

BURKINA FASO
Université de Ouagadougou



**Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
(UFR/SDS)
Section pharmacie**



Année Universitaire 2011-2012

Thèse N : 084

**ETUDE DU PROFIL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES
CAS D'ABUS DE DROGUES DANS LA VILLE DE BOBO-
DIOULASSO (BURKINA FASO)**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 24 Mai 2012 par

TRAORE Mahamane

Né le 9 septembre 1978 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Pour l'obtention du grade de **Docteur en pharmacie** (Diplôme d'État)

Directeur de thèse :

Pr. I. Pierre GUISSOU

Co-directeur

Dr. Moustapha OUEDRAOGO

Président du jury

Pr. Arouna OUEDRAOGO

Membres du jury

Dr. Sélouké SIRANYAN

Dr. Moustapha OUEDRAOGO

Dr. Estelle Noëla Hoho YOUL

**LISTE DU PERSONNEL
ADMINISTRATIF ET DES
ENSEIGNANTS DE
UFR/SDS**

DEDICACES

A mon Père : Mr TRAORE DJIBRIL:

Tu as tout fait pour moi. Je t'ai parfois déçu mais tu m'as toujours exprimé ta confiance. Que DIEU te bénisse, t'accorde une longue vie et une santé de fer.

A ma Mère FOFANA AMINA :

Maman, je n'oublierai jamais tes sages conseils prodigués à mon endroit. Ton souci primordial a toujours été la réussite de tes enfants. Que tes sacrifices, tes peines et tes privations trouvent leur récompense dans l'aboutissement de ce modeste travail qui est aussi le fruit de ta persévérance, de ton courage et surtout de ta patience. Puisse le Tout Puissant nous accorder de t'avoir encore longtemps auprès de nous pour que tu puisses bénéficier de l'ombre de l'arbre que tu as si affectueusement protégé et entretenu.

A mon oncle : Mr Traore Micaïlou

Tes conseils et surtout ta bonne volonté m'ont beaucoup encouragé durant ce long parcours pendant lequel tu es toujours resté à mon écoute, et sans hésitation aucune tu intervenais dès que je te sollicitais.

A mes frères et sœurs : TRAORE Ali, Micaïlou, Moussa, Ibrahim, Hassana, Aboubacar, Souley, Sahadatou, Djeneba, Haoussetou.

A force de courage et de persévérance, j'achève aujourd'hui un travail qui est aussi le vôtre. Puisse l'affection, la confiance et la solidarité qui nous animent rester inébranlables.
Fraternellement !

A mes tantes : Toute ma gratitude.

A mes amis et frères : Plus que des amis, nous sommes des Frères. Restons donc unis. Merci pour le soutien moral.

A mes amis d'enfance : Je garderai toujours en souvenir les moments que nous avons passés ensemble. Que Le Tout Puissant nous garde aussi longtemps ensemble et qu'il guide nos pas sur le droit chemin !

A mes camarades et amis : Abdoulaye DIARRA, Abdramane TIENDREBEOGO, Soalé OUATTARA, Dialito, Yaro R, S Moïse, S Sidiki, Djos, Dianda F, S Aboubacar, L Limaba.

Continuons dans la voie de la consolidation de nos liens d'amitié et de fraternité, gardons toujours l'esprit d'équipe. Bonne chance à nous tous. Amicalement.

A tout mes amis du quartier : Pour le soutien.

A mes amis de l'internat de l'UFR/SDS.UO : Toute ma gratitude.

A tous mes promotionnaires et enseignants de l'Ecole primaire publique SADEC « C », du Lycée Municipal (LMB) et du Lycée Ouezzin Coulibaly (LOC) de la ville de Bobo-Dioulasso.

A toutes ces personnes qui souffrent de l'abus de substances psychoactives et qui sont souvent incomprises.

REMERCIEMENTS

A mon Maître et Directeur de thèse : Pr. Innocent Pierre GUISSOU

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Au Chef du Service de Psychiatrie du CHU-SS : Dr. Sélouké SIRANYAN

Merci de nous avoir autorisés à mener ce travail dans votre service.

A mon Maître et Co-directeur de thèse : Dr. Moustapha OUEDRAOGO

Merci pour votre disponibilité et surtout pour votre dynamisme au cours de la réalisation de ce travail.

A tous les enseignants de l'UFR/SDS.UO et le personnel,

Aux Docteurs, Moumouni Compaore, Charles Sombié, Zongo Arsène, Bio Fidel, Toe Bourama, Thierry Palenfo, Bio Bienvenu, Silue Y, Yaro Romual, pour leur soutien.

Au personnel du service de psychiatrie du CHU-SS de Bobo-Dioulasso,

Merci pour votre soutien à mon égard.

Au comité National de Lutte contre la Drogue au Burkina-Faso,

Pour votre précieuse contribution à ce travail.

Au commissaire central de la Police des Mœurs de Bobo-Dioulasso et à tout son personnel pour leur bonne collaboration.

Nos remerciements vont également :

Aux Pr. Rasmané SEMDE, Pr. Père Jacques SIMPORE.

Aux Docteurs Charlemagne GNOULA, YAMEOGO Josias, KERE Moussa, DA Benoit,

En témoignage d'une reconnaissance infinie.

A tout le personnel du service de Biochimie du CHU-YO.

A tout le personnel du service de Saint-Camille/CERBA.

Que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce modeste travail, trouvent ici nos sentiments de profonde gratitude et de reconnaissance infinie. Très cordialement.

A NOS MAITRES ET JUGES

A Notre Maître et Président du jury :

Professeur Arouna OUEDRAOGO

Professeur titulaire de psychiatrie à l'UFR/SDS.UO ;

Directeur de l'UFR/SDS.UO ;

Chef du Service de Psychiatrie du CHU-YO ;

Coordonnateur du DES de Psychiatrie ;

Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHU-YO ;

Président de la Société Burkinabé de Santé Mentale (SOBUSAM) ;

Chevalier de l'Ordre National.

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury et de juger ce travail en dépit de vos multiples occupations, afin de le marquer de l'empreinte de grand maître que vous êtes. Votre compétence, votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré par tous les étudiants que nous sommes.

Cher maître, nous vous prions d'accepter le témoignage de nos sentiments les plus distingués et les plus respectueux.

A Notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Innocent Pierre GUISSOU

Professeur titulaire de Pharmacologie et de Toxicologie à l'UFR/SDS.UO

Responsable des Laboratoires de pharmacologie et de toxicologie à l'UFR/SDS.UO

Chercheur à l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS)

Chef du Département des Laboratoires et de la Pharmacie du CHU-YO

Chef du service de la Pharmacie hospitalière du CHU-YO

Chevalier de l'Ordre National

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Officier de l'Ordre du Mérite de la Santé et de l'Action Sociale

Honorable maître, nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement. Votre rigueur scientifique et l'amour du travail bien fait sont les qualités qui nous ont beaucoup inspiré. Nous avons été véritablement touchés par votre qualité d'homme de sciences et par votre attention malgré vos multiples occupations. Nous espérons que les résultats de ce travail seront à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

A Notre Maître et Juge

Docteur Sélouké SIRANYAN

Maître assistant en pédopsychiatrie à l'UFR/SDS

Chef du service de psychiatrie du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso.

Cher maître, c'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant volontiers de siéger à notre jury de thèse.

Dès le premier contact, nous avons découvert en vous un maître courtois et attentif, confirmant ainsi tout le bien que l'on dit de vous.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici cher maître, notre admiration, nos sentiments de profond respect et de gratitude.

A Notre Maître et Codirecteur de thèse

Docteur Moustapha OUEDRAOGO

Maître assistant en Toxicologie à l'UFR/SDS.UO

Pharmacien à la pharmacie hospitalière au CHUP-CDG

Etre votre élève a été une chance que nous avons su saisir. Nous avons été marqué par vos qualités exceptionnelles de bon pédagogue. Votre rigueur scientifique, l'amour du travail bien fait et votre grande disponibilité n'ont d'égal que votre générosité et votre modestie. Nous ne saurons jamais vous remercier assez pour tout le sacrifice que vous faites pour l'encadrement de vos étudiants.

Veillez accepter cher maître, le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A Notre Maître et Juge

Docteur Estelle Noëla Hoho YOUL

Assistante en pharmacologie à l'UFR/SDS.UO

Cher Maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail nous reconforte à plus d'un égard.

Votre participation à ce jury nous permettra de bénéficier de vos connaissances immenses pour l'amélioration de notre travail. Nous vous adressons nos sentiments de reconnaissance et nos sincères remerciements.

Par délibération, l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

LISTE DES ABREVIATIONS

Cf. : Confère
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU-SS : Centre Hospitalier Universitaire Sanou Sourô
CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
CM : Centre Médical
CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNLD : Comité National de Lutte contre la Drogue
CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Coll. : Collaborateurs
CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGPML : Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DRS : Direction Régionale de la Santé
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
FNULAD : Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues
FSS : Faculté des Sciences de la Santé
g : Gramme
GABA : Acide Gamma-Amino-Butyrique
HA : Antihistaminique
IRSS : Institut de Recherche en Sciences de la Santé
kg : Kilogramme
km : Kilomètre
MDA : Méthylène Dioxy-Amphétamine
mg : Milligramme
MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
OFDT : Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie
OICS : Organe International de Contrôle des Stupéfiants
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisations Non Gouvernementales
ONU : Organisation des Nations Unies
ONUDC : Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime
PEC : Prise En Charge
SDS : Sciences de la Santé
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SNC : Système Nerveux Central
SPA : Substances Psycho Actives
THC : Tétrahydrocannabinol
TM : Troubles Moteurs
TPA : Troubles Psychotiques Aigus
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
U.O : Université de Ouagadougou
USP : Unité de Soins Psychiatriques
VII : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE ET LE SEXE	46
FIGURE 2: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES TRANCHES D'AGE DE DEBUT DE CONSOMMATION ET LE SEXE.....	51
FIGURE 3: FREQUENCE DES SYMPTOMES PRESENTES PAR LES PATIENTS TOXICOMANES DU SERVICE PSYCHIATRIQUE DU CHU-SS.....	68

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS AYANT PRESENTE UN ABUS DE DROGUES PAR ANNEE.....	44
TABLEAU II : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES TRANCHES D'AGE.....	45
TABLEAU III: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE	45
TABLEAU IV: REPARTITION SELON L'APPARTENANCE ETHNIQUE.....	46
TABLEAU V: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA RELIGION.....	47
TABLEAU VI: REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR NATIONALITE	47
TABLEAU VII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR LIEU DE RESIDENCE	48
TABLEAU VIII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA SITUATION MATRIMONIALE.....	48
TABLEAU IX: REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR PROFESSION	49
TABLEAU X: REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR NIVEAU D'INSTRUCTION	50
TABLEAU XI: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES TRANCHES D'AGE DE DEBUT DE CONSOMMATION	50
TABLEAU XII: REPARTITION DES 302 CONSOMMATEURS DE DROGUES SELON LES SUBSTANCES CONSOMMEES.....	52
TABLEAU XIII: FREQUENCE DE CONSOMMATION DES PRINCIPALES SUBSTANCES TOXICOMANOGENES	53
TABLEAU XIV: SUBSTANCES CONSOMMEES SELON LES TRANCHES D'AGE DES PATIENTS	54
TABLEAU XV: SUBSTANCES TOXICOMANOGENES CONSOMMEES SELON LE SEXE	56
TABLEAU XVI: SUBSTANCES TOXICOMANOGENES CONSOMMEES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION	58
TABLEAU XVII: SUBSTANCES TOXICOMANOGENES CONSOMMEES SELON LA PROFESSION	60
TABLEAU XVIII: REPARTITION DES SUBSTANCES TOXICOMANOGENES SELON L'APPARTENANCE ETHNIQUE.....	62
TABLEAU XIX: SUBSTANCES TOXICOMANOGENES CONSOMMEES SELON LA RESIDENCE	64

TABLEAU XX: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE LA VOIE D'ADMINISTRATION	65
TABLEAU XXI: REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR SERVICE D'ORIGINE ...	66
TABLEAU XXII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	66
TABLEAU XXIII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS MOTIFS DE CONSULTATION	67
TABLEAU XXIV : FREQUENCE DES SYMPTOMES PRESENTES PAR LES PATIENTS TOXICOMANES DU SERVICE PSYCHIATRIQUE DU CHU-SS.....	68
TABLEAU XXV : ASSOCIATIONS DE SYMPTOMES LES PLUS FREQUENTS	69
TABLEAU XXVI : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES DIAGNOSTICS EVOQUES	69
TABLEAU XXVII : FREQUENCE DE PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS CHEZ LES PATIENTS TOXICOMANES PRIS EN CHARGE DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIQUE DE BOBO-DIOULASSO	71
TABLEAU XXVIII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION.....	72
TABLEAU XXIX : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'EVOLUTION DE PRISE EN CHARGE.....	73
TABLEAU XXX: REPARTITION DU PERSONNEL SELON LES OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES.....	75
TABLEAU XXXI : STATISTIQUES DES SAISIES DE DROGUES OPEREES DURANT LES CINQ (5) DERNIERES ANNEES (2006-2010) AU BURKINA FASO.....	108
TABLEAU XXXII : QUANTITES DE DROGUES SAISIES DANS LA VILLE DE BOBO- DIOULASSO EN 2010.	108

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION/ENONCE DU PROLEME	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	5
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LES DROGUES	6
1. Définitions	6
1.1. Drogues	6
1.2. Usage simple	6
1.3. Abus de substances ou usage nocif	6
1.4. Dépendance ou pharmacodépendance	6
1.5. Opposition drogue licite - drogue illicite	7
1.6. Usage détourné	7
1.7. Etat de manque	8
1.8. Toxicomanie	8
2. Les substances toxicomanogènes ou drogues	8
2.1. Système de régulation de la dopamine et substances toxicomanogènes	9
2.1.1. Circuit de récompense	9
2.1.2. Rôle de la dopamine	10
2.1.3. Neurotransmetteurs affectés par les drogues	10
2.2. Classification des substances selon leurs effets	11
2.2.1. Dépresseurs du système nerveux central ou Psycholeptiques	11
2.2.2. Les produits stimulants du S.N.C. ou Psycho-Analeptiques	13
2.2.3. Les perturbateurs du système nerveux central ou psychodysleptiques	15
2.3. Classification des substances selon leur voie d'administration habituelle	17
3. Manifestations cliniques des toxicomanies	17
3.1. Intoxication aux amphétamines	17

3.2.	Intoxication à la cocaïne	18
3.3.	Intoxication aux dérivés du cannabis.....	18
3.4.	Intoxication aux opiacés	19
3.5.	Intoxication aux solvants volatils	20
3.6.	Intoxication aux hypnotiques.....	20
3.7.	Intoxication alcoolique	21
3.8.	Intoxication aux hallucinogènes	22
4.	Aspects épidémiologiques.....	22
5.	Prise en charge des toxicomanes	24
6.	Rôle des structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes	26
7.	Attitudes adoptées par les Etats face à la drogue	27
 CHAPITRE II : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION BURKINABE.....		30
1.	Caractéristiques sociodémographiques	30
2.	Caractéristiques socioculturelles.....	31
3.	Caractéristiques socio-économiques	32
4.	Caractéristiques socio-sanitaires.....	32
 DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....		34
OBJECTIFS		35
1.	Objectif général.....	36
2.	Objectifs spécifiques	36
 METHODOLOGIE.....		37
1.	Cadre de l'étude.....	38

2. Matériel d'étude.....	38
3. Type et période d'étude.....	38
4. Population d'étude.....	39
5. Variables d'étude.....	39
6. Critères d'inclusion	40
7. Critères de non inclusion	40
8. Taille de l'échantillon	40
9. Considérations éthiques	40
10. Collecte des données	41
11. Saisie et méthode d'analyse des données	41
RESULTATS	43
1. Données sur les profils des patients	44
1.1. Répartition des patients par année	44
1.2. Caractéristiques sociodémographiques	44
2. Données sur la consommation des drogues	50
2.1. Age de début de consommation de drogues	50
2.2. Type de substances consommées	51
2.3. Substances consommées selon les tranches d'âge des patients.....	53
2.4. Substances consommées selon le sexe	55
2.5. Substances consommées selon le niveau d'instruction	57
2.6. Substances consommées selon la profession.....	59
2.7. Substances consommées selon l'appartenance ethnique.....	61
2.8. Substances consommées selon la résidence	63
3. Voies d'administration	65
4. Données cliniques.....	65

4.1.	Service d'origine.....	65
4.2.	Antécédents psychiatriques	66
4.3.	Motifs de consultation	67
4.4.	Symptomatologie.....	67
4.5.	Diagnostics évoqués	69
5.	Prise en charge	70
5.1.	Mode de prise en charge.....	70
5.2.	Traitements administrés.....	70
5.3.	Durée d'hospitalisation.....	71
5.4.	Evolution de la prise en charge.....	72
5.5.	Test de dépistage des drogues	73
5.6.	Personnel de prise en charge	73
	DISCUSSION.....	76
1.	Limites de l'étude	77
3.	Nombre de cas d'abus de drogues.....	77
4.	Caractéristiques socio-démographiques.....	79
4.1.	Age	79
4.2.	Sexe	79
4.3.	Niveau d'instruction et Profession	80
4.4.	Situation matrimoniale	81
5.	Consommation de drogues.....	82
5.1.	Age de début de consommation	82
5.2.	Substances consommées.....	82
5.3.	Voies d'utilisation	84
6.	Profil clinique.....	84
6.1.	Service d'origine.....	84
6.2.	Motifs de consultation	85
6.3.	Symptomatologie.....	85
6.4.	Test de dépistage des drogues.....	85

7. Prise en charge	86
7.1. Mode de prise en charge	86
7.2. Traitement administré	86
7.3. Evolution de la prise en charge	86
7.4. Personnel de prise en charge	87
CONCLUSION	90
RECOMMANDATIONS	92
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXE	104
RESUME	110

**INTRODUCTION/ENONCE
DU PROLEME**

L'usage de la drogue n'est pas un fait nouveau, il existe depuis des millénaires. L'homme l'emploie depuis l'aube de la civilisation : pour se soigner, soulager sa douleur, et pour modifier son psychisme et son comportement. Pendant longtemps, ces prises de toxiques étaient incorporées aux rituels des sociétés et constituaient de véritables toxicomanies de peuples [53]. Cette consommation de drogues aux assises socioculturelles n'avait pas le caractère de transgression ni le potentiel destructeur emprunté depuis une trentaine d'années par les consommateurs modernes. La toxicomanie, de part ses multiples conséquences sanitaires et sociales, est un problème universel de santé publique [37].

A l'origine, la toxicomanie est un terme qui vient du grec *toxikon*, « poison » et *mania*, « folie » et qui signifie que quelqu'un use de manière répétée et excessive d'une ou plusieurs substances toxiques sans justification thérapeutique.

Aujourd'hui, selon l'OMS, la définition de la toxicomanie correspond à quatre éléments :

- Une envie irrésistible de consommer le produit ;
- Une tendance à augmenter les doses ;
- Une dépendance psychologique et parfois physique ;
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales et économiques). La drogue comme le SIDA sont des fléaux qui minent la vie de nos populations et les privent de leurs moyens économiques. L'usage nocif ou abus est la source de dommages sans que le sujet soit encore devenu dépendant. Il se caractérise par l'apparition de dommages sanitaires (somatiques ; psychiatriques ou psychologiques) ou sociaux (retentissement familial, scolaire, professionnel...) [57].

Ainsi, jusqu'aux années 1960, la toxicomanie était considérée comme un problème anecdotique. Dans les années 1970, la consommation problématique (notamment de psychotropes illicites) explose dans les pays occidentaux pour devenir un problème de santé publique, alors que dans le même temps se met en place une réglementation internationale. De plus, sous l'influence de nombreux facteurs psychologiques, socioculturels et économiques, l'usage de la drogue s'est répandu à un rythme sans précédent [41].

Le développement rapide de ce type de toxicomanie laissait les professionnels démunis, le domaine de connaissance étant peu développé ; la prise en charge relevait le plus souvent de la psychiatrie. L'apparition du VIH/SIDA dans les années 1980 amène une évolution des mentalités par la mise en place des politiques de réduction des risques, notamment dans les pays occidentaux, qui permet une professionnalisation du domaine qui sort du champ dédié à la psychiatrie ; ce qui amène l'apparition de nouvelles approches et techniques.

La toxicomanie n'est plus seulement un « fléau social » mais aussi un « enjeu de santé publique » comme vecteur du SIDA [30]. Au cours des années 1980, les réseaux sanitaires et sociaux se sont développés avec l'émergence du sida en Europe, d'abord de façon informelle.

Médecins hospitaliers et libéraux, pharmaciens et infirmières étaient confrontés à de nouveaux problèmes peu connus et difficiles à résoudre. Leur coopération a permis d'élever les problématiques telles que la toxicomanie au niveau de la santé publique nationale. Actuellement, les réseaux concernant la tabacologie, l'alcoologie et la toxicomanie sont souvent réunis en un « réseau addiction » relatif à l'ensemble des substances addictives. « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires », selon la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé [9].

Ainsi l'abus de drogues constitue un problème de santé publique à l'échelle mondiale. En effet plusieurs indicateurs (taux de mortalité lié à la toxicomanie, arrestation de toxicomanes, nombre de pays signalant une augmentation de la consommation de drogues) montrent que le nombre de toxicomanes ne cesse de croître et que la toxicomanie est véritablement devenue un problème mondial. La santé mentale importe autant que la santé physique pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays. Or, seule une petite minorité des personnes qui souffrent de troubles mentaux ou du comportement se fait soigner. Les progrès des neurosciences et de la médecine du comportement montrent qu'à l'instar de nombreuses maladies physiques, les troubles mentaux et du comportement sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux [37].

Au Burkina Faso la consommation de drogues est une réalité en témoigne les statistiques nationales de saisie de drogues. En effet les deux grandes villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso, à l'image de l'ensemble de tout le pays, sont d'importants centres d'échanges socioculturels et touristiques.

Les dernières statistiques en matière de saisie au Burkina Faso montrent l'ampleur du fléau tant par la quantité des drogues que par leur nature (57,84 tonnes de Cannabis ; 689,83 kg de Cocaïne ; 35,54 tonnes de médicaments de rue entre 2006-2010) [12].

Dans la nuit du 20 au 21 juillet 2011, 1055 kg de chanvre indien ont été saisis par la brigade mobile des douanes de Bobo-Dioulasso (journal le pays N° 4915).

Les faits et dispositions suivantes illustrent également l'ampleur du phénomène :

- ✓ Fréquents échos médiatiques de saisie de drogues (en transit ou non) aux frontières ou dans les grands centres urbains dont la réalité est que « le pays est en passe de devenir un centre potentiel de transit de drogues » ;
- ✓ Prolifération des lieux de suspicion de drogues (sites aurifères, dancing, cafétérias, kiosques,...);
- ✓ Production locale de substances toxicomanogènes (production alcoolique sur tout le territoire, champ de Cannabis dans les zones frontalières avec le Ghana et aussi dans la province du Houet) ;
- ✓ Action de lutte anti-drogue initiée par les autorités à travers la création d'un Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) le décret N°93-231/PRES/PM du 26 Juillet 1993 [12].

Le dérèglement et la disparition des repères sociaux ont conduit certains adolescents à adopter un comportement auto-destructeur et une attitude anti-sociale marquée notamment par la consommation de drogue [1].

La ville de Bobo-Dioulasso, comme la plupart des grandes villes des pays en développement, est confrontée à de nombreux problèmes socio-sanitaires dus au chômage et à une urbanisation galopante. Cette situation s'est aggravée par le phénomène d'urbanisation rapide avec un important déplacement des populations dont la conséquence est la monétarisation des rapports humains : c'est « le sauve qui peut » car il faut batailler pour gagner sa vie. Dans un tel contexte de vie difficile, les jeunes ressentent « un mal de tête » qui les conduit à des pratiques compromettant le maintien de leur état de santé. Pour oublier la faim, la misère, ils ont de plus en plus recours à la drogue. Ils inhalent en particulier des colles, des diluants ou du carburant, la tête enfouie dans un sac plastique. Ils consomment également des amphétamines communément appelée « blue blue », « Djalan » ou « Mio », souvent en association avec de l'alcool. La marijuana commence à être fumée, ou bue, en groupe, mélangée à du thé dans des infusions. Les raisons d'aller à la drogue ne manquent pas.

Le problème de l'abus de consommation des substances psychoactives est tellement préoccupant que des études ont été menées dans plusieurs pays pour comprendre le phénomène.

Au vu de la situation au Burkina, nous avons jugé nécessaire d'entreprendre cette étude pour décrire la situation de la toxicomanie à Bobo-Dioulasso, aussi bien dans ses aspects épidémiologiques que dans la prise en charge. Elle entend contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention et de prise en charge en matière de toxicomanie.

Première partie : GENERALITES

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LES DROGUES

1. Définitions

1.1. Drogues

Primitivement une drogue, c'est toute matière première, de nature organique ou inorganique, utilisée dans la préparation des médicaments. Par extension abusive, actuellement surtout dans le langage courant, synonyme de stupéfiant [44].

Aussi une drogue c'est toute substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. En aucun cas le mot drogue ne doit être utilisé au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active [57].

1.2. Usage simple

L'usage simple est caractérisé par la consommation de substances psycho actives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages. C'est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complication pour la santé, ni trouble du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui [52].

1.3. Abus de substances ou usage nocif

L'usage nocif est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distances, la société. C'est une mode de consommation pathologique avec poursuite des prises malgré des conséquences professionnelles, physiques, judiciaires ou relationnelles sans atteindre le niveau de véritable dépendance [35].

1.4. Dépendance ou pharmacodépendance

C'est un état psychique et quelquefois physique, qui résulte de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue.

Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent toujours fortement l'utilisateur à prendre la drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver les effets physiques ou d'éviter le malaise de privation. Les besoins de doses seront alors de plus en plus élevés pour ressentir l'effet attendu. À ce moment-là, on peut dire que l'utilisateur est devenu toxicomane [62].

1.5. Opposition drogue licite - drogue illicite

Les termes *drogue licite* et *drogue illicite* sont utilisés depuis la mise en place des diverses législations sur les psychotropes [49].

Une *drogue illicite* est une drogue dont la production, le stockage, la vente et l'usage sont prohibés et réprimés par la loi d'un pays. Le caractère illicite de certaines drogues varie d'une législation (et donc d'un pays) à l'autre. Le cannabis, par exemple, est illicite en France mais autorisé sous réglementation stricte à la vente et à la consommation aux Pays-Bas.

Cette distinction entre les deux termes s'attache aux substances psychotropes consommées dans un but non-thérapeutique et susceptible d'induire une dépendance, en les différenciant sur leur statut légal.

Les drogues appelées drogues licites désignent les substances psychotropes dont la consommation et la vente ne sont pas interdites par la loi d'un pays. Par *drogue licite*, on désigne en général l'alcool, le tabac, le café, les médicaments psychotropes ou les solvants organiques.

La distinction « drogues illicites » et « drogues licites » introduite ci-dessus ne saurait induire en aucune manière une distinction de fait entre « drogue dangereuse » (et/ou potentiellement létale) et « drogue inoffensive » (et/ou non potentiellement létale). En d'autres termes, une drogue licite peut être tout aussi dangereuse (ou pas) qu'une drogue illicite [49].

1.6. Usage détourné

Le terme usage détourné désigne l'utilisation d'un médicament en dehors d'indications thérapeutiques. Il s'applique à l'usage de médicaments dans le cadre du dopage mais aussi à l'utilisation de psychotropes pour modifier volontairement l'état de conscience. Ce terme induit un jugement moral.

L'usage détourné désigne souvent l'usage de sédatifs, d'opiacés ou de stimulants à des fins non-médicales, comme cela peut être le cas avec la buprénorphine, la kétamine, la morphine, ou d'autres [44].

1.7. Etat de manque

C'est ce qui se traduit par des symptômes douloureux ou inconfortables éprouvés pendant un certain temps par une personne qui a réduit ou arrêté sa consommation (ce qu'on appelle le sevrage). Il pourra s'agir de douleurs psychiques (une grande anxiété, des troubles du comportement, insomnies, agressivité...) et physiques, variables selon les produits consommés (des tremblements incontrôlés, voire des convulsions, sueurs, contractures musculaires, diarrhées, palpitations) [5].

1.8. Toxicomanie

A l'origine "la" **toxicomanie** est un terme qui vient du grec *toxikon*, « poison » et *mania*, « folie » et qui signifie que quelqu'un use de manière répétée et excessive d'une ou plusieurs substances toxiques (analgésiques, stimulants et autres psychotropes) sans justification thérapeutique.

Aujourd'hui on parle plus volontiers d'addictions au pluriel parce que les pratiques de consommation ont évolué du côté des **polytoxicomanies** (alcool, médicaments, drogues diverses, synthétiques ou naturelles, etc.). Les usages évoluent vers un besoin incontrôlable de continuer à consommer le produit, accompagné d'accoutumance puis de dépendance [57]. Selon l'OMS, la définition stricte de la toxicomanie correspond à quatre éléments :

- Une envie irréprensible de consommer le produit ;
- une tendance à augmenter les doses ;
- une dépendance psychologique et parfois physique ;
- des conséquences néfastes sur la vie quotidienne

2. Les substances toxicomanogènes ou drogues

Les substances toxicomanogènes consommées à travers le monde sont très diversifiées.

Les drogues sont toutes des **xénobiotiques**, c'est-à-dire des substances étrangères à notre organisme et dépourvues de toute valeur nutritive.

Leur action pharmacologique est suivie d'un métabolisme c'est-à-dire d'une transformation en produits généralement inactifs éliminés le plus souvent dans l'urine. L'étude de ces transformations relève de la pharmacocinétique.

2.1. Système de régulation de la dopamine et substances toxicomanogènes

Le comportement addictif des drogués s'explique par une action des drogues dans le cerveau, au niveau du striatum, activant la sécrétion de dopamine.

Le striatum est donc une cible de l'innervation dopaminergique. Il est la principale structure contrôlant la programmation et l'exécution des comportements moteurs. Les signaux excitateurs d'origines corticales périlimbique et sensori-motrice et thalamique y convergent, sont intégrés et redistribués vers les autres ganglions de la base également impliqués dans le contrôle de la locomotion (substance noire, globus pallidus, noyau sous-thalamique).

Au sein des ganglions de la base, la régulation de la motricité est due à un équilibre entre des stimulations (glutamate et dopamine) et des inhibitions (GABA) qu'exercent, les uns sur les autres, les différents noyaux. De surcroît, cet équilibre est modulé « à la baisse » par les endocannabinoïdes [39].

2.1.1. Circuit de récompense

C'est la partie du système nerveux central qui relie certains groupes de neurones à l'origine de fortes sensations de plaisir et de satisfaction. On distingue trois phases dans le fonctionnement de notre circuit de récompense. D'abord, en réponse à un stimulus sensoriel (toucher, vue, faim, soif...), notre cerveau nous pousse à l'action pour satisfaire un besoin ou un désir : c'est la faim qui nous pousse à manger quand notre taux de glucose diminue dans le sang.

En deuxième lieu, cette action est récompensée par une sensation de plaisir. C'est l'action surtout qui est récompensée et pas seulement le fait de satisfaire le besoin.

Enfin, un sentiment de satisfaction vient mettre un terme à l'action, jusqu'à ce qu'un nouveau signal vienne encore déclencher un désir.

Les comportements utiles à notre survie sont donc sous contrôle du circuit désir—action—satisfaction, système de neurones particuliers de notre cerveau [17].

2.1.2. Rôle de la dopamine

Les premières évidences du rôle de la dopamine dans la sensation de plaisir viennent des études où l'on avait montré une augmentation de dopamine dans certaines régions du cerveau des rats quand ceux-ci étaient engagés dans des activités gratifiantes. Dans des expériences subséquentes, on a empêché ce neurotransmetteur de se fixer à ses récepteurs en injectant des substances antagonistes qui bloquent son action. Ces bloqueurs ont eu pour effet de réduire les comportements orientés vers la recherche du plaisir. Les animaux ainsi traités perdaient par exemple toute envie de manger. Or on sait que toutes les drogues qui créent une dépendance élèvent artificiellement la quantité de dopamine dans les circuits de la récompense. Il semble donc que la libération de dopamine informe l'organisme de la présence possible d'une récompense dans un environnement donné. [39].

2.1.3. Neurotransmetteurs affectés par les drogues

La dopamine participe à de nombreuses fonctions essentielles à la survie de l'organisme comme la motricité, l'attention, la motivation, l'apprentissage et la mémorisation. C'est un élément clé dans le repérage de récompenses naturelles pour l'organisme. Elle participe aussi à la mémorisation (inconsciente) des indices associés à ces récompenses. Il est désormais établi que tous les produits qui déclenchent la dépendance chez l'homme (sauf les benzodiazépines) augmentent la libération d'un neuromédiateur, la dopamine, dans une zone précise du cerveau, le noyau accumbens.

Mais toutes les drogues ne provoquent pas de la même façon l'évolution du taux de dopamine dans le cerveau :

- certaines substances **imitent** les neuromédiateurs naturels et donc se substituent à eux dans les récepteurs ; la morphine, par exemple, s'installe dans les récepteurs à endorphine (une "morphine" naturelle produite par le cerveau), et la nicotine, dans les récepteurs à acétylcholine ;
- certaines substances **augmentent** la sécrétion d'un neuromédiateur naturel ; la cocaïne, par exemple, augmente surtout la présence de dopamine dans les synapses, et l'ecstasy surtout celle de la sérotonine ;
- certaines substances **bloquent** un neuromédiateur naturel ; par exemple, l'alcool bloque les récepteurs nommés NMDA (N-méthyl-D-aspartate) [31].

✓ Rappels sur le mode d'action du Cannabis :

La sensation d'euphorie légère, de relaxation et de perceptions auditives et visuelles amplifiées que produit le cannabis s'explique presque entièrement par son action sur les récepteurs cannabinoïdes.

Ces récepteurs sont présents un peu partout dans le cerveau et une molécule endogène qui s'y lie naturellement, l'anandamide, a été identifiée. L'anandamide participe à la régulation de l'humeur, de la mémoire, de l'appétit, de la douleur, de la cognition et des émotions. Lorsqu'on introduit du cannabis dans l'organisme, son ingrédient actif, le Delta-9-tetrahydrocannabinol (ou THC), peut donc perturber toutes ces fonctions.

Le THC commence par se fixer sur les récepteurs CB1 de l'anandamide et modifie alors l'activité de plusieurs enzymes intracellulaires, Il diminue l'activité de l'AMPc. La baisse d'activité de cette enzyme affectera les canaux potassiques et calciques de façon telle que la quantité de neurotransmetteurs relâchés sera diminuée. L'excitabilité générale des réseaux de neurones s'en trouvera donc elle aussi amoindrie. Toutefois, dans le circuit de la récompense, on observe comme pour les autres drogues une augmentation de la libération de la dopamine. Le cannabis va provoquer une levée de l'inhibition des neurones au GABA et par conséquent activer les neurones à dopamines. Enfin, la perte de récepteurs CB1 au niveau des artéριοles cérébrales des consommateurs chroniques provoque la réduction du flux sanguin et, par conséquent, de l'apport en glucose et en oxygène. Ceci se traduit principalement par des troubles de l'attention, des capacités amnésiques et de d'apprentissage [31].

2.2. Classification des substances selon leurs effets

Les drogues sont classées selon plusieurs critères. Cependant l'organisation des Nations Unies (ONU) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retiennent celle qui tient compte des effets que les drogues produisent dans le corps humain.

Ainsi, selon leurs effets, les drogues peuvent être classées en trois (03) grands groupes.

2.2.1. Dépresseurs du système nerveux central ou Psycholeptiques

Ces substances dépriment les fonctions psychiques d'un individu en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau. Elles relaxent leur utilisateur, celui-ci est alors moins conscient de son environnement. Ils comprennent :

2.2.1.1. Opium

Il est cultivé en Asie, en Inde et en Extrême-Orient.

Substance de consistance visqueuse à solide, de couleur variant du brun foncé au noir. Il est extrait naturellement du Pavot somnifère.

Il se fume ou se mange, et son utilisation se voit essentiellement sous un mode traditionnel relevant d'une pratique culturelle dans un groupe donné.

L'utilisation des formes thérapeutiques est relativement réduite (élixir parégorique) [66].

2.2.1.2. Morphine

Poudre cristalline de couleur variant du blanc au beige, petit comprimé blanc ou liquide incolore. Découverte en 1806, c'est l'alcaloïde le plus important de l'opium et est présent dans le latex de diverses espèces de pavots comme *Papaver somniferum* (Papaveraceae).

L'administration de la morphine se fait par voie sous cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.

La morphine est également un médicament analgésique opiacé majeur pour les douleurs intenses comme celles survenant durant la phase terminale des cancers.

Sur le Système Nerveux Central (SNC), l'action de la morphine se manifeste par une excitation à faible dose et une sédation à forte dose.

Il y a une dépression du SNC avec des effets analgésique, hypnotique et antitussif, un risque important de dépression respiratoire pouvant survenir; ce qui est un facteur défavorable de l'intoxication par overdose, un coma hypoxémique, une encéphalopathie post anoxique, voire un décès.

Les effets secondaires périphériques sont les troubles digestifs : constipation, nausées, vomissements, également des sueurs, une sécheresse buccale, une dysurie.

Elle procure une sensation d'euphorie, de bien-être avec accoutumance [35].

2.2.1.3 Héroïne

Dérivé semi-synthétique de morphine, elle a été découverte en 1874 dans le but d'améliorer l'action analgésique de la morphine et réduire le risque d'assuétude. Elle fut rapidement retirée de la pharmacopée car elle s'est révélée comme un poison encore plus redoutable, donnant lieu à une forte assuétude.

L'héroïne ou 3,6 diacétylmorphines provient de l'opium, c'est une poudre cristalline de couleur variant du blanc au brun pâle et est obtenue par l'intermédiaire de la morphine.

Elle est souvent mélangée avec des agents diluants (caféine, aspirine, sucres divers, bicarbonate, strychnine, talc, etc.).

L'administration se fait généralement par voie intraveineuse après solubilisation dans de l'eau chauffée, à divers sites anatomiques (veine des bras, des jambes, des chevilles, des pieds, sublinguales, voire sous-oculaires de façon à masquer les stigmates des injections).

L'héroïne peut également être inhalée (sniff) ; l'effet est aussi rapide mais les quantités nécessaires sont plus grandes.

La diacétylation augmente la solubilité de la molécule dans les lipides et explique la précocité et la violence de son action après injection, le cerveau étant essentiellement constitué de phospholipides.

La demi-vie plasmatique n'excède pas 3 à 10 minutes, l'héroïne étant rapidement catabolisée en 6 monoacétylmorphine puis en morphine.

C'est pourquoi on ne retrouve pas de trace d'héroïne dans l'urine, la 6 monoacétylmorphine pouvant être détectée pendant 24 à 48 heures environ; ensuite et pendant 3 à 4 jours on ne retrouve que de la morphine [56].

2.2.2. Les produits stimulants du S.N.C. ou Psycho-Analeptiques

Ils stimulent les fonctions psychiques d'un individu. Ils augmentent le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau et accélèrent le processus mental. Le consommateur est alors plus alerte et plus énergique.

2.2.2.1. Cocaïne

Substance active des feuilles du coca (arbre), la cocaïne est le plus souvent inhalée (le sniff), mais peut être injectée par voie intraveineuse.

Elle se présente sous plusieurs formes :

- la poudre blanche appelée « neige » contenant 5 à 15% de principe actif mélangé souvent à du talc, aspirine, barbiturique, anesthésiques locaux de synthèse (lidocaïne). Elle est sniffée (prise nasale) au moyen d'une minuscule spatule que l'on porte aux narines ou par dépôt de la dose sur une surface plane et lisse (souvent un miroir), où elle est disposée en ligne au moyen d'une feuille de papier ou une lame de rasoir. L'utilisateur à l'aide d'un morceau de papier roulé en cylindre, inspire la poudre en suivant la ligne (se faire une ligne) ;

- la pâte de coca ou « pasta » contenant 15 à 25% d'alcaloïde actif est consommée mélangée à du tabac;
- le « crack », cocaïne pure, obtenue à partir de la pâte de coca se vaporisant à température élevée, fumée dans une pipe à eau, parfois mélangée à l'herbe de cannabis dans des cigarettes. Le crack est considéré comme une nouvelle méthode de consommation de cocaïne. Le terme « crack » proviendrait du bruit produit par les cristaux sous l'effet de la chaleur.
- La rock cocaïne (cocaïne caillou) est une préparation de cocaïne traditionnelle sous forme de petits granulés très durs, de couleur blanchâtre, devant être pulvérisés avant usage au moyen d'un moulin à cocaïne [28].

2.2.2.2. Amphétamines

Elles ont pour caractéristiques de s'opposer au sommeil (effet d'éveil) et de réduire l'appétit (effet anorexigène). Ce sont des stimulants, activateurs du système nerveux central qu'elles mettent en tension ou en alerte.

On peut citer : l'amphétamine, l'ecstasy, la méthamphétamine, la dexamphétamine, le méthylphénidate...

La méthamphétamine peut être synthétisée à partir de l'éphédrine et de la pseudoéphédrine. L'éphédrine et la pseudoéphédrine sont des stéréo-isomères ayant un effet β -adrénergique par actions directe et indirecte. Elles entraînent également une stimulation centrale de type «amphétaminique» de plus faible puissance.

Inscrites sur la liste de substances psychotropes, certaines amphétamines ont été retirées du marché et leur emploi thérapeutique est limité de nos jours.

On trouve les amphétamines sur le marché sous forme de comprimés, de capsules, de liquides sous ampoules ou de poudre blanche à jaune cristalline souvent associés à de la cocaïne ou à des opiacés. Les amphétamines sont solubles dans l'eau et l'alcool, insolubles dans l'éther [56].

2.2.2.3. Phenyl éthylamines et analogues

Substances proches des amphétamines classiques, elles sont obtenues pour la plupart par synthèse. Le chef de file est le Méthylène Diamphétamine (MDA).

Ces substances se présentent le plus souvent sous forme de gélules artisanales dont les quantités quotidiennes ingérées varient de 100 à 150 mg [28].

2.2.2.4. Khat

Arbrisseau dont les feuilles sont utilisées comme masticatoire en Afrique de l'Est et au Yémen. Les principes actifs de la plante sont la cathine et la cathinone. C'est une sorte d'amphétamine végétale [28].

2.2.3. Les perturbateurs du système nerveux central ou psychodysléptiques

C'est la catégorie des «hallucinogènes»; ils perturbent les fonctions psychiques d'un individu, influencent le fonctionnement cérébral, la perception, et l'humeur.

2.2.3.1. LSD 25 ou Acide lysergique

Découvert en 1943 par Hoffman à partir de l'ergot de seigle (parasite responsable d'une maladie avec hallucinations).

C'est une poudre blanche et cristalline qui se prend par voie orale. C'est un puissant hallucinogène.

Il est incolore, inodore, et peut se déposer sur des supports variés : papiers, pâtes alimentaires, comprimés de médicaments, etc.) [28].

2.2.3.2. Cannabis

Il provient du chanvre indien variété du *Cannabis sativa L.* Il se fume dans des cigarettes ou dans des pipes mais aussi peut être ingéré par voie orale.

Le principe actif de cette drogue est le tétrahydrocannabinol (THC).

Le chanvre indien est une plante à partir de laquelle sont obtenues trois formes de produits stupéfiants:

- l'herbe de cannabis séchée et hachée a l'apparence du tabac. Sa couleur varie selon le pays d'origine: kaki pour le Maroc, marron clair doré (dite gold) pour la Colombie. Sa teneur en THC varie entre 0.5 et 4 %.

Ce produit est connu sous le nom de marijuana ou marie-jeanne pour l'Amérique et l'Europe, bhang et ganja (Inde) , kif (Algérie , Maroc) , takroussi (Tunisie), habak (Turquie), haschich el keif (Syrie , Liban) , djomba , yamba , rianza (Afrique Centrale et Occidentale , Brésil) , dagga (Afrique Australe), grifa (Mexique), etc.

➤ la résine de cannabis est appelée le «Haschich», sa teneur en T.H.C varie entre 12% et 14%. Il s'agit de sécrétions résineuses de la plante séchée, comprimée en bloc, parfois mélangée à de la cire, de la terre, du henné pour former des plaquettes. Il existe plusieurs types de résine selon la zone de provenance:

- noire (très concentrée en T.H.C) en provenance du Pakistan, de l'Afghanistan ou du Népal ;
- rougeâtre ou ocre en provenance du Liban ;
- verdâtre ou marron clair en provenance du Maroc.

➤ l'huile de cannabis : C'est un produit obtenu par distillation répétée des feuilles ou de la résine de cannabis. Il se présente sous forme d'une substance visqueuse de couleur noire.

L'herbe et la résine se consomment mélangées ou non à du tabac et sont fumées dans des cigarettes ou des pipes. L'huile est habituellement fumée après avoir été déposée sur une cigarette [28].

2.2.3.3. Alcool

En raison de leurs multiples utilisations, ils sont responsables de nombreuses intoxications.

L'éthanol ou alcool éthylique est un produit de la fermentation naturelle des sucres, que l'on retrouve dans les boissons dites alcoolisées. Il est d'utilisation très courante dans les cosmétiques, les préparations pharmaceutiques, les produits ménagers, industriels, etc. [38].

2.2.3.4. Champignons hallucinogènes

A partir des champignons hallucinogènes est obtenu un alcaloïde appelé psilocybine. Des exemples de champignons hallucinogènes : Amanites, Lycoperdons, Stropharia, Conocybe, Psilocybe [28].

En marge de cette classification, il existe une autre catégorie de produits divers (colles, solvants, aérosols) apparus plus récemment et faisant l'objet d'un usage toxicomaniaque surtout chez les mineurs et généralement désignés sous le terme d'inhalant en raison de leur mode d'utilisation.

Ce sont des produits qui se sniffent ou s'aspirent.

Exemples :

- les dissolutions
- l'éther
- l'essence

- kérogène et autres.

En plus il y'a des produits non toxicomanogènes mais utilisés en toxicomanie : ce sont des Substances Psychotropes n'ayant pas d'effets toxicomanogènes

Exemples :

- Antidépresseurs
- Neuroleptiques
- Autres

Ce sont des produits détournés de leur usage ou destination [62].

2.3. Classification des substances selon leur voie d'administration habituelle

Les drogues sont consommées de diverses manières selon leur nature, leur présentation et l'effet recherché. Les modes de consommation les plus fréquents sont :

- Drogues injectées : Morphine, Héroïne et Analgésiques opiacés de synthèse
- Drogues inhalées : Cocaïne et Solvants volatils
- Drogues fumées : Cannabis et Opium
- Drogues ingérées : Alcools, Acide Lysergique ou LSD 25, Médicaments à usage détourné, Produits végétaux, etc. [26].

3. Manifestations cliniques des toxicomanies

Les drogues sont naturellement consommées pour leurs effets mais leur usage présente toujours des risques et des dangers. Ces effets, risques et dangers varient selon les produits utilisés, mais aussi selon l'usage qui en est fait, selon la sensibilité, l'état physique et psychique du consommateur et selon les circonstances de la consommation. On distingue :

3.1. Intoxication aux amphétamines

L'intoxication aux amphétamines provoque une stimulation psychique et une excitation diffuse. L'état d'hyper-vigilance comprend une disparition de la sensation de fatigue et de faim, une diminution du besoin de sommeil ainsi qu'une apparente facilitation intellectuelle. Le rendement et la créativité sont accrus.

Après, survient la « descente » dominée par une fatigue intense, des états anxieux, dépressif et une insomnie. Par voie intraveineuse, l'effet recherché est le flash, violent mais bref.

Seule la répétition des injections permet de retrouver immédiatement l'état « high » au cours duquel l'angoisse et l'asthénie disparaissent.

L'intoxication aiguë fait courir le risque de surdosage avec coma et mort par arrêt cardiaque.

L'intoxication chronique entraîne des troubles somatiques : épuisement physique avec anorexie totale, insomnie grave, amaigrissement impressionnant, déshydratation, sensibilité aux infections et des complications neuropsychiatriques dominées par des états confusionnels, des crises convulsives. La dépendance et la tolérance sont fréquentes.

La tolérance aux amphétamines peut être très importante, amenant à une consommation de plusieurs centaines de mg par jour. La dépendance est psychique et peut entraîner des manifestations sévères à type d'anxiété, d'agitation, d'états confusionnels et dépressifs [56].

3.2. Intoxication à la cocaïne

Ces produits favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et masquent la fatigue. Ils induisent un sentiment fallacieux d'assurance et de contrôle de soi. L'effet est généralement suivi d'un état d'épuisement et de dépression.

A dose faible, elle déclenche une sensation d'ivresse euphorique avec stimulation intellectuelle et hyperactivité.

A dose importante, une angoisse et une apathie se développent rapidement, complétées par une hyperesthésie, des hallucinations auditives et des idées délirantes de persécution.

La dépendance est psychique, importante et précoce. Elle provoque une augmentation rapide des doses qui serait due à la potentialisation de la transmission dopaminergique dans le système mésocorticolimbique.

L'administration prolongée peut entraîner des complications psychiatriques à type de troubles psychotiques paranoïaques et des complications somatiques, qui peuvent être parfois mortelles [26].

3.3. Intoxication aux dérivés du cannabis

Ces produits provoquent une perturbation de la perception de l'environnement et de la réalité : modifications de la perception du temps et de l'espace, sensibilité exacerbée aux couleurs et aux sons, confusion des sens (on "voit les sons" ou on "entend les images"). Les effets sont variables, allant de la simple euphorie, au sommeil profond [2]. Les hallucinations sont rares, bien que les dérivés du cannabis soient classés parmi les hallucinogènes.

- Les effets physiques sont d'abord un bien-être, puis des phénomènes vasomoteurs, parfois des nausées et des vomissements. On observe souvent une mydriase discrète.
- Les effets psychologiques dépendent du produit mais aussi de l'attente du sujet. Les plus constants sont : une certaine euphorie avec rire facile et peu motivé, une exaltation intellectuelle avec exagération des sentiments à la limite de la dissociation d'idées ; il existe une modification des sensations auditives, et aussi une baisse de la mémoire, et la constitution d'idées fixes.

La dépendance est surtout psychique ; il n'y pas de dépendance physique. Les complications psychiatriques sont rares et peuvent survenir chez des sujets fragiles, parfois dès la première fois [5].

3.4. Intoxication aux opiacés

Les opiacés entraînent une sensation de détente, de bien-être et de rêve, ainsi qu'une perte d'inhibition parfois. Le groupe comprend l'opium et ses dérivés : des analgésiques de synthèse et des antitussifs qui ont en commun des propriétés morphinomimétiques.

Les principales substances sont l'opium, la morphine et l'héroïne. L'injection intraveineuse des opiacés entraîne le flash : réaction brutale intense et brève de plaisir, de chaleur et d'euphorie.

Cette réaction s'accompagne de modifications physiologiques (réchauffement cutané, prurit, bradycardie, hypotension, hyperglycémie, myosis, état de veille interrompu par des absences, de la somnolence), puis s'installe une phase de bien-être avec prise de distance avec la réalité.

On observe une dépendance psychique et une dépendance physique [56].

En cas de sevrage, le syndrome d'abstinence est pénible et prolongé et se manifeste par une angoisse majeure associée à des troubles digestifs, des douleurs diffuses intenses, une fatigue physique importante, et épisodiquement une agitation avec agressivité. L'état de manque devient insupportable et le toxicomane recherche « par n'importe quel moyen » le toxique, ou à défaut s'installe par la suite une somnolence, avec fièvre, nausées, vomissements, crampes musculaires et parfois déshydratation [35].

Les intoxications aiguës entraînent une agitation, parfois des convulsions, et un coma avec risque cardiorespiratoire par atteinte bulbaire peut survenir. L'intoxication chronique quant à elle, conduit à des accidents somatiques et à des complications neuropsychiatriques.

Les complications somatiques peuvent se traduire par des perturbations digestives diverses, des troubles nerveux (céphalées, vertiges, tremblements, paresthésies, fasciculations musculaires), une atteinte de l'état général avec insomnie rebelle, amaigrissement, déshydratation, dénutrition et épuisement physique. Les accidents neuropsychiatriques sont rares. Toutefois, des états confusionnels et un syndrome déficitaire sont susceptibles de se développer [27].

3.5. Intoxication aux solvants volatils

Fréquemment retrouvée dans les polyintoxications ; l'intoxication aux solvants volatils provoque dans le cas de l'éther, un état d'ébriété avec exaltation intellectuelle et des troubles thymiques, état pouvant se compliquer de convulsions, de bouffées confuso-oniriques et de coma. La dépendance est variable et est surtout psychique mais parfois également physique comme avec l'éther où l'on peut voir des accidents de sevrage de type délirium tremens. La tolérance augmente au bout de plusieurs mois. Les accidents psychiatriques sont fréquents : agressivité, dépression, confusion mentale, délire.

Si la prise des solvants est régulière, l'évolution se fait vers une déchéance physique et psychique très importante, avec irritabilité, insomnie, troubles du caractère et de l'humeur [40].

3.6. Intoxication aux hypnotiques

Les hypnotiques sont capables d'entraîner le développement d'une dépendance plus ou moins intense. On distingue :

➤ Les barbituriques

Les barbituriques développent rapidement en quelques semaines une tolérance à l'effet hypnotique, mais sans que la dose toxique ne soit pratiquement modifiée, ce qui réduit progressivement la marge thérapeutique.

Cette tolérance est, d'une part, de type dispositionnel, métabolique ou pharmacocinétique, due à l'induction enzymatique provoquée par ces substances, et, d'autre part, pharmacodynamique ou fonctionnelle, suite à une « adaptation » du système nerveux central. L'accroissement des doses majore alors l'intensité des effets résiduels au réveil, à savoir des troubles confusionnels, « viscosité » mentale. Le sevrage brutal, suite à une période d'administration prolongée, véritable intoxication chronique, entraîne une réapparition majeure de l'insomnie.

A doses élevées, supérieures au gramme par jour, un véritable syndrome de sevrage traduit la dépendance physique.

La sévérité des signes de sevrage est ainsi fonction des doses reçues et de la durée de la période d'imprégnation. Les premiers symptômes apparaissent environ 12 heures après la dernière prise. Il s'agit alors de tremblements, surexcitation, anxiété, douleurs abdominales, faiblesse générale. Les signes les plus sévères apparaissent plus tardivement, dans les jours suivants et se traduisent par des crises convulsives pouvant déboucher sur un état de mal convulsif ou par un état confuso-onirique proche du délirium tremens [56].

➤ **Les benzodiazépines**

C'est la classe la plus importante des anxiolytiques et hypnotiques.

Une dépendance physique avec syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de la prise de benzodiazépine peut également s'observer. Dans la majorité des cas observés, la dépendance physique réelle apparaît suite à une consommation de doses élevées et surtout sur une période prolongée de plusieurs mois ou plusieurs années [64].

➤ **Le glutéthimide**

Développé en vue de pallier les inconvénients des barbituriques, il expose en réalité aux mêmes risques de dépendance. L'intoxication aiguë est également plus sévère et difficile à maîtriser.

➤ **Les quinazolones (methaqualone, mecloqualone)**

Potentialisés par l'alcool, ils développent des effets onirogènes et hallucinogènes et l'incoordination motrice résulte de ce type d'association [56].

3.7. Intoxication alcoolique

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer le mode d'action complexe de l'alcool sur le système nerveux central.

- L'intoxication alcoolique chronique se caractérise par :
 - des signes notables à l'inspection (faciès congestif, sueurs, tremblements) ;
 - l'haleine ;
 - des modifications psychiques variables (troubles de l'affectivité, troubles intellectuels) ;
 - des signes somatiques (signes gastriques, hépatiques, neurologiques, cardio-vasculaires).
- L'intoxication alcoolique aiguë peut présenter deux formes :
 - l'ivresse simple comprenant une excitation intellectuelle et motrice, une sensation d'euphorie, des incoordinations motrices ;

- l'ivresse pathologique avec survenue de symptômes psychiatriques, faisant distinguer l'ivresse excito-motrice, l'ivresse hallucinatoire, l'ivresse délirante [3].

La tolérance à l'alcool est variable d'un sujet à l'autre ; elle dépend de l'âge, du sexe, des prédispositions héréditaires, des habitudes alimentaires, de la durée de l'intoxication.

Avec les habitudes d'alcoolisation, une véritable dépendance peut s'installer [40].

Les signes de sevrage se traduisent par la survenue, quelques heures après l'arrêt ou la réduction d'une consommation excessive prolongée, du ou des symptômes suivants :

- tremblements des mains ou de la langue,
- nausées ou vomissements,
- tachycardie, sueurs, hypotension orthostatique,
- anxiété, humeur dépressive ou irritabilité.

En cas de delirium tremens, le traitement représente une urgence médicale imposant une hospitalisation et parfois un transfert en réanimation [38].

3.8. Intoxication aux hallucinogènes

Ce sont essentiellement la mescaline, le LSD 25, la psilocybine. Ils peuvent provoquer des désordres de la perception induisant notamment des hallucinations et des distorsions de la pensée.

Les effets des hallucinogènes varient selon la dose absorbée. L'expérience psychédélique ou « voyage » comprend essentiellement des troubles perceptifs, des modifications de la conscience, et des manifestations dysthymiques ; les troubles somatiques sont habituellement modérés.

Au cours des « mauvais voyages » les usagers peuvent présenter des hallucinations terrifiantes, une dépersonnalisation massive, un syndrome de dissociation pouvant donner lieu à des troubles du comportement (agressivité) ou encore à des anomalies perceptives. Parfois apparaît une psychose délirante. A long terme, les hallucinogènes seraient susceptibles de déclencher des états dépressifs graves [26].

4. Aspects épidémiologiques

Les données épidémiologiques sont difficiles à recueillir en raison de la complexité du phénomène de la drogue et de la difficulté qu'il y a à évaluer la spécificité d'une telle activité illicite. Les analyses de la culture et de la production illicite de drogues par exemple, sont fondées sur des estimations et ne peuvent pas être considérées comme tout à fait concluantes.

Néanmoins, certaines sources d'informations permettent de faire chaque année, les évaluations de la production, du trafic et de la consommation de drogues illicites.

La commission des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies déclare que dans un seul pays comptant environ 25 millions d'habitants, le nombre d'opiomanes s'élève, d'après une évaluation, à 1.500.000 et que, dans un autre pays où le chiffre de la population atteint 19 millions d'habitants, le nombre de personnes se livrant à l'abus du cannabis est évalué à un total oscillant entre 400.000 et 450.000 [49].

Une étude menée par l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) et rendue public en Juin 2010, a tiré la sonnette d'alarme sur la toxicomanie en Afghanistan.

Selon les données publiées, près d'un million d'afghans âgés de 15 à 64 ans sont dépendants aux opiacés, soit 8% de la population. Ce taux représente deux fois plus que la moyenne mondiale. En fait, le nombre de consommateurs d'opiums est passé de 150.000 à 230.000 en cinq années, soit une augmentation de 53%. En ce qui concerne l'héroïne, le nombre est passé de 50.000 en 2005 à 140.000 en 2010, soit une augmentation de 140% [49].

Il est évident que ces chiffres ne permettent pas d'arriver par simple extrapolation à une estimation du nombre total des toxicomanes existant dans le monde, mais ils dénotent l'ampleur du problème qui se pose dans certains pays. Or il ne s'agit pas uniquement d'une perte de main-d'œuvre et des conséquences économiques et financières qu'elle entraîne : la toxicomanie conduit souvent au crime et peut aller jusqu'à menacer la structure économique et sociale des pays où elle sévit.

L'Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime(ONUDC) fait apparaître une évolution de l'usage de drogues en faveur de nouvelles substances et de nouveaux marchés.

La culture de plantes servant à fabriquer des drogues recule en Afghanistan (opium) et le coca dans les pays andins (Argentine, Bolivie, Colombie...), et la consommation de drogues s'est stabilisée dans les pays développés. Toutefois, certains signes révèlent une progression de cette consommation dans les pays en développement, de même qu'un abus croissant de stimulants de type amphétamine et de médicaments délivrés sur ordonnance à l'échelle de la planète [49].

La superficie totale consacrée à la culture du pavot à opium a chuté de près d'un quart (23%) ces deux dernières années. La culture du cocaïer, qui a diminué de 28% ces dix dernières années, a continué de se contracter en 2009.

La production mondiale de cocaïne a fléchi de 12 à 18% au cours de la période 2007-2009. Le marché mondial de l'héroïne, estimé à 55 millions de dollars des Etats-Unis, est concentré en Afghanistan (qui compte 90% de l'offre), en Russie, en Iran et en Europe Occidentale qui, ensemble, consomment la moitié de l'héroïne produite dans le monde [48].

Ces dix dernières années, le nombre de consommateurs de cocaïne en Europe a doublé, passant de 2 millions en 1998 à 4,1 millions en 2008 [49].

L'évolution de la demande s'est traduite par une modification des itinéraires de trafic, un volume croissant de cocaïne venu des pays andins arrivant en Europe par l'Afrique de l'Ouest.

Le nombre total de personnes consommant des stimulants de type amphétamine estimé entre 30 et 40 millions environ, devrait bientôt dépasser le nombre de consommateurs d'opiacés et de cocaïne réunis [49].

Le nombre de laboratoires clandestins de fabrication de stimulants de type amphétamine signalés, a augmenté de 20% en 2008, y compris dans des pays où de tels laboratoires n'avaient jamais été découverts auparavant [49].

Le cannabis reste la substance illicite la plus largement produite et utilisée à l'échelle mondiale. On en cultive dans presque tous les pays du monde et de 130 à 190 millions de personnes en fument au moins une fois par an. Sur la base de données recueillies en 2009, l'Afghanistan est actuellement le principal producteur au monde de résine de cannabis (et également d'opium) [49].

Les plus grands producteurs de drogues sont classés en deux catégories : le triangle d'or (Myanmar, Laos, Thaïlande) pour l'héroïne et la cocaïne. Le croissant d'or (Afghanistan, Pakistan, Inde, Iran), en plus de l'héroïne et de la cocaïne, produisent abondamment le cannabis. Il y a une montée en flèche de la consommation d'héroïne en Afrique de l'Est, l'accroissement de la consommation de cocaïne en Afrique de l'Ouest et en Amérique du sud et la forte progression de la production et de l'abus de drogues de synthèse au Moyen-Orient et en Asie du Sud-est.

La situation politique instable en Afrique de l'Ouest fait de cette partie du continent africain une plaque tournante du trafic de cocaïne. Il y a une grave pénurie de centres de traitement de la toxicomanie dans le monde entier. En effet, un cinquième environ d'usagers problématiques de drogues dans le monde avait été soignés en 2009 [49].

5. Prise en charge des toxicomanes

C'est le dispositif de l'injonction thérapeutique ou de l'obligation de soins qui s'applique aux usagers de tout produit stupéfiant. Cette prise en charge est souvent longue et difficile, nous ne donnerons que les grands axes.

Certains toxicomanes peuvent être suivis par des médecins généralistes, d'autres par contre relèvent de la compétence de médecins psychiatres travaillant avec des équipes pluridisciplinaires.

- Le but du traitement est d'améliorer la santé physique et psychique du toxicomane.
- Les objectifs de la prise en charge sont :
 - établir des relations sociales et familiales stables ;
 - réduire les comportements à risque lié aux VIH, aux Hépatites ;
 - rétablir une activité professionnelle continue ;
 - diminuer la délinquance.

Le traitement doit commencer par un bilan complet, clinique et para clinique (recherche d'un retentissement clinique, d'une organicité, d'un toxique ou tout facteur déclenchant), de l'usager de drogue [32]. La prise en charge comporte plusieurs dimensions :

✓ ***La prise en charge médicamenteuse***

- Le traitement des états de dépendance avec des produits utilisés dans les désintoxications alcooliques et opiacées.

Exemples de produits utilisés :

- **le chlorhydrate de méthadone** est utilisé comme substitut chez les consommateurs d'héroïne. C'est un agoniste morphinique pur, opioïde synthétique dérivé de la diphenyl-propylamine, qui agit principalement sur les récepteurs « mu ». Ce produit entraîne lui-même une dépendance psychique mais il a une assuétude physique moindre que l'héroïne et de toxicité très inférieure à celle-ci. Sa prescription est étalée sur plusieurs semaines ou mois, à des posologies largement dégressives.
- **le chlorhydrate de buprénorphine** est utilisé également comme un produit de substitution de l'héroïne. C'est un morphinique agoniste « mu » partiel et un antagoniste « kappa ». En usage prolongé, il entraîne un syndrome de dépendance modéré.
- **l'acamprosate** (acétylhomotaurinate de calcium) est utilisé dans la dépendance alcoolique. Il a une structure similaire à celle des acides aminés neuromédiateurs tels que la taurine ou le GABA et comporte une acétylation permettant son passage à travers la barrière hématoencéphalique.
Il stimule la neuromédiation GABAergique et antagonise l'action des acides aminés excitateurs, en particulier celle du glutamate. L'acamprosate diminuerait l'absorption volontaire d'alcool.
- **le disulfirame** est utilisé également dans la dépendance alcoolique. C'est un inhibiteur de nombreuses enzymes.

L'inhibition de l'acétaldéhyde-déshydrogénase entraîne une élévation de la concentration en acétaldéhyde, métabolite de l'alcool éthylique responsable de manifestations déplaisantes :

bouffées congestives du visage, nausées, vomissements, vertiges, tachycardie et hypotension [40].

- le traitement des complications

Elles sont contemporaines d'une période de « manque » ou surviennent lors d'un surdosage.

D'une manière générale lorsque les fonctions vitales et plus particulièrement cardio-vasculaires sont menacées, une réanimation médicale s'impose pour libérer les voies respiratoires supérieures, lutter contre la déshydratation et rétablir l'équilibre électrolytique.

- le traitement psychiatrique

Il est envisagé lorsque des troubles psychiques surviennent chez le toxicomane.

✓ *La prise en charge psychothérapeutique et médico-sociale*

Il s'agit rarement d'une psychothérapie analytique, mais plutôt d'une psychothérapie de soutien pour lequel le psychiatre est particulièrement bien placé pour le faire. La psychothérapie est centrée sur la gestion des facteurs déclenchants et sur une meilleure connaissance de la maladie, avec mise en œuvre de stratégie de détection des signes précoces de récurrences. Alliance thérapeutique avec la famille permettant une prise charge plus réactive grâce à l'entourage.

Le point capital est de donner au patient l'impression d'une relation sûre, fiable, aussi longue qu'il lui sera nécessaire [42].

6. Rôle des structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes

La prise en charge des addictions aux drogues illicites dans des structures spécialisées, qui est l'endroit où s'articulent les différentes étapes de la prise en charge des toxicomanes.

Dans une équipe assez nombreuse et diversifiée, le patient pourra être aidé sur plusieurs plans:

- à l'accueil, l'agent de santé lui précisera les modalités de soins et les différentes possibilités de l'équipe pour l'aider ; il recevra également l'entourage ;
- ensuite, l'équipe pourra organiser sa cure avec l'aide du psychiatre (rôle médical) dont il recevra également un appui psychothérapeutique. L'agent de santé devra lui conseiller de continuer sa psychothérapie après sa cure.

L'entourage sera également orienté vers un médecin pour aider le sujet durant ses soins.

- Puis une prise en charge sera élaborée en équipe avec le sujet :

- ❖ les soins sont organisés en ambulatoire ou à l'hôpital en fonction des situations ;

- ❖ le soutien socio-éducatif est extrêmement varié ; allant d'un éloignement temporaire à la réorganisation de toute une vie pour un sujet très désocialisé ;
- ❖ la psychothérapie soutient ce travail de réinsertion et prévient les dépressions qui sont fréquentes à l'arrêt de la drogue ;

Le groupe joue également un rôle important, la présence de sujets qui s'en sortent et de ceux qui sont très abîmés, aide le jeune à avoir le désir de guérir rapidement [37].

7. Attitudes adoptées par les états face à la drogue

"Toute personne usant d'une façon illicite des substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire."

(Article 1^{er} de la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 et article L3411-1 du Code de la Santé Publique)[50]. Cette loi favorise, face aux sanctions pénales, des solutions thérapeutiques.

En effet, les problèmes complexes posés par l'usage de drogues demandent plutôt des réponses médicales, psychologiques et sociales que des réponses répressives. Il n'existe d'ailleurs pas de solution unique, ni miraculeuse [50].

Le problème de drogue est d'une envergure internationale et chaque pays possède sa spécificité. Le Burkina Faso dispose d'une législation en matière de lutte contre la drogue par la loi N° 017/99/AN. Aussi depuis 1998, il y a eu l'adoption d'une « stratégie nationale de lutte contre la drogue à travers la lutte contre les médicaments de rue ». Au Burkina Faso, la lutte contre la drogue est organisée aussi en tenant compte des dispositions internationales en la matière. Pour cela le Burkina a ratifié toutes les conventions internationales et se dispose à faire de même pour celles à venir [11].

Les conventions internationales ci-après ont été adoptées contre la drogue :

- Convention unique sur les stupéfiants de 1961.
- Convention sur les substances psychotropes de 1971.
- Convention unique des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Ces conventions n'ont pas suffi à arrêter le trafic et l'usage des drogues qui s'intensifient avec leurs conséquences néfastes sur les plans économiques et sociaux.

Ainsi au niveau international, il y a trois types de prévention :

- ✓ La prévention primaire qui consiste à éviter l'apparition des problèmes, donc de réduire l'incidence. Il faut donc maîtriser les mécanismes étiologiques afin de les infléchir à un stade précoce ;
- ✓ La prévention secondaire qui s'adresse aux sujets déjà affectés par le problème ; il s'agit alors de traitement et de réhabilitation. L'objectif est de réduire la durée du problème, traiter et limiter le préjudice individuel et social qui en résulte ;
- ✓ La prévention tertiaire qui vise à instaurer chez l'individu une meilleure capacité à vivre normalement et à se réinsérer.

Ces méthodes de prévention exigent une approche directe centrée sur le comportement du consommateur, l'approche indirecte est portée sur les facteurs que l'on croit associés à l'usage des drogues [14].

L'objectif de la prévention est de prévenir les problèmes liés à l'usage non médical des drogues engendrant la dépendance ou à diminuer leur incidence et leur gravité [13].

Plusieurs organismes internationaux s'occupent de la pharmacodépendance. Ainsi, l'intérêt et les préoccupations que suscitent dans de nombreux milieux, les problèmes individuels, sociaux ou de santé publique posés par l'usage non médical de certaines drogues engendrant la dépendance, continuent à se traduire dans les activités de divers organismes que sont :

- l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- le Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues (FNULAD) ;
- l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) ;
- L'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) ;
- Le Conseil International sur les problèmes de l'alcoolisme et des toxicomanies ;

Par ailleurs le comité OMS d'experts de la pharmacodépendance travaille régulièrement afin de mettre sous contrôle international des stupéfiants et des substances psychotropes exemptés. Pour cela, le comité travaille avec des collaborateurs telles que :

- La Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament ;
- La division des stupéfiants de l'ONU ;
- L'Organisation Internationale de Police criminelle [13].

Au Burkina Faso le problème est perçu au niveau des plus hautes autorités et constitue une priorité nationale. C'est ainsi que le Décret N°93-231/PRES/PM du 26 Juillet 1993 porte sur la création, la composition et le fonctionnement du Comité National de Lutte Contre la Drogue (CNLD) [11]. Il est composé de membres représentant les ministères et institutions. Le ministre de la sécurité en est le président. Les organes du C.N.L.D sont:

- L'Assemblée Générale ;
- Le Bureau ;
- Le Secrétariat Permanent ;
- Les Commissions Techniques.

Le C.N.L.D a pour missions :

- appliquer et animer la politique définie par le gouvernement, en matière de lutte contre les stupéfiants et psychotropes ;
- préparer les décisions du gouvernement, tant au plan national qu'international en ce qui concerne la lutte contre le trafic illicite et la consommation de drogues ;
- proposer au gouvernement des plans d'action ainsi que les mesures efficaces visant à protéger le Burkina Faso contre le fléau de la toxicomanie ;
- veiller à l'application des traités internationaux ;
- étudier toutes les questions nationales et internationales relatives à la culture, à la production, à la fabrication, au commerce licite ou illicite, à la répression du trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes, ainsi que les problèmes médico-sociaux posés par la prévention et le problème de la toxicomanie ;
- coordonner les mesures prises par les différents départements ministériels en matière de stupéfiants et de produits psychotropes ;
- centraliser tous les renseignements et dossiers communiqués par les organismes ou services nationaux et internationaux spécialisés en la matière ;
- gérer les crédits d'intervention affectés au comité pour la lutte contre la toxicomanie ;
- présenter chaque année un rapport d'ensemble exposant la situation nationale, son évolution en tous ses aspects ;
- donner son avis sur toute question et mesure envisagées par le Gouvernement en matière de stupéfiants et de substances psychotropes.

Les structures ou organes de détection et de répression au Burkina Faso sont:

- la Police nationale avec la Division des Stupéfiants et des Mœurs à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso ;
- la Gendarmerie Nationale avec la section de recherche du cinquième groupement de Ouagadougou ;
- la Douane avec la cellule d'escorte et d'intervention rapide de Ouagadougou ;
- la Brigade des Eaux et Forêts basée à Ouagadougou.

CHAPITRE II : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION BURKINABE

1. Caractéristiques sociodémographiques

Le Burkina Faso est un État de l'Afrique occidentale, enclavé entre le Mali au nord et à l'ouest, le Niger à l'est, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire au sud. La population résidente burkinabè est de 14.017.262 habitants, répartie sur une superficie de 274.222 km² soit une densité moyenne de 51,8 habitants/km² [46].

Cette population est composée de 6.768.739 hommes et de 7.248.523 femmes. Les femmes représentent 51,71% de la population burkinabè. Cette population burkinabè est également caractérisée par :

- sa ruralité (77% habitent en milieu rural et 23% en milieu urbain) ;
- sa jeunesse (7501151 habitants ont un âge compris entre 0 à 18 ans).
- une répartition inégale sur le territoire et des courants importants de migrations internes et externes [29].

Le territoire est administrativement divisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements. La province du Houet créée le 15 Septembre 1983 fait partie des 45 provinces que compte le Burkina Faso. Elle est située au sud-ouest du Burkina et couvre une superficie de 11.540 Km² soit 4,21% du pays. Elle s'étend sur trois bassins versants internationaux : Comoé, Volta et Niger. C'est l'une des provinces les plus arrosées du Burkina.

Bobo-Dioulasso est la deuxième ville en population après Ouagadougou. C'est la capitale de la région des Hauts-Bassins, et le chef lieu de la province du Houet . Baptisée ainsi par les colons, son nom signifie « la maison des Bobos et des Dyulas ». A l'étape actuelle, il convient de retenir qu'aux termes de l'article 7 de la loi n 004/93/ADP du 12 mai 1993 portant organisation municipale, Bobo-Dioulasso est érigée en commune de plein exercice, statut dont elle bénéficiait d'ailleurs compte tenu de son importance. La loi n 006/93/ADP du 12 mai 1993 consacre à la commune de Bobo-Dioulasso un statut particulier [29]. Elle comprend trois arrondissements : Dafra, Do et Konsa; ces arrondissements couvrent vingt-cinq secteurs. Les 35 villages environnants sont également sous son administration. Grâce à sa situation géographique centrale, au cœur des routes reliant le Maghreb aux portes de l'Atlantique, son aménagement est le témoin d'un passé florissant dans les domaines culturel, religieux et commercial. De nos jours, la Commune de Bobo-Dioulasso demeure un centre économique et culturel d'importance pour le Burkina Faso. Sa situation géographique fait d'elle un carrefour de plusieurs axes de commerce internationaux entre la Côte d'Ivoire, le Mali, le Ghana et le Niger.

Située à environ 360 km de Ouagadougou, elle est la seconde ville en importance.

La population de Bobo-Dioulasso est estimée à 600.000 habitants, environ 46,1 % de la population totale de la province du Houet. Elle est dans sa majeure partie jeune. En effet, 46% de la population a moins de 15 ans [29].

Sur le plan de l'éducation, le taux d'alphabétisation de la population burkinabè est 28,3% en 2007 (celui des femmes est de 4,9% et celui des hommes 36,7%). Pour la région des Hauts-Bassins ce taux est de 53, 7% pour les personnes de 15 ans et plus [66]. Le taux de croissance de la population est de 4,4 % pour l'ensemble de la province et atteint 7,02 % pour la ville de Bobo. Cette croissance s'explique par le fait que la province accueille de nombreux migrants (agriculteurs comme éleveurs) à la recherche de terres de culture et de pâturages [21].

Au niveau national, l'Espérance de vie est de 56,7 ans, le taux brut de natalité est de 46‰ et le taux brut de mortalité est de 11,8‰ [29]. Dans la province du Houet, les taux de natalité et de mortalité sont respectivement de 49,6‰ et 17,5‰ [68].

2. Caractéristiques socioculturelles

Avec près de 14 millions d'habitants en 2005, le Burkina Faso est un des États les plus peuplés de l'Afrique de l'Ouest. Les burkinabé sont très attachés à leurs traditions et à leurs identité .Ils ont su préserver l'authenticité de leur culture. Les 68 ethnies qui composent le pays représentent autant de modes de vie différents .Il n'est donc pas possible de présenter la société burkinabé dans sa globalité, même si certaines caractéristiques se retrouvent chez plusieurs ethnies [46].

Le pays se compose de plusieurs groupes ethniques qui se répartissent comme suit :

- au centre les Mossi qui représentent 53% de la population ;
- à l'est les Gourmantchés (7%) ;
- Au sud les Gourounsi (6%), les Bissa (3%) ;
- Au nord les Peulhs et les Touaregs (7,8%) ;
- Au sud-ouest, les Samos 2%, les Markas 1,7%, les Bobos 1,6%, les Sénoufos 2,2% et les lobis 2,5%.

Tous ces peuples parlent des langues qui leur sont propres, mais elles appartiennent pratiquement toutes à la famille nigéro-congolaise répartie en trois groupes (Ouest-atlantique, mandingue, gur) [29].

La ville de Bobo-Dioulasso est cosmopolite. Sa population est formée d'un grand nombre de groupes ethniques, entre autres, les Bobo, les Dioula, les Lobi, les Mossé, les Samo, les Bwaba, les Marka, les Peulh, les Bambara, les Haoussa, les Djerma.

La population burkinabè se compose essentiellement d'Animistes (65%), de Musulmans (25%) et de Chrétiens (10%) comprenant les catholiques et les protestants.

Plus de la moitié (57%) de la population résidente de plus de 12 ans est mariée et un peu plus du tiers (35,5%) est célibataire. Les veufs représentent 5,4% et les divorcés 0,6% [29].

3. Caractéristiques socio-économiques

L'économie du Burkina Faso se caractérise par sa forte composante agricole qui occupe 88% de la population active. La population active est estimée à 5.675.182 dont 51,8% d'hommes et 48,2% de femmes. Le secteur informel est en pleine expansion et fournit le plus d'emplois (75%). Le taux de chômage national en 2007 était de 3,3% [29]. Les principales ressources économiques sont les suivantes:

- production de céréales en 2008: 3.008.800 tonnes ;
- production de coton 2008: 377.400 tonnes ;
- production d'or 2004: 230 Kg ;
- nombre de bovins en 2007: 7.914.000 têtes [29].

L'économie de la zone des Hauts-Bassins, à l'instar du reste du pays, est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Les produits du secteur de l'agriculture sont constitués pour la plupart de cultures vivrières et de rente, de produits de contre saison (fruits et légumes).

Sur le plan de l'élevage, les systèmes et types restent majoritairement traditionnels [21].

4. Caractéristiques socio-sanitaires

Le Burkina Faso dispose des infrastructures sanitaires suivantes : 3 CHU, 9 CHR, 42 CMA, 33 CM, 1268 CSPS, 101 Dispensaires, 21 Maternités, 371 Formations Sanitaires Privées, 69 Formations Sanitaires Confessionnelles et 504 Dépôts privés de médicaments [29].

Au niveau de la région des Hauts-Bassins, il y a un CHU, le CHUSS qui couvre les régions voisines de la Boucle du Mouhoun, des Cascades et du Sud-Ouest. Cela correspond administrativement à quinze (15) provinces et cent trois (103) communes [21].

La commune de Bobo-Dioulasso compte :

- ✓ 22 infrastructures sanitaires publiques de soins et 63 structures privées et parapubliques de soins dans les arrondissements de Do et Konsa [21].
- ✓ 11 infrastructures sanitaires publiques de soins et 30 structures privées et parapubliques de soins dans l'arrondissement de Dafra[21].

Deuxième partie : NOTRE ETUDE

OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier le profil épidémiologique et la prise en charge des cas d'abus de drogues dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients toxicomanes du CHU-SS ;
- Déterminer les principaux types de drogues consommées à Bobo et leurs caractéristiques de consommation ;
- Déterminer les moyens humains et matériels impliqués dans la prise en charge des toxicomanes dans la ville de Bobo-Dioulasso. ;
- Décrire les modalités de prise en charge des toxicomanes dans le service de psychiatrie du CHUSS.

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée :

- Dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHU-SS). Le Centre Hospitalier National Sourô Sanou (CHN-SS) créée en 1920, devient Etablissement Public de Santé (EPS) par la loi 035 (AN) 2002 du 26 Novembre portant création des Etablissements Publics de Santé et Centre Hospitalier Universitaire en Mars 2003. Il est actuellement situé sur trois sites :

Le service de psychiatrie localisé au secteur N° 2, coté Nord de la Direction Régionale de la Santé des Hauts Bassins ; est spécialisé dans le soin des maladies mentales.

C'est un Hôpital National Universitaire de 3^{ème} niveau et il est le dernier recours dans la pyramide sanitaire du Burkina Faso.

Dans le service de psychiatrie les malades sont admis directement ou référés, il a servi de site pour notre étude.

Le CHUSS est le centre de référence des formations sanitaires des régions des Hauts Bassins, des Cascades, de la Boucle du Mouhoun et du Sud –Ouest.

- Au Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) : pour recueillir des données sur les saisies de drogues opérées au Burkina Faso de 2006 à 2010.
- A la Division de la Police des mœurs et des Stupéfiants de la ville de Bobo-Dioulasso : pour recueillir des données sur les saisies et les opérations de luttes effectuées contre la drogue dans la région des Hauts -Bassins.

2. Matériel d'étude

Nous avons étudié les données existantes à partir des dossiers de malades et des registres (de consultation et d'hospitalisation).

Des fiches de questionnaires autoadministrés adressées au personnel sanitaire du service de psychiatrie du CHU-SS (Cf. Annexe II).

Et enfin des documents de références du CNLD sur les drogues saisies.

3. Type et période d'étude

Nous avons effectué une étude descriptive de type transversal qui s'est déroulée de 1^{er} janvier 2011 au 30 juin 2011 soit une période de six mois. L'étude avait deux volets :

- Le premier volet consistait à analyser les dossiers médicaux des patients présentant un abus de drogues ayant consulté dans le service de psychiatrie dans le but de déterminer leurs profils;
- Le deuxième volet consistait à l'étude de la prise en charge de ces patients auprès du personnel de psychiatrie du CHU-SS.

4. Population d'étude

La population d'étude était constituée :

- Des patients présentant un abus de drogues vus en consultation externe ou hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU-SS du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2010.
- Le personnel de santé du service de psychiatrie du CHU-SS.
- Le personnel du CNLD, et de la police des mœurs de la commune de Bobo-Dioulasso.

5. Variables d'étude

Les variables suivantes ont été collectées au cours de l'étude :

- Les variables sociodémographiques et économiques : l'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, la nationalité, la situation matrimoniale, la résidence, la profession, le niveau d'instruction.
- Les variables sur la consommation de drogues : l'âge au début de la consommation, les types de drogues, les voies d'administration, les antécédents d'overdose.
- Les variables cliniques : les motifs de consultation, la symptomatologie, les diagnostics évoqués.
- Les variables thérapeutiques et évolutives : le service d'origine, les modalités de prise en charge, les traitements administrés, la durée d'hospitalisation, l'issue de la prise en charge, le test de dépistage des drogués.
- Les variables de la prise en charge : type de personnel, utilisation de protocole thérapeutique, adaptation de la structure de prise en charge, utilisation de traitement de substitution, formation d'appui sur la prise en charge, principal obstacle à la prise en charge.

6. Critères d'inclusion

Un échantillonnage exhaustif de tous les patients présentant un abus de drogues qui ont été hospitalisés ou traités en ambulatoire du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2010 dans le service de psychiatrie du CHU-SS. Nous considérerons comme cas d'étude tout patient chez qui une consommation de drogue aura été signalée.

Quant au personnel permanent de prise en charge, nous avons retenu les agents de santé (médecin psychiatre, attaché de santé spécialisé en psychiatrie) ayant fait au moins une année d'exercice dans le service.

7. Critères de non inclusion

N'ont pas fait partie de notre étude :

- Les dossiers médicaux incomplets,
- Les dossiers médicaux ne comportant pas de notion de toxicomanie,

8. Taille de l'échantillon

- L'étude a été faite sur la population des consultants du service de psychiatrie du CHU-SS qui reçoit des patients de diverses origines socio-professionnelles (couches aisées, moyennes et défavorisées de la population générale ; aussi bien des jeunes que des personnes âgées) et géographiques (des campagnes et des villes).
- cette population de consultants est constituée de tous les patients, en provenance d'autres services du CHU-SS, d'autres structures sanitaires de la région ou venus directement pour une demande de prise en charge psychiatrique.
- La taille de notre échantillon a été définie par la fraction de cette population de consultants présentant un abus de drogues ; elle n'a donc pas été prédéterminée, mais a été liée au flux des patients et se chiffre à 302 patients.

9. Considérations éthiques

Nous avons demandé et obtenu des autorisations auprès des autorités compétentes pour la réalisation de l'étude :

- à la Direction Régionale de la Santé (DRS) des HAUTS-BASSINS,
- à la Direction Générale du CHU-SS,
- au chef du service de psychiatrie du CHU-SS,

- au Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD),
- à la Division de la Police des Mœurs de la ville de Bobo-Dioulasso.

L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été respectés.

10. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 05 Avril au 20 Mai 2011 dans le service de psychiatrie du CHU-SS, à la Division de la Police des Mœurs de Bobo-Dioulasso et au CNLD.

Elle a été réalisée à l'aide des fiches de collecte de données élaborées à cet effet (confère annexes I et II).

- Les données ont été recueillies à partir des registres de consultations, d'hospitalisation et des dossiers cliniques des patients.
- Tous les dossiers de la période de l'étude ont été consultés, année par année.
- Nous avons commencé par consulter, tous les dossiers afin d'en trier ceux qui comportent les renseignements en rapport avec un abus de drogues ; sur une liste tous les dossiers consultés étaient affectés de leur numéro et d'une indication en rapport avec la prise de substances psycho actives ; ceux qui mentionnaient l'abus ont été triés et dépouillés ; puis des compléments d'information ont été recherchés dans les différents registres du service.
- Le questionnaire autoadministré a été rempli par le personnel de santé du service de psychiatrie du CHU-SS.
- La recherche de certaines informations auprès des structures en charge de la lutte contre la toxicomanie a été obtenue après entretien avec le personnel du CNLD, et de la police des mœurs de la commune de Bobo-Dioulasso, qui ont mis à notre disposition des documents de références sur les drogues saisies au Burkina Faso.

11. Saisie et méthode d'analyse des données

Des dossiers ou fiches de collecte ayant comporté des erreurs évidentes et graves ont été exclues de l'analyse ; ont aussi été exclues de l'analyse les fiches comportant une absence totale d'information relative à la consommation de substances psycho actives.

- Traitement des données : les données recueillies ont été saisies sur micro-ordinateur en utilisant le logiciel SPSS ver.16.0. pour l'analyse des données,
- le test du chi² avec un degré de signification $p=0,05$ a été utilisé pour la comparaison des résultats.

- Analyse des données : Nous avons dressé deux types de tableaux :
 - ✓ des tableaux simples, produits pour présenter la répartition de chaque variable étudiée ;
 - ✓ des tableaux croisés : nous avons fait le croisement entre la variable « consommation de substances psycho actives chez le patient » et d'autres variables afin d'en étudier les relations et faire des comparaisons.
- Excel version 2007 pour l'établissement des tableaux et des figures,
- Word version 2007 pour la saisie et la mise en forme.

RESULTATS

1. Données sur les profils des patients

1.1. Répartition des patients par année

L'examen des dossiers cliniques des patients du service de psychiatrie du CHU-SS de Bobo-Dioulasso du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010, nous a permis de dénombrer 5684 patients. Les dossiers répondant à nos critères d'inclusion étaient de 302, cas d'abus de drogues d'où une prévalence de **5,3%**. Le tableau I présente l'évolution du nombre de patients ayant présenté un abus de drogues par année.

Tableau I : Evolution du nombre de patients ayant présenté un abus de drogues par année

Année	Nombre de consultants	Nombre de cas	Pourcentage (%)
2006	1082	62	20,5
2007	1245	67	22,2
2008	1128	56	18,5
2009	1040	66	21,9
2010	1189	51	16,9
Total	5684	302	100

Les consultants désignent l'ensemble des patients reçus (toutes pathologies confondues) dans le service de psychiatrie.

1.2. Caractéristiques sociodémographiques

1.2.1. Age

Dans le service de psychiatrie du CHU-SS nous avons pu collecter l'âge de 299 patients (soit 99,0%). L'âge moyen de notre échantillon était de $28,91 \pm 6,95$ ans avec des extrêmes de 14 et 75 ans. Les tranches d'âge de 20-24 et de 25-29 étaient les plus représentées. Le cumul montre que 71,9% des consommateurs étaient âgés de moins de 35 ans.

Le tableau II montre la répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
0-14	1	0,3
15-19	22	7,4
20-24	86	28,8
25-29	76	25,4
30-34	53	17,7
35-39	28	9,4
40-44	13	4,3
45-49	9	3,0
50 et plus	11	3,7
Total	299	100

1.2.2. Sexe

La répartition en fonction du sexe s'établit comme suit :

Tableau III: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	293	98,7
Féminin	4	1,3
Total	297	100

1.2.3. Age en fonction du sexe

L'âge moyen des patients de sexe féminin était de 29,5 ans contre 25 ans pour ceux de sexe masculin. La plus jeune des patientes de sexe féminin avait 25 ans contre 14 ans pour le plus jeune des hommes. L'âge extrême de 75 ans était représenté dans le sexe masculin. La figure suivante présente la répartition des patients selon les tranches d'âge et le sexe.

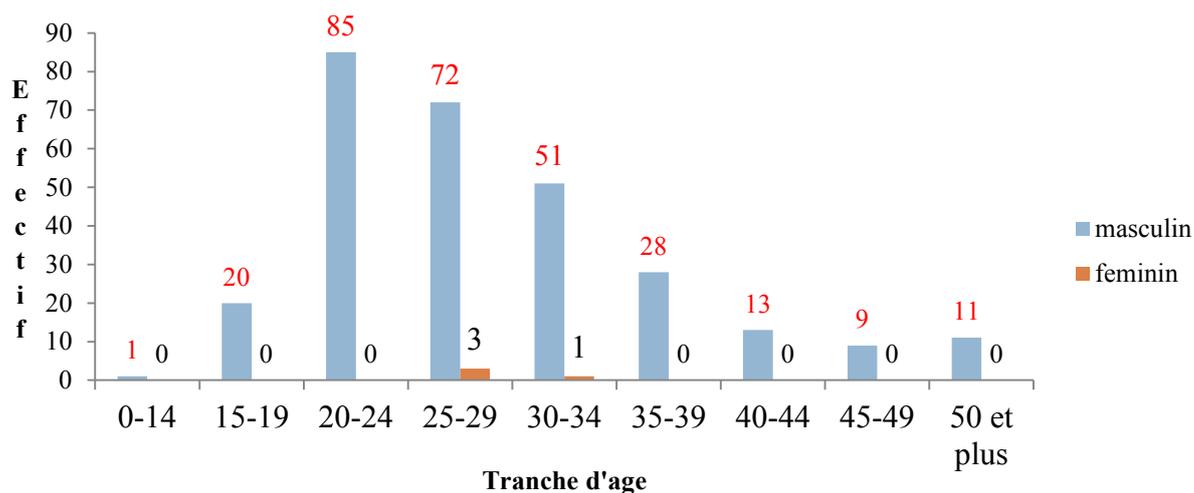


Figure 1: Répartition des patients selon l'âge et le sexe

1.2.4. Ethnie

Le groupe ethnique mossi était représenté par 39,7% des consommateurs, suivi des Peulhs par 11,5% et des Bobos par 10,8%. La répartition des patients en fonction de leur appartenance ethnique est consignée dans le tableau IV.

Tableau IV: Répartition selon l'appartenance ethnique

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Mossés	114	39,7
Dioula	13	4,5
Sénoufo	7	2,4
Bwaba	6	2,1
Peulhs	33	11,5
Samos	22	7,7
Bobos	31	10,8
Lobi	16	5,6
Dafing	11	3,8
Autres	34	11,8
Total	287	100

Autres (11,8%) désignent les ethnies du pays non énumérées dans le tableau IV en plus des étrangers.

1.2.5. Religion

Du point de vue religion les patients qui se réclamaient de la religion musulmane étaient les plus nombreux 215/291 (soit 73,9%) contre 59/291 (soit 20,2%) de chrétiens (catholiques et protestants) et 17/291 (soit 5,8%) des autres (animistes, non croyants). La répartition des patients en fonction de la religion est consignée dans le tableau V.

Tableau V: Répartition des patients selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulman	215	73,9
Catholique	49	16,8
Animiste	16	5,5
Protestant	10	3,4
Autres	1	0,3
Total	291	100

1.2.6. Nationalité

La nationalité des patients a été appréciée en nationalité burkinabè, africain non burkinabè et en non africain. Les patients de nationalité burkinabè représentaient 96,0%, aucun cas de Non africain n'a été dénombré. La répartition des patients en fonction de la nationalité est consignée dans le tableau VI.

Tableau VI: Répartition des patients selon leur nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Burkinabé	287	96,0
Africain non burkinabé	12	4,0
Non africain	0	0
Total	299	100

1.2.7. Résidence

La distribution des patients a permis d'apprécier les zones les plus touchées par l'abus de drogue. Elle a pu être déterminée chez 243 consommateurs de drogue (soit 80,5%). Le plus fort pourcentage était observé dans l'arrondissement de Dafra avec 31,7% et le plus faible dans l'arrondissement de Konsa avec 9,5%. Autres (11,5%) représentaient les patients venus d'autres régions ou des pays voisins notamment de la Côte d'Ivoire. La répartition des patients selon les trois (03) arrondissements de la ville de Bobo-Dioulasso est consignée dans le tableau VII.

Tableau VII: Répartition des patients selon leur lieu de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Dafra	77	31,7
Dô	59	24,3
Villages/Départements	56	23,0
Autres	28	11,5
Konsa	23	9,5
Total	243	100

1.2.8. Situation matrimoniale

La situation matrimoniale de nos patients indique que 72,8% étaient des célibataires suivis des patients mariés ; 24, 5%. Elle a pu être déterminée chez 294 patients (soit 97, 35 %). Le tableau suivant indique la répartition des patients suivant leur situation matrimoniale.

Tableau VIII: Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Célibataire	214	72,8
Marié	72	24,5
Divorcé	6	2,0
Veuf	2	0,7
Total	294	100

1.2.9. Profession

L'étude de la profession a permis d'avoir une idée des ressources dont disposent les patients et également de cerner les métiers qui exposent à l'usage de drogues.

Dans cette optique nous avons distingué différents groupes dont le secteur informel, regroupant tous les particuliers exerçant de petits métiers (mécaniciens, petits vendeurs, cireurs, journaliers, artisans, maçons, artistes, etc.). La répartition des patients suivant leur profession montre que ceux-ci se retrouvaient dans toutes les branches d'activités. Toutefois, le secteur informel était la branche d'activité la plus représentée regroupant 35,9% des patients suivis des cultivateurs avec 22,5%. Les salariés représentaient les fonctionnaires du public et du privé ainsi que les militaires. La répartition est consignée dans le tableau IX.

Tableau IX: Répartition des patients selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Secteur informel	102	35,9
Cultivateur	64	22,5
Sans emploi	53	18,7
Commerçant	26	9,2
Salarié	20	7,0
Etudiant ou élève	17	6,0
Ménagère	2	0,7
Total	284	100

1.2.10. Niveau d'instruction

Nous avons apprécié le niveau d'instruction des patients en distinguant cinq catégories. Les patients qui avaient un niveau primaire ou ayant fait l'école coranique étaient les plus nombreux avec un pourcentage de 36%, suivis des patients Non scolarisé avec 32,7%. La répartition des patients selon leur niveau d'instruction est consignée dans le tableau X.

Tableau X: Répartition des patients selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire ou école coranique	99	36,0
Non scolarisé	90	32,7
Premier cycle	46	16,7
Second cycle	27	9,8
Supérieur	13	4,7
Total	275	100

2. Données sur la consommation des drogues

2.1. Age de début de consommation de drogues

L'âge d'initiation à la drogue des consommateurs se situait entre 11 et 55 ans avec une moyenne d'âge de début de consommation de $23,5 \pm 5,4$ ans.

La répartition des patients selon les tranches d'âge de début de consommation a pu être déterminée chez 194 patients. La répartition est consignée dans le tableau XI.

Tableau XI: Répartition des patients selon les tranches d'âge de début de consommation

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
0-14	3	1,5
15-19	12	6,2
20-24	69	35,5
25-29	46	23,7
30-34	31	15,5
35-39	16	8,2
40-44	10	5,2
45-49	6	3,1
50 et plus	1	0,5
Total	194	100

Le cumul des pourcentages indique que 66,9% des patients ont débuté la consommation de drogues avant l'âge de 30 ans.

Les patients du sexe féminin ont débuté la consommation de drogues entre 22 et 35 ans, soit un âge moyen de début de consommation de 24,7 ans. Ceux du sexe masculin ont débuté entre 11 et 55 ans avec un âge moyen de 23,4 ans. Toutes ces modalités sont représentées dans la figure 2.

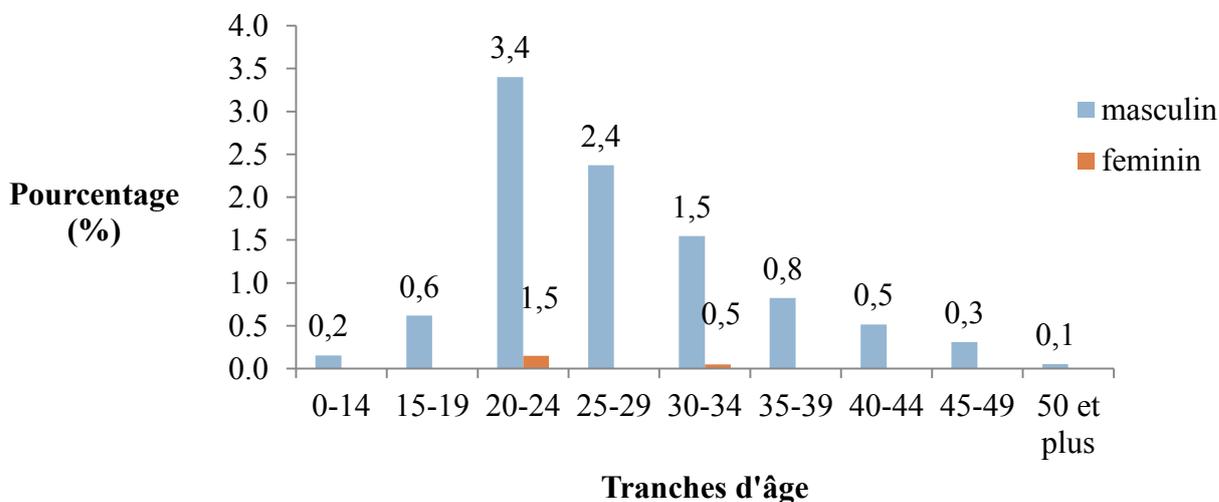


Figure 2: Répartition des patients selon les tranches d'âge de début de consommation et le sexe.

2.2. Type de substances consommées

L'analyse des résultats montrait que plusieurs types de produits ont été utilisés par les patients. Le type de substances consommées a pu être déterminé pour tous les patients (soit 100%) à partir des registres de consultations, d'hospitalisation et des dossiers cliniques des patients. La fréquence d'utilisation était très hétérogène ; le cannabis était la substance la plus utilisée (31,3%) suivi de l'amphétamine (22,3%) et l'alcool à (16,8%). Les médicaments retrouvés concerne surtout les médicaments psychotropes, notamment les opiacés, les barbituriques, les benzodiazépines, mais aussi d'autres médicaments non psychotropes tel que les antalgiques, anti-inflammatoires, antibactériens, poly Vitaminés. Le tableau XII indique la répartition des 302 consommateurs de drogues selon les substances consommées.

Tableau XII: Répartition des 302 consommateurs de drogues selon les substances consommées.

Substances	Fréquence	Pourcentage (%)
Cannabis	125	31,3
Amphétamine	89	22,3
Alcool	67	16,8
Tabac	49	12,3
Autres	27	6,8
Médicaments	21	5,3
Cocaïne	10	2,5
Solvants	7	1,8
Héroïne	4	1,0
Total	468	100

En plus des substances incriminées, nous avons constaté que certains patients usaient d'autres toxiques licites. Il s'agissait du tabac (12,3%) et du nescafé ou café noir (6,8%) qui étaient retrouvés associé aux autres substances.

La notion d'abus de drogues a été mentionnée chez 302 patients (soit 5,3%), les autres substances étaient plus ou moins associées à l'alcool, à l'amphétamine ou au cannabis.

Le tableau XIII montre la fréquence de consommation des principales substances toxicomanogènes.

Tableau XIII: Fréquence de consommation des principales substances toxicomanogènes

Substances	Fréquence	Pourcentage (%)
Alcool	30	9,9
Amphétamine	53	17,5
Cannabis	83	27,5
Cocaïne	2	0,7
Héroïne	1	0,3
Médicaments	3	1,0
Solvants	2	0,7
Au moins deux substances	128	42,4
Total	302	100

2.3. Substances consommées selon les tranches d'âge des patients

Les drogues consommées par les patients étaient pour la plus part le cannabis, l'amphétamine et l'alcool. La répartition des substances consommées en fonction des tranches d'âge indique que :

- La proportion des consommateurs de cannabis était statistiquement plus importante chez les patients de moins de 19 ans (**P = 0,04**).
- La proportion des consommateurs d'alcool était statistiquement plus importante chez les patients de plus de 45 ans (**P < 0,001**).

La répartition des substances consommées selon les tranches d'âge des patients est consignée dans le tableau suivant :

Tableau XIV: Substances consommées selon les tranches d'âge des patients

Tranche d'âge	Substances								Total
	Alcool	Amphétamine	Cannabis %(n)	Cocaïne	Héroïne	Médicaments	Solvants	Au moins deux subs	
0-14	0%(0)	0%(0)	100%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	1
15-19	0%(0)	22,7%(5)	36,5%(8)	0%(0)	0%(0)	4,5%(1)	4,5%(1)	31,8%(7)	22
20-24	1,2%(1)	25,4%(22)	28,0%(24)	1,2%(1)	0%(0)	1,2%(1)	0%(0)	43,0%(37)	86
25-29	5,3%(4)	17,1%(13)	34,2%(26)	0%(0)	1,3%(1)	0%(0)	1,3%(1)	40,8%(31)	76
30-34	17,0%(9)	11,3%(6)	32,1%(17)	0%(0)	0%(0)	1,9%(1)	0%(0)	37,7%(20)	53
35-39	7,1%(2)	14,3%(4)	17,9%(5)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	60,7%(17)	28
40-44	23,1%(3)	7,7%(1)	7,7%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	61,5%(8)	13
45-49	88,9%(8)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	11,1%(1)	9
50 et plus	27,3%(3)	9,1%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	63,6%(7)	11
Total	30	52	82	1	1	3	2	128	299
P	<0,001	<i>0,35</i>	0,04	<i>0,40</i>	<i>0,96</i>	<i>0,86</i>	<i>0,64</i>	<i>0,06</i>	

Les nombres entre parenthèse (n) représentent l'effectif des patients ayant consommé la substance dans chacune des tranches d'âge.

Au moins deux substances (subs.) désigne les patients ayant combiné au moins deux substances toxicomanogènes.

% désigne la fréquence relative des patients

2.4. Substances consommées selon le sexe

42 % des patients du sexe masculin(123) et 50% des femmes(02) consommaient aux moins deux substances, la différence n'est pas statistiquement significative ($P = 0,74$). Les patients du sexe masculin soit 17,7% étaient des consommateurs d'amphétamine. Les consommateurs de cannabis 28% et de solvants étaient exclusivement des hommes. Les patients du sexe féminin soit 25% consommaient de l'alcool contre 9,6% du sexe masculin, la différence n'est pas statistiquement significative ($P = 0,30$).

Le tableau XV présente la répartition des substances toxicomanogènes selon le sexe des patients.

Tableau XV: Substances toxicomanogènes consommées selon le sexe

Sexe	Substances%(n)								Total
	Alcool	Amphétamines	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Médicaments	Solvants	Au moins deux subs.	
Masculin	9,6%(28)	17,7%(52)	28%(82)	0,7%(2)	0,3%(1)	1%(3)	0,75(2)	42%(123)	293
<i>Féminin</i>	25%(1)	25%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	50%(2)	4
Total	29	53	82	2	1	3	2	125	297
P	0,30	0,70	0,21	0,81	0,86	0,77	0,81	0,74	

Substances (subs.)

(n) désigne l'effectif.

% désigne la fréquence relative des patients.

2.5. Substances consommées selon le niveau d'instruction

La consommation du cannabis, d'alcool, des amphétamines, en plus des associations d'au moins deux substances était notée pour tous les niveaux d'instruction, sauf au niveau supérieur où on n'a pas dénombré les amphétamines. Ainsi (43,4%) des patients du 1^{er} cycle étaient des consommateurs de cannabis. La plus forte proportion de consommation d'alcool (35,3%) était observée chez les patients ayant le niveau supérieur, la différence est statistiquement significative (**P = 0,005**).

Egalement, la forte proportion de consommation d'amphétamine (24,5%) était observée chez les patients non scolarisés, la différence est statistiquement significative (**P = 0,04**).

Le tableau XVI illustre la répartition des substances toxicomanogènes consommées selon le niveau d'instruction des patients.

Tableau XVI: Substances toxicomanogènes consommées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Alcool	Amphétamines	Cannabis	Cocaïne	Médic.	Solvants	Au moins deux subs	Total
Non scolarisé	15,5%(14)	24,5%(22)	20,0%(18)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	40,0%(36)	90
Primaire/Ecole								
coranique	5,1%(5)	18,2%(18)	30,3%(30)	1,0%(1)	1,0%(1)	2,0%(2)	42,4%(42)	99
1er cycle	2,2%(1)	15,2%(7)	43,4%(20)	0%(0)	2,2%(1)	0%(0)	37,0%(17)	46
2ème cycle	22,2%(6)	3,7%(1)	26,0%(7)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	48,1%(13)	27
Supérieur	23,0%(3)	<i>0%(0)</i>	<i>30,8%(4)</i>	<i>0%(0)</i>	<i>0%(0)</i>	<i>0%(0)</i>	<i>46,2%(6)</i>	<i>13</i>
Total	29	48	79	1	2	2	114	275
P	0,005	0,04	0,07	0,77	0,66	0,46	0,89	

Médicaments à usage détourné (Médic.)

Substances (subs.)

(n) désigne l'effectif.

% désigne la fréquence relative des patients

2.6. Substances consommées selon la profession

Nous avons observé une association statistiquement significative entre la consommation d'alcool et la profession. Les plus fortes proportions de consommateurs d'alcool(30,0) ont été observées chez les salariés, et les cultivateurs (20,4%).

La plus forte proportion de consommateurs d'alcool a été observée chez les salariés, la différence est statistiquement significative ($P < 0,001$). De même (60%) des salariés consommaient au moins deux substances ($P = 0,014$). La plus forte proportion de consommateurs de cannabis (47%) était observée chez les élèves et étudiants ; la différence n'est pas statistiquement significative. La répartition des substances consommées selon la profession des patients est consignée dans le tableau XVII.

Tableau XVII: Substances toxicomanogènes consommées selon la profession

Profession	Alcool	amphétamine	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Médicaments	solvants	Au moins deux subs	Total
Secteur									102
informel	3,0%(3)	22,5%(23)	24,5%(25)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	1,0%(1)	49,0%(50)	
Cultivateurs	20,4%(13)	18,7%(12)	31,2%(20)	3,2%(2)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	26,5%(17)	64
Sans emploi	5,6%(3)	13,2%(7)	30,1%(16)	0%(0)	0%(0)	1,8%(1)	1,8%(1)	47,1%(25)	53
Commerçant	3,8%(1)	19,2%(5)	34,6%(9)	0%(0)	3,8%(1)	3,8%(1)	0%(0)	34,6%(9)	26
Salarié	30,0%(6)	5,0%(1)	5,0%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	60,0%(12)	20
Etudiant /									
élève	0%(0)	23,5%(4)	47,0%(8)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	29,4%(5)	17
Ménagère	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	100%(2)	2
Total	26	52	79	2	1	2	2	120	284
P	<0,001	0,50	0,09	0,32	0,12	0,40	0,91	0,01	

Substances (subs.)

(n) désigne l'effectif.

% désigne la fréquence relative des patients.

2.7. Substances consommées selon l'appartenance ethnique

La plus forte proportion de consommateurs d'alcool était observée chez les Sénoufo (42,8%), la différence est statistiquement significative (**P <0,001**).

Le tableau XVIII montre la répartition des substances toxicomanogènes selon l'appartenance ethnique des patients.

Tableau XVIII: Répartition des substances toxicomanogènes selon l'appartenance ethnique

Ethnie	Alcool	amphétamine	cannabis	cocaïne	héroïne	Médicaments	solvants	Au moins deux subs	Total
Mossi	7,0%(8)	20,2%(23)	28,1%(32)	0,9%(1)	0,9%(1)	0%(0)	0,9%(1)	42,1%(48)	114
Dioula	0%(0)	30,7%(4)	23,1%(3)	0%(0)	0%(0)	7,8%(1)	0%(0)	38,4%(5)	13
Sénoufo	42,8%(3)	0%(0)	42,8%(3)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	14,4%(1)	7
Bwaba	33,4%(2)	16,6%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	50,0%(3)	6
Peulh	12,1%(4)	18,2%(6)	18,2%(6)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	51,5%(17)	33
Samo	4,5%(1)	22,7%(5)	27,3%(6)	0%(0)	0%(0)	4,5%(1)	0%(0)	41,0%(9)	22
Bobo	25,8%(8)	9,7%(3)	19,4%(6)	3,2%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	41,9%(13)	31
Lobi	12,5%(2)	12,5%(2)	31,2%(5)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	6,3%(1)	37,5%(6)	16
Dafing	0%(0)	9,0%(1)	63,7%(7)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	27,3%(3)	11
Autres	3,0%(1)	17,6%(6)	32,3%(11)	0%(0)	0%(0)	3,0%(1)	0%(0)	44,1%(15)	34
Total	29	51	79	2	1	3	2	120	287
P	<0,001	0,72	0,14	0,91	0,99	0,23	0,50	0,84	

Substances (subs.)

(n) désigne l'effectif.

% désigne la fréquence relative des patients.

2.8. Substances consommées selon la résidence

Les consommateurs de cannabis, d'alcool, des amphétamines se retrouvaient dans tous les arrondissements de la ville de Bobo-Dioulasso. On n'observe pas d'association statistiquement significative entre la consommation des différentes substances et la résidence des patients. Le tableau XIX présente la répartition des substances toxicomanogènes consommées selon la résidence des patients.

Tableau XIX: Substances toxicomanogènes consommées selon la résidence

Résidence	Substances%(n)								Total
	Cannabis	Alcool	Amphétamines	Médicaments	Solvants	Cocaïne	Héroïne	Au moins deux subs.	
DO	28,8%(17)	6,8%(4)	34,0%(20)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	47,5%(28)	59
DAFRA	30,0%(23)	6,5%(5)	19,5%(15)	0%(0)	1,3%(1)	0%(0)	1,3%(1)	41,5%(32)	77
KONSA	13,1%(3)	8,7%(2)	17,4%(4)	4,4%(1)	4,4%(1)	0%(0)	0%(0)	52,2%(12)	23
Village/Départements	28,6%(16)	14,3%(8)	16,1%(9)	1,8%(1)	0%(0)	1,8%(1)	0%(0)	37,5%(21)	56
Autres	28,6%(8)	10,7%(3)	17,9%(5)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	42,8%(12)	28
Total	67	22	43	2	2	1	1	105	243
P	0,56	0,99	0,60	0,50	0,70	0,24	0,29	0,73	

Substances (subs).

(n) désigne l'effectif.

% désigne la fréquence relative des patients.

3. Voies d'administration

Nous avons voulu étudier les tendances d'utilisation des drogues par les patients. Ainsi, plus de 72,9% des patients utilisaient une seule voie d'administration. La voie respiratoire sous forme fumée était la principale voie utilisée par les patients soit 41,5% (n=124).

La répartition des patients selon les voies d'administration des substances toxicomanogènes est consignée dans le tableau XX.

Tableau XX: Répartition des patients en fonction de la voie d'administration

Voie d'administration	Effectif	Pourcentage
Fumée	124	41,5
Orale	90	30,1
Non spécifique	81	27,1
Inhalée	2	0,7
Injectée	2	0,7
Total	299	100

4. Données cliniques

4.1. Service d'origine

Nous avons noté 43 cas de références vers le service de psychiatrie, ce qui représentait un pourcentage de 15,9. Ces patients provenaient des CSPS, des CMA, des CHR, des Urgences médicales du CHU-SS et des cliniques privées de la ville. Ainsi 84,1% des patients reçus dans le service de psychiatrie n'ont pas été référés par un service de santé.

Le tableau XXI illustre la répartition des patients selon leur service d'origine.

Tableau XXI: Répartition des patients selon leur service d'origine

Service d'origine	Effectif	Pourcentage
Externe	254	84,1
UM	18	6,0
Autres	15	5,0
CHR Banfora	3	1,0
CMA Boromo	3	1,0
CSPS Solenzo	2	0,7
CSPS Deguele	1	0,3
CSPS Faramana	1	0,3
Total	302	100

Autres : Cliniques privées, Maison d'Arrêt et de Correction de Bobo-Dioulasso.

UM : Urgences médicales du CHU-SS

CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

CHR : Centre Hospitalier Régional

4.2. Antécédents psychiatriques

63,9% des patients n'avaient présenté aucun épisode psychiatrique antérieur au moment de la consultation comme l'illustre le tableau XXII .Par contre 31,4% avaient plus de deux épisodes.

Tableau XXII : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Pas d'antécédent	163	63,9
Un antécédent	9	3,5
Deux antécédents	3	1,2
Plus de deux antécédents	80	31,4
Total	255	100

4.3. Motifs de consultation

Au service de psychiatrie du CHU-SS de Bobo-Dioulasso 85,8% des patients présentaient des troubles de comportement (TC), qui était le premier motif de consultation. Le tableau XXIII montre la répartition des patients selon les motifs de consultation.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon leurs motifs de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Troubles de		
Comportement	259	85,8
Demande de sevrage	30	9,9
Avis médical/M.PEC	13	4,3
Total	302	100

M.PEC : Meilleure Prise en Charge

4.4. Symptomatologie

Nous avons cherché à connaître la distribution des symptômes chez les patients présentant un abus de drogues. Le tableau suivant donne la répartition.

Tableau XXIV : Fréquence des symptômes présentés par les patients toxicomanes du service psychiatrique du CHU-SS

Symptômes	Fréquences	Pourcentage(%)
Délire	192	29,1
Insomnie	101	15,3
Autres	98	14,9
Agitation	97	14,7
Hallucinations	68	10,3
Agressivité	53	8,0
Anxiété	24	3,6
Céphalées	14	2,1
Angoisse	12	1,8
Total	659	100

Autres : pleures, asthénie sexuelle, dyspnée, œdèmes des membres inférieurs etc....

La figure 3 illustre la distribution des symptômes chez les patients présentant un abus de drogues.

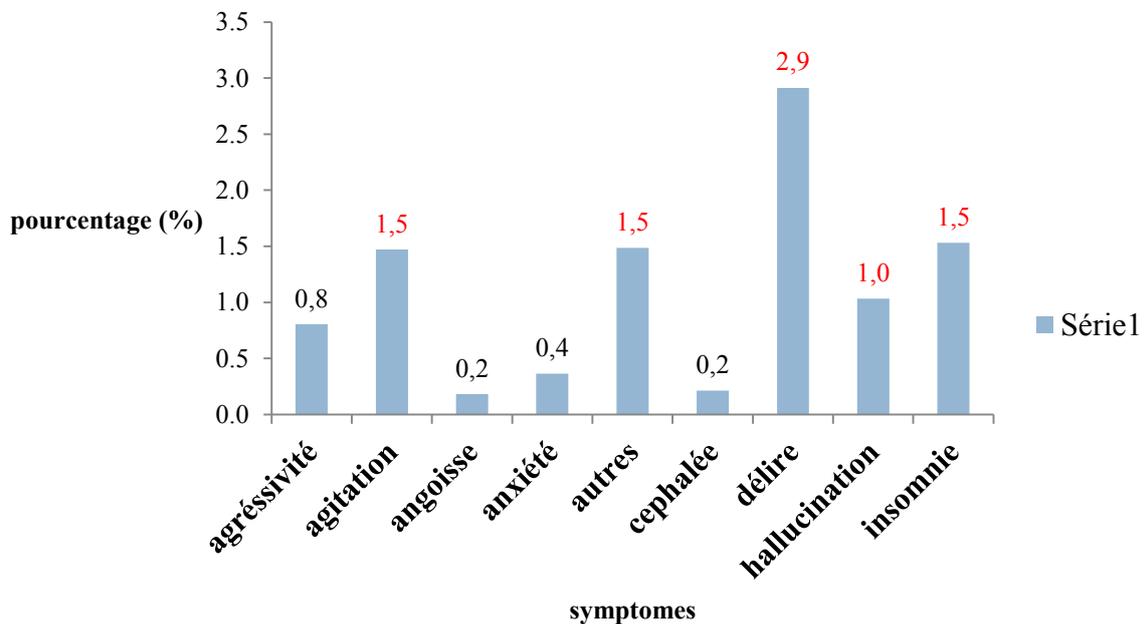


Figure 3: Fréquence des symptômes présentés par les patients toxicomanes du service psychiatrique du CHU-SS.

Dans leurs manifestations, certains symptômes étaient associés. Ainsi 65 patients soit 38,2% présentaient une association agitation-délire. Le tableau suivant donne la répartition.

Tableau XXV : Associations de symptômes les plus fréquents

Associations de symptômes	Fréquences	Pourcentage(%)
Délire-Agitation	65	38,2
Délire-Agressivité	33	19,4
Délire-Insomnie	28	16,5
Délire-Hallucination	23	13,5
Agitation-Agressivité	9	5,3
Hallucination-Insomnie	7	4,1
Agressivité-Insomnie	5	2,9
Total	170	100

4.5. Diagnostics évoqués

Dans le service de psychiatrie du CHU-SS nous avons retrouvé 62,6% de cas de toxicomanie, qui était évoqué chez la majorité des patients, suivi d'alcoolisme 14,2%. Les autres diagnostics (23,2% des cas) étaient toujours accompagnés de la notion de toxicomanie : ce sont des Co-morbidités (association pathologie psychiatrique et toxicomanie).

Le tableau XXVI illustre la répartition des patients selon les diagnostics évoqués.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les diagnostics évoqués

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Toxicomanie	189	62,6
Alcoolisme	43	14,2
TPA	38	12,6
Schizophrénie	32	10,6
Total	302	100

TPA désigne Trouble Psychotique Aigu

5. Prise en charge

5.1. Mode de prise en charge

Une fois admis dans le service, le mode de prise en charge des patients dépendaient de leur état clinique.

L'étude nous a permis d'établir que les patients qui ont été pris en charge en ambulatoire étaient au nombre de 236 (soit 78,2%). Les patients hospitalisés représentaient 21,8% des cas.

5.2. Traitements administrés

Notre étude indique que le moyen thérapeutique utilisé chez les patients était fait de chimiothérapie + psychothérapie.

- Pour 12 patients (soit 3,9%) il y a eu une abstention thérapeutique.
- 96,1% des patients ont bénéficié d'une prescription médicamenteuse.
- La prescription médicamenteuse était basée sur une poly chimiothérapie.
- Dans 54,8% des cas, ce sont des associations de neuroleptiques et d'anxiolytiques qui ont été utilisées.
- La psychothérapie individuelle et/ou collective était réalisée dans le service psychiatrique par le personnel de prise en charge pour les patients.

Le tableau XXVII présente la fréquence de prescription des médicaments chez les patients toxicomanes.

Tableau XXVII : Fréquence de prescriptions des médicaments chez les patients toxicomanes pris en charge dans le service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso

Traitement	Fréquence	Pourcentage
Complexe B	10	3,4
Anxiolytique	29	10,0
Anxiolytique/Vitamines	12	4,1
Anxiolytique/Neuroleptique	81	27,9
Neuroleptique/Anticholinergique	45	15,5
Neuroleptique/Antihistaminique	13	4,5
Neuroleptique/Vitamines	4	1,4
Neuroleptique	18	6,2
Combinaisons de 3 médicaments	78	26,9
Total	290	100

5.3. Durée d'hospitalisation

Le nombre d'hospitalisation a été mentionné chez 66 patients. La durée du séjour hospitalier variait de un à quarante cinq jours avec une moyenne de $19,22 \pm 7,33$ jours d'hospitalisation. Après hospitalisation les patients poursuivaient leur traitement à titre externe et revenaient en consultation pour un suivi régulier de leur pathologie psychiatrie. Le tableau XXVIII présente la répartition des patients selon les tranches de durée d'hospitalisation.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage%
1-5	10	15,2
6-10	16	24,2
11-15	8	12,1
16-20	17	25,8
21-25	2	3,0
26-30	6	9,1
31-35	2	3,0
36-40	3	4,5
41-45	2	3,0
Total	66	100

5.4. Evolution de la prise en charge

L'analyse des résultats montrait que plus de 50% des patients ont rompu le contact avec le service psychiatrique juste après leur première ou deuxième consultation (perdus de vue). Plus de 4% des patients ont fait des fugues au cours de leur hospitalisation ; 20,5% d'entre eux ont été libérés avec une amélioration et 2,0% ont été libérés sans amélioration pour différentes raisons (problèmes financiers, insistance de la famille...). Le diagnostic de guérison n'a jamais été évoqué.

Le tableau XXIX illustre la répartition des patients en fonction de l'évolution de la prise en charge.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon l'évolution de prise en charge

Issue de la prise en charge	Effectif	Pourcentage
Perdu de vue	155	51,3
Amélioration	62	20,5
Exeat+ Amélioration	37	12,3
Sans amélioration	19	6,3
Fugue	14	4,6
Transfert vers autre service	9	3,0
Exeat sans amélioration	6	2,0
Total	302	100

5.5. Test de dépistage des drogues

Le test de dépistage des drogues n'était pas effectué dans le service psychiatrique du CHU-SS.

5.6. Personnel de prise en charge

Dans le service psychiatrique de Bobo-Dioulasso, les attachés de santé en psychiatrie représentaient 80% (12) du personnel de prise en charge et les médecins psychiatres 20% (3). Au cours de l'étude, nous avons pu rencontrer les trois médecins psychiatres, ainsi que tous les attachés de santé en psychiatrie (12) du CHU-SS. Ces derniers ont répondu aux différentes questions. (Cf. Annexe II)

5.6.1. Utilisation de protocole thérapeutique

L'entretien avec le personnel soignant dans le service psychiatrique du CHU-SS a révélé que les agents n'utilisaient pas de protocole thérapeutique dans la prise en charge des patients toxicomanes.

5.6.2. Prescription de traitement de substitution

Dans le service psychiatrique du CHU-SS, l'ensemble du personnel (100%) de prise en charge des toxicomanes ont affirmé ne pas prescrire des substituts de drogue à leurs patients toxicomanes.

5.6.3. Formation sur la prise en charge

80% (soit 13/15) du personnel ont affirmé avoir participé à des formations (séminaires, ateliers) sur la prise en charge des toxicomanes, sur une période de 5 jours en 2009.

Par contre 20 % (soit 2/15) du personnel de prise en charge ont dit n'avoir jamais participé à une formation sur la prise en charge des toxicomanes hormis le module reçu lors de leur formation de base de médecins ou d'attachés de santé en psychiatrie.

5.6.4. Structures d'accueil des toxicomanes

93,3% (soit 14/15) du personnel de prise en charge ont affirmé que leur structure de travail n'était pas adaptée à la prise en charge des toxicomanes. Cette inadaptation était l'une des causes des fugues et des perdus de vue enregistrés dans le service.

5.6.5. Freins au suivi des toxicomanes

L'inadaptation des structures actuelles de prise en charge était l'obstacle qui prédominait selon le personnel (19,2%) du service psychiatrique. Elle était suivie de la « non observance » des patients aux traitements (16,4%), et l'absence de protocole thérapeutique (16,4%).

La répartition du personnel selon les obstacles à la prise en charge des toxicomanes est consignée dans le tableau XXX.

Tableau XXX: Répartition du personnel selon les obstacles à la prise en charge des toxicomanes

Obstacle	Fréquence	Pourcentage
Inadaptation de la structure	14	19,2
Non observance des patients aux traitements	12	16,4
Personnel mal formé	1	1,4
Absence de protocole thérapeutique	12	16,4
Problème d'identification des drogues	8	11,0
Irrégularité aux rendez-vous	10	13,7
Manque de psychologue	4	5,5
Absence de substitut	7	9,6
Difficultés financières	5	6,8
Total	73	100

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Bien que nous ayons apporté une certaine rigueur dans la conduite de cette étude, la fiabilité de nos résultats est affectée par un certain nombre de difficultés:

En effet:

- Du fait du caractère répressif de la consommation de drogues, les usagers de drogues ne fréquentent pas les structures de santé. De plus, les structures psychiatriques ne sont pas spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes même si elles restent des centres de recours et de demande de soins pour certains usagers de drogues, dans ce cas on ne peut y rencontrer qu'un faible échantillon. A ce propos il a été noté que dans la ville de Ouagadougou, les toxicomanes préfèrent consulter dans les cliniques privées qui seraient plus sécurisantes pour eux [54].

Certains patients présentant un abus de drogues ont recours probablement à d'autres structures de soins (tradipraticiens, prières religieuses ...).

L'étude du profil des patients présentant un abus de drogues aurait gagné en précision en s'étendant aux autres structures potentielles (prisons, sites aurifères, boîtes de nuit...).

- les dossiers médicaux des patients : bien que les dossiers soient constitués suivant un plan standard propre à chaque service, il arrive que pour des raisons diverses, les dossiers soient incomplets donc ne comportant pas toutes les informations que nous aurions souhaitées avoir.
- les informations recueillies ne sont pas toujours harmonisées avec les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.
- chaque dossier a été rédigé sur la base de la déclaration des patients ou de leurs accompagnants.
- de plus un même patient peut avoir plusieurs dossiers cliniques avec plusieurs numéros d'identification différents.

3. Nombre de cas d'abus de drogues

Il était difficile d'évaluer statistiquement l'ampleur des toxicomanies. La drogue ne frappe pourtant pas au hasard. En effet, le pays des hommes intègres n'a jamais été aussi vulnérable à la toxicomanie.

Après plus d'une décennie de mise en œuvre du programme d'ajustement structurel, la pauvreté persiste, l'activité industrielle recule et le chômage augmente de jour en jour pendant que l'endettement du pays semble se pérenniser. Cependant des indicateurs comme les statistiques hospitalières permettent d'avoir une approche de son évolution [61].

Nous avons recensé 302 patients présentant un abus de drogues en cinq (05) années dans le service de psychiatrie de la ville de Bobo-Dioulasso.

L'étude comparative du nombre de cas d'abus de drogues à partir de l'année 2006 montre une tendance presque uniforme au cours des cinq (05) années avec une légère baisse en 2010. Cette tendance ne devrait pas s'interpréter comme une régression du phénomène toxicomaniaque. Pour preuve, les actions de sensibilisation, de lutte, continuent de se multiplier et les saisies de drogues opérées par les forces de l'ordre signalent une augmentation des statistiques. Elle pourrait s'expliquer par la faible fréquentation des consommateurs de drogues dans le service de santé.

La fréquence de cas d'abus de drogues observés dans le service psychiatrique de la ville de Bobo-Dioulasso était de 5,3%. Nous constatons que nos résultats sont très comparables à ceux observés ailleurs : TOE [64], dans son étude portant sur le profil des cas d'abus de drogues et leur prise en charge dans les structures sanitaires de la ville de Ouagadougou pour la période (2007-2009) trouvait une fréquence de 5,6%. CABORE [7], dans son étude portant sur l'activité des structures psychiatriques durant la période (1981- 1985), trouvait à Ouagadougou une fréquence de 4,6%. SANON [61], dans son étude portant sur l'étude du profil des toxicomanies à partir d'une population hospitalière de la ville de Ouagadougou notait une fréquence de 8,4% pour la période (1987-1991).

NANGA [47], dans son étude portant sur la prise en charge des intoxications dans les services d'urgence au Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou en 1995 relevait une fréquence de 5,4% au service de psychiatrie.

OUEDRAOGO [53] dans son étude portant sur l'étude des troubles psychiatriques liés à l'abus des drogues dans les services psychiatriques durant la période (1999-2003) a trouvé une fréquence de 5,3% au Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro (CHU-SS) de Bobo-Dioulasso.

Ces différentes tendances traduiraient une baisse du phénomène ; mais soulignent également la constance de la difficulté à recenser les cas d'abus de drogue.

4. Caractéristiques socio-démographiques

4.1. Age

La tranche d'âge la plus concernée par l'usage des toxiques était celle des jeunes de 20-29 ans, qui regroupait plus de la moitié des cas (54,2%), traduisant ainsi la prédominance des jeunes adultes parmi les consommateurs de drogues. En outre les pourcentages cumulés montrent que 71,9 avaient moins de 35 ans.

Ce phénomène est retrouvé par bien d'autres auteurs : TOE [64], dans son étude portant sur le profil des cas d'abus de drogues et leur prise en charge dans les structures sanitaires de la ville de Ouagadougou pour la période (2007-2009) en 2010 trouvait 69%.

TRAORE [65] dans son étude portant sur l'étude du lien entre VIH/SIDA et consommation de drogues au Burkina Faso en 2004 ; OUANGO et Col. [51] dans leur étude portant sur les profils épidémiologiques et cliniques des toxicomanies au CHU-YO en 1997. OUEDRAOGO N. [54] et SANON [58] trouvaient la même prédominance des jeunes adultes.

FACY et ROSH [23], en 1990 en France trouvaient également la prédominance des jeunes adultes à 72 % au sein d'une population de toxicomanes.

La prédominance des jeunes patients au sein des consommateurs de drogues pourrait s'expliquer par l'effet de groupe que peut occasionner la consommation de drogue au sein de la jeunesse. De plus beaucoup de jeunes pensent occulter les difficultés actuelles de la vie auxquelles ils sont confrontés notamment le chômage en s'adonnant à la drogue. La répartition selon l'âge montre que le phénomène de consommation de drogue est étroitement lié à l'âge. Cela pourrait poser à plus ou moins long terme un problème de population étant donné que la jeunesse se détruit à << petit feu >>. Une fois encore, la jeunesse paie le plus lourd tribut.

4.2. Sexe

La prédominance masculine est frappante, et représentait 98,7% des patients. Cette prédominance masculine est contraire au sexe ratio présent dans la population générale du Burkina.

Le Burkina Faso a une population majoritairement féminine (environ 52% selon l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) [29].

Les causes de cette prépondérance masculine pourraient être recherchées :

- dans le fait que culturellement les hommes sont plus enclins à la consommation de toxiques soit pour leurs effets récréatifs, soit pour lutter contre les difficultés et exigences sociales ; soit pour se donner une hypothétique force pour des travaux durs.
- dans le fait que les femmes, économiquement dépendantes pour la plupart sont adressées moins fréquemment aux structures psychiatriques.
- dans le fait que la femme culturellement réduite à rester cloîtrée au foyer a moins d'occasion de rencontrer la drogue.

Cette prédominance masculine est confirmée depuis des années par des études menées aussi bien dans notre pays qu'ailleurs.

Ainsi, TOE [64], SANON [61], TRAORE [65], OUANGO et Col. [51] et OUEDRAOGO E. [53] ont trouvé respectivement 96,7% ; 92,5% ; 89% ; 96% ; 98,4% de prédominance masculine. BOUDRE [6], en 2009, a trouvé également une prédominance masculine de 86% lors de son étude sur la toxicomanie en Martinique.

La consommation de drogue est donc l'apanage des jeunes adultes de sexe masculin comme décrit dans la littérature.

4.3. Niveau d'instruction et Profession

D'une manière générale la répartition selon le niveau d'instruction montre l'importance des patients ayant un faible niveau (68,7%) dont 32,7% n'ont pas été scolarisés. nos chiffres sont en hausse par rapport à ceux trouvés par certains auteurs :

TOE [64], TRAORE [65], SANON [61], OUANGO et Col. [51] ont trouvé également une prédominance des usagers de drogues ayant un faible niveau d'instruction avec respectivement 46,5% ; 66,1% ; 66,3% et 61%.

Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation des taux de scolarisation et d'alphabétisation ces dernières années au Burkina Faso [29], ou que de plus en plus, le phénomène semble ne pas toucher ceux qui sont instruits du fait d'une plus grande accessibilité à l'information sur les méfaits de la drogue.

Les patients ayant un niveau supérieur représentaient 4,7 % ; ce qui nous permet de dire que la scolarisation semble contribuer à la lutte contre la toxicomanie, ou par le fait que 90% de la population est agriculteur [21].

La crise éducative est un facteur favorisant de l'usage de drogue. Tous ces résultats peuvent être en rapport avec le faible taux de scolarisation au Burkina Faso.

Sur le plan professionnel, les usagers de drogues se recrutaient dans tous les milieux socio-professionnels avec une prédominance des patients relevant du secteur informel (35,9%) suivi des cultivateurs (22,5%) et des sans emplois (18,7%). Ceci pourrait s'expliquer par les difficultés existentielles conduisant les sujets à prendre des SPA pour expérimenter des plaisirs faciles et fuir momentanément leurs soucis. En effet l'urbanisation intempestive avec ses conséquences de vie citadine dure, de chômage, de problèmes d'adaptation et de faim pourraient pousser les sujets à l'abus de drogues.

Nos proportions se rapprochent de celles retrouvées par TOE [64], SANON [61], TRAORE [65], et ZAKI [67] qui ont trouvé également une prédominance des agents du secteur informel et des sans emplois au sein des consommateurs de drogues. C'est justement dans le secteur informel qu'on a plus besoin de l'effet supposé tonifiant de la drogue.

4.4. Situation matrimoniale

Nos résultats montrent une surreprésentés des célibataires avec 72,8%. La prédominance des célibataires pourrait s'expliquer par le fait que les patients présentant un abus de drogues étaient à majorité jeunes (20-29 ans) dans un contexte de crise économique et culturelle favorisant le mariage tardif surtout chez les jeunes de sexe masculin. On pourrait également expliquer cela par le fait que c'est une pratique qui n'est pas compatible avec une vie de couple normale.

C'est aussi le constat de TOE [64] qui au cours de son étude en 2010 trouvait 75,6%, OUANGO et Col. [51] ont trouvé 76% de prédominance de célibataires, OUEDRAOGO N. [53] (71,2%), TRAORE [65] (66,9%), SANON [61] (59,3%), ZAKI et col. [67]. au Maroc trouvait (63,7%), enfin CHOQUET et Col. [8] en 1989, en France (83%).

Nous pouvons dire que plus le sujet s'enfoncé dans l'abus de drogue, plus le fossé se creuse entre lui et la société excluant toute alliance (en particulier le mariage).

Cette situation de célibat pourrait également s'expliquer par le fait que l'usage de drogue peut entraîner une marginalisation qui détourne l'individu du mariage, le retarde ou le sépare du conjoint.

5. Consommation de drogues

5.1. Age de début de consommation

Dans notre étude l'âge d'initiation à la drogue de nos consommateurs se situe entre 11 et 55 ans. L'âge extrême maximal est rare dans la littérature du fait qu'il présente moins d'intérêt dans l'élaboration de stratégies de prévention des toxicomanies. Le même âge extrême minimal est retrouvé par : TOE [64] à Ouagadougou en 2010 trouvait 12 ans, SANON [61] trouvait comme âge minimal 10 ans, TRAORE [65] trouvait 11 ans. COLLET et Col. [10] en France, en 1986 l'évaluaient à 12 ans. MANOUDI et Col. [43] en 2010 trouvaient, dans leur étude portant sur l'approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech (Maroc), 15 ans comme âge minimal de début de consommation.

Cet âge minimal de début de consommation, qui se situe à la préadolescence pourrait poser des problèmes de développement compte tenu du fait que nous nous situons en période de croissance accélérée.

5.2. Substances consommées

Chez nos patients consommateurs, le cannabis était la substance la plus consommée avec 31,3% suivis de l'amphétamine 22,3% ; de l'alcool 16,8% ; des médicaments à usage détourné 5,3% ; de la cocaïne 2,5%, des solvants 1,8% et de l'héroïne 1,0%. Nos résultats sont inférieurs à ceux de TOE [64] qui pendant la période (2007-2009) dans les services de psychiatrie de la ville de Ouagadougou trouvait 55,8%. OUEDRAOGO N. [53] durant la période (1999-2003) dans les services de psychiatrie du CHU-YO et du CHU-SS lorsqu'elle trouvait 70,9%. MANOUDI et Col. [43] ont trouvé également 76,6% de prédominance du cannabis à Marrakech. COMPAORE [15] dans son étude sur l'abus de substances psychoactives chez les enfants vivant dans la rue de la ville de Ouagadougou trouvait 30,90%. Rappelons que le cannabis est la drogue la plus consommée dans le monde [49].

Nous avons noté une association statistiquement significative entre la consommation de cannabis et les tranches d'âge des patients ($P < 0,04$) et ce sont les jeunes adultes (15-29ans) qui étaient les plus grands consommateurs de drogues. TOE [64] en 2010 ; TRAORE [65] en 2004 et DA [18] en 2010 avaient trouvé les mêmes résultats. Le cannabis pourrait être donc la drogue la plus accessible par les jeunes. La proportion des élèves et étudiants consommateurs de cannabis était statistiquement plus importante que dans les autres branches d'activité.

Cette situation pourrait s'expliquer par un environnement où le chômage, la pauvreté et les violences ont favorisé la détérioration des liens familiaux. Mais aussi pour son effet pseudo-exaltant intellectuel dont les élèves et étudiants ont besoin.

La proportion des patients de plus de 45 ans consommateurs d'alcool (45,9%) était statistiquement plus importante que celle des autres tranches d'âge ($P < 0,001$). Les problèmes sociaux et familiaux qui sont généralement rencontrés à partir de cette tranche d'âge pourraient expliquer cette situation.

La proportion des patients du sexe féminin qui consommaient aux moins deux substances (50%) étaient statistiquement plus importante que celle des hommes (42%). Ceci pourrait s'expliquer par la faible proportion des femmes recensées au cours de l'étude.

La même observation a été faite par TOE [64] en 2010, et GOGNALONS-NICOLET et BARDET [25] en 1997 à l'issue de leur enquête portant sur le genre et la consommation de médicaments psychotropes en Suisse.

Il y a une association statistiquement significative entre la consommation d'alcool et le niveau d'instruction ($P = 0,005$). TOE [64] en 2010 trouvait ($P = 0,03$) ; TRAORE [65] avait fait la même observation en 2004 lorsqu'il trouvait ($P = 0,04$).

La plus forte proportion de consommateurs d'alcool a été observée chez les salariés, la différence est statistiquement significative ($P < 0,001$). L'usage de drogues illicites est rarement un événement isolé ; nous pouvons dire que la consommation d'alcool, ou de tabac est associée le plus souvent au cannabis. Cette observation a été faite par TOE [64] qui trouvait en 2010 ($P < 0,001$) ; et TRAORE [65] lorsqu'il a trouvé en 2004 ($P = 0,04$). L'accessibilité financière des salariés à l'alcool par rapport aux autres branches d'activité pourrait expliquer cette situation.

La consommation de drogues « dures » n'est pas de pratique courante au Burkina Faso à l'opposée des pays occidentaux et asiatiques où elle prédomine. FACY et Col. [22] en 1987, en France trouvaient 66,7% pour l'héroïne ; 30,8% pour le cannabis et 10,5% pour la cocaïne. Au Burkina Faso, leur consommation serait l'apanage des personnes aisées et le plus souvent par des expatriés résidents.

Cette différence de consommation pourrait s'expliquer par l'inaccessibilité des consommateurs de drogues de nos pays à ces drogues « dures » dû à leur coût élevé, mais surtout de leur disponibilité.

5.3. Voies d'utilisation

Chez nos patients consommateurs de drogues la voie respiratoire (41,5%) était la principale voie utilisée, suivie de la voie orale (30,1%). Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés par TOE [64] en 2010 qui notait également une prédominance de la voie respiratoire 48,7%. TRAORE [65] a trouvé également la prédominance de la voie respiratoire lorsqu'il trouvait en 2004, 92,9%.

La voie injectable est rarement utilisée (0,7%) par nos patients. Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par :

TOE [64] en 2010 trouvait 1,5% à Ouagadougou; TIENDREBEOGO et Col. [63] au Burkina Faso en 2001, qui ont noté également une très faible utilisation de la voie injectable par les usagers de drogues, confirmant ainsi la faible utilisation des drogues par voie injectable en Afrique et particulièrement en Afrique de l'Ouest.

Au contraire, dans les pays européens et asiatiques, l'utilisation des drogues par voie injectable atteint des proportions importantes : Chine (66%), Népal (74,8%), Thaïlande (60%), Royaume-Uni 37-50% [3]. ROTILY [59] trouvait 23% chez les détenus en France et DELORME [19] 22% à Marseille (France) en 1999. Ceci pourrait s'expliquer aisément par le coût élevé de ces drogues, donc pas accessible par nos populations. De plus la technique d'administration est délicate.

6. Profil clinique

6.1. Service d'origine

Nous avons retrouvé dans les dossiers cliniques que 84,1% des patients admis dans le service psychiatrique y sont parvenus directement. Les références vers le service de psychiatrie du CHU-SS constituaient 15,9% des cas. Ces patients provenaient des CHR, des CMA, des Urgences médicales du CHU-SS, des structures sanitaires privées et de la Maison d'Arrêt et de Correction de Bobo-Dioulasso.

Ces résultats sont semblables à ceux de TOE [64] et SANON [61] qui ont trouvé respectivement 87,5% et 80,3% d'externes ainsi que 12,5%, et 19,7% de références.

Cette prédominance d'externe est due au fait que la symptomatologie psychiatrique que présente ces patients est généralement connue du public qui sait par ailleurs où conduire le patient.

6.2. Motifs de consultation

Les motifs de recours aux soins psychiatriques sont multiples. Le premier motif de consultation de nos patients était les troubles de comportement (85,8%).

Bien que les troubles de comportement puissent être prédominants, le taux de 85,8% serait lié à l'emploi abusif de ce terme dans un sens global voir << foire tout >>. Près de 9,9% des patients font recours au service de psychiatrie pour une demande de sevrage et on pourrait déduire que certains usagers de drogues ou leur entourage ont conscience des risques liés à l'usage des drogues. Cette prédominance des troubles de comportement était également retrouvée par TOE [61] à Ouagadougou 72,2%.

6.3. Symptomatologie

Nous pouvons dire que la sémiologie présentée par les patients dans le service psychiatrique était polymorphe. Les syndromes représentent la clef pour un éventuel diagnostic. Les patients présentant un abus de drogues étaient le plus souvent agités, délirants ou agressifs. Cependant 41,7% des patients présentaient au moins deux signes et 36,4 % d'entre eux présentaient plus de deux signes associés. TOE [64] et SANON [61] retrouvaient ce polymorphisme des symptômes au cours de leurs études.

6.4. Test de dépistage des drogues

Le test de dépistage des drogues n'était pas effectué dans le service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso contrairement à Ouagadougou où TOE [64] trouvait 6,2% d'utilisation du test.

L'intérêt du diagnostic réside dans la prise en charge des patients car le traitement doit être adapté au toxique en cause ; ce qui n'est pas toujours facile si l'on se base uniquement sur les données anamnestiques pour l'identification du toxique. Cependant, bien de substances peuvent ne pas être déclarées.

Ce fait a été mis en évidence par PARQUET et Col. [55] en 1987 en France qui, à travers une analyse toxicologique systématique des toxicomanes, révélait que sur 95 déterminations positives (tous toxiques confondus), 43 (45%) coïncidaient avec les données du sujet, mais 52 (55%) n'avaient pas été signalées. L'absence du test de dépistage dans le service de psychiatrie du CHU-SS serait due à l'apparition récente du test dans notre pays (2008), de son coût élevé et de sa disponibilité.

7. Prise en charge

7.1. Mode de prise en charge

Les patients pris en charge de façon ambulatoire représentaient 78,3% et ceux qui ont été hospitalisés représentaient 21,8% des cas.

TOE [64] trouvait en ambulatoire 67,3% et en hospitalisation 32,7% à Ouagadougou. SANON [61] a trouvé en ambulatoire 52,5% et en hospitalisation 47,5%.

Notre étude s'est déroulée dans le service de psychiatrie du CHU-SS qui est le centre de référence de la région des Hauts-Bassins, avec une capacité d'hospitalisation réduite. Cette situation pourrait expliquer la forte représentation des patients pris en charge à titre ambulatoire dans notre échantillon.

7.2. Traitement administré

Nos patients ont bénéficié surtout d'une psychothérapie et d'une polychimiothérapie, qui est surtout symptomatique à base de neuroleptiques et d'anxiolytiques (54,8%). Ces résultats ont été retrouvés par TOE [64] et DA [18] en 2010 à Ouagadougou, OUEDRAOGO E. [53] durant la période (1999-2003) au CHU-YO et au CHU-SS.

Une psychothérapie individuelle et de groupe a permis d'apporter un soutien psychologique aux patients et à leurs familles.

Les abstentions thérapeutiques qui consistaient à recevoir un patient et s'abstenir de tout soin, ont certainement été surestimées (3,9% des cas) d'autant plus qu'il peut avoir eu des prescriptions thérapeutiques qui n'aient pas été mentionnées sur les dossiers médicaux des patients.

7.3. Evolution de la prise en charge

Au Burkina Faso l'assistance psychiatrique sur le plan structurel, et de l'équipement n'est pas très développée [53]. La fréquence élevée des perdus de vue (51,3%) dans notre étude peut être liée à des difficultés de la prise en charge. On notait une prédominance des patients qui ont rompu tout contact avec le service psychiatrique après leur première ou deuxième consultation. Les cas de fugues représentaient 4,6%. Ils se retrouvaient parmi les patients hospitalisés.

On pourrait expliquer cette situation par le fait de l'inadaptation des structures actuelles de prise en charge, du refus des toxicomanes d'être considérés comme des malades mentaux et de se retrouver dans les mêmes structures que ces derniers. Il y a également le fait que la consommation de drogues soit réprimée dans notre pays donc les usagers de drogues ne se sentiraient pas en sécurité dans les structures de santé.

De plus, la sécurité du patient et des prestataires reste insuffisante du fait de la méconnaissance des vigilances au niveau des acteurs hospitaliers (hémovigilance; pharmacovigilance, matériovigilance, infectiovigilance etc.) de l'insuffisance des moyens matériel et humain à mettre en œuvre avec pour conséquence le risque d'accident de travail et de maladies professionnelles, de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité.

La prise en charge des urgences est insuffisante du fait de la non-performance du système de référence, de la faiblesse du plateau technique [3].

Enfin la plupart des usagers de drogues étant du secteur informel, des cultivateurs et des sans emplois, ils n'arriveraient pas à honorer les ordonnances médicales qui leur étaient délivrées à la consultation ; toute situation qui ne les encouragerait pas à revenir dans le structure sanitaire.

7.4. Personnel de prise en charge

La prise en charge des patients toxicomanes est assurée par le service psychiatrique (médecins psychiatres, attachés de santé en psychiatrie) ; celle-ci est donc considérée comme un acte médical spécialisé. Les attachés de santé en psychiatrie représentaient l'essentiel du personnel de prise en charge des toxicomanes (80%). Cette prédominance des attachés de santé en psychiatrie est due au nombre insuffisant de médecins psychiatres dans le service.

Les médecins psychiatres étaient au nombre de trois (20%). Par ailleurs on notait l'inexistence des unités de soins psychiatriques dans les CMA et CM de la commune de Bobo.

La situation est différente en France où les médecins généralistes occupent une place importante dans la prise en charge des toxicomanes. Lors d'une étude portant sur la prise en charge des toxicomanes en France, il s'est avéré que les médecins généralistes avaient pris en charge en moyenne 15 toxicomanes par an. Ceci était dû au fait que dans le même pays, deux tiers des médecins généralistes ont affirmé avoir participé à des formations sur la prise en charge des toxicomanes [9].

Dans notre étude, 80% du personnel de prise en charge dit avoir participé à une formation sur la prise en charge des toxicomanes en 2009. En revanche TOE [64] trouvait à Ouagadougou que 56% du personnel dit n'avoir jamais participé à une formation sur la prise en charge des toxicomanes. Le personnel soignant du service de psychiatrie du CHU-SS n'utilisait pas de protocole thérapeutique dans la prise en charge des patients toxicomanes.

TOE [64] en 2010 à Ouagadougou, trouvait que plus de la moitié du personnel (60%) ont affirmé ne pas utiliser de protocole thérapeutique contre 40% d'entre eux qui ont déclaré l'utiliser mais qu'il était fonction du type de drogue en cause dans la toxicomanie. Notre service d'étude ne disposait pas d'un protocole thérapeutique qui devait être suivi par le personnel de prise en charge, la diversité de molécules prescrites aux patients confirme cette affirmation.

Les co-morbidités rencontrés chez les toxicomanes dans le service psychiatrique ainsi que le problème d'identification des drogues en cause dans la toxicomanie, rendraient difficile l'établissement de protocole thérapeutique.

L'inadaptation des structures actuelles de prise en charge a été signalée par presque la totalité (93,3%) du personnel pour qui, il n'y a aucune structure spécialisée de prise en charge des toxicomanes qui permet d'isoler les toxicomanes des autres malades mentaux et qui favoriserait leur sevrage. SANON [61] dès 1993, OUEDRAOGO E. [53] en 2005 et TOE [64] en 2010 avaient signalé l'absence de structure adaptée pour la prise en charge des toxicomanes au Burkina Faso.

La confrontation de nos résultats avec ceux de la littérature donnait les situations suivantes :

- La Martinique dès 1999 bénéficiait de trois (03) structures spécialisées de prise en charge des toxicomanes [48].
- L'Algérie en 2009 disposait de soixante-quatre (64) centres de cure de désintoxication et de centres intermédiaires pour l'orientation et le suivi des toxicomanes [34].

La totalité du personnel de prise en charge dit n'avoir jamais prescrit de produits de substitution à leurs patients toxicomanes.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces produits ne sont pas disponibles dans les officines pharmaceutiques de la place ; ou la méconnaissance de ces produits par les agents de santé.

Les traitements de substitution (morphiniques et apparentés) restent largement en tête des prescriptions citées en France. En effet, en 2001, 88% des toxicomanes à l'héroïne ont bénéficié d'un traitement de substitution qu'est la buprénorphine [48].

Lors d'une étude réalisée dans ce même pays, des auteurs ont noté chez des toxicomanes après l'utilisation des substituts de drogue, l'amélioration de la situation socio-économique, la réduction de la délinquance liée aux drogues et l'amplification de la réduction des comportements à risque déjà initiée par la simple prise de conscience de leur réalité.

ROHMER [58] affirmait que « toute prise en charge d'un patient toxicomane devrait avoir pour but ultime l'arrêt de l'intoxication ».

CONCLUSION

L'abus de substances psycho actives, dont les dérivés du cannabis, est une réalité qui prend de l'ampleur dans le monde entier et surtout au Burkina Faso, plus particulièrement à Bobo-Dioulasso. Phénomène complexe et multidisciplinaire plusieurs études s'y sont intéressées. Cette étude descriptive avait pour but de faire le point sur les cas d'abus de drogues dans la ville de Bobo-Dioulasso : le profil et la prise en charge.

Sur le plan épidémiologique, 302 patients ont été recensés dans le service psychiatrique de la ville dans la période du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2010.

Il touche toutes les couches sociales et particulièrement les jeunes de 20 à 29 ans, ceux du secteur informel, les cultivateurs, les sans emploi qui y trouvent souvent un refuge pour affronter les diverses difficultés existentielles. Les sujets de sexe masculin et les célibataires sont les plus touchés. La prédominance des patients du groupe Mossi est due au fait que ce groupe ethnique constitue l'ethnie dominante du Burkina Faso. Les caractéristiques de l'usage des drogues révèlent un âge d'initiation très précoce (11ans) et une prédilection surtout pour la consommation du cannabis, de l'alcool et amphétamines. Les problèmes médicaux rencontrés par les patients sont généralement d'ordre psychotique (agitation, délire, insomnie). Le traitement administré était basé surtout sur la polychimiothérapie.

Sur le plan de la prise en charge, nous avons noté les faits suivants :

- l'insuffisance de personnel qualifié à la prise en charge des toxicomanes ;
- la faible sensibilisation du personnel à la prise en charge ;
- la faible prescription de substituts de drogues par le personnel de prise en charge ;
- l'inadaptation des structures psychiatriques à la prise en charge ;
- l'absence du test de dépistage de drogues ;
- et l'absence de protocole thérapeutique à la prise en charge.

L'alliance thérapeutique a été de faible qualité, traduite par une assiduité insuffisante (un peu plus de la moitié soit 51,3% patients) ont été perdus de vue après le premier contact.

Cette étude a constaté une insuffisance de sensibilisation du personnel au diagnostic de l'abus de substances psycho actives, insuffisance qui s'est traduite par la rareté du recueil des données et l'imprécision de certaines données recueillies.

RECOMMENDATIONS

- Devant la progression du phénomène de toxicomanie ;
- Devant l'importance des sans emploi, des élèves et étudiants dans l'ensemble des personnes au prise avec l'abus de drogues ;
- Devant l'absence de structure spécialisée pour la prise en charge des toxicomanies ;

Nous recommandons

AU MINISTRE DE LA SANTE

- ✓ De mettre en place une politique de prise en charge des toxicomanies au Burkina Faso,
- ✓ De créer un centre spécialisé dans la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation des substances psycho-actives ;
- ✓ De créer des structures d'identification des drogues en milieu hospitalier en appui aux structures cliniques ;
- ✓ De former les médecins psychiatres afin de doter les Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) de la commune des Unités de soins psychiatriques ;
- ✓ D'adopter un protocole thérapeutique à la prise en charge des toxicomanes ;
- ✓ De former les médecins généralistes pour qu'ils s'impliquent dans la prise en charge des toxicomanes.

AU CHEF DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU-SS

- ✓ De sensibiliser et former le personnel du service de psychiatrie à la prise en charge des patients souffrant de troubles liés à l'utilisation des substances psycho actives.

AU PERSONNEL DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU-SS

- ✓ **Aux cliniciens** de cultiver le réflexe de recueillir chez les patients le maximum d'informations précises en rapport avec les SPA.
- ✓ **Aux psychologues** de consigner leurs entretiens dans les dossiers.

AU COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE

- ✓ De multiplier et encourager les campagnes de sensibilisation à l'intention des groupes cibles notamment les détenus, les professionnelles du sexe, les jeunes et les orpailleurs ;
- ✓ De doter et renforcer les forces de l'ordre (Gendarmerie, Police, Douane) de moyens financiers et matériels conséquents dans les opérations de saisies de drogues et d'arrestations de trafiquants.

AUX FAMILLES DES TOXICOMANES

- ✓ D'établir des relations sociales et familiales stables avec leurs parents toxicomanes.

AUX ANCIENS TOXICOMANES

- ✓ De fréquenter les centres de réinsertion sociale et les structures de santé.
- ✓ De s'organiser en association afin de partager leurs expériences avec les nouveaux toxicomanes.

AUX CHERCHEURS

- ✓ Entreprendre des recherches sur la toxicomanie notamment au sein de différentes populations cibles(les écoles, milieu carcéral...)

BIBLIOGRAPHIE

1. **Averina E V.** La lutte contre la toxicomanie dans les écoles. Ed Sharpe. Russian education and society A : 2004, VOL.46, N°2, 32-39
2. **Aymard I, Spadari M, Glaizal M, Tichadou L, Blanc I, Drouet G, et coll.** Intoxications accidentelles par cannabis chez l'enfant : expérience du centre antipoison de Marseille. Presse Méd. Novembre 2009 :1563-1567
3. **Bailly D.** Etude de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de l'enfance à l'âge adulte. Ed Expansion Scientifique publications. Annales de psychiatrie : 2000, vol.15, n°3, 214-223
4. **Bayala L.** Monographie de la commune urbaine de Ouagadougou (Burkina Faso). Ouagadougou : RGPH-2006 ; Décembre 2009.
5. **Bernasconi A, Kuntzer T, Ladbon et coll.** Les complications neurologiques périphériques et médullaires de la toxicomanie. Revue neurologique (Paris) :1996, vol.152, n°11, 688-694
6. **Boudré S.** Toxicomanie à la Martinique. Mémoire pour l'obtention du Master 2 professionnel analyses et interventions sociales ; Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines ; Université d'Angers ; 2009 : 88p
7. **Caboré W.** Assistance psychiatrique au Burkina Faso : Etude rétrospective de l'activité des structures spécialisées (1981-1985). Thèse de doctorat : Méd. FSS Université de Ouagadougou ; 1986 : 130 p
8. **Choquet M., Facy F., Marechal C.** Usage de drogues et toxicomanie. Paris : Ellipse ; 1989 : 533-557
9. **Chossegros P, Marcellin P.** Prise en charge de la toxicomanie en France. Gastroentérologie clinique et biologique A. 2007, vol31, 244-355
10. **Collet H., Rosch D.** Mode d'usage de toxiques et facteurs corrélés. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 1986, vol. 34, n°4, 195-203

11. **Comité National de Lutte Contre la Drogue (Burkina Faso)** : Première session ordinaire statutaire. Thème : « Définition d'une politique nationale de lutte contre la drogue au Burkina Faso » 1993 :39 P
12. **Comité National de Lutte Contre la Drogue (Burkina Faso)**: Statistiques de saisies de drogues 2006-2010.
13. **Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance**. Série de rapports techniques 942.trente-quatrième rapport. OMS, Genève, 2006.
14. **Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance**. Série de rapports techniques 915. Trente-troisième rapports. OMS, Genève, 2003.
15. **Compaore S**. Abus de substances psychoactives chez les enfants vivant dans la rue de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Premier Congrès International de Psychiatrie de Ouagadougou. Ed Médicale et Scientifiques, Perspectives psychiatriques, vol.47, n°1, mars 2008 : 68p
16. **Cormier A.** (2009). « Rehausser la qualité de vie et offrir des services urbains de base dans un pays en développement : le projet de développement durable et viable de la Commune de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ». *Guide québécois pour des Agendas 21^e siècle locaux*, www.a211.qc.ca/17570_fr.html [page consultée le 20 Mai 2011].
17. **Costentin J.** Dopamine, amine du plaisir, entre dépression et toxicomanie. Ed Springer. PSN, Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences : 2007, vol.5, n°4, 192-193
18. **Da S. B.** Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'abus de cannabis et dérivés chez les patients du service de psychiatrie du CHU-YO du 1^{er} Janvier 1999 au 31 Décembre 2008. Mémoire D.E.S de Psychiatrie. UFR/SDS Université de Ouagadougou ; 2010 ; 90 p

19. **Delorme C., Rotily M., Escaffre N., Galinier-pujol A., Loundou A.** : Connaissances, croyances et attitudes des détenus face au SIDA et à l'infection à VIH : une enquête au centre pénitentiaire de Marseille. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1999 ; 47 : 229-238
20. **Descottes J., Testud F., Frantz P.** Les Urgences en toxicologie. Paris. Maloine ; 1992.
21. **Direction Régionale de la Santé des Hauts Bassins.** Plan d'action de la commune de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).Ed Mars 2010 :24p
22. **Facy F, Philippe A, Verron M.** : L'héroïne : impact social et économique. *Revue du praticien.* 1987 ; 37 ; 1703-1709
23. **Facy F, Rosh D.** Usage de psychotropes et toxicomanie : voies de recherche épidémiologique. *Drug and alcohol dependence A.* 1990, vol. 25, n° 2,159-167
24. **Gentillini M.** Intoxications : éléments d'épidémiologie en zone tropicale. Paris : Flammarion ; 1993.
25. **Gognalons-Nicolet M., Bardet Blocket A.**: Genre et consommation de psychotropes dans les enquêtes suisses sur la santé. *Médecine et hygiène A.* 2001, vol.2365, 2046-2051
26. **Gosset D, Hedouin V.** Toxicomanie aux stupéfiants : Epidémiologie, modalités de prise en charge, complications diagnostic et traitement des surdoses, manifestations cliniques du syndrome de sevrage. Ed Huveaux. *La revue du praticien (Paris)* : 2001, vol.51, n°6, 651-658
27. **Guelfi J.** Psychiatrie de l'Adulte. Paris : Ellipses ; 1988 : 764-769
28. **Guerrieri R.** La toxicomanie. Lyon pharmaceutique ; 1986 : 29 (5) ,15p

29. **Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)** du Burkina Faso. Annuaire statistique. Edition 2008.
30. **Jauffret-Roustide M.** Les drogues, approches sociologique, économique et politique. Paris : La Documentation française ; 2004, 24, 111-121
31. **Jutras A, Bruneau, Hurd.** Neurobiologie de la toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention. Elsevier. Drogues, Santé et Société : 2009, 27-73
32. **Kiendrébéogo J A.** Troubles psychotiques aigus et transitoires dans le service de psychiatrie du CHU-YO : Aspect épidémiologiques et cliniques. Thèse Méd, Université de Ouagadougou ; 2008 : n° 075, 109p
33. **Konate Y.** Projet d'amélioration de services urbains *de base (PASUB)* Bobo-Dioulasso. Rapport final, Burkina Faso ; 2006 : 163 p
34. **Laidhi, Ridouh.** La toxicomanie, approche épidémiologique chez les entrants en prison. Journal de médecine légale, droit médical 1997, 40, 134-137
35. **Laqueille X, Emir El Hassani H, Lôo H.** Toxicomanies aux médicaments opiacés : prévention et traitement. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie ; 37-396-A-15, 2009.
36. **Lechat P.** Abrégé de Pharmacologie Médicale. 2^{ème} éd. Paris : Masson ; 1975.
37. **Ledesma E.** Addictions, un autre regard : Le monde complexe de la dépendance, de la toxicomanie et de l'addiction. Elsevier Masson, Soins psychiatrie A.2009, n°262, 17p
38. **Lejoyeux M.** Conduites alcooliques : prévention et traitement. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie ; 37-398-A-56, 2009.
39. **Lekeuche P.** Quand la base existentielle est trouée : Le destin de l'humeur et du contact dans la toxicomanie. Ed Erès. Cliniques méditerranéennes : 2006, n°73, 285-301

40. **Lemperiere Th, Feline A.** Psychiatrie de l'adulte. 9^{ème} éd. Paris : Masson ; 1989, 23-35
41. **Lert F,** Toxicomanie, VIH et santé publique. Centre régional d'éducation sanitaire. La santé de l'homme. Masson (Paris) : 1994, n°314, 6-8
42. **Levy-rueff M, Gourion D.** Traitement du trouble bipolaire. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie ; 37-860B-55, 2009.
43. **Manoudi F, Boutabia S, Asri F, Tazi I.** Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). Annales Médico-Psychologiques ; 2010 : 34p
44. **Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M, Papo T.** Dictionnaire Médical Manuila. Masson (Paris) 10^o édition : 2004, 152-153
45. **Ministère de l'action sociale :** cadre d'orientation stratégique pour la promotion de l'enfant (Burkina-Faso). Ouagadougou Ed février 2008 :67p
46. **Monographie du Burkina Faso.** Note de présentation FONAEF et de ses résultats de 2002 à 2005. Ed Janvier 2006 : 8p
47. **Nanga C.** Contribution à l'Organisation de la Toxicologie d'Urgence au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso) : Etude de la prise en charge dans les services d'urgence. Thèse Pharm : FSS Université de Ouagadougou ; 1996 : 135 p
48. **Observatoire de la Santé de la Martinique (OSM).** Toxicomanie en Martinique : Indicateurs, évolution. OSM Flash N°23 –Octobre 1999.
49. **Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC).** Rapport 12^{ème} session sur les drogues pour 2010. [Consulté le 17/09/2011]. Disponible à partir de www.unodc.org

- 50. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC).** Rapport mondial de 2005. [Consulté le 09/06/2011]. Disponible à partir de www.unodc.org
- 51. Ouango J.G, Ouédraogo Ch., Zongo R., Lougé S...** Profils épidémiologiques et cliniques des toxicomanies : A propos de 109 cas (CHU de Ouagadougou). Burkina Médical 1997 : 66p
- 52. Ouedraogo A,Ouedraogo M,Thio B, et Coll.** Guide de prise en charge des urgences psychiatriques. Service de psychiatrie, Bibliothèque du CHO-YO (Burkina Faso) ; Décembre 2009 : 28p
- 53. Ouédraogo E.** Etude des troubles psychiatriques liés à l'abus des drogues dans les services de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou et du Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso de Janvier 1999 à Décembre 2003. Thèse méd ; Université de Ouagadougou ; 2005 :74 p
- 54. Ouédraogo N. L.** La politique nationale de lutte contre l'abus de drogue (stupéfiants) au Burkina Faso. Mémoire fin de cycle ; Ecole Nationale de Police ; Ouagadougou ; 1991 : 73 p
- 55. Parquet PhJ, Bailly D, Deveaux M, Muller P.** Intérêt de l'analyse toxicologique systématique dans la prise en charge des toxicomanes. Encéphale (Paris) ; 1987, 13, 219- 223
- 56. Reynaud M.** Les Toxicomanies. Paris : Maloine S.A. éditeur ; 1984 :154p
- 57. Richard D., Senon J., Valleur M.** Dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris : Larousse : 2004.
- 58. Rohmer J.G.** Toxicomanie aux stupéfiants : Epidémiologie, Modalités de prise en charge, complications, diagnostic et traitement des surdoses ; Manifestations cliniques du syndrome de sevrage. Faculté de Méd de Strasbourg (France) : 2002.

- 59. Rotily M, Delorme C, Galinier A, Escaffre N, Moatti JP.** Pratiques à risque de transmission du VIH en milieu carcéral et facteurs associés à la réinsertion des usagers de drogue par voie intraveineuse. Masson (Paris). La presse médicale(1983) A.2000, vol.29, n°28,1549-1556
- 60. Sandrine C, Duburcq, Marchand C, Péchevis M.** Evolution de la prise en charge des toxicomanes, Enquête auprès des médecins généralistes en 2001. Paris OFDT ; 2002.
- 61. Sanon B.** Etude du profil des toxicomanies à partir d'une population hospitalière de la ville de Ouagadougou. Thèse méd FSS ; Université de Ouagadougou ; 1993 :174p
- 62. Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives.** 146e session du comité exécutif, Organisation Panaméricaine de la Santé et Organisation Mondiale de la Santé. *Washington, CE 146/13,Rev 1, du 21 au 25 juin 2010 : 32p*
- 63. Tiendrébéogo S, Berthe A, Oubis F.** Infection à VIH et comportements à risque en milieu carcéral dans la ville de Bobo-Dioulasso en 1999 et 2000. Livres des résumés : XIIème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique 9-13 Décembre 2001 ; Ouagadougou ; Burkina Faso : 29 p
- 64. Toe B.** Etude du profil des cas d'abus de drogues et leur prise en charge dans les structures sanitaires de la ville de Ouagadougou (Burkina-Faso). Thèse pharm : UFR/SDS Université Ouagadougou ; 2011 : 88 p
- 65. Traoré A.** Etude de lien entre VIH/SIDA et consommation de drogues au Burkina Faso. Thèse méd : UFR/SDS Université Ouagadougou ; 2004 : 98 p
- 66. Trautmann C.** Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants. Paris : La documentation française. Collection de rapports officiels ; 1990 : 49p

67. Zaki H, Yassine O, Khalloufi H. Addiction aux opiacés et à la cocaïne au Maroc :
Expérience du centre national de prévention et de recherche en toxicomanie. Ed Princeps.
Alcoologie et addiction : 2010, vol.32, n°32, 33-39.

68. Zida H. Monographie de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).
Bobo-Dioulasso : RGPH-2006 ; Décembre 2009.

ANNEXE

ANNEXE I

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

(À remplir à l'aide des dossiers médicaux des toxicomanes)

Fiche numéro..... Numéro dossier..... Date de remplissage.....
Date d'entrée ou de consultation.....
Date de sortie pour les hospitalisés.....

I. Caractéristiques générales du patient

1. Age.....ans
2. Sexe [] F=Féminin M=Masculin
3. Situation matrimoniale [] 1=Célibataire 2=Marié(e) 3= Veuf (Ve)
4=Divorcé(e)
4. Nationalité [] 1=Burkinabè 2=Africain non Burkinabè 3=Non africain
5. Profession [] 1=Cultivateur 2=Ménagère 3=Salarié(e) 4=Commerçant(e)
5=Etudiant ou Elève 6=Secteur informel 7=Sans emploi
6. Ethnie à préciser
7. Lieu d'habitation..... (Secteur ou arrondissement de Bobo-Dioulasso)
8. Niveau d'instruction [] 0=Non scolarisé 1=Primaire/Ecole coranique 2=1^{er} cycle
3=2^{ème} cycle 4=Supérieur 5=autres (à préciser)
9. Religion [] 1=Musulman 2=Catholique 3=Protestant 4=Animiste 5= Autres
10. Date ou année de début de consommation.....

II. Les Toxicomanogènes

1. Type de drogue(s) consommée(s)
 - Opiacé sans héroïne []
 - Cocaïne []
 - Cannabis []
 - Héroïne []
 - Amphétamines []
 - Solvants []
 - Alcool []
 - Autres à préciser.....
2. Voie d'administration [] 1=intraveineuse 2=orale 3=inhalée 4=fumée
5= voie non spécifique
3. Antécédents psychiatriques ayant entraîné une hospitalisation ou une consultation externe [] 1=pas d'antécédents 2=une fois 3=deux fois 4=plus de deux fois
4. Symptômes présentés par le patient à l'admission ou à la consultation.....
.....

III .Prise en charge

- 1. Numéro d'ordre d'hospitalisation ou de consultation.....**
- 2. Service d'origine**
- 3. Description de la prise en charge clinique.....**
- 4. Utilisation du test de dépistage des dogues [] 1=Oui 2=Non**
- 5. Issue de la prise en charge [] 1=Amélioration 2=Sans amélioration
3=Perdu(e) de vue 4=Fugue 5= Exeat+ amélioration 6=Exeat + sans
amélioration 7=transfert vers autre service**

ANNEXE II

ETUDE DU PROFIL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS D'ABUS DE DROGUES DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU-SS DE BOBO-DIOULASSO.

(BURKINA FASO)

Fiche de collecte de données pour le personnel de prise en charge

NB : Nous tenons à vous rassurer que toutes ces informations resteront anonymes et strictement confidentielles et ne seront utilisées que dans le seul cadre de notre étude. Merci pour votre collaboration et de la confiance accordée.

Numéro fiche []

1. Service de [] 1. Psychiatrie

2. Sexe [] 1=Masculin 2=Féminin

3. Fonction [] 1= Médecin psychiatre 2=CES 3=Médecin généraliste 4=Attaché de santé

4. Nombre d'années dans le service []

5. Utilisez-vous un protocole thérapeutique dans la prise en charge des toxicomanies dans le service ?

[] 1=Oui 2=Non

6. Quelles sont les substances les plus consommées par vos patients ?

.....

7. Estimer le nombre de toxicomanes que vous recevez en consultation par an

[] 1. 0 à 5 2. 5 à 10 3. 10 à 20 4. Plus de 20

8. Prescrivez-vous des traitements de substitution ? [] 1=Oui 2.Non

Si Oui le(s)quel(s).....

9. Avez-vous reçu une formation d'appui sur la prise en charge des toxicomanes ?

[] 1=Oui 2=Non

Si Oui préciser l'année ou la durée de la formation.....

10. Votre structure est-elle adaptée à la prise en charge des toxicomanes ?

[] 1=Oui 2=Non

11. Quelles sont les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des toxicomanes ?

.....

.....

.....

.....

.....

12. Qu'est ce que vous préconisez pour une prise en charge efficiente des toxicomanes ?.....

.....

....

Tableau XXXI : Statistiques des saisies de drogues opérées durant les cinq (5) dernières années (2006-2010) au Burkina Faso

ANNEES	TYPES DE DROGUES			
	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Médicaments de rue
2006	6,851tonnes	0,015kg	0,012kg	6,851tonnes
2007	10,293tonnes	50,559kg	0,009kg	6,599tonnes
2008	10,834tonnes	21,885kg	0,351kg	6,345tonnes
2009	17,402tonnes	23,397kg	0,907kg	7,587tonnes
2010	12,465tonnes	594kg	-	8,181tonnes
Total	57,845tonnes	689,849kg	1,279kg	35,563tonnes

Source : Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte Contre la Drogue du Burkina Faso (Mai 2011).

Tableau XXXII : Quantités de drogues saisies dans la ville de Bobo-Dioulasso en 2010.

	Types de drogues		
	Cannabis	Cocaïne	Médicaments de rue
Police des Mœurs	539,83kg	0,05kg	587,75kg
Police Judiciaire	122kg	-	321,50kg
Gendarmerie nationale	718,75kg	-	-
Total	1380,58kg	0,05kg	909,25kg

Source : Police des Mœurs et des Stupéfiants de Bobo-Dioulasso (Avril 2011).



SERMENT DE GALIEN

" Je jure en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque."

RESUME

Titre : ETUDE DU PROFIL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS D'ABUS DE DROGUES DANS LA VILLE DE BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)

La toxicomanie engendre des conséquences socio-sanitaires. Elle est en constante évolution dans le monde entier et demeure un problème universel de santé publique.

Cette étude descriptive avait pour but de faire le point sur les cas d'abus de drogues dans le service psychiatrique de la ville de Bobo-Dioulasso : le profil ainsi que la prise en charge.

L'étude d'une durée de six (06) mois a porté sur 302 dossiers médicaux de patients admis dans le service de psychiatrie du CHU-SS de la ville de Bobo-Dioulasso du 1^{er} Janvier 2006 au 31 décembre 2010 (05 ans). L'étude a concerné également le personnel de prise en charge des toxicomanes.

Le profil des patients est caractérisé par leur jeune âge (71,9%) de jeunes adultes de 20 à 35 ans, la prédominance masculine (98,7%), de musulmans (73,9%), qui se retrouvaient dans toutes les couches socio-professionnelles avec généralement un faible niveau d'instruction.

Le cannabis était la substance la plus consommée (31,3%), suivi de l'amphétamine (22,3%) et de l'alcool (16,8%). La polytoxicomanie représentait 42,4% des cas.

Les patients ont bénéficié surtout de polychimiothérapie. La psychothérapie tient une place dérisoire dans le dispositif de prise en charge, au profit d'une polychimiothérapie.

La prise en charge est marquée par l'absence de structure spécialisée, l'insuffisance de personnel qualifié, la faible sensibilisation du personnel, l'absence de prescription des substituts de drogues, l'absence de protocole de traitement dans le service d'étude, et l'absence du test de dépistage de drogues.

MOTS CLES : Abus-Drogues-Toxicomanies-Profil-Prise en charge-Bobo-Dioulasso.

AUTEUR : Traore Mahamane, Email mahama.traore01@gmail.com Tél : +22670744125

RESUME

Titre : ETUDE DU PROFIL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS D'ABUS DE DROGUES DANS LA VILLE DE BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)

La toxicomanie engendre des conséquences socio-sanitaires. Elle est en constante évolution dans le monde entier et demeure un problème universel de santé publique.

Cette étude descriptive avait pour but de faire le point sur les cas d'abus de drogues dans le service psychiatrique de la ville de Bobo-Dioulasso : le profil ainsi que la prise en charge.

L'étude d'une durée de six (06) mois a porté sur 302 dossiers médicaux de patients admis dans le service de psychiatrie du CHU-SS de la ville de Bobo-Dioulasso du 1^{er} Janvier 2006 au 31 décembre 2010 (05 ans). L'étude a concerné également le personnel de prise en charge des toxicomanes.

Le profil des patients est caractérisé par leur jeune âge (71,9%) de jeunes adultes de 20 à 35 ans, la prédominance masculine (98,7%), de musulmans (73,9%), qui se retrouvaient dans toutes les couches socio-professionnelles avec généralement un faible niveau d'instruction.

Le cannabis était la substance la plus consommée (31,3%), suivi de l'amphétamine (22,3%) et de l'alcool (16,8%). La polytoxicomanie représentait 42,4% des cas.

Les patients ont bénéficié surtout de polychimiothérapie. La psychothérapie tient une place dérisoire dans le dispositif de prise en charge, au profit d'une polychimiothérapie.

La prise en charge est marquée par l'absence de structure spécialisée, l'insuffisance de personnel qualifié, la faible sensibilisation du personnel, l'absence de prescription des substituts de drogues, l'absence de protocole de traitement dans le service d'étude, et l'absence du test de dépistage de drogues.

MOTS CLES : Abus-Drogues-Toxicomanies-Profil-Prise en charge-Bobo-Dioulasso.

AUTEUR : Traore Mahamane, Email mahama.traore01@gmail.com
Tél : +22670744125