing

# L'addiction à la prégabaline (*Lyrica*) chez les étudiants des résidences universitaires de Bejaia

## Résumé

L'addiction a été toujours un problème dans la société, à chaque ère les être humaines sont confronté à des substances psychoactive que ne facilite pas leur contexte de vie quotidienne, à cause de la recherche des nouveau sentiment et effets, aujourd'hui le monde est confronté à un nouveau type de l'addiction dû parfois de mésusage ou abus, il est surnommé la Prégabaline(*Lyrica*). En Europe, la prégabaline est indiquée dans le traitement de l'épilepsie partielle, des troubles anxieux généralisés et des douleurs neuropathiques. D'après les données récentes de la littérature, le potentiel addictif de la prégabaline est en pleine expansion, notamment en Algérie.

Le but de l'étude est d'utiliser l'entretien motivationnelle pour améliorer l'addiction chez les étudiants de la résidence universitaire à Bejaia. L'EM est une technique communicative bien efficace utilisée pour aider les personnes à avoir un autocontrôle de son état, c'est une thérapie fortement indiquée pour l'addiction à une substance psychoactive.

La méthode descriptive grâce à un guide d'entretien méticuleux s'avère a été très utile pour étudier notre échantillon, pour récupérer des donner et arriver à un résultat qui nous aidera à mieux comprendre les aspects de ce danger et prévoir les solutions adéquates à travers nos connaissances au longue de notre parcours.

**Mots clés :** addiction, Prégabaline, mésusage, abus, entretien motivationnel

## Abstract

Addiction has always been a social problem, in every era humanity is confronted with psychoactive substances that are not very conducive to daily life because of the search for new sensations and effects, today the world is facing a new type of addiction sometimes due to misuse or abuse, it is nicknamed pregabalin (*Lyrica*). In Europe, pregabalin is used to treat partial onset epilepsy, generalized anxiety disorder and neuropathic pain. According to recent data from the literature, the addictive potential of pregabalin is expanding, particularly in Algeria.

The aim of the study is to use motivational interviewing to improve addiction among students of the university residence in Bejaia. EM is a very effective communicative technique used to help people to have self-control of their state, it is a therapy strongly indicated for addiction to a psychoactive substance.

The descriptive method, thanks to a meticulous interview guide, has proven to be very useful for studying our sample, for recovering data and arriving at a result that will help us better understand the aspects of this danger and plan the appropriate solutions through our knowledge throughout our journey.

**Keywords:** addiction, Pregabalin, misuse, abuse, motivational interviewing