

## PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G, BAMAKO-MALI.

### *Management of addictions at the University Hospital Center Point G, Bamako-Mali.*

Tidiane Diallo<sup>1,2,\*</sup>, Souleymane Papa Coulibaly<sup>3,4</sup>, Abdourahamane Diara<sup>1,5</sup>, Cheick Abou Coulibaly<sup>3</sup>, Mariam Fané<sup>1</sup>, Ousmane Dembélé<sup>1</sup>, Benoît Yaranga Koumaré<sup>1,2</sup>, Ababacar Maiga<sup>1,5</sup>.

1. Faculté de Pharmacie de Bamako, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Mali ; 2. Laboratoire National de la Santé, Bamako, Mali ; 3. Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, Bamako, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Mali ; 4. Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire du Point « G », Bamako, Mali ; 5. Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako, Mali.

\* **Auteur Correspondant** : Dr Tidiane Diallo, Maître Assistant en Toxicologie, Faculté de Pharmacie de Bamako, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Mali ; BP 1805 ; tél : +223 76191989 ; Email : tidiallo2017@gmail.com

### RÉSUMÉ

**Objectif** : Evaluer l'impact sanitaire de la consommation des drogues chez les patients pris en charge au service de psychiatrie du Centre Hospitalier universitaire du Point G. **Méthode** : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive chez les patients consommateurs de drogues admis au CHU du Point G pour des soins. Elle a été réalisée de janvier à juillet 2018. Elle a été réalisée dans le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G à Bamako, Mali, l'unique structure au Mali qui fait la prise en charge de l'addiction. **Résultats** : Nos résultats ont montré que les jeunes de la tranche 20-30 ans étaient les plus touchés. Le Cannabis était le plus consommé, suivi la de l'Alcool, et du Chlorhydrate de Tramadol. La polytoxicomanie ainsi que des nouvelles formes de consommation avait été notée. La consommation de drogues avait généré de multiples conséquences néfastes sur la santé et la vie sociale : la dépendance, les troubles psychopathologiques.—**Conclusion** : L'abus de substances psychoactives, est une réalité qui prend de l'ampleur au Mali. Notre étude a démontré son impact sur la santé des consommateurs. La lutte contre l'usage des drogues nécessite la conjugaison des efforts de tous les acteurs impliqués. **Mots clés** : Drogue, Impact Sanitaire, Bamako-Mali

### ABSTRACT

**Objective**: To evaluate the health impact of drug use among patients in care in the psychiatric unit of the University Hospital Center Point G. **Method**: This was a prospect in description study of drug users admitted to the G-UHC for care. From January to July 2018. It was performed in the Psychiatry Department of the University Hospital Center Point G in Bamako, which is the only structure in Mali that deals with addiction. **Results**: Our results show that young people in the 20-30 year group were the most affected. Cannabis was the most consumed, followed by Alcohol, and Tramadol Hydrochloride. There were cases of poly-drug abuse as well as new forms of consumption. Drug use has multiple negative consequences on health and social life: addiction, psychopathological disorders. **Conclusion**: Substance abuse of drugs is a reality that is gaining momentum in Mali. Our study have demonstrated its sanitary impact among patients with addiction. The fight against the use of drugs requires the combined efforts of all the actors involved. **Keywords**: Drug, Health Impact, Bamako-Mali.

### INTRODUCTION

La drogue est un produit psychoactif naturel ou synthétique, licite ou illicite, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances. Son usage peut être nocif, abusif ou avec dépendance[1].

De 2016 à 2017, la production mondiale d'opium a bondi de 65 pour cent pour atteindre 10 500 tonnes, l'estimation la plus élevée enregistrée par l'Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) depuis le début de la surveillance de la production mondiale d'opium, par cette dernière, au début du XXI<sup>ème</sup> siècle. Le cannabis était la drogue la plus utilisée en 2016, avec 192 millions de personnes l'ayant consommé au moins une fois au cours de l'année précédente. Des drogues telles que l'héroïne et la cocaïne, disponibles depuis longtemps, coexistent de plus en plus avec de

nouvelles substances psychoactives et avec des médicaments normalement délivrés sur ordonnance [2].

Selon le rapport mondial sur les drogues en 2017, on estime que 250 millions de personnes, soit environ 5 % de la population adulte mondiale, aurait consommé des drogues au moins une fois en 2015, environ 29,5 millions d'entre elles, soit 0,6 % de la population adulte mondiale, souffrent de troubles liés à l'usage de la drogue et nécessitent un traitement [3,4].

L'usage des drogues est associé au risque de surdose, mortelle ou non, de maladie infectieuse (VIH-SIDA ou hépatite C) transmise à l'occasion de pratiques d'injection non respectueuses des règles d'hygiène, ainsi que d'autres formes de comorbidité impliquant des affections médicales et psychiatriques.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime en 2016 que dans le monde, 27 millions

de personnes présentent des troubles liés à l'usage de la drogue. Plus de 400 000 personnes en meurent chaque année [5], soit une augmentation de 60% de 2000 à 2015 [2]. Ainsi, la consommation de drogues est un problème croissant de santé publique. Le continent africain n'est pas en marge de ce phénomène, selon de récentes analyses de l'impact des drogues sur la santé, le cannabis demeure la principale drogue consommée de manière abusive par les personnes qui sollicitent un traitement pour des problèmes de drogue [6,7]. Au Ghana, au Niger, au Sénégal et au Togo, le cannabis est mentionné dans au moins deux tiers des cas, tandis que pour l'Afrique dans son ensemble, le cannabis est impliqué dans près de 64 % des demandes de traitement. Au Burkina Faso, la cocaïne et les Stimulants de type amphétamine sont mentionnés dans 20 % des cas. La consommation de drogues injectables contribue pour beaucoup à l'épidémie d'hépatite B et d'hépatite C dans toutes les régions du monde. Près de 10 millions de consommateurs de drogue par injection sont infectés par l'hépatite C [5].

Au Mali, selon les études réalisées par Koumare et al, les jeunes consomment du cannabis dans une large proportion car cette drogue est la plus accessible. Ils consomment aussi du crack et de l'héroïne dans une moindre proportion. L'intervalle d'âges des consommateurs est compris entre 15 à 45 ans. La toxicomanie touche tous les milieux sociaux sans exception. Sur le plan national nous n'avons pas de statistiques par manque de structures de désintoxication pour évaluer ce phénomène. Le seul chiffre disponible résulte du service psychiatrique du Point G. En effet, 5 à 10 % des pathologies mentales sont liées à la consommation de drogues. Ce chiffre est en constante augmentation, il y a dix ans il était de 2 à 3% (6). La consommation des drogues constitue 5,2% des intoxications volontaires avec une létalité de 22,2% [8].

En absence d'une étude nationale sur l'usage des drogues au Mali et face à la menace sur le développement socio-économique et sanitaire que peuvent avoir ces substances, nous avons initié le présent travail. Il a pour objectif d'étudier l'impact sanitaire de la consommation des drogues chez les patients prise en charge au service de psychiatrie du Centre Hospitalier universitaire du Point G, Bamako-Mali.

## PATIENTS ET MÉTHODES

**Type et lieu d'étude :** Il s'est agi d'une étude prospective descriptive sur la prise en charge des patients consommateurs des substances toxicomanogènes de janvier à juillet 2018.

Cette étude a été réalisée dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire

du Point G à Bamako, l'unique structure au Mali qui fait la prise en charge de l'addiction.

**Echantillonnage :** Il s'agissait d'un échantillonnage de type exhaustif par inclusion de tous les patients consommateurs de substances toxicomanogènes. Nous avons choisi les deux premières semaines du mois de janvier 2018 pour sélectionner notre population d'étude. En moyenne nous avons eu trois patients par consultation qui répondaient à nos critères d'inclusion, soit un total de 32 patients qui ont été suivis pendant six mois pour évaluer leur état de santé ainsi que leurs comportements et attitudes face aux substances toxicomanogènes.

Ont été inclus dans notre étude tous les patients consommateurs de substances toxicomanogènes ayant un âge compris entre 15 et 50 ans, traités pour les pathologies liées à la consommation des substances toxicomanogènes dans le service de psychiatrie durant notre étude.

Ont été exclus de l'étude, les patients de moins de 15 ans ainsi que les patients transférés dans d'autres services pour le traitement d'une pathologie associée.

**Technique de collecte des données :** La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête individuelle, validée auprès des médecins traitants.

Cette fiche comportait les variables suivantes :

- Les données sociodémographiques des patients : âge, sexe, situation matrimoniale, profession, etc. ;
- Les circonstances d'admission : troubles du comportement, cure de sevrage, prévention de rechute, etc. ;
- Les substances addictives : produits consommés (cannabis, héroïne, ...), nature du produit (naturel, semi synthétique et synthétique),
- Les mode de prise en charge : hospitalisation, ambulatoire.

**Analyses statistiques :** Après la collecte, les données ont été analysées en utilisant le logiciel statistique Epi-Info, nous avons utilisé le test statistique Khi2.

L'effectif, la moyenne, le ratio ainsi que la p-value avec comme spécification, si  $p > 0,05$  = liaison non significative (si  $0,01 < p \leq 0,05$  : liaison significative ; si  $0,001 < p \leq 0,01$  : liaison très significative) ont été déterminés.

**Considération éthique et déontologie :** Nous avons obtenu l'avis favorable du Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie pour la réalisation de l'étude. La participation libre et volontaire des enquêtés a été obtenue après consentement éclairé. L'anonymat et la confidentialité ont été observés pendant toutes les phases de notre étude.

## RÉSULTATS

Durant notre étude, nous avons obtenu 32 cas de consommation de drogues. Tous nos patients étaient de sexe masculin dont 75,0% sont célibataires. L'âge des patients était compris entre 15 et 40 ans avec une moyenne d'âge de 24,8 ans. Les malades âgés de 15-30 ans étaient les plus touchés avec 78,1% avec une liaison significative  $p < 0,05$ . La Commune II du District de Bamako était la provenance majoritaire des patients (21,9%). Les élèves et étudiants ont constitué 37,6% des patients, suivis par les commerçants avec 12,5% de l'ensemble des patients. Le niveau d'étude des patients était secondaire dans 50,0% des cas et universitaire dans 28,1%. Le trouble du comportement était la circonstance d'admission la plus fréquente soit 87,5% des cas. Les signes cliniques à l'admission étaient dominés par les troubles de la pensée soit 93,7% des patients.

L'inhalation de fumée était le mode de consommation le plus fréquent soit 60,7%, suivie par la consommation par la voie orale 35,3%.

La recherche d'un plaisir était le motif de consommation le plus affirmé par les enquêtés soit 68,8% (Tableau II). Certains patients ont évoqué la quête d'une augmentation de la performance (21,8%), dans 12,5% des cas les patients étaient à la recherche de sommeil meilleur. La consommation était quasi régulière chez 59,4% des patients avec une poly-consommation chez 62,7% des patients. La durée moyenne de consommation était de 5 ans.

Le grin était le lieu de consommation le plus fréquent avec 46,8% des cas, suivi par le domicile et les milieux scolaires et universitaires avec respectivement 28,1% et 12,5%.

Les troubles de la personnalité étaient liés à la consommation des drogues dans 16 cas sur 32 cas. La double dépendance, physique et psychique dominait avec 28 cas sur 32 cas.

La majorité des patients, soit 34,4% n'était pas à mesure de décrire correctement leurs effets de manque. Ils ont plus évoqué les signes suivants comme effets de manque : la fatigue (18,8%), le stress (12,5%), la nervosité (9,4%).

Les conséquences socio-sanitaires les plus liées à la consommation des drogues étaient : financières (31,2%), scolaires et universitaires (28,1%), sanitaires (18,7%), délinquance (12,5%).

Parmi les 32 patients, 27 cas ont été suivis en ambulatoire et cinq hospitalisés.

La prise en charge a nécessité la réalisation d'exams complémentaires : biologiques (40,6%) et radiologiques soit 34,4% (tableau III). La prescription médicale était basée sur les neuroleptiques dans 70,1% des cas et les antiparkinsoniens dans 14% (tableau IV).

## DISCUSSION

Cette étude a été réalisée à partir d'une enquête conduite sur une durée de six mois de janvier à juillet 2018, sur un échantillon de 32 patients au service psychiatrique du CHU Point G. Peu de travaux ont été réalisés au Mali sur la consommation des drogues. Le sujet est considéré comme un tabou dans la société malienne avec des risques d'être rejeté par la société. Nous avons mené la présente étude dans le but d'informer le monde scientifique et la communauté sur les réalités de la consommation des drogues au Mali et la perspective d'une meilleure prise en charge de l'addiction par la mise en place d'une unité spécialisée en addictologie au Mali.

La couche juvénile était plus touchée (15-30 ans) avec une moyenne d'âge de 24,8 ans. Cette période transitoire (entre adolescence et adulte jeune) de nombreux jeunes mènent des activités à risque. Ces activités se manifestent par un désir de tester ses limites et de découvrir d'autres sensations de bien être à travers les produits toxicomanogènes. Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude réalisée par Daniel et al a qui trouvé un âge moyen de 23,79 ans et 75 % avait moins de 30 ans [9].

Nos résultats reflètent la tendance mondiale à travers le rapport 2018 de l'ONU DC, selon lequel la plupart des recherches suggèrent que l'adolescence précoce (12-14 ans) à tardive (15-17 ans) est une période de risque critique pour le début de la consommation de substances et peut atteindre un pic chez les jeunes adultes (18-25 ans) [2].

Durant notre échantillonnage, nous n'avons pas eu de patiente consommatrice de drogues. Cela ne signifie pas forcément qu'il n'y a pas de femme toxicomane au Mali. Ce fait peut-être dû à la taille de notre échantillon et/ou à la durée de l'étude. Ou au fait que, cette population féminine a un faible taux d'accès aux soins de santé par comparaison aux hommes. La femme est plus objet de stigmatisation lorsqu'elle se révèle sous le statut d'usage de drogues.

Les hommes sont trois fois plus susceptibles que les femmes de consommer du cannabis, de la cocaïne ou des amphétamines, alors que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de prendre des opioïdes et des tranquillisants à des fins non thérapeutiques [10]. En effet des études ont montré que les femmes toxicomanes ont été plus fréquemment exposées à des violences physiques et sexuelles [11,12]. En plus des dispositifs habituels de consommation de la drogue, nous assistons à l'utilisation d'un nouveau dispositif de consommation appelé *chicha*. C'est une pipe à eau permettant de fumer du tabac. Actuellement les utilisateurs de *chicha* font une substitution du tabac et l'eau par du cannabis et de l'alcool.

Selon une estimation de l'OMS l'usage de la chicha concerne quotidiennement plus de 100 millions de personnes dans le monde [13]. Le cannabis a été la drogue la plus consommée par les patients avec 53,5% des cas. Les élèves et étudiants étaient plus incriminés. Ces résultats sont similaires à la prévalence en Afrique de l'Ouest selon laquelle, le cannabis reste la drogue la plus consommée [14]. Selon l'ONU DC, c'est en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale que la prévalence de l'usage de cannabis chez les adultes serait la plus élevée, avec un taux de 12,4%, contre en moyenne 7,5 % en Afrique et 3,9% à l'échelle mondiale [14]. En 2014, selon les estimations, 183 millions de personnes auraient consommé du cannabis, drogue qui serait donc toujours la plus couramment consommée à l'échelle mondiale, suivie par les amphétamines [4]. Les conséquences de la consommation du cannabis (chanvre indien) sont avant tout des troubles de la personnalité pouvant aller à des troubles psychotiques. Cela peut entraîner des problèmes financiers, des échecs scolaires et universitaires dus au manque de concentration. Nous avons observé aussi des problèmes familiaux voire sociaux à travers la délinquance. La fatigue, la nervosité et l'insomnie ont été les signes les plus observés chez les consommateurs de cannabis.

Le cannabis était suivi par l'alcool et le chlorhydrate de Tramadol avec respectivement 43,5% et 16,3% des cas.

De plus en plus nous assistons à un usage détourné du chlorhydrate de Tramadol à des fins toxicomaniaques. Cet opioïde utilisé pour traiter la douleur modérée et sévère est devenu une préoccupation croissante dans certaines régions d'Afrique et d'Asie. En 2016, la saisie du Chlorhydrate de Tramadol en Afrique de l'Ouest, du Centre et l'Afrique du Nord constituait près de 87% du total mondial [2]. Il est détourné de son usage thérapeutique pour ses effets opiacés et/ou stimulants dû à son action sérotoninergique. Les troubles d'anxiété, les troubles de la personnalité et psychotiques ont été les plus observés chez les patients. Comme effets de manque les patients ont évoqué : l'asthénie, la fatigue et le stress.

Dans 40,6% des cas, la polytoxicomanie (association alcool/prométhazine, tramadol/cannabis/clonazépam, ...) était effectuée par les patients, ce qui rend très difficile la prise en charge de l'addiction. Les symptômes observés étaient en fonction des substances consommées, dans 93,7% les patients avaient des troubles de la pensée.

Au CHU du Point G, la prise en charge se déroule selon les directives inspirées du Guide d'Intervention Humanaire pour le traitement clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire [15].

Le premier temps de la rencontre consistera à nouer la relation de confiance avec le consommateur. Cette phase aboutira à l'évaluation diagnostique complète du cas. À la suite de cette évaluation initiale, des informations sont recueillies sur la consommation (types de substances, quantités consommées, modes de consommation), sur le comportement addictif et ses conséquences et sur les situations psychopathologiques associées.

La prise en charge consiste dans un premier temps à donner les soins médicaux nécessaires pour traiter les dommages physiques et les troubles mentaux associés.

Dans un second temps, les motivations à l'arrêt ou à la réduction de la consommation ou des risques liés à la consommation sont évaluées.

S'il y a un défaut de motivation, le travail primordial consistera à amener la personne à trouver la motivation.

Lorsque la motivation est acquise, les modalités d'arrêt ou de réduction de la consommation sont discutées.

En fonction de la décision du sujet, une cure de sevrage peut être envisagée dans certains cas, en hospitalisation, ou en ambulatoire. Les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementales sont appliquées. Pour l'instant n'existe pas de protocole de substitution au Mali.

## CONCLUSION

L'abus de substances psycho actives, dont le cannabis, l'alcool, le tramadol, est une réalité qui prend de l'ampleur dans le monde entier et surtout au Mali. Phénomène complexe et multidisciplinaire plusieurs études s'y sont intéressées.

L'addiction constitue une pathologie juvénile au Mali qui gangrène notre société à travers ses multiples conséquences. Ce travail a mis en évidence la polytoxicomanie et de nouvelles techniques de consommation.

L'enjeu est de réduire les risques liés à cette consommation, souvent isolée peut conduire à des intoxications. voire fatales dès la première prise pour certaines substances très toxiques.

La lutte contre la drogue nécessite une coordination des efforts entre les services de répression (la brigade des stupéfiants, la douane, les agents pénitenciers) et les services sanitaires.

## RÉFÉRENCES

1. Jean-Paul CARCEL. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : Définition des drogues. Consultable sur l'URL : <http://www.caat.online.fr/drogues/drogues.htm> mise en ligne : 2000 et consultation 2017
2. Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. Rapport mondial sur les drogues 2018 : la crise des opioïdes. Genève,

- 26 Juin 2018. Consulté le 23 octobre 2018 sur l'URL : <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>
3. Nations Unies: Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. Rapport Mondial sur les Drogues Mai 2017 p. 9-10. Disponible sur: [www.unodc.org](http://www.unodc.org) consulté le 13 novembre 2018.
  4. Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. Rapport Mondial sur les Drogues 2016. Consulté le 10 octobre 2018 sur l'URL : [www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_Ex\\_Sum\\_french.pdf](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_Ex_Sum_french.pdf)
  5. Organisation Mondiale de la Santé. Problème mondial de la drogue, avril 2016. Consulté le 01<sup>er</sup> novembre 2018 sur l'URL : <http://www.who.int/dg/speeches/2016/world-drug-problem/fr/>
  6. Lim S. S. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 380 ; 2224-2260.
  7. Organisation mondiale de la santé. Atlas sur la toxicomanie 2010 : ressources pour la prévention et le traitement des problèmes liés à la toxicomanie, Genève : OMS 2010.
  8. Diallo T, Hinde H, Maiga A, Coulibaly B, Maiga D, Abdelrhani Met al., « Épidémiologie et facteurs de risque des intoxications volontaires au Mali », *Santé Publique*, 2013(3) Vol. 25, p. 359-366.
  9. Menick DM, Laure J, Mviena M, Benguilé B. Addictions chez l'Africain en milieu hospitalier : bilan de 39 mois à la clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot de Yaoundé. Perspectives Psy volume 51 ; n°1 ; janvier-mars 2012 ; pp : 54 - 62.
  10. Organe International de Contrôle des Stupéfiants. Traitement de groupes particuliers de population : femmes. Rapport 2017. Consulté le 13 décembre 2018 sur l'URL : [www.incb.org](http://www.incb.org).
  11. Angel P, Geberowicz B, Sternschuss-Angel S. Toxicomanie et thérapies familiales. Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratiques de réseaux. Paris : Edition universitaire, 1982.
  12. Angel P, Angel S. Familles et toxicomanie : une approche systémique. Paris : Edition universitaire, 1989.
  13. Asfar T, Ward KD, Eissenberg T, Maziak W: Comparison of patterns of use, beliefs, and attitudes related to waterpipe between beginning and established smokers. *BMC Public Health* 2005, 5 (1) : 1-9.
  14. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues. Drogues, État et société en Afrique de l'Ouest. Rapport juin 2014. Consulté le 15 décembre 2018 sur l'URL : [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/02/WACD\\_Fr\\_Report\\_WEB\\_051114.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/02/WACD_Fr_Report_WEB_051114.pdf)
  15. Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP). Genève : OMS, 2015.
- Remerciements :** les auteurs remercient chaleureusement l'administration du CHU du Point plus particulièrement le chef de service de psychiatrie pour leur implication totale dans la réalisation de l'étude.
- Source de financement de l'étude :** Aucune
- Conflit d'intérêt :** Aucun

**Tableau I :** classification des produits consommés.

Produits (n=43)	Nature des produits	Classe chimique	Substances actives	Effets toxicomanogène
Cannabis (n=23)	Naturel	Cannabanol	Tétrahydrocannabinol	Psychodysléptiques
Alcool (n=10)	Semi-synthétique	Alcool	Alcool	Dépresseurs
Tramadol (n=7)	Semi-synthétique	Opiacée	Chlorhydrate de Tramadol	Sédatifs
Diazepam (n=1)	Synthétique	Benzodiazépine	Diazépam	Sédatifs
Cocaïne (n=1)	Naturel	Alcaloïde tropanique	Méthylbenzoylecgonine	Psychostimulants
Héroïne (n=1)	Naturel	Opiacée	Diacétylmorphine	Dépresseurs

Le Cannabis a été la drogue la plus consommée dans 53,5% des cas. Les produits ont été d'origine naturelle ou semi-synthétique avec des effets dépressifs et sédatifs plus marqués.

**Tableau II :** Répartition des patients en fonction de la durée, des circonstances et du rythme de consommation des drogues.

Caractéristiques	Effectifs	(n= 32)	(%)
Durée de consommation	< 1 an	02	6,3
	<b>[1-5 ans]</b>	<b>19</b>	<b>59,4</b>
	[6-10 ans]	07	21,9
	[11-16 ans]	04	12,5
Circonstances de consommation	<b>Récréative/Plaisir</b>	<b>22</b>	<b>68,8</b>
	Quête de performance	10	31,2
Rythme de consommation	<b>Chaque jour</b>	<b>19</b>	<b>59,4</b>
	Deux à trois fois par semaine	11	34,4
	Une fois par semaine au moins	02	6,2

La durée de consommation des drogues était inférieure ou égale à cinq ans. La quête des sensations de plaisir durant les sorties récréative a été le motif de consommation le plus évoqué.

**Tableau III :** Moyen de la prise en charge hospitalière des patients.

Moyen de la prise en charge hospitalière			
Ambulatoire (n=27) Hospitalisation (n=5)	Bilan biologique (n=13)	Hématologique	10 (76,9)
		Biochimique	2 (15,4)
		Virologique	1 (7,7)
	Analyses demandées (n=16)	NFS	10 (62,5)
		Glycémie	2 (12,5)
		ASAT/ALAT	2 (12,5)
		AgHBs	1 (6,25)
		Créatininémie	1 (6,25)
	Examens d'imageries (n=11)	EEG	5 (45,5)
		IRM cérébrale	5 (45,5)
RX crâne		1 (9,1)	

Le bilan biologique était essentiellement hématologique, nous avons noté l'absence totale des analyses toxicologiques. Les examens radiologiques concernés étaient : l'EEG et l'IRM cérébrale.

**Tableau IV :** Monographie de la prescription médicamenteuse lors de la prise en charge hospitalière des patients.

Classes	Familles	Molécules	Effectifs
Neuroleptiques (n= 61)	Butyrophénones (n=28)	Halopéridol	28
		Levomepromazine	16
	Phénothiazine (n=27)	Chlorpromazine	5
		Cyamémazine	5
		Fluphénazine	1
	Autres neuroleptiques (n=5)	Risperidone	5
Benzamides (n=1)	Amisulpride	1	
Antiépileptiques (n=12)	Antiparkinsoniens	Tropatépine	12
Antihistaminique H1 (n=10)	Adrénolytique/Anticholinergique/Sédatif	Prométhazine	9
		Hydroxyzine	1
Normothymique (n=3)	Stabilisant de l'humeur	Carbamazépine	2
		Valpronate de sodium	1
Minéraux/Vitamine (n=1)	Magnésium/Vitamine B	Gamalate B6	1

Les neuroleptiques ont été les plus prescrits soit 61 sur les 87 prescriptions.