

Ministère de l'Éducation Nationale

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



**U.S.T.T.B**

**FACULTE DE PHARMACIE**



Année Universitaire 2017 – 2018

N°...../

**THESE**

**Évaluation de l'impact sanitaire lié à la  
consommation des drogues au Centre  
Hospitalier Universitaire du Point G**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2018 devant la

Faculté de Pharmacie

Par Mme TRAORÉ Mariam FANÉ

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie**

**(DIPLÔME D'ETAT)**

**JURY**

**Président : Professeur Benoit Y KOUMARÉ**

**Membres : Dr Souleymane Papa COULIBALY**

**Dr Ousmane DEMBÉLÉ**

**Co-directeur : Dr Tidiane DIALLO**

**Directeur : Professeur Ababacar MAÏGA**

## **FACULTE DE PHARMACIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018**

### **ADMINISTRATION**

**DOYEN** : M. Boubacar TRAORE - Professeur

**VICE-DOYEN** : M. Ababacar MAIGA - Professeur

**SECRETAIRE PRINCIPAL** : M. SEYDOU COULIBALY- Administrateur civil

**AGENT COMPTABLE** : M. FAMALE Dionsan - Contrôleur des Finances

### **PROFESSEURS HONORAERS**

M. Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
M. Boulkassoum	HAÏDARA	Législation
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

### **DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES**

#### **1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
M. Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique

M. Alassane	DICKO	Santé Publique
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
M. Akory Ag	IKNANE	Santé Publique-Nutrition
M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
M. Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

## **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M. Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
M. Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
M. Aldjouma	GUINDO	Hématologie
M. Bourèma	KOURIBA	Immunologie, <b>Chef de DER</b>
M. Ousmane	TOURE	Santé Publique/ Santé environnement

## **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE**

M. Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-Virologie
M. Charles	ARAMA	Immunologie
M. Boubacar Tiétiè	BISSA	Biologie clinique
M. Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
M. Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie clinique
M. Souleymane	DAMA	Parasitologie Entomologie méd.
Mme Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie moléculaire
M. Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
M. Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
M. Seydina A. S.	DIAKITE	Immunologie
M. Yaya	GOÏTA	Biochimie Clinique
M. Ibrahima	GUINDO	Bactériologie-Virologie
M. Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique/ Biostatistiques
Mme Aminatou	KONE	Biologie moléculaire
M. Birima Apho	LY	Santé publique
M. Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire
M. Issaka	SAGARA	Santé Publique/ BiostatistiqueS

M. Samba Adama	SANGARE	Bactériologie
Mme. Fanta	SANGHO	Santé Publique/Santé communautaire
M. Mahamadou Soumana	SISSOKO	Santé Publique/ Biostatistiques

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mme Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Issa	DIARRA	Immunologie
M. Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie végétale
Mme Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
Mme Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEÏTA	Santé Public/Santé Environnement
Mme N'DeyeLallah Nina	KOÏTE	Nutrition
M. Yacouba	MAÏGA	Biostatistique
M. Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Oumar	SANGHO	Epidémiologie
Mme Djakaridia	TRAORE	Hématologie

#### **DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

##### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
M. Saïbou	MAÏGA	Législation
Mme Rokia	SANOGO	Pharmacognosie <b>Chef de DER</b>

##### **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

Néant	-	-
-------	---	---

##### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

M. Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
M. Bakary Moussa	CISSE	Galénique
M. Yaya	COULIBALY	Législation

M. Issa	COULIBALY	Gestion
M. Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
M. Hamma Boubacar	MAÏGA	Galénique
M. Moussa	SANOGO	Gestion
Mme. Adiaratou	TOGOLOA	Pharmacognosie

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion pharmaceutique
M. Antoine	DARA	Science pharmaceutique
M. Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sekou	DOUMBIA	Pharmacologie
M. Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
Mme. Assitan	KOLOGA	Législation
M. Ahmed	MAÏGA	Législation
Mme. Aïchata Ben Adam	MARIKO	Galénique
M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. Bourama	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Science Pharmaceutique
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion pharmaceutique
Mme. Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie hospitalière
M.Mohamed Dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie hospitalière

#### **DER : SCIENCES DU MEDICAMENT**

##### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Benoit Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I	MAÏGA	Toxicologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M.Sékou	BAH	Pharmacologie <b>Chef de DER</b>
---------	-----	----------------------------------

## **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE**

M. Dominique Patomo	AMARA	Pharmacie Chimique
M. Mody	CISSE	Chimie thérapeutique
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
M.Tidiane	DIALLO	Toxicologie
M. Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

## **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
Mme. Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie Analytique
M. Blaise	DACKOUO	Chimie Analytique
Mme. Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
M. Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed El Béchir	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M .Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

## **DER DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M.Mouctar	DIALLO	Biologie/ <b>Chef de DER</b>
M. Cheick F.	TRAORE	Biologie/Entomologie
M. Mahamadou	TRAORE	Génétique

## **2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M. Lassana DOUMBIA Chimie Appliquée

## **3. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Abdoulaye KANTE Anatomie

M. Boureïma Kelly Physiologie Médicale

## **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Seydou Simbo DIAKITE Chimie Organique

M. Modibo DIALLO Génétique

M. Moussa KONE Chimie Organique

M. Massiriba KONE Biologie Entomologie

## **CHARGES DE COURS**

M. Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique

M. Babou BA Anatomie

M. Adourahamane COULIBALY Anthropologie Médicale

M. Souleymane COULIBALY Psychologie de la Santé

M. Bouba DIARRA Bactériologie

M. Modibo DIARRA Nutrition

M. Moussa I. DIARRA Biophysique

M. Babacar DIOP Chimie

M. Atimé DIMDE Bromatologie

M. Yaya KANE Galénique

M. Boubacar KANTE Galénique

M. Aboubakary Maiga Chimie Organique

M. Massambou SACKO SCMP/SIM

M. Modibo SANGARE Anglais

M. Sidi Boula SISSOKO Histologie-Embryologie

Mme Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu

M. Fana TANGARA Mathématiques

M. Abdel Kader TRAORE Pathologies Médicales

M. Boubacar ZIBEÏROU Physique

## **Dédicaces**

Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut !!!

Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude, mon respect, mon amour, ma reconnaissance !!!

C'est, ainsi, tout simplement que

Je dédie cette thèse à :

### **A Mes Parents**

#### **A mon père Idrissa FANE**

Un grand militant, qui a toujours été un exemple pour ses enfants, qui m'a toujours poussé à me surpasser dans tout ce que j'entreprends, qui m'a transmis cette rage de vaincre et la faim du savoir. Celui qui a été ma source de motivation, le moteur de mes ambitions, qui m'a appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler.

Cher père je te serai reconnaissante toute ma vie, pour tout le mal que tu t'es donné pour moi à chaque étape de ma vie, pour ta patience et ton amour.

J'espère être la femme et la fille que tu as voulu que je sois, et je m'efforcerai d'être digne de ce que tu aurais souhaité que je sois.

Ce titre de Docteur en pharmacie, je le porterai fièrement et je te le dédie tout particulièrement.

#### **A ma mère Fadimata COULIBALY**

Pour l'affection, la tendresse et l'amour que tu m'as toujours donné,

Pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve,

Pour l'encouragement sans limite que tu ne cesses de manifester.

Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance.

Que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers toi.

Puisse le tout puissant te donner bonne santé et longue vie...

### **Remerciements**

#### **A Mon mari**

##### **Dr Chaka N TRAORE**

Je suis convaincu que des hommes comme toi sont rares de nos jours, merci pour tout le soutien apporté à la réalisation de ce travail.

Je remercie Dieu de t'avoir mis sur mon chemin. Qu'ALLAH réalise nos vœux.

#### **A Mon oncle**

##### **N'tji COULIBALY et sa femme Aoua TRAORE**

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de me soutenir à chaque instant.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

Veillez nous permettre de vous formuler l'assurance de notre haute considération et de notre sincère reconnaissance.

#### **A mes frères et sœurs**

##### **Aminata FANE, Ousmane FANE, Mohamed FANE, Aoua FANE**

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 Dr Moussa Coulibaly**, Promoteur de la pharmacie M'pewo.

Je me suis toujours inspiré de votre amour du travail bien fait. Votre compréhension, votre soutien ne m'ont jamais fait défaut. Vous êtes un père pour moi et je vous dis merci et encore merci.

Que Dieu vous garde aussi longtemps pour la Santé malienne.

**A Tout le corps enseignant de la FAPH**

Merci pour la qualité de l'enseignement reçu ; acceptez ici l'expression de ma très haute considération.

**A mon encadreur de thèse Dr Tidiane DIALLO**

Merci de m'avoir accepté pour la réalisation de ce travail

**Docteur Souleymane COULIBALY**

Merci pour la transmission des connaissances, la compréhension et la tolérance. Plus qu'encadreurs, vous avez été un père pour nous. Que DIEU vous prête une longue vie.

**A tous les Professeures et médecins de la psychiatrie du CHU de point G**

Merci pour l'esprit de famille qu'on a partagé au service et vos soutiens.

**A l'ensemble du personnel de la pharmacie M'pewo**

Particulièrement à Dr NIAGALY Alewe; merci pour tous les efforts fournis à la réalisation de ce travail.

Acceptez ici l'expression de ma gratitude.

**A tous les membres de ma grande famille.**

A tous mes amis et camarades de la 10<sup>ième</sup> promotion, et tous les confrères que j'ai connus tout au long de ces années.

A tous ceux que j'ai omis d'écrire leurs noms.

Que notre amitié demeure pour toujours.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président de jury**

**Professeur Benoît Yaranga KOUMARE**

- + Pharmacien Analyste, Professeur titulaire en chimie analytique,**
- + Directeur Général du Laboratoire National de la Santé,**
- + Ancien Pharmacien Hospitalier,**
- + Spécialiste en Assurance qualité et Contrôle des médicaments,**
- + Spécialiste en Pharmacologie,**
- + Expert Pharmacologue au sein de la Commission Nationale d'Autorisation de Mise sur le Marché des Médicaments,**
- + Expert Qualité de la Commission Régionale du Médicament Vétérinaire au sein de L'UEMOA,**
- + Président du Réseau des Laboratoires de Contrôle des Médicaments en Afrique,**
- + Membre de la Société Africaine de Chimie,**
- + Médaillé Chevalier du Mérite de la santé**

Cher Maître, Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse. Votre disponibilité, votre souci constant du travail bien fait et vos multiples qualités humaines et sociales font de vous un homme admirable. Dès nos premiers pas dans cette faculté nous avons été impressionnés par votre sens élevé du respect de la personne humaine. Vos qualités d'homme de science et de culture font de vous un exemple à suivre. Qu'il nous soit permis ici cher maître de vous exprimer nos sentiments d'estime et de profonde reconnaissance.

**A notre maitre et membre du jury**

**Dr Souleymane dit Papa COULIBALY**

**✚ Ancien interne des hôpitaux**

**✚ Maître assistant a la faculté de médecine et Ondo stomatologie**

**✚ Membre de la société africaine de santé mentale (SASM)**

**✚ Membre de la société malienne de santé mentale (SOMASAM)**

Cher Maître, c'est une grande joie de vous avoir dans ce jury, malgré vos multiples occupations. Pendant nos séjours au service de psychiatrie, nous avons apprécié votre abord facile, votre sens de l'équipe sur le terrain et la clarté de vos suggestions. Nous avons aussi bénéficié de vos expériences de clinicien. Vos conseils ont été pour nous un soutien inestimable, tout au long de la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître le témoignage de notre profonde gratitude.

C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

**A notre maitre et juge  
Dr DEMBÉLÉ Ousmane**

**✚ Maître assistant en chimie thérapeutique à la faculté de pharmacie**

Nous avons appris à vos côtés à imaginer ; Conceptualiser et réaliser un univers scientifique où rien n'est impossible.

Cher Maître, soyez rassuré de notre considération.

**A notre Maître et codirecteur**

**Dr Tidiane DIALLO**

✚ **Maître-assistant à la Faculté de Pharmacie de Bamako**

✚ **Titulaire d'un doctorat en Toxicologie à la Faculté des Sciences de l'université Ibn Tofail de Kenitra, Maroc**

Cher Maître, vous nous avez donné le goût de la recherche scientifique, l'occasion nous est donnée aujourd'hui de vous dire merci pour tout ce que vous nous apprenez et toute cette rigueur que nous avons appris de vous. Votre sens de la discipline et votre sociabilité sont sans pareils. Nous espérons toujours bénéficier de vos conseils et de vos enseignements. Veuillez recevoir ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Ababacar IBRAHIM MAIGA**

- + Professeur titulaire en toxicologie à la Faculté de Pharmacie,**
- + Vice Doyen de la faculté de Pharmacie.**
- + Membre de la commission des experts de la commission Nationale des autorisations de mise sur le marché, des aliments pour animaux et des additifs alimentaires (CNAMM)**
- + Membre du comité technique de Pharmacovigilance**

Cher Maître, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples et importantes occupations. Votre disponibilité, votre dévouement pour la formation de vos étudiants, votre amour pour le travail bien fait, vos qualités d'homme de science et de culture font de vous un exemple à suivre. Cher maître veuillez accepter, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

## **LISTE DES ABRÉVIATION**

4-MTA : 4-Méthylthioamphétamine

AgHBs : Antigène S du virus de l'hépatite B

ASAT/ALAT : Transaminases

BZD: Benzodiazépine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EEG : Electroencéphalographie

GABA : Acide  $\gamma$ -aminobutyrique

GBL: Gamma-butyrolactone

GE : Goute épaisse

GHB: Gamma-Hydroxy Butyrate

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LSD : L'acide lysergique diéthylamide

MBDB: Benzodioxolyl-N-methylbutamine

MDA: Méthylène dioxy amphétamine

MDMA: méthylène dioxy méthamphétamine (Ecstasy)

MK-801 : Dizocilpine (Dibenzocycloheptènes)

NFS : Numération formule sanguine

NMDA: Acide N-méthyl-D-aspartique

OCS : Office centrale des stupéfiants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUDD : Office des Nation Unies contre la drogue et le crime

PCP : Phencyclidine

RX : Radiographie

THC : Delta 9 Tétrahydrocannabinol

TOXO : Toxoplasmose

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: structure chimique des principaux composants du Cannabis sativa .....	7
<b>Figure 2:</b> structure chimique du phencyclidine .....	8
<b>Figure 3:</b> structure chimique du LSD .....	9
<b>Figure 4:</b> structure chimique de l'amphétamine .....	10
<b>Figure 5:</b> structure chimique de l'ecstasy .....	11
<b>Figure 6:</b> structure chimique de la Gamma-Hydroxy Butyrate .....	12
<b>Figure 7:</b> structure chimique de La Gamma-butyrolactone.....	13
<b>Figure 8:</b> structure chimique de la cocaïne.....	15
<b>Figure 9:</b> structure chimique de la kétamine .....	16
<b>Figure 10:</b> structure chimique de l'héroïne .....	17
<b>Figure 11:</b> structure chimique des benzodiazépines.....	19
<b>Figure 12:</b> structure chimique de la codéine .....	20
<b>Figure 13:</b> Types de dépendance .....	35
<b>Figure 14:</b> Différents mode de consommation des drogues .....	38
<b>Figure 15:</b> répartition des patients en fonction du lieu de consommation de la drogue .....	39
<b>Figure 16:</b> répartition des patients en fonction des pathologies associées à la consommation des drogues. ....	43
<b>Figure 17:</b> répartition des patients selon l'effet recherché .....	44
<b>Figure 18:</b> répartition des patients en fonction des conséquences liés à la consommation .....	45
<b>Figure 19:</b> répartition des patients selon les conséquences liées à la consommation.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I:</b> classification des produits consommés .....	31
<b>Tableau II :</b> répartition des patients en fonction de leurs tranches d'âges, sexe, statut matrimonial et provenance .....	32
<b>Tableau III:</b> répartition des patients en fonction de leurs ethnies .....	33
<b>Tableau IV:</b> répartition des patients en fonction du niveau d'étude .....	33
<b>Tableau V:</b> répartition des patients en fonction de la profession .....	34
<b>Tableau VI:</b> Moyen de prise en charge hospitalière des patients.....	36
<b>Tableau VII:</b> monographie de la prescription médicamenteuse lors de la prise en charge hospitalière des patients .....	37
<b>Tableau VIII:</b> classification des produits consommés .....	38
<b>Tableau IX:</b> répartition des patients en fonction de la durée, des circonstances et du rythme de consommation des drogues .....	39
<b>Tableau X:</b> répartition des patients en fonction de leurs tranches d'âge, sexe, statut matrimonial et provenance .....	40
<b>Tableau XI:</b> répartition des patients en fonction de leurs ethnies .....	41
<b>Tableau XII:</b> répartition des patients en fonction du niveau d'étude et la professions.....	42
<b>Tableau XIII:</b> répartition des patients en fonction des données pré-hospitalières.....	43
<b>Tableau XIV:</b> répartition des patients selon les effets de manque liés à l'addiction .....	44
<b>Tableau XV:</b> moyen de la prise en charge hospitalière des patients.....	46
<b>Tableau XVI:</b> monographie de la prescription médicamenteuse lors de la prise en charge hospitalière des patients .....	47

## **Table des matières**

I. INTRODUCTION .....	1
II. OBJECTIFS .....	3
1. Objectif général .....	3
III. GÉNÉRALITES .....	4
1. Historique .....	4
2. Terminologies .....	4
2.1. La toxicomanie .....	4
2.2. La polytoxicomanie .....	4
2.3. L'addictologie .....	4
2.4. Psychotrope .....	5
2.5. L'usage récréatif .....	5
2.6. L'abus .....	5
2.7. La dépendance .....	5
2.8. Le Sevrage .....	5
3. Présentation des drogues .....	6
3.1. Le cannabis .....	6
3.2. La phencyclidine (PCP) .....	7
3.3. L'acide lysergique diéthylamide (LSD) .....	8
3.4. Les Amphetamines .....	9
3.5. L'ecstasy .....	10
3.6. Les Champignons Magiques .....	11
3.7. Le Gamma-Hydroxy Butyrate (GHB) .....	12
3.8. La Gamma-butyrolactone (GBL) .....	12
3.9. La Cocaïne .....	13
3.10. Le Crack .....	15
3.11. La Kétamine .....	16
3.12. L'Héroïne .....	17
3.13. Le Poppers .....	17
3.14. Benzodiazépines .....	18
3.15. La Codéine .....	19
3.16. Alcool .....	20
4. Classification des drogues .....	21
4.1. Classification selon les effets cliniques .....	21

4.2. Classification selon les conséquences de l'usage .....	22
4.3 Drogues « douces » et « dures » .....	22
4.4. Classification juridique.....	22
5. Mécanisme d'action des drogues .....	23
5.1. Les psychostimulants (amphétamine, cocaïne...)	23
5.2. Les opiacés (héroïne, morphine, codéine, etc.) .....	24
5.3. Les entactogènes (MDMA (ecstasy), MDA, MBDB, 4-MTA etc.) .....	24
5.4. Le cannabis.....	25
5.5. L'alcool .....	25
6. Addiction.....	25
7. Réglementation sur les drogues au Mali (20).....	27
IV.METHODOLOGIE.....	29
a. Type et période d'étude .....	29
b. Lieu d'étude.....	29
c. Critères d'inclusion.....	29
d. Critères non inclusion.....	29
e. Echantillonnage .....	29
f. Technique de collecte des données .....	29
g. Saisie et analyses des données.....	30
h. Considérations éthiques.....	30
V.RESULTATS .....	31
A. Résultats de l'étude rétrospective .....	31
2. Caractéristiques sociodémographiques .....	32
3. Ethnie .....	33
4. Niveau d'instruction et profession.....	33
5. Addiction.....	35
7. Prise en charge (a decrire) .....	36
B. Résultats de l'étude prospective .....	38
1. Substances consommées.....	38
2. Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	40
3. Ethnie .....	41
4. Niveau d'instruction et profession.....	42
5. Données pré-hospitalières des patients.....	43
6. Addiction.....	43

7. Prise en charge.....	46
VI. DISCUSSIONS .....	48
VII. Conclusion .....	53
VIII. RECOMMANDATIONS .....	54
IX. BIBLIOGRAPHIES .....	55

## **I. INTRODUCTION**

Le terme «drogue» désigne une substance, naturelle ou synthétique, susceptible de modifier les états de conscience, comme le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, l'opium, l'alcool ou les médicaments psychotropes» (1).

Elle est utilisée par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances (2).

Selon le rapport mondial sur les drogues en 2017, on estime que 250 millions de personnes, soit environ 5% de la population adulte mondiale, auraient consommé des drogues au moins une fois en 2015, environ 29,5 millions d'entre elles, soit 0,6 % de la population adulte mondiale, souffrent de troubles liés à l'usage de la drogue et nécessitent un traitement (3). Dans l'ensemble, les années perdues en raison de la morbidité et de la mortalité liées aux drogues, quelle qu'en soit la cause, ont augmenté ces 10 dernières années. Toutefois, la disponibilité de services fondés sur des données scientifiques pour le traitement des troubles liés à l'usage de drogues et d'autres troubles qui y sont associés et l'accès à de tels services demeurent limités puisque, chaque année, moins d'une personne sur six parmi celles qui en ont besoin bénéficie d'un traitement. L'usage des drogues est associé au risque de surdose, mortelle ou non, de maladie infectieuse (comme le VIH-SIDA ou l'hépatite C) transmise à l'occasion de pratiques d'injection non respectueuses des règles d'hygiène, ainsi que d'autres formes de comorbidité impliquant des affections médicales et psychiatriques (3).

En examinant les vulnérabilités de différents groupes d'âge, le rapport sur les drogues 2018 constate que la consommation de drogues et les dommages associés sont les plus élevés chez les jeunes, par rapport aux personnes âgées (4).

Les personnes qui ont traversé l'adolescence à une époque où les drogues étaient populaires et largement disponibles sont plus susceptibles d'avoir essayé des drogues et, possiblement, d'avoir continué à les utiliser. À l'échelle mondiale, les décès directement attribuables à la consommation de drogues ont augmenté de 60% de 2000 à 2015. (4).

La majorité des personnes qui consomment des drogues sont des hommes, mais les femmes ont des habitudes d'usage de drogues plus spécifiques, constate le rapport (4).

La prévalence de l'usage non médical d'opioïdes et de tranquillisants par les femmes reste à un niveau comparable à celui des hommes, sinon plus élevée. Les femmes commencent à consommer des substances plus tardivement que les hommes, elles ont tendance à augmenter plus rapidement leur consommation d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'opioïdes que les hommes et à développer rapidement des troubles liés à la consommation de ces drogues. Les femmes souffrant de problèmes liés à la consommation de substances, présentent des taux

élevés de stress post-traumatique et peuvent également avoir vécu des situations difficiles durant leur enfance, telles que la négligence physique, la maltraitance ou des abus sexuels. La proportion de femmes traitées a tendance à être plus élevée pour les tranquillisants et les sédatifs que pour les autres substances. Le traitement de la toxicomanie et la prévention, le traitement et les soins du VIH devraient être adaptés aux besoins spécifiques des femmes (4). Au cours des cinq dernières années, l'Afrique de l'Ouest est devenue un pôle de plus en plus important de trafic international de drogues et de criminalité organisée.

Selon l'office des nations unies de lutte contre la drogue et le crime (ONUDD), 40 tonnes environ de cocaïne ont transité en Afrique de l'Ouest en 2010, d'une valeur de l'ordre de 600 millions de dollars US, d'une valeur plus que quintuple 3,2 milliards de dollars US à l'achat dans les rues de Madrid, Londres ou Rome... (5).

Selon le rapport de l'ONUDD de 2010 sur "La mondialisation du crime", l'Afrique de l'Ouest est une région sous pression où le trafic transnational de cocaïne est devenu un obstacle de taille à la gouvernance et la stabilité (5).

Au Mali, selon les études réalisées par Koumaré et al. au service psychiatrie du centre Hospitalier universitaire du point G, les jeunes consomment du cannabis dans une large proportion car cette drogue est la plus accessible. Ils consomment aussi du crack et de la cocaïne dans une moindre proportion (6).

En 2017 l'Office Centrale des Stupéfiants du Mali (OCS) a saisi différents types de drogue et des produits pharmaceutiques à savoir : le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, le Tramadol, le Diazépam, le Rivotril, l'Afoura . Ces saisies sont opérées dans plusieurs localités du Mali : Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Gao, etc. Ce phénomène qui fait du Mali la plaque-tournante du commerce de drogue s'explique par la porosité des frontières et l'immensité du désert malien qui échappe au contrôle de l'Etat (7).

Sur le plan national, il a eu peu de statistique disponible sur l'impact sanitaire de la consommation des drogues.

En effet, 5 à 10 % des pathologies mentales ont pour cause la consommation des drogues. Ce chiffre est en constante augmentation, il y a dix ans il était de 2 à 3% (6). Au Mali la consommation des drogues constitue 5,2% des intoxications volontaires avec une létalité de 22,2% soit la troisième cause de décès par intoxications volontaires (8).

En absence d'une étude de prévalence en population générale sur la consommation des drogues au Mali, ce travail sur les données hospitalières pourra servir de base pour définir une politique de prévention et de prise en charge des problèmes de santé liés à la consommation des drogues.

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Évaluer l'impact sanitaire de la consommation des drogues chez les patients pris en charge au service de psychiatrie du Centre Hospitalier universitaire du Point G.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Énumérer les types de drogues consommées par les usagers du service de psychiatrie du CHU du Point G ;
- Décrire le profil sociodémographique des patients consommateurs de drogues ;
- Identifier les problèmes de santé associés à la consommation de drogues;
- Déterminer les modalités de la prise en charge des patients souffrants d'addiction.

### **III.GÉNÉRALITES**

#### **1. Historique**

Depuis la préhistoire, les êtres humains ont consommé des drogues. On croit que les premières drogues étaient des plantes qui donnaient des hallucinations. Quelques-unes des drogues modernes, comme l'alcool, la marijuana ou l'opium existent d'ailleurs depuis des milliers d'années. Elles étaient tellement populaires qu'elles servaient pour toutes sortes de Raisons(9).

Pour la religion : les sorciers utilisaient les drogues pour entrer en contact avec les esprits.

Pour soigner : les drogues ont souvent été utilisées comme médicaments. Par exemple, on a longtemps utilisé l'opium et la cocaïne pour calmer la douleur.

Pour le plaisir : les drogues ont été longtemps utilisées lors des fêtes, ce qui est encore le cas.

Pour le commerce : comme elles avaient de la valeur, elles servaient de monnaie d'échange pour faire du commerce.

Avec le temps, on a créé de plus en plus de drogue (9).

Aujourd'hui, il en existe des milliers.

#### **2. Terminologies**

##### **2.1. La toxicomanie**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définissait la toxicomanie comme une envie irréprensible de consommer le produit, une tendance à augmenter les doses, une dépendance psychologique et parfois physique, et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

Le Professeur Claude Olievenstein proposait une définition de la toxicomanie : « la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel » (10).

##### **2.2. La polytoxicomanie**

C'est la consommation de plusieurs sortes de drogues. Par exemple, les gens qui prennent de l'héroïne ou qui boivent beaucoup d'alcool fument davantage que le reste de la population. Évidemment, dans ce cas, les problèmes de santé peuvent être beaucoup plus graves (9).

##### **2.3. L'addictologie**

L'addictologie est une discipline émergente. Issue de la psychiatrie, de la santé publique et des autres spécialités médicales, elle s'impose comme une spécialité autonome. Initialement les approches étaient centrées sur les produits : alcool, drogue, tabac, médicaments. Leur parenté clinique, neurobiologique et thérapeutique et les addictions sans drogue ont fait émerger le concept global d'addiction. Ce terme est issu du bas latin, addictere, une sanction de l'ancien régime, la contrainte par corps pour réparation. Les évolutions récentes précisent

les définitions cliniques et les stratégies thérapeutiques. Elles permettent une meilleure compréhension des troubles et des réponses thérapeutiques adaptées (11).

#### **2.4. Psychotrope**

Définition du terme psychotrope, proposée par DELAY en 1957 : «Les psychotropes sont des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle, qui ont un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui sont susceptibles de modifier l'activité mentale sans préjuger du type de cette modification».

#### **2.5. L'usage récréatif**

C'est une consommation modérée. Dans la grande majorité des cas, cet usage n'entraîne pas de problèmes de santé ou de comportement(9).

#### **2.6. L'abus**

C'est une consommation exagérée qui peut causer des dommages pour soi ou pour les autres : conduite en état d'ébriété, difficultés financières, problèmes familiaux, décrochage, perte du travail, problèmes de santé (9).

#### **2.7. La dépendance**

C'est l'impossibilité de résister au besoin de consommer. La dépendance met en danger les relations, le travail, la santé et même la vie de la personne aux prises avec ce problème.(9)

**La dépendance psychique :** est définie comme le besoin impérieux d'atteindre toujours et encore l'état d'euphorie, de détente et de contentement que provoque la drogue.

Elle est reliée à l'envie de consommer la drogue de façon périodique afin de conserver le sentiment de bonheur et d'éviter malaise et déplaisir.

**Une dépendance physique :** se manifeste lorsque des symptômes de sevrage apparaissent à l'arrêt de la substance: la disparition de l'inhibition du système nerveux sympathique peut alors entraîner des symptômes neurologiques et cardiovasculaires potentiellement mortels (12).

#### **2.8. Le Sevrage**

Le sevrage, c'est l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brusque de consommation d'une drogue. Il varie selon les substances et les doses consommées. Par exemple, une personne qui arrête de boire du café sera anxieuse et irritable pendant quelques jours. Par contre, une personne qui arrête brusquement de prendre de l'héroïne aura des crampes, des nausées et des vomissements pendant plusieurs jours (9).

### **3. Présentation des drogues**

#### **3.1. Le cannabis**

Le Cannabis est une plante, appelée également chanvre indien cultivée dans les régions tropicales ou tempérées. La principale molécule active de cette plante est le delta 9tétrahydrocannabinol(THC). C'est le THC qui est responsable des effets du cannabis sur le système nerveux (13).

Le cannabis peut se présenter sous différentes formes :

- ♦ **L'herbe ou la marijuana** (ganja, beuh,...) : Ce sont les tiges, les feuilles et les fleurs séchées du chanvre broyées ensemble. Sa couleur peut aller du vert au brun et son odeur est forte. Elle se fume généralement avec du tabac, roulé en cigarette, souvent en forme conique.
- ♦ **La résine ou le haschisch** (hasch, shit, chichon...) : ce sont les sécrétions résineuses obtenues par séchage et pressage de la plante amalgamées au four puis comprimées pour former une plaquette rigide allant du jaune ocre au brun-noir. Et se présente sous la forme de barrettes ou de boulettes, emballées dans du papier d'aluminium ou de film plastique. C'est sous cette forme que le cannabis est le plus consommé en France, mélangé à du tabac (« le joint, le bédo, le pet, le splif»).
- ♦ **L'huile** : Il s'agit d'un liquide visqueux, goudronneux et gras, vert foncé, marron ou noir, insoluble dans l'eau. Sa mixture est très concentrée en principe actif (THC). Les huiles sont généralement déposées sur le papier à cigarettes ou ajoutées aux joints pour en augmenter la puissance.

#### **Les effets du cannabis**

Le cannabis provoque un désintérêt pour l'environnement. Il émousse les réflexes, altère la vision et la coordination des mouvements. Il provoque de véritable ivresse. Même à faibles doses des difficultés de concentration apparaissent avec des pertes de mémoire (13).

A forte doses répétées peuvent apparaître une léthargie, des sentiments de persécution et même des hallucinations.

Les effets varient en fonction de la quantité consommée, du contexte de consommation et d'une personne à une autre. Les consommateurs recherchent et décrivent un état de détente, de bien-être, d'euphorie et une modification des perceptions. Les émotions et les sentiments sont souvent ressentis plus intensément.

- **Les effets immédiats possibles**

- Durant 2 à 10 heures, somnolence et euphorie avec incapacité à accomplir des tâches complexes.
- Altérations réversibles des performances psychomotrices.

- Troubles du langage et de la coordination en cas de consommation plus élevée.
  - Attaques paniques, angoisses, paranoïa.
  - **Les effets d'une consommation répétée et régulière**
    - Dépendance : principalement psychique
    - Tolérance : besoin de quantité accrue pour obtenir le même effet.
  - **Effets sur le cerveau** : troubles de la mémoire, impact possible sur les motivations ainsi que sur les performances scolaires et professionnelles. Certains troubles mentaux peuvent être révélés ou aggravés comme la schizophrénie chez des sujets prédisposés (le risque est 5 à 6 fois supérieur à la moyenne). A long terme, plusieurs études prospectives démontrent un risque d'installation d'une schizophrénie. Il y a bien un lien réel entre cannabis et schizophrénie.
- Risque de cancers précoces dû à la quantité de goudrons dans un joint de cannabis qui est plus de 4 fois supérieure à celle contenue dans une cigarette.

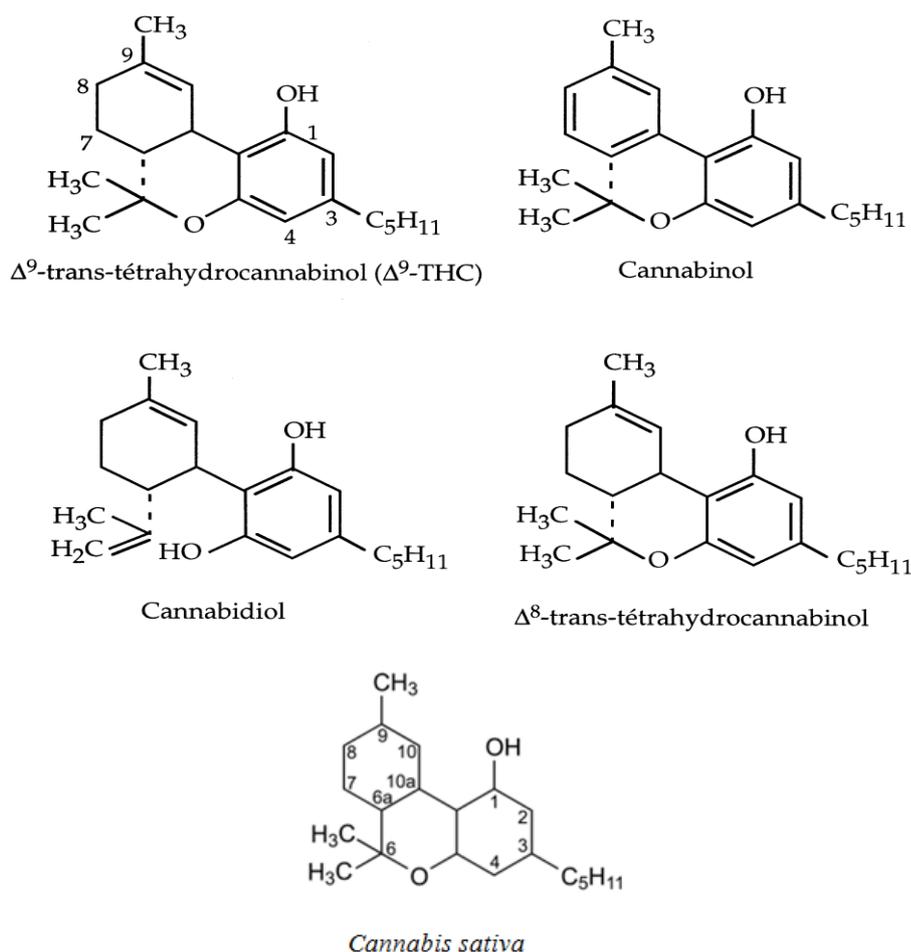


Figure 1: structure chimique des principaux composants du *Cannabis sativa*

### **3.2. La phencyclidine (PCP)**

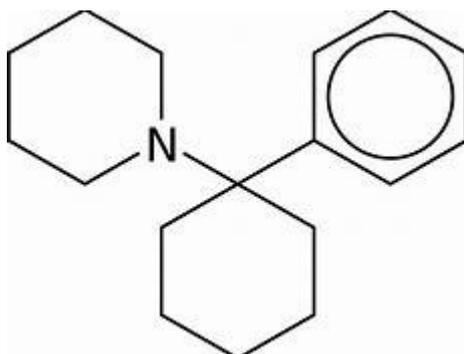
Son surnom (Mess, angel dust, peace pill, fairy dust, cristal).

Son nom scientifique est la phencyclidine. Le PCP est apparu dans les années 1950 où on l'utilisait comme anesthésique pendant les interventions chirurgicales. Parce qu'il causait de l'agitation pendant l'opération et des hallucinations après l'opération, on a cessé de l'utiliser. Par la suite, on l'a utilisé comme anesthésique et tranquillisant pour les animaux.

Aujourd'hui, les vétérinaires ne l'utilisent plus et il n'est fabriqué que dans des laboratoires clandestins.

On retrouve souvent le PCP sous forme de comprimés, de capsules ou de pâte. En réalité, il a tous les formes puisqu'il est introduit dans un grand nombre de drogues comme l'ecstasy, ou la kétamine. Il est donc souvent vendu sous d'autres noms.

Le PCP fait partie de la famille des perturbateurs, puisqu'il modifie les sensations et les perceptions qu'on a de la réalité. Il a également quelques propriétés de stimulant et de déprimeur (13).



**Figure 2:** structure chimique du phencyclidine

### **3.3. L'acide lysergique diéthylamide (LSD)**

L'acide lysergique diéthylamide est un hallucinogène de synthèse, tiré de l'ergot de seigle, un champignon parasite extrêmement puissant et actif à très faible dose. Le LSD est devenu illégal dans les années 70 et sa fabrication commerciale a pratiquement cessé. Les produits vendus dans la rue contiennent rarement du vrai LSD, mais plutôt du PCP, Il est à l'état pur, une poudre cristallisée blanche et inodore. Compte tenu que le LSD est fabriqué dans des laboratoires clandestins, chaque dose peut avoir une concentration différente impossible à préciser. Les usagers le prennent habituellement par voie orale, mais peuvent aussi l'inhaler ou se l'injecter (13).

- **Effets du LSD**

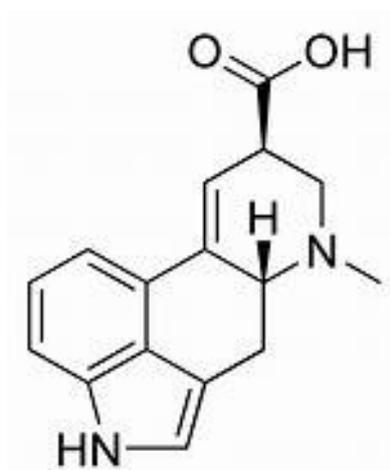
Suivant une sensation d'euphorie et de vertige, le LSD modifie les perceptions visuelles, auditives et tactiles. Ces effets commencent environ 30 minutes après l'ingestion de la dose et

peuvent durer de 5 à 8 heures. Des évolutions dépressives ou exaltantes peuvent se manifester jusqu'à 12 heures.

Parmi les effets physiques, On trouve : une augmentation de la tension artérielle, la dilatation des pupilles et l'accélération du rythme cardiaque.

On observe aussi fréquemment : une faiblesse musculaire, des tremblements, des nausées, des frissons et hyperventilation.

Cette drogue est surtout utilisée pour ses effets sur la perception, la pensée et l'humeur. L'effet du LSD peut surgir spontanément des jours, des semaines et même des mois après la consommation (13).



**Figure 3:** structure chimique du LSD

### 3.4. Les Amphetamines

Leur surnom (Peach, speed, ice, crystal, amphé, wake-up, pep pill).

Les amphétamines appartiennent à une classe de produits qui regroupe certains médicaments d'ordonnance mais aussi plusieurs autres substances fabriquées dans des laboratoires illégaux et susceptibles de créer de la dépendance.

Elles se présentent sous forme de comprimés ou de poudre à sniffer. Les amphétamines sont très souvent coupées avec d'autres produits et, évidemment, il est impossible d'en vérifier la composition exacte.

Les amphétamines ou speed sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, utilisés récemment encore comme coupe-faim ou pour empêcher le sommeil, dans certaines circonstances. Leur toxicité ainsi que la forte dépendance psychique qu'elles entraînent, expliquent que la plupart des amphétamines soient classées comme stupéfiants depuis 1967 (13).

Aujourd'hui, les amphétamines se présentent généralement sous la forme de poudre à sniffer et parfois de comprimés ou de gélules.

Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux : la méthamphétamine, appelée encore crystal meth, dont la consommation est très marginale en France.

Les amphétamines font partie de la famille des stimulants, elles agissent donc sur le système nerveux central en donnant une sensation d'énergie, de performance et de puissance.

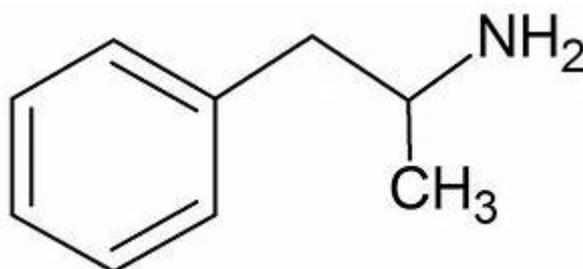
- **Effets**

Puissant stimulant physique et psychique, les amphétamines peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue et l'illusion d'être invincible. Leur consommation peut entraîner des crises de tétanie et d'angoisse.

La "descente" après une prise d'amphétamine peut induire un sentiment de découragement, voire un état dépressif. Une consommation régulière peut entraîner une altération de l'état général du fait de la dénutrition et du manque de sommeil. Elle conduit à l'épuisement de l'organisme, une grande nervosité et des troubles psychiques, notamment des délires. En outre, une tolérance aux amphétamines peut s'installer très rapidement.

Ces produits s'avèrent très dangereux pour les personnes souffrant de dépression, de problèmes cardiovasculaires, d'hypertension et d'épilepsie.

L'association avec de l'alcool ou d'autres substances psychoactives comme l'ecstasy (MDMA) ou le LSD accroît les risques de neurotoxicité (13).



**Figure 4:** structure chimique de l'amphétamine

### 3.5. L'ecstasy

MDMA ou ecstasy est une drogue psychoactive possédant des propriétés stimulantes et hallucinogènes. Il possède des variations chimiques de la stimulante amphétamine et un hallucinogène, le plus souvent la mescaline.

Sa structure chimique est semblable à deux autres drogues synthétiques, le MDA (méthylène dioxy amphétamine) et la méthamphétamine, lesquelles sont connues pour causer des dommages au cerveau (13).

Appellation du produit : noms de rue XTC, Adam, Clarity, Speed, XE. L'ecstasy est le plus souvent disponible sous forme de comprimés et est habituellement pris oralement. Elle est

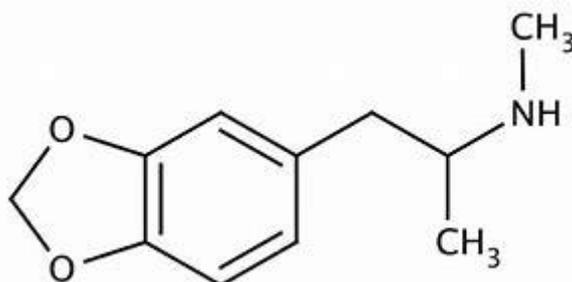
aussi disponible en poudre et est parfois aspirée et occasionnellement fumée, mais rarement injectée.

- **Effets de l'ecstasy**

Pendant qu'elle ne crée pas autant de dépendance que l'héroïne ou la cocaïne, l'ecstasy peut causer d'autres effets secondaires incluant nausées, hallucinations, refroidissements, sueurs, augmentation de la température du corps, tremblements, serremments de dents involontaires, crampes musculaires et trouble de la vision. Les utilisateurs d'ecstasy rapportent aussi des effets retentissants d'anxiété, de paranoïa et de dépression.

Une surdose d'ecstasy est caractérisée par une hypertension artérielle, des faiblesses, des attaques de panique et dans les cas les plus sévères, des pertes de conscience, des crises cardiaques et une montée drastique de la température du corps. Les surdoses d'ecstasy peuvent être fatales car elles peuvent entraîner un arrêt cardiaque ou un coup de chaleur extrême. Les effets commencent après 20 minutes environ et peuvent durer pendant plusieurs heures. Il y a un excès soudain d'émotion suivi d'un sentiment de calme et d'empathie pour les gens autour, souvent avec une perception élevée des couleurs et des sons.

Certaines personnes se sentent vraiment malades et font l'expérience de lourdeurs dans les bras, les jambes et particulièrement les mâchoires accompagnées de sensations de soif, incapacité à dormir, dépression et paranoïa (13).



**Figure 5:** structure chimique de l'ecstasy

### **3.6. Les Champignons Magiques**

Leur surnom (Mush, mushroom, champignon).

Il existe plusieurs sortes de champignons magiques qui poussent en Amérique, en Martinique, dans les îles Caraïbes et en Europe. Les champignons magiques auraient joué un rôle culturel dans certaines civilisations au moins 2000 ans avant J.C. De nos jours, on le retrouve à l'état sauvage, mais aussi cultivé.

Comme son nom l'indique, il s'agit d'un champignon. Son identification est difficile et la cueillette en forêt peut être dangereuse si on le confond avec un champignon vénéneux. Il est

consommé en tant que champignon frais ou séché. Il est parfois bu en infusion, mais plus fréquemment cuisiné, fumé ou simplement mâché puis avalé.

Les champignons magiques font partie de la famille des perturbateurs. Ils agissent donc sur le système nerveux central en modifiant les sensations et les perceptions de la réalité(13).

### **3.7. Le Gamma-Hydroxy Butyrate (GHB)**

Son surnom (drogue du viol, liquid ecstasy, liquid X, fantasy, scoop).

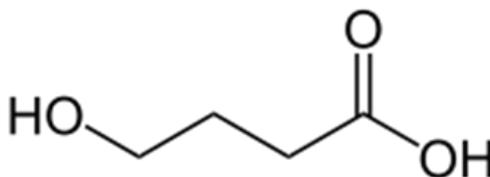
Son véritable nom est le Gamma-hydroxy Butyrate. En Europe, il est encore utilisé pour les anesthésies et pour certaines applications thérapeutiques. Depuis une dizaine d'années, on l'utilise surtout à des fins non médicales et on le fabrique clandestinement. Il est d'ailleurs relativement facile à produire puisqu'il dérive d'un solvant-décapant pour peintures!

Le GHB est recherché pour ses propriétés désinhibitrices, c'est-à-dire qu'il enlève les inhibitions; bref, on est prêt à tout essayer, on ne sent plus de pudeur ou de retenue.

Il a aussi des propriétés pseudo-aphrodisiaques et sédatives, c'est-à-dire qu'il porte au sommeil. Son utilisation est devenue festive, mais aussi criminelle, d'où son surnom de « drogue du viol ». Il est utilisé principalement dans les raves simultanément ou en alternance avec des amphétamines et de l'ecstasy.

Le GHB est vendu sous forme de poudre, de liquide, de capsules ou de granulés à dissoudre. Lorsqu'il est dissous dans un verre de boisson alcoolisée, il est très difficile à détecter, puisqu'il n'a ni odeur ni saveur (seulement un très léger goût salé et savonneux).

Le GHB est issu de la famille des dépresseurs, c'est-à-dire qu'il agit sur le système nerveux central en engourdissant le cerveau et en ralentissant le fonctionnement du corps(13).



**Figure 6:** structure chimique de la Gamma-Hydroxy Butyrate

### **3.8. La Gamma-butyrolactone (GBL)**

La Gamma-butyrolactone est un précurseur chimique du GHB. C'est un liquide toxique, à vocation industrielle, très acide, qui est utilisé tel quel ou mélangé à d'autres produits chimiques (solvants, décapants, etc.). Cette association de la GBL avec d'autres molécules chimiques majore les risques de toxicité initiaux (13).

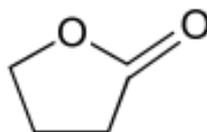
- **Effets et risques**

Après ingestion, la GBL est transformée dans le corps en GHB.

Les effets sont les mêmes que ceux produits par le GHB, ils varient selon les doses ingérées, allant de l'euphorie, à des situations de désinhibition, pouvant conduire à des prises de risques sexuels. L'usage de doses plus fortes provoque sédation et amnésie.

Un dosage infinitésimal suffit à obtenir des effets, les risques de surdosage sont par conséquent facilement atteints et peuvent entraîner malaises, coma, dépression respiratoire, décès. La prise de GBL est totalement incompatible avec la consommation d'alcool (y compris à des doses modérées), majorant fortement les risques de coma.

Bien que les effets de la GBL soient très proches de ceux du GHB, ils montent de manière plus progressive et durent plus longtemps par rapport au GHB. Mais attention, cette attente, plus longue, de l'arrivée des effets de la GBL peut entraîner une multiplication des prises avec un risque de surdosage (13).



**Figure 7:** structure chimique de La Gamma-butyrolactone

### **3.9. La Cocaïne**

Son surnom (Coke, poudre, la C.)

Elle est extraite des feuilles du coca, un arbrisseau cultivé en Amérique du Sud, en Indonésie et dans l'Est de l'Afrique, Afghanistan. Anciennement et parfois encore aujourd'hui, les peuples qui cultivent la coca s'en servent comme plante médicinale, drogue stimulante, objet de rituel ou chique à mastiquer.

La cocaïne se présente habituellement sous forme de poudre blanche. Elle est renflée, injectée par voie intraveineuse ou fumée(13).

La cocaïne se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche, cristalline et sans odeur. Elle est extraite des feuilles de cocaïer.

Lorsqu'elle est "sniffée", elle est appelée "ligne de coke" ; elle est aussi parfois injectée par voie intraveineuse ou fumée, principalement sous forme de crack (ou free base). La cocaïne fait partie de la famille des stimulants, c'est-à-dire qu'elle procure une sensation d'énergie et de performance.

- **Effets**

La cocaïne provoque une contraction des vaisseaux sanguins, une irrégularité du rythme cardiaque et de l'hypertension artérielle. Elle procure une euphorie et donne une impression de puissance. On ne ressent plus de fatigue, plus d'appétit et plus de douleur. Après cette sensation euphorisante, on passe à une période d'anxiété avec une sensation de malaise.

La cocaïne, comme beaucoup d'autres drogues, est parfois mélangée à d'autres substances qui peuvent être dangereuses et dont on ne connaît pas toujours la nature.

La cocaïne risque de créer rapidement une dépendance. Elle peut effectivement donner envie à certains de « sniffer » une autre ligne pour éviter de vivre le creux de vague qui s'en suit. Ce qu'ils ne savent pas, c'est que plus on augmente la consommation, plus l'anxiété augmente. C'est comme en mer: plus les vagues sont hautes, plus les creux sont profonds. Pas facile de surfer là-dessus!

En consommant régulièrement de la cocaïne, on peut être victime de troubles psychologiques, de délires, d'hallucinations ou de crises de panique.

La consommation peut entraîner : une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins, les tissus, insuffisamment irrigués, manquent d'oxygène, et se détériorent (nécrose).

C'est notamment souvent le cas de la cloison nasale avec des lésions perforantes chez les usagers réguliers.

- Des troubles du rythme cardiaque. Ils peuvent être à l'origine d'accidents cardiaques, notamment chez des personnes fragiles et/ou qui consomment de fortes quantités de tabac.
- Des troubles psychiques, une grande instabilité d'humeur, des délires paranoïdes ou des attaques de panique.
- Une augmentation de l'activité psychique et, par conséquent, des insomnies, des pertes de mémoire et des phases d'excitation.

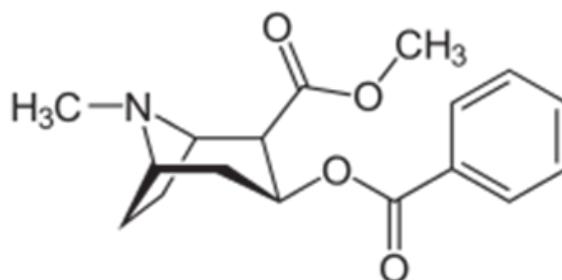
Une autre caractéristique de la cocaïne est de lever les inhibitions, ce qui peut conduire à des actes de violence, des agressions sexuelles, des dépenses compulsives, etc.

La sensation de "toute-puissance" entraînée par la cocaïne peut engendrer des passages à l'acte.

En outre en cas d'injection le matériel partagé entre plusieurs usagers peut transmettre le virus du sida et des hépatites B et C.

La cocaïne devient dangereuse quand elle est mélangée à un dépresseur tel que l'alcool ou l'héroïne.

Il est encore plus dangereux de mélanger la cocaïne avec un stimulant, comme l'ecstasy, car le mélange des deux est complètement imprévisible; il y a donc risque d'overdose(13).



**Figure 8:** structure chimique de la cocaïne

### 3.10. Le Crack

Son surnom (Rock, roche).

Le crack a été découvert en 1981 aux États-Unis, plus précisément en Caroline du Sud. Il s'agit en fait de la cocaïne chauffée avec du bicarbonate de sodium et de l'eau.

Le crack se présente sous forme de petites roches qu'on chauffe puis inhale.

Cette opération provoque dans la roche des craquements, c'est pourquoi cette drogue porte le nom de crack.

Puisqu'il en est un dérivé, le crack fait partie de la même famille que la cocaïne : les stimulants. Il donne donc une sensation d'énergie et de performance (13).

- **Effets**

Le crack a des effets semblables à ceux de la cocaïne; ils se font toutefois sentir plus rapidement et plus intensément.

C'est un peu comme de la cocaïne qui aurait été « boostée ». Il provoque donc lui aussi une contraction des vaisseaux sanguins, une irrégularité du rythme cardiaque et de l'hypertension artérielle.

Seulement 10 secondes après avoir aspiré une seule bouffée, on est déjà «high».

On ressent alors une euphorie, qui ne dure par contre que 5 à 10 minutes. C'est pourquoi une nouvelle dose devient vite nécessaire.

Après cette sensation euphorisante, on passe donc rapidement à une période d'anxiété qui est encore plus désagréable que celle ressentie en consommant de la cocaïne.

L'usage régulier de crack engendre rapidement une forte dépendance physique et psychologique. Cette dépendance persiste même plusieurs mois après avoir cessé de consommer du crack. Les risques de rechute sont donc très élevés.

S'il est consommé régulièrement, le crack peut provoquer des hallucinations et entraîner des comportements violents, des délires, de la paranoïa, des idées suicidaires et des psychoses. Sa consommation régulière entraîne aussi des dommages au cerveau, aux voies respiratoires et des arrêts respiratoires ou cardiaques pouvant causer la mort.

Le crack a les mêmes ennemis que ceux de la cocaïne. En effet, il devient dangereux quand il est mélangé à un dépresseur tel que l'alcool ou l'héroïne, par exemple. Il est encore plus dangereux de le mélanger avec un stimulant, comme l'ecstasy, car le mélange des deux est complètement imprévisible; il y a donc risque d'overdose (13).

### **3.11. La Kétamine**

Son surnom (Spécial K, Vitamine K, Ket, Ketty).

La kétamine est utilisée dans le milieu médical comme anesthésique et analgésique, c'est-à-dire qu'elle réduit ou élimine la sensibilité des patients. Elle est surtout vendue sous forme de comprimé ou de capsule et elle est surtout sniffée, même si elle peut aussi être injectée, fumée ou avalée. On la vend également sous le nom d'ecstasy, mais c'est un mensonge du vendeur. Elle est souvent mélangée à d'autres stimulants pour justement recréer les effets de l'ecstasy (13).

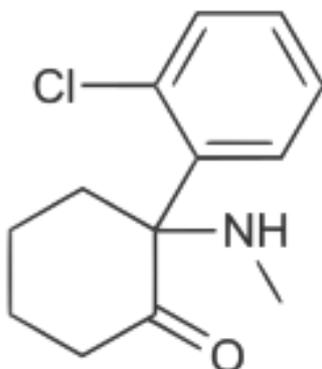
La kétamine fait partie de la famille des perturbateurs, c'est-à-dire qu'elle modifie les sensations et les perceptions de la réalité.

- **Effets**

Un engourdissement avec la perte des notions de temps et d'espace, la perte également de sa sensibilité corporelle et à plus forte dose, le sentiment de dissociation entre le corps et l'esprit. La durée des effets se situe généralement entre 2 et 4 heures.

Une accoutumance amène les usagers à augmenter progressivement les doses consommées.

L'utilisation illicite de la kétamine peut entraîner : Des chutes avec blessures du fait de l'insensibilité liée à la prise. Des troubles psychiques (angoisse, attaques de panique) qui peuvent être durables et neurologiques (paralysies temporaires). La prise de doses importantes peut conduire à des dépressions respiratoires, des pertes de conscience totale, le coma. Ces effets sont aggravés en cas d'association avec d'autres hallucinogènes et/ou de l'alcool (13).



**Figure 9:** structure chimique de la kétamine

### 3.12. L'Héroïne

Son surnom (Smack, héro, Blanche).

L'héroïne est un opiacé, c'est-à-dire que l'héroïne est un dérivé de la morphine étant un alcaloïde de l'opium extrait d'une plante appelée pavot.

L'héroïne est donc un dérivé de morphine. L'héroïne fait partie des stupéfiants.

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu par synthèse à partir de la morphine. La morphine est le médicament de référence contre la douleur.

L'héroïne se présente sous la forme d'une poudre ou de granulés à écraser.

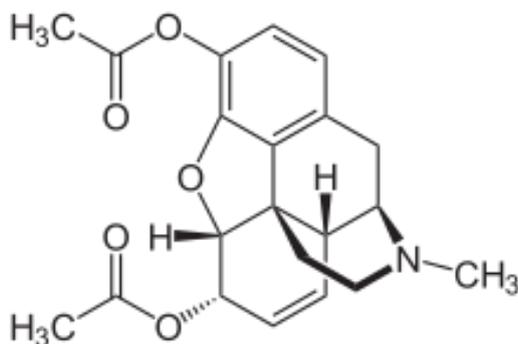
Longtemps injectée par voie intraveineuse, l'héroïne peut être aussi prise (sniffée) ou fumée.

L'héroïne fait partie de la famille des déprimeurs, c'est-à-dire qu'elle agit sur le système nerveux central en engourdissant le cerveau et en ralentissant le fonctionnement du corps (13).

- **Effets**

Elle provoque une euphorie tranquille (c'est comme sauter de joie, mais par en dedans), un apaisement et une sensation d'extase. Lorsqu'elle est injectée, l'effet immédiat peut s'apparenter à une forme d'orgasme pour le consommateur.

On appelle cette première phase le « rush ». Elle est suivie d'une sensation d'euphorie et de somnolence qui est parfois accompagnée de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque et respiratoire (13).



**Figure 10:**structure chimique de l'héroïne

### 3.13. Le Poppers

Le poppers est un vasodilatateur qui se présente généralement sous forme de liquide très volatil, contenu dans une fiole de 10 à 15 ml.

Auparavant commercialisé à usage médical pour certaines affections cardiaques dans des ampoules, l'ouverture de celles-ci générerait un effet sonore pop qui a donné le nom au produit. On a très vite compris que les effets secondaires, principalement l'euphorie, la

sensation orgasmique et la dilatation des muscles pouvaient avoir une application lors de fêtes (13).

- **Effets**

Sniffés à des fins non médicales, leurs effets sont quasiment immédiats : brèves bouffées vertigineuses et stimulantes.

L'usager ressent une sensation de vive chaleur interne et sa sensualité est exacerbée. Cet effet dure à peu près deux minutes.

La consommation fait apparaître des plaques de rougeurs sur la peau, provoque des vertiges, des maux de tête qui peuvent être violents mais de courte durée et augmente la pression interne de l'œil.

- A forte dose, les poppers peuvent créer une dépression respiratoire.
- Endommager les cloisons nasales.
- Des anémies graves. (Fatigue due à la baisse de la capacité des globules rouges à fixer l'oxygène)
- Des problèmes passagers d'érection.
- Des rougeurs et des gonflements de visage.
- Des croûtes jaunâtres autour du nez et des lèvres.

En cas d'association avec d'autres produits ou substances psychoactives ou à des médicaments, les risques sont accrus (13).

### **3.14. Benzodiazépines**

(Rivotril, Lexomil, Xanax)

Les benzodiazépines (BZD) sont des médicaments anxiolytiques extrêmement utilisées dans la pratique quotidienne. Ils sont réputés "à dépendance" parce qu'après une cure régulière et prolongée, les patients ont des difficultés à les arrêter.

En pratique ces produits doivent être si possible réservés à la crise anxieuse, et la durée de traitement doit être la plus réduite possible.

La dépendance psychique est en général modérée, mais est variable selon les benzodiazépines. La dépendance physique est forte.

Après quelques mois d'usage régulier : Une tolérance à la sédation apparaît en premier lieu, puis tolérance à l'action anticonvulsivant, à l'action anxiolytique.

En d'autres termes ce médicament à un effet calmant à tous les niveaux un usager aura tendance à augmenter les doses pour retrouver l'effet antidépresseur.

Cela peut conduire à l'ingestion de 20 à 50 fois la dose thérapeutique. Tolérance croisée avec l'alcool et les barbituriques.

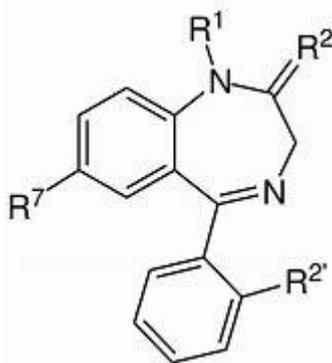
- **Effets**

Effet thérapeutique hypnotique ou anxiolytique chronique, par des prises régulières, surtout chez les sujets âgés ou les toxicomanes.

Effet flash à fortes doses : euphorie rapide, sensation ébrieuse, bien être pendant quelques heures suivi d'un oubli, chez des sujets plus jeunes.

Effet désinhibiteur pour commettre des actes comportant un important niveau de risque délictueux ou non (13).

Effet flash et effet anxiolytique, surtout chez des sujets présentant d'importants troubles de la personnalité.



**Figure 11:** structure chimique des benzodiazépines

### 3.15. La Codéine

La codéine est un alcaloïde de l'opium (qu'on trouve dans le pavot) de la classe des opiacés qui se distingue de la morphine.

#### **Effets / Indications**

Antitussif (notamment par diminution du réflexe tussigène en diminuant l'excitabilité du centre de la toux), analgésique (à dose supérieure que pour son action antitussive)

Toux sèche (toux improductive), douleur légère à modérée,

#### **Effets Secondaires / Contre-Indication / Interactions**

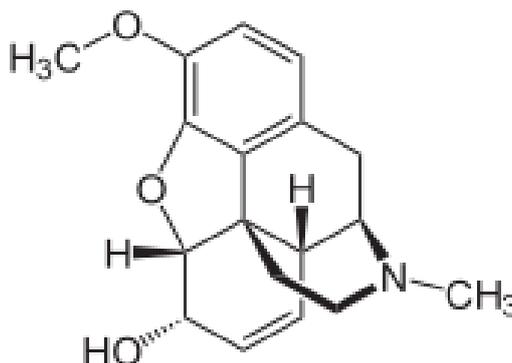
Les effets secondaires de la codéine, effets indésirables de la codéine sont : constipation, nausées, vomissements, problèmes gastro-intestinaux, euphorie, troubles du sommeil, dépression respiratoire (rare aux doses usuelles), dépendance à la codéine, somnolence, ...

Contre-indication de la codéine : personnes dépendantes à d'autres opiacés (héroïne, morphine) car risque élevé de dépendance à la codéine, hypersensibilité à la codéine, toux grasse (toux productive), après l'ablation des amygdales la codéine peut entraîner la mort chez certains jeunes enfants porteurs d'une anomalie génétique, insuffisance respiratoire, asthme, grossesse, allaitement ...

Interactions avec la codéine : possible interaction avec des antidépresseurs comme la fluoxétine, médicaments sédatifs, narcotiques, neuroleptiques, alcool,...

En vente en pharmacie ou sur prescription médicale sous forme de comprimés, sirop, gouttes (solution liquide) (13).

Le codoliprane (paracétamol plus codéine) et le néocodion (1 comprimé contient 15 mg de codéine base), aux doses supra thérapeutiques: il existe un risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal, qui peut être observé chez l'utilisateur et le nouveau-né de mère intoxiquée à la codéine.



**Figure 12:** structure chimique de la codéine

### 3.16. Alcool

Il existe plusieurs sortes d'alcool, certaines consommables comme l'éthanol, d'autres toxiques comme le méthanol. L'alcool est obtenu par un processus de fermentation ou par des procédés chimiques.

La consommation abusive d'alcool peut provoquer de nombreux désordres psychiatriques. Des études démontrent que les alcooliques présentent davantage de troubles mentaux que les non-alcooliques. On parle alors de comorbidité psychiatrique lorsque, chez un même individu, on observe un mode inadapté de consommation d'alcool en combinaison avec des troubles mentaux ou psychiatriques qui ne sont pas directement causés par une intoxication aiguë, ni dus au sevrage. Ces deux conditions - troubles psychiatriques et consommation abusive - doivent d'autant plus être prises au sérieux qu'il y a nécessairement une forte ressemblance entre les caractéristiques des troubles mentaux et les effets de l'alcool. Il importe donc de traiter les deux types de troubles simultanément et de façon intégrée, sans quoi chacun d'eux aura des répercussions négatives sur le traitement de l'autre. On observe trois grands types de troubles psychiatriques, surreprésentés chez les alcooliques.

Premièrement, des troubles de la personnalité. On observe en effet tous les types de troubles de la personnalité chez les individus qui ont un problème de consommation. Par exemple, la

prévalence d'avoir une personnalité antisociale est 10 fois supérieure chez les alcooliques que celle que l'on observe dans la population en général. On observe aussi, notamment chez les femmes, une forte association entre l'alcoolisme et tous les types de troubles alimentaires.

Deuxièmement, des troubles de l'humeur et de l'anxiété. On retrouve sous cette rubrique le trouble bipolaire et la dépression, celle-ci de manière très fréquente. Ce trouble doit être pris au sérieux, car il y a de 8 à 10 fois plus de suicides une de ses conséquences chez les alcooliques que dans la population en général. Les alcooliques souffrent peu de troubles anxieux tels le trouble panique et la phobie sociale, mais tout de même plus que la population en général.

Finalement, des troubles graves comme la schizophrénie.

Bien que n'ayant pas de lien avec l'intoxication ou le sevrage, ce trouble grave est davantage observé chez les alcooliques que dans la population en général. La majorité des troubles psychotiques sont de nature toxique et ont été décrits précédemment dans la section Effets sur le système nerveux.

#### **4. Classification des drogues**

La complexité des effets et des structures des différents produits stupéfiants, la variabilité de leurs modes d'utilisation, expliquent la difficulté d'établir une classification efficace et univoque. Mais nombre de pharmacologues et chimistes se sont essayés à cet exercice, ainsi que des psychologues et des juristes, permettant de proposer ici quatre grandes classifications des drogues :

##### **4.1. Classification selon les effets cliniques**

C'est la classification la plus utilisée, notamment dans le milieu médical. Elle permet de définir à la fois la substance en termes chimiques, mais aussi en termes d'effets sur le psychisme. On distingue, parmi toutes les substances psychotropes :

- **Les substances psychoanaleptiques**, c'est-à-dire stimulantes, excitantes. Outre les troubles sur l'humeur et le comportement qu'elles engendrent, elles provoquent également une tolérance importante (nécessité d'augmenter les doses pour reproduire l'effet) et un syndrome dépressif à l'arrêt. On retrouve les amphétamines, la cocaïne et ses dérivés, la caféine, la nicotine, les cathinones (14).
- **Les substances psychodysléptiques**, ou hallucinogènes, qui modifient les perceptions sensorielles et créent délire, troubles du comportement et hallucinations. On retrouve ici : les cannabinoïdes, les indoles (contenus dans les « champignons magiques »), le LSD, les phényléthylamines, la kétamine (14).

- **Les substances psycholeptiques**, c'est-à-dire les déprimeurs du système nerveux induisant ivresse, désinhibition, sédation. Ces substances causent le plus souvent une excitation voire un syndrome de sevrage à l'arrêt : alcool éthylique, anxiolytiques et hypnotiques (utilisés en thérapeutique comme les barbituriques ou les benzodiazépines), les opioïdes et leurs dérivés synthétiques (opium, morphine, codéine, fentanyl, méthadone, buprénorphine,...) (14).

#### **4.2. Classification selon les conséquences de l'usage**

Plusieurs classifications selon la toxicité ou les répercussions sociales de l'usage de certaines drogues ont été créées, notamment par l'OMS, mais la plus complète et la plus intéressante d'entre elles est celle résultant du rapport Roques (10). Elle décrit les nouvelles drogues chimiques de synthèse, les conséquences en termes de toxicité générale, dépendance psychique et physique, dangerosité sociale et possibilité de traitement de substitution ou non des substances les plus largement répandues.

#### **4.3 Drogues « douces » et « dures »**

Cette distinction est peu pertinente. Les drogues douces sont généralement définies comme ayant des effets modérés et ne présentant pas de fort pouvoir toxicomanogène ; ce sont le cannabis sous ses diverses formes. Bien que, selon ses usagers, non toxicomanogène et donc à considérer comme une drogue douce, le cannabis, s'il est utilisé de manière abusive et non plus récréative peut se classer dans les drogues dures. C'est toute la contradiction de cette définition. Néanmoins, aucune ambiguïté concernant la définition des drogues dures : elles induisent dépendance physique et/ou psychique et/ou un effet hallucinogène. L'alcool et le tabac, présentant tous les deux une forte toxicité et un fort potentiel toxicomanogène devraient être considérés comme des drogues dures (15).

#### **4.4. Classification juridique**

Selon l'article L.5132-1 du Code de la Santé Publique, la réglementation française classe les substances vénéneuses en 4 catégories en fonction de leur dangerosité et leur toxicité (16) :

- Les substances stupéfiantes (morphine, héroïne, cocaïne, cannabis, etc.)
- Les substances psychotropes (médicaments, antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques etc.)
- Les médicaments « inscrits sur la liste I et II »
- Les substances dangereuses (éther, acides, etc.)

## **5. Mécanisme d'action des drogues**

Le cerveau constitue un ensemble complexe de circuits neuronaux qui s'organisent en réseaux pour traiter les entrées sensorielles, les relayer jusqu'au cortex, puis les traduire en sorties comportementales ou psychiques (17). La grande variété des réponses comportementales nécessite que certains réseaux, et par conséquent certaines structures cérébrales, soient sélectionnés en fonction de chaque situation vécue par le sujet. Cette sélection est réalisée par un autre ensemble de neurones, modulateurs, superposé au premier circuit. Ces neurones modulateurs, minoritaires dans le système nerveux central puisqu'ils ne représentent que un pour cent des cinquante milliards de cellules présentes dans le cerveau, comprennent les neurones sérotoninergiques, noradrénergiques et dopaminergiques. Dans cet ensemble, la dopamine tiendrait le rôle de modulateur final de l'essentiel des sorties motrices ou psychiques. C'est pourquoi une atteinte du système dopaminergique peut se traduire aussi bien par des troubles moteurs, comme dans le cas de la maladie de Parkinson, que psychiques, comme dans certaines psychoses telles que la schizophrénie (17).

Dans les mécanismes de dépendance, le système dopaminergique est aussi déterminant dans la mesure où il modifie le fonctionnement d'un ensemble neuronal particulier, le « circuit de la récompense » qui relaie toutes les informations externes et internes de l'organisme et permet au sujet de reconnaître l'existence de satisfactions potentielles de toutes sortes : nourriture, chaleur, plaisir sexuel, etc.

Ce circuit de la récompense est en quelque sorte un « baromètre » qui indique à l'individu l'état physique et psychique dans lequel il se trouve ou va se trouver. Les neurones dopaminergiques ne font pas partie à proprement parler du circuit de la récompense, mais leur activation stimule ce circuit et provoque une sensation de satisfaction (17).

### **- Drogues et leurs mécanismes d'action**

#### **5.1. Les psychostimulants (amphétamine, cocaïne...)**

Ces produits entraînent une augmentation extracellulaire très importante de dopamine et de noradrénaline par des mécanismes sensiblement différents ; les amphétamines chassent les catécholamines de leurs vésicules de stockage, la cocaïne en bloque la recapture. La conséquence probable de cette différence est qu'à dose modérée, les effets de la cocaïne dépendent plus de l'état initial du sujet que les effets des amphétamines. Notons que la cocaïne, contrairement aux amphétamines, bloque aussi la recapture de sérotonine, ce qui crée vraisemblablement une synergie entre les trois monoamines. Enfin, bien qu'il soit généralement admis que la cocaïne agit en bloquant la recapture de dopamine, il a été montré récemment que des animaux dépourvus de système de recapture de dopamine et donc

théoriquement insensibles à la cocaïne continuaient à s'auto-administrer ce produit. Ce genre d'expérience montre de toute évidence que l'effet de la cocaïne, et sans doute des autres psychostimulants, est dépendant d'autres actions pharmacologiques, en particulier de celle sur la recapture de noradrénaline (17).

Cliniquement, les augmentations de libération de catécholamines induisent, à doses faibles et modérées de psychostimulants, une disparition de la sensation de fatigue et une augmentation des facultés cognitives et, à doses fortes, des hallucinations et des délires.

Le sevrage aux psychostimulants n'entraîne pas de dépendance physique mais une fatigue sans doute liée à la reconstitution des stocks de monoamines. La dépendance psychique est nette (17).

### **5.2. Les opiacés** (héroïne, morphine, codéine, etc.)

Les opiacés inhibent par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques ( $\mu$ ) l'activité de neurones GABAergiques qui eux-mêmes limitent l'activité électrique des cellules dopaminergiques localisées dans une structure mésencéphalique où se trouvent leurs corps cellulaires, l'aire tégumentaire ventrale. Leur action est, dans une certaine mesure, plus « physiologique » que celle des psychostimulants (17). Contrairement à ces derniers, ils n'augmentent que faiblement les taux extracellulaires de dopamine. Cette augmentation n'est due qu'à une activation électrique des cellules dopaminergiques et non pas à une « chasse » ou à un blocage pharmacologique de la recapture du neurotransmetteur. Il existe aussi des récepteurs  $\mu$  dans le noyau accumbens. Leur rôle est encore mal connu mais il est probable qu'ils interviennent aussi dans les effets psychotropes des opiacés. Un point essentiel vient de ce que les opiacés diminuent l'activité électrique des neurones noradrénergiques (toujours en agissant sur les récepteurs  $\mu$ ) (17).

Cette dernière caractéristique explique un effet clinique différent de celui des psychostimulants: une baisse des facultés de traitement des événements extérieurs avec, éventuellement, l'apparition de sommeil. Le sevrage déclenche une dépendance physique intense (tremblements, douleurs, diarrhées, sueurs..) liée à l'arrêt brutal de la stimulation excessive des récepteurs opiacés, périphériques et spinaux, sans rapport direct avec la sensation d'euphorie. Contrairement aux psychostimulants, les opiacés « n'épuisent » pas les neurones catécholaminergiques. Après quelques jours de sevrage, la dépendance physique s'estompe pour laisser la place à la dépendance psychique (17).

### **5.3. Les entactogènes** (MDMA (ecstasy), MDA, MBDB, 4-MTA etc.)

Ces produits sont intermédiaires entre les psychostimulants et les hallucinogènes. Ils se caractérisent par une forte libération de sérotonine qui peut n'être associée qu'à une libération

faible ou nulle de dopamine (MBDB, 4-MTA). Le potentiel de dépendance de ces produits semble peu important ; en revanche, les effets neurotoxiques, en particulier sur les neurones sérotoninergiques, sont plus préoccupants. Cliniquement, on retrouve des baisses de la mémoire de travail chez les consommateurs réguliers et une période de récupération difficile dans les jours qui suivent la consommation, ce dernier phénomène n'étant pas sans rappeler l'effet des psychostimulants (17).

#### **5.4. Le cannabis**

La molécule active est généralement considérée comme étant le  $\Delta^9$ -tétrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC) bien qu'elle ne soit vraisemblablement pas la seule. Les récepteurs au THC se trouvent, entre autres, dans le mésencéphale, à proximité des neurones dopaminergiques et leur stimulation diminue la libération de GABA, ce qui contribue à une légère activation dopaminergique (17).

C'est sans doute par ce mécanisme que les récepteurs au THC interviennent sur la motivation. Ce type de mécanisme est voisin de celui des opiacés mais avec une amplitude plus faible pour le cannabis. Des animaux ne possédant plus de récepteurs au THC se sont avérés ne plus s'auto-administrer la morphine, ce qui confirme l'existence de mécanismes voisins. Il semble simplement que les deux groupes de produits agissent « en parallèle » et non pas « en série ». Il existe aussi des récepteurs au THC dans l'hippocampe et le cervelet, deux régions susceptibles d'intervenir dans les fonctions de mémorisation et d'équilibre (17).

#### **5.5. L'alcool**

Il amplifie les effets des psychotropes, en particulier le cannabis, les opiacés, les psychostimulants, les antidépresseurs et le  $\gamma$ -hydroxybutyrate (GHB), un autre produit illicite dont le mode d'action n'est probablement pas très éloigné de celui de l'alcool. Il faut aussi noter que tous les antagonistes du récepteur NMDA entraînent des dépendances, comme le MK-801, la phencyclidine (PCP) ou la kétamine. Enfin, à fortes doses, l'alcool entraîne une dépendance physique et a des effets neurotoxiques (17).

### **6. Addiction**

L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives(18).

L'addiction se décompose en compulsions (à prendre le produit, à s'engager dans le comportement), maintien du comportement malgré ses conséquences négatives, obsession du produit ou du comportement, culpabilité au décours de l'action, enfin symptômes de sevrage en cas d'interruption brutale.

Le psychiatre Goodman a publié en 1990, dans le *British Journal of Addiction*, des critères du trouble addictif, critères très proches des critères DSM de la dépendance et qui font aujourd'hui autorité. Ces critères ont été élaborés par Goodman pour théoriser les pratiques sexuelles addictives, mais sont applicables à toutes les addictions comportementales ou non (Goodman, 1990 et 1998 ; ci-dessous). L'addiction, définie par Goodman, est une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- Échec répété de contrôler ce comportement (« perte du contrôle » de Jellinek) ;
- Poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives.

**Critères du trouble addictif (d'après Goodman, 1990)**

A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement

B. Tension croissante avant d'initier le comportement

C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action

D. Perte du contrôle en débutant le comportement

E. Cinq des critères suivants ou plus :

1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci

2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement

3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter

4. Temps considérable passé à réaliser le comportement

5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement

6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles

7. Poursuite malgré les problèmes sociaux

8. Tolérance marquée

9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement

F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

**Principaux produits pouvant conduire à des addictions ainsi que les principaux effets et risque (19) :**

- **Tabac**

Cancers du poumon, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL

Bronchite chronique

Asthme

## Pathologies cardiovasculaires

- **Alcool**

Diminution de vigilance et des réflexes

Ebriété, perte de contrôle avec passages à l'acte violents, accidents du travail et de la route

Coma éthylique en cas d'absorption massive

A long terme, cirrhose du foie, cancer de l'œsophage et atteintes d'autres organes

- **Médicaments**

Variables suivant la classe médicamenteuse :

Modifications du comportement,

Troubles de la mémoire,

Somnolence,

Troubles des capacités motrices

- **Cannabis**

Etat ébrieux (altérations de la vigilance, excitation)

Modifications de l'humeur

Troubles des perceptions (vue, ouïe...)

Hallucinations visuelles, auditives et corporelles

Effet cancérogène avéré (voies aéro-digestives supérieures et appareil respiratoire)

Troubles psychiatriques

- **Drogues dures**

Variables suivant les produits :

Hallucinations,

Troubles psychiatriques,

Accidents cardiaques,

violence,

Baisse de la vigilance,

Troubles respiratoires, Infections virales ou/et bactériennes

## **7. Réglementation sur les drogues au Mali (20)**

Au Mali, la réglementation porte sur la loi N° 01078 du 18 juillet 2001 portant sur le contrôle des drogues et des précurseurs. Cette loi classe l'usage de la drogue sur le plan pénale comme un délit (infraction dont la peine ne dépasse pas trois ans), et en dehors de l'usage tout acte est considéré comme crime (cinq ans et plus d'emprisonnements).

Seront punis d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende 500 000 à 5 000 000 franc CFA , ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront produit, fabriqué, importé, exporté, transporté, vendu, distribué, livré à quelque titre que ce soit, envoyé, expédié, acheté ou détenu des précurseurs, équipement ou la fabrication illicites de drogues à haut risque ou de drogue à risque, sachant que ces précurseurs, équipements ou matériels doivent être utilisés à de telles fins.

Les substances et les préparations visées par la présente loi sont classées dans quatre tableaux I, II, III, et IV suivant les mesures de contrôle auxquelles elles sont soumises

Tableau I : plantes et substances à haut risque dépourvues d'intérêt en médecine,

Tableau II : plantes et substances à haut risque présentant un intérêt en médecine,

Tableau III : plantes et substances à risque présentant un intérêt en médecine

Tableau IV : Toutes substances utilisées dans la fabrication de stupéfiants et substances psychotropes classées ou en application de cette convention et autres produits chimiques utilisées dans les procédés de fabrication de stupéfiants ou psychotropes appelés précurseurs.

## **IV.METHODOLOGIE**

### **a. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective de janvier 2015 à décembre 2017 associée à une étude prospective de janvier 2018 à août 2018.

### **b. Lieu d'étude**

L'étude a été réalisée dans le Service de Psychiatrie du CHU du Point G, l'unique structure de référence dans la prise en charge des problèmes de santé mentale au Mali.

### **c. Critères d'inclusion**

Tous patients vu au service de psychiatrie du CHU du Point G et ayant une expérience de consommation des drogues et aussi ayant un âge supérieur à 15 ans.

Les patients qui n'ont pas été transférés dans d'autres structures et qui ont accepté de participer à l'étude.

### **d. Critères non inclusion**

Tous les patients qui avaient un âge inférieur à 15 ans.

Les patients qui ont été transférés dans d'autres structures ou services pour le traitement d'une pathologie sous-jacente.

Les cas de refus de participation à l'étude.

### **e. Echantillonnage**

- **Etude rétrospective :** Il s'agissait d'un échantillonnage de type exhaustif par inclusion de tous les patients ayant une expérience de consommation des drogues.
- **Etude prospective :** Il s'agit d'un échantillonnage de type exhaustif et par commodité incluant trois patients consommateurs de drogues par jour de consultation. Nous avons choisi le mois de janvier pour la sélection de nos patients.

### **f. Technique de collecte des données**

- **Etude rétrospective :** Les données ont été collectées à l'aide des dossiers médicaux et les registres de consultation. Pour mieux clarifier nos résultats, la collecte des données a concerné les paramètres suivants :
  - Les paramètres sociodémographiques des patients ;
  - Les substances consommées ;
  - Les moyens de prise en charge.
- **Etude prospective :** L'enquête a été réalisée à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle, qui a été validée et testée au service de psychiatrie en vue de contrôler les biais éventuels à toutes les étapes de l'étude. Nous avons pris en compte dans la fiche d'enquête les données suivantes :

- Les paramètres sociodémographiques des patients ;
- Les modes d'admission ;
- Les substances consommées ;
- Les moyens de prise en charge ;
- Le lieu et le motif de consommation ;
- Les circonstances d'admission ;
- Les conséquences socio-économiques et sanitaires liées à la consommation.

Les moyens employés étaient la causerie avec les patients sur des sujets quelconques pour avoir leur confiance. Ensuite nous leur avons expliqué la garantie des informations à travers la confidentialité et l'intérêt de cette l'étude pour la société.

#### **g. Saisie et analyses des données**

Les données ont été saisies sous Microsoft Windows office 2010 sous les formats Word et Excel.

Après la collecte, les données ont été analysées en utilisant le logiciel statistique Epi-Info version 7.

Pour le traitement des données nous allons déterminer l'effectif, la moyenne, le ratio ainsi que la p-value avec comme spécification, si  $p > 0,05$  = liaison non significative ; si  $0,01 < p \leq 0,05$  : liaison significative ; si  $0,001 < p \leq 0,01$  : liaison très significative.

#### **h. Considérations éthiques**

Le consentement éclairé des enquêtés a été obtenu, il a été expliqué clairement à tous les participants l'intérêt de l'étude, ainsi leur participation a été libre et volontaire. Les informations recueillies ont été traitées dans l'anonymat et la confidentialité. Les résultats de cette étude sont disponibles pour tous les patients enquêtés.

## V.RESULTATS

### A. Résultats de l'étude rétrospective

#### 1. Monographie des substances consommées

**Tableau I:** classification des produits consommés de l'étude rétrospective

Produits (n=545)	Natures des produits	Familles/Classes chimiques	Substances addictives	Effets toxicomanogènes
Cannabis (n=168)	Naturel	Cannabaceae	Delta9tétrahydrocannabinol	Psychodysléptiques
Tabac (n=136)	Semi-synthétique	Solanancée	Nicotine	Psychostimulants
Alcool (n=95)	Semi-synthétique	Alcool	Alcool	Dépresseurs
Tramadol(n=35)	Semi-synthétique	Opiacée	Chlorhydrate de tramadol	Dépresseurs
Cocaïne (n=20)	Naturel	Alcaloïde tropanique	Méthylbenzolecgonine	Psychostimulants
Café (n=12)	Semi-synthétique	Rubiaceae	Cafeine	Psychostimulants
Héroïne (n=8)	Naturel	Opiacée	Diacéthylmorphine	Dépresseurs
Cola (n=6)	Naturel	Sterculiacée	Cafeine	Psychostimulants
Diazepam (n=5)	Synthétique	Benzodiazépine	Diazepam	Sédatifs
Amphétamine (n=3)	Semi-synthétique	Phénéthylamines	Méthylphénéthylamine	Psychoanaleptiques
Rivotril (n=2)	Synthétique	Benzodiazépine	Clonazepam	Sédatifs
Médicaments non identifiés (n=2)	Synthétique	-		
Colle (n=2)	Synthétique	-		
Non déterminé (n=51)				

Le cannabis a été le produit le plus consommé avec un effectif de 168 suivis du tabac avec effectif de 136.

## 2. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau II** : répartition des patients en fonction de leurs tranches d'âge, du sexe, du statut matrimonial et de la provenance de l'étude rétrospective

<b>Caractéristiques n = 258</b>	<b>Désignations</b>	<b>Effectifs (%)</b>
Tranche d'âge	[15-19 ans]	39 (15,1)
	<b>[20 - 30 ans]</b>	<b>127 (49,2)</b>
	[31 - 40 ans]	66 (25,6)
	[41 - 50 ans]	14 (5,4)
	≥ 50 ans	12 (4,7)
Sexe	<b>Masculin</b>	<b>253 (98,1)</b>
	Féminin	5 (1,9)
Statut matrimonial	<b>Célibataire</b>	<b>189 (73,3)</b>
	Marié	51 (19,8)
	Divorcé	12 (4,7)
	Non déterminé	6 (2,3)
Provenance	<b>Bamako (commune V)</b>	<b>51(19,8)</b>
	Bamako (commune II)	32(12,4)
	Bamako (commune VI)	30(11,6)
	Koulikoro	29 (11,2)
	Non déterminé	28(10,9)
	Bamako (commune I)	25 (9,7)
	Bamako (commune III)	20(7,8)
	Bamako (commune IV)	20(7,8)
	Kayes	6 (2,3)
	Sikasso	6 (2,3)
	Ségou	6 (2,3)
Mopti	5 (1,9)	

La tranche d'âge [20-30 ans] était la plus touchée avec 127 cas sur 258 soit 49,2% avec une liaison significative  $p < 0,05$ .

Il y avait 253 hommes soit 98,1% des patients et 5 femmes soit 1,9%.

La majorité de nos patients était célibataire avec 73,3%.

Les 19,8% des patients provenaient de la commune V de Bamako.

### 3. Ethnie

**Tableau III:** répartition des patients en fonction de leurs ethnies de l'étude rétrospective

Caractéristiques n=258	Désignations	Effectifs (%)
Ethnie	<b>Non déterminé</b>	<b>199(77,11)</b>
	Bambara	23(8,9)
	Soninké	14(5,4)
	Malinké	10(3,9)
	Peulh	7(2,7)
	Tamashek	3(1,2)
	Dogon	1(0,4)
	Sonrhäï	1(0,4)

Parmi les 258 cas 77,11% des patients étaient d'ethnie inconnu, Les bambaras ont été représentés avec 23 cas soit 8,9% suivi par les soninkés avec 14 cas soit 5,4%.

### 4. Niveau d'instruction et profession

**Tableau IV:** répartition des patients en fonction du niveau d'étude de l'étude rétrospective

Caractéristiques	Effectif (n=258)	Pourcentage (%)
<b>Secondaire</b>	<b>85</b>	<b>32,9</b>
Primaire	68	26,4
Supérieur	52	20,2
Non déterminé	27	10,5
Non scolarisé	26	10,1

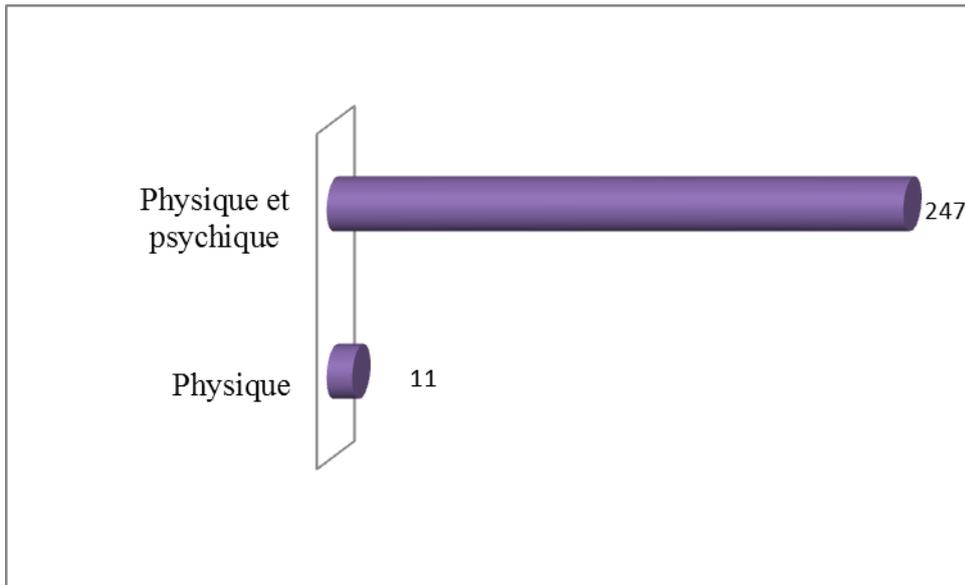
Parmi les 258 cas, 85 étaient au niveau secondaire soit 32,9%.

**Tableau V:** répartition des patients en fonction de la profession de l'étude rétrospective

<b>Profession</b>	<b>Effectifs n=258</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Sans emplois	56	21,7
Etudiant	37	14,3
Elève	32	12,4
Commerçant/Vendeur (euse)	25	9,7
Artisan	24	9,4
Ouvrier	20	7,8
Non déterminé	17	6,6
Tailleur/ Blanchisseur	9	3,5
Cultivateur	8	3,1
Enseignant	7	2,7
Chauffeur/Apprenti chauffeur	6	2,3
Militaire/ Policier	3	1,2
Caissier/ Comptable	2	0,8
Ménagère dans un bar/ Prostituée	2	0,8
Vigile	2	0,8
Administrateur	1	0,4
Agent de santé	1	0,4
Architecte	1	0,4
Artiste	1	0,4
Communicateur	1	0,4
Transitaire	1	0,4
Gestionnaire	1	0,4
Informaticien	1	0,4

sans-emplois prédominaient dans notre étude, avec 56 cas sur 258 soit 21,7%, suivis des étudiants avec 37 cas sur 258 soit 14,3%.

## 5. Addiction



**Figure 13:**Types de dépendance

La dépendance physique associée à la dépendance psychique dominait avec un effectif de 247.

## **7. Prise en charge**

- **Moyen de prise en charge hospitalière**

**Tableau VI:** répartition des examens complémentaires et imageries

Examens biologiques et imageries		Effectifs (%)
Bilan biologique (n=49)	Hématologique	24(49)
	Biochimique	16(32,7)
	Parasitologique	6(12,2)
	Immunologique	3(6,1)
Examens Complémentaires (n=21)	EEG	11(52,3)
	Scanneur	7(33,3)
	RX thorax	2(9,5)
	Echo-abdominal	1(4,8)

Sur les 258 cas nous avons obtenu 49 cas de bilan biologique dont le bilan hématologique représentait 24 cas suivi par le bilan biochimique avec 16 cas.

Les examens complémentaires concernés étaient : électroencéphalogramme (EEG) avec 11 cas, le scanneur avec 7 cas, la radiographie du thorax (Rx thorax) avec 2 cas suivi par l'échographie abdominal avec 1 cas.

• **Traitement**

**Tableau VII:** monographie de la prescription médicamenteuse lors de la prise en charge hospitalière des patients

<b>Classes (543)</b>	<b>Familles</b>	<b>Molécules</b>	<b>Effectifs</b>
Neuroleptiques (n=310)	Butyrophénones (n=130)	Halopéridol	130
		Levomepromazine	106
	Phénothiazine (n=162)	Chlorpromazine	27
		Cyamémazine	25
		Fluphénazine	4
		Cétone (n=15)	Risperidone
	Benzamides (n=3)	Amsulpride	2
		Sulpiride	1
Antihistaminiques H1 (n=112)	Phénothiazine	Prométhazine	87
	Piperaziné	Hydroxyzine	25
Antiparkinsoniens (n=97)	Tropane (n=96) Alcool (n=1)	Tropatépine	96
		Trihexyphénidyle	1
Anxiolytiques (n=10)	Benzodiazépines (n=9)	Diazépam	5
		Mexazolam	3
		Lorazépam	1
	Carbamates (n=1)	Meprobamate	1
Antidépresseurs (n=7)	Amines (7)	Amitriptyline	3
		Clopramine	1
		Fluoxétine	3
Antihypertenseurs (n=3)	Amines (7)	Clonidine	3
Antiépileptiques (n=2)	Azépine	Carbamazépine	2
Antispasmodiques (n=1)	Triphénol	Phloroglucinol	1
Antalgiques (n=1)	Cétamide	Paracétamol	1
Vitamines (n=1)	Vitamine B	B complexe	1
Complément alimentaire (n=1)		Rétinol/Ergocalciférol	1
		Tocophérol/Thiamine	
Vasodilatateurs à base de plante extrait de Ginkobiloba (n=1)		Pyridoxine/Nicotinamide	1
		Tanankan	

Les neuroleptiques ont été les plus prescrits avec un effectif de 310.

## B. Résultats de l'étude prospective

### 1. Substances consommées

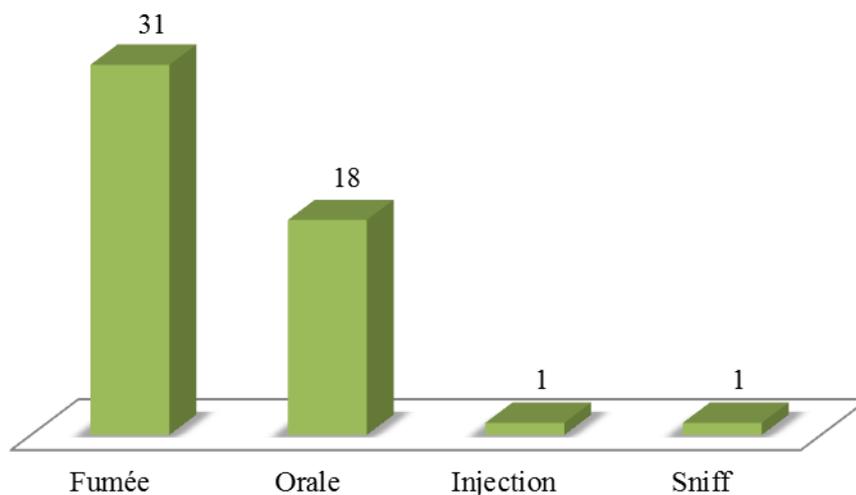
- **Monographie des substances consommées**

**Tableau VIII:** classification des produits consommés de l'étude prospective

Produits (n=43)	Nature des produits	Familles/classes chimiques	Substances actives	Effets toxicomanogène
Cannabis (n=23)	Naturel	Cannabaceae	Delta9tetrahydrocannabinol	Psychodysleptiques
Alcool (n=10)	Semi-synthétique	Alcool	Alcool	Dépresseurs
Tramadol (n=7)	Semi-synthétique	Opiacée	Chlorhydrate de Tramadol	Dépresseurs
Diazepam (n=1)	Synthétique	Benzodiazepine	Diazepam	Sédatifs
Cocaïne (n=1)	Naturel	Alcaloïde tropanique	Méthylbenzoylecgonine	Psychostimulants
Héroïne (n=1)	Naturel	Opiacée	Diacetylmorphine	Dépresseurs

Le cannabis a été le produit le plus consommé avec une fréquence de 23 sur 43.

- **Mode de consommation**



**Figure 14:** Différents mode de consommation des drogues

• **Circonstance de consommation**

**Tableau IX:** répartition des patients en fonction de la durée, des circonstances et du rythme de consommation des drogues

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

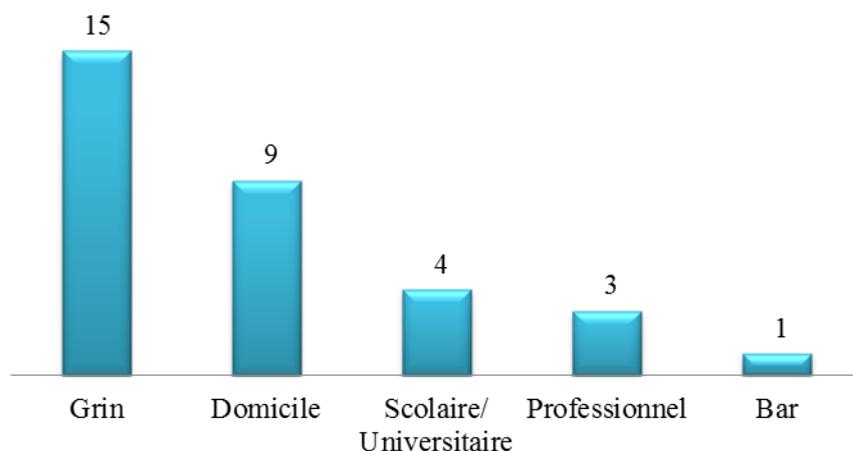
Le plaisir/récréative était le motif de consommation le plus retrouvé avec 68,8%.

La consommation journalière était quasi régulière avec 59,4%.

L'intervalle [1-5ans] était la durée de consommation majoritaire, soit 59,4%.

➤ **Lieux de consommation :**

Le petit regroupement «grin» était le lieu de consommation le plus fréquent avec 15 cas sur 32 cas.



**Figure 15:** répartition des patients en fonction du lieu de consommation de la drogue

## 2. Caractéristiques sociodémographiques des patients

**Tableau X:** répartition des patients en fonction de leurs tranches d'âge, du sexe, du statut matrimonial et de la provenance

<b>Caractéristiques</b>	<b>Désignations</b>	<b>Effectifs (n=32)</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Tranche d'âge	15- 19 ans	08	25
	<b>20-30 ans</b>	<b>17</b>	<b>53,1</b>
	31-40 ans	07	21,9
Sexe	<b>Masculin</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
	Féminin	00	00
Statut matrimonial	<b>Célibataire</b>	<b>24</b>	<b>75</b>
	Marié	06	18,7
	Divorcé	02	6,3
Provenance	Bamako (Commune I)	04	12,5
	Bamako (commune II)	<b>07</b>	<b>21,9</b>
	Bamako (Commune III)	02	6,3
	Bamako (Commune IV)	05	15,6
	Bamako (Commune V)	05	15,6
	Bamako (Commune VI)	03	9,4
	Koulikoro	03	9,4
	Sikasso	02	6,3
	Ségou	0,1	3,1

La tranche d'âge 20-30 ans était la plus touchée avec 17 cas sur 32 soit 53,1%.

Tous nos patients étaient de sexe masculin soit 100%.

La majorité de nos patients était célibataire, soit 75% des patients.

La commune II de Bamako était la provenance majoritaire avec 21,9% des patients.

### 3. Ethnie

**Tableau XI:** répartition des patients en fonction de leurs ethnies

<b>Caractéristiques</b>	<b>Désignations</b>	<b>Effectifs (n=32)</b>	<b>(%)</b>
Ethnie	<b>Soninké</b>	<b>15</b>	<b>47</b>
	Bambara	07	22
	Peulh	03	9
	Malinké	02	6
	Dogon	02	6
	Sonrhäï	01	3
	Bozo	01	3
	Tamashek	01	3

Les soninkés étaient l'ethnie la plus fréquente avec 47% des patients.

#### 4. Niveau d'instruction et profession

**Tableau XII:** répartition des patients en fonction du niveau d'étude et la profession

Caractéristiques	Désignations	Effectifs (n=32)	(%)
Niveau Etude	Supérieur	09	28,1
	<b>Secondaire</b>	<b>16</b>	<b>50,0</b>
	Primaire	04	12,5
	Non scolarise	03	9,4
Profession	<b>Élèves</b>	<b>06</b>	<b>18,8</b>
	<b>Etudiants</b>	<b>06</b>	<b>18,8</b>
	Commerçants	04	12,5
	Enseignants	03	9,4
	Ouvriers	03	9,4
	Sans emplois	02	6,3
	Apprenti chauffeur	01	3,1
	Apprenti menuisier	01	3,1
	Boucher	01	3,1
	Chauffeur	01	3,1
	Cultivateur	01	3,1
	Ingénieur	01	3,1
	Opérateur radio	01	3,1
	Tailleur	01	3,1

La moitié des patients avait fait des études secondaires soit 50% des patients.

Les élèves et les étudiants étaient les couches les plus touchées avec 18,8% des cas respectivement.

## 5. Données pré-hospitalières des patients

**Tableau XIII:** répartition des patients en fonction des données pré-hospitalières

Caractéristiques	Désignations	Effectifs (n= 32)	(%)
Origine de la demande d'admission	<b>Famille</b>	<b>28</b>	<b>87,5</b>
	Lui-même	04	12,5
Circonstances d'admission	Trouble comportemental	<b>28</b>	<b>87,5</b>
	Cure de sevrage	04	12,5
Signe clinique à l'admission	Trouble de la conscience	<b>30</b>	<b>93,7</b>
	Difficulté à parler	02	6,3

L'admission des patients a été faite sous demande de leur famille dans 87,5% des cas.

Le trouble de comportement était la circonstance d'admission la plus retrouvée soit 87,5% des cas.

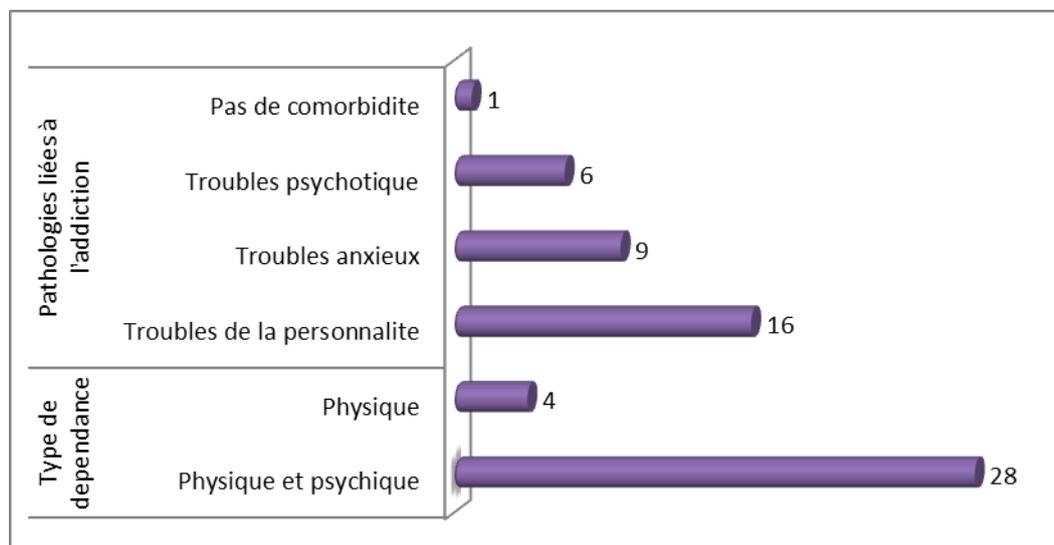
Les signes cliniques à l'admission étaient dominés par les troubles de la conscience avec 93,7% des patients.

## 6. Addiction

### ➤ Pathologies et type de dépendances liées à la consommation

Les troubles de la personnalité étaient liés à la consommation des drogues dans 16 cas sur 32 cas.

La double dépendance, physique et psychique dominait avec 28 cas sur 32 cas



**Figure 16:** répartition des patients en fonction des pathologies associées à la consommation des drogues.

### ➤ Effets de manque

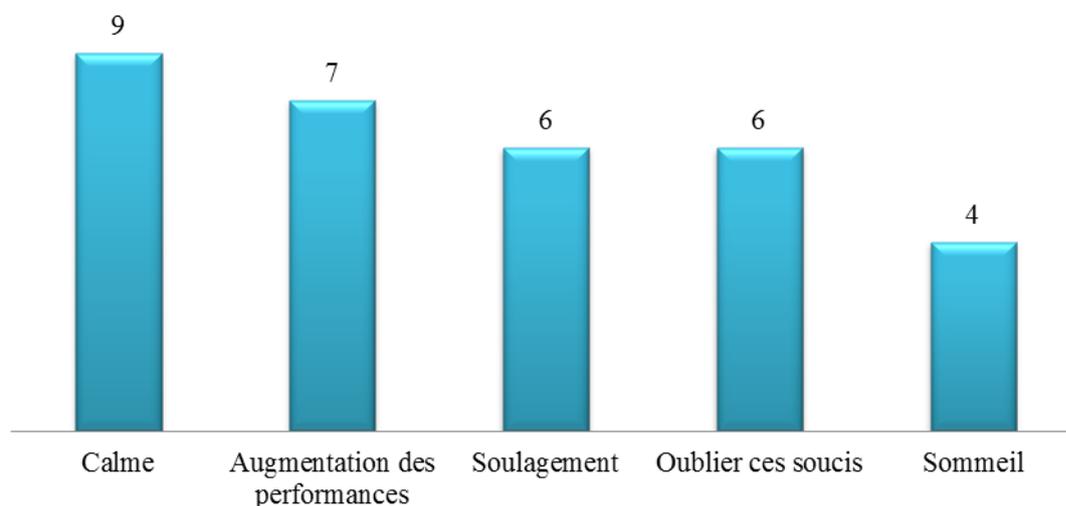
**Tableau XIV:** répartition des patients selon les effets de manque liés à l'addiction

Effets de manque	Effectifs (n=32)	(%)
Fatigue	06	18,8
Stress	04	12,5
Faim	03	9,4
Nervosité	03	9,4
Anxiété	02	6,2
Insomnie	02	6,2
Asthénie	01	3,1
<b>Non déterminé</b>	<b>11</b>	<b>34,4</b>

La majorité des patients, soit 34,4% n'était pas en mesure de décrire leur effet de manque.

➤ **Effets recherchés**

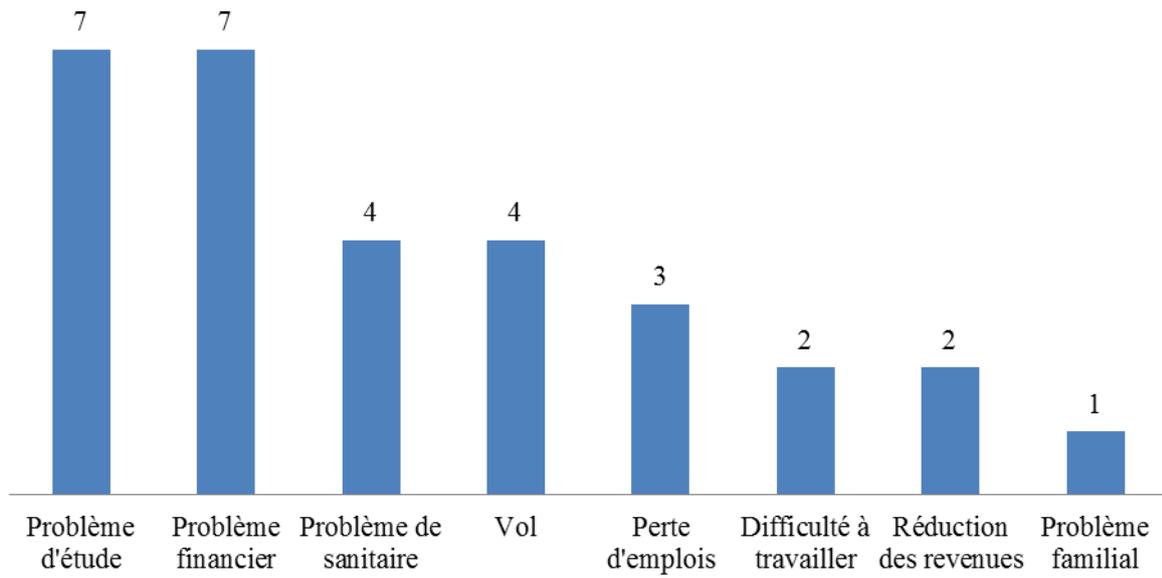
Le calme était l'effet recherché le plus retrouvé avec 9 cas sur 32 cas.



**Figure 17:** répartition des patients selon l'effet recherché

➤ **Conséquences liées à l'addiction**

Les problèmes financiers et d'études ont été représentés par 7 cas chacun soit 22%.



**Figure 19:** répartition des patients selon les conséquences liées à la consommation

## 7. Prise en charge

### ➤ Moyens de prise en charge hospitalière

**Tableau XV:** les examens biologiques et imageries

Examens biologiques et imageries			
Bilan biologique (n=13)		Hématologique	10 (76,9)
		Biochimique	2 (15,4)
		Virologique	1 (7,7)
Ambulatoire (n=27)		EEG	5 (45,5)
Hospitalisation (n=5)	Examen complémentaire (n=11)	Scanner	4 (36,3)
		IRM cérébrale	1 (9,1)
		RX crâne	1 (9,1)

Parmi nos 32 patients on a eu 27 cas d'ambulatoire et 5 cas d'hospitalisation.

Sur les 32 cas on a eu 13 cas de bilan biologique dont le bilan hématologique représentait 10 cas suivi par le bilan biochimique avec 2 cas.

Les examens complémentaires concernés étaient : électroencéphalogramme(EEG) avec 5 cas, le scanner avec 4 cas, IRM cérébrale et RX crâne avec 1cas.

➤ **Traitement**

**Tableau XVI:** monographie de la prescription médicamenteuse lors de la prise en charge hospitalière des patients

<b>Classes (87)</b>	<b>Familles</b>	<b>Molécules</b>	<b>Effectifs</b>
Neuroleptiques (n= 61)	Butyrophénones (n=28)	Halopéridol	28
		Levomepromazine	16
	Phénothiazines (n=27)	Chlorpromazine	5
		Cyamémazine	5
		Fluphénazine	1
	Cétones (n=5)	Risperidone	5
Benzamides (n=1)	Amisulpride	1	
Antiparkinsoniens (n=12)	Tropanes	Tropatépine	12
Antihistaminiques H1 (n=10)	Phénothiazines	Prométhazine	9
	Piperazinés	Hydroxyzine	1
Antiépileptiques (n=3)	Azépine (2)	Carbamazépine	2
	Acide alcanique (1)	Valpronate de sodium	1
Minéraux/Vitamine (n=1)	Magnésium/Vitamine B	Gamalate B6	1

Les neuroleptiques ont été prescrits dans la plus part des cas avec un effectif de 61 suivis par les antiparkinsoniens avec un effectif de 12.

## **VI. DISCUSSIONS**

Cette étude a été réalisée à partir d'une enquête conduite sur une durée de huit mois de janvier à août 2018 au centre hospitalier universitaire du Point G.

Au Mali peu de travaux ont été réalisés sur la consommation des drogues, car elle est considérée comme tabou et le consommateur est vu comme reflet de l'échec du système éducatif familial. Ainsi cette population devient difficilement accessible aux interventions.

Ces aspects sont ressortis dans ce travail en terme de difficultés rencontrées ainsi, certains patients avaient refusés de parler, d'autres avaient honte de parler.

Nous avons réalisé deux types d'échantillonnages : rétrospective et prospective, nous avons échantillonné 258 patients pour l'étude rétrospective contre 32 patients pour l'étude prospective.

### **CARACTERISTIQUES SOCIAUX DEMOGRAPHIQUES**

**Au niveau de l'âge** : la tranche d'âge [20-30 ans] a été la plus représentée de nos patients avec 17cas soit 53,1% pour l'étude prospective et 127cas soit 49,2% pour l'étude rétrospective.

La couche juvénile était la plus touchée, cette période transitoire (entre adolescence et jeune adulte) de nombreux jeunes mènent des activités à risque. Ces activités se manifestent par un désir de tester ses limites et de découvrir d'autres sensations de bien être à travers les produits toxicomanogènes. En plus cette population est confrontée à des difficultés de la vie (scolarisation, chômage, manque autonomie financière), qui ont fait de cette population qui correspond à la période de la fin d'adolescence et au début d'entrée dans la vie active, une population très touchée. Nos résultats reflètent la tendance mondiale à travers le rapport 2018 de l'ONU DC, selon lequel la plupart des recherches suggèrent que l'adolescence précoce (12-14 ans) à tardive (15-17 ans) est une période de risque critique pour le début de la consommation de substances et peut atteindre un pic chez les jeunes adultes (18-25 ans) (3).

Ce résultat concorde avec celui de **BABY. M** qui a trouvé une prédominance dans la population suivante : 25-35 ans soit 35,6%(21).

**Au niveau du sexe** : tous nos patients étaient de sexe masculin pour l'étude prospective et pour l'étude rétrospective le sexe masculin dominait avec 253 cas soit 98,1% contre 5 cas féminin soit 1,9%. Les hommes sont trois fois plus susceptibles que les femmes de consommer du cannabis, de la cocaïne ou des amphétamines, alors que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de prendre des opioïdes et des tranquillisants à des fins non thérapeutiques (22). Elles sont moins touchées par la toxicomanie que les hommes. Des études ont montré que les femmes toxicomane ont été plus fréquemment que les autres exposées à des violences physiques et sexuelles (23).

Ce constat concorde avec celui de **KODIO. A** qui a trouvé une prédominance de sexe masculin en milieu scolaire de la commune V du district de Bamako avec un taux 72,3% (24).

**TRAORE. M (25) et SIDIBE. Y (26)** ont trouvé aussi une prédominance de sexe masculin soit respectivement 98,7% et 95%.

**Au niveau du statut matrimonial** : les célibataires ont été les plus représentés dans notre étude avec 24 cas soit 75% pour l'étude prospective et avec 189 soit 73,3% pour l'étude rétrospective.

Cette prédominance des célibataires chez nos patients a été également observée par **DIN. O (27)** avec 71,4% chez les patients schizophréniques au service psychiatrie du CHU du point G et par **SIDIBE.Y (26)** soit 71,2%.

**Niveau d'instruction et profession** : nous avons constaté que 50 % des patients de l'étude prospective et 32,9% des patients de l'étude rétrospective étaient au niveau secondaire. Les élèves et étudiants étaient les plus incriminés.

Ce résultat concorde avec celui de **YAO YAVO. P** en Côte d'Ivoire qui a trouvé un taux 76,7% des patients qui n'avaient pas dépassé le niveau secondaire (28).

**Provenance** : la plus part de nos patients provenait de la commune II avec un taux 21,9%, suivi par les communes IV et V avec 15,6% chacune pour l'étude prospective. La commune V et la commune II étaient plus représentés dans l'étude rétrospective avec un taux 19,8% et 12,4%.

Selon **DAOU. B** lors du rapport de la commission ouest africaine des drogues (Wacd) intitulé « Pas seulement une zone de transit : Drogue, Etat et société en Afrique de l'Ouest » est le résultat d'une importante étude conduite par la fondation Kofi Annan dans les pays de la CEDEAO en 2013. La présentation de ce rapport nous donne que certaines rues et même des maisons connues du public, en commune II du district de Bamako et particulièrement à Bagadadji et Medina coura, sont indexées comme étant des lieux de commerce et de consommation à ciel ouvert (29)

### **SUBSTANCES CONSOMMÉES**

A l'heure de l'adolescence, beaucoup se laissent tenter par un premier verre, une première cigarette, un premier joint sans trop savoir pourquoi. Sans être le parcours obligé, ces premières fois semblent devenir un critère de sociabilisation, une façon d'oublier le quotidien. Nous vivons dans une société de plus en plus additive, cette quête de frisson devient un plaisir à part entière.

**Au niveau de la consommation** : 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. La fréquence d'utilisation était très hétérogène mais le cannabis a été le produit le plus consommé avec un taux de 53,5% pour l'étude prospective et avec un taux 30,8% pour l'étude rétrospective.

Ces résultats sont similaires à la prévalence de l'Afrique de l'Ouest selon laquelle c'est la drogue la plus consommée (29). Selon l'ONUDD, c'est en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale que

la prévalence de l'usage de cannabis chez les adultes serait la plus élevée, avec un taux de 12,4%, contre en moyenne 7,5 % en Afrique et 3,9% à l'échelle mondiale (29) . En plus en 2014, selon les estimations, 183 millions de personnes auraient consommé du cannabis, drogue qui serait donc toujours la plus couramment consommée à l'échelle mondiale, suivie par les amphétamines (22). Le cannabis était suivi par l'alcool et du chlorhydrate de Tramadol avec respectivement 43,5% et 16,3% des cas.

De plus en plus nous assistons à un usage détourné du chlorhydrate de Tramadol à des fins toxicomaniaques. C'est un opioïde utilisé pour traiter la douleur modérée et sévère est devenu une préoccupation croissante dans certaines régions d'Afrique et d'Asie. L'Afrique de l'Ouest et du Centre, et l'Afrique du Nord représentaient en 2016 près de 87% du total mondial de la saisie du Tramadol (4). Il est détourné de son usage thérapeutique pour ses effets opiacés et/ou stimulant dus à son action sérotoninergique.

La poly-toxicomanie était effectuée par les patients dans 40,6% des cas pour l'étude prospective et 61,2% des cas pour l'étude rétrospective, ce qui rend très difficile la prise en charge de l'addiction. Le cannabis est la drogue la plus utilisée au Mali selon les études réalisées par KOUMARE et al (6).

Ces taux concordent avec celui de **CARCEL. JP** qui a trouvé un taux 34% consommateurs du cannabis en France métropolitaine parmi les 11-75 ans (30) et celui de **GAILLARDON. V** qui a trouvé un taux de 52% de patients consommant du cannabis au centre hospitalière universitaire de Poitiers (31).

**Soulaymani-Bencheikh R et al** ont trouvé un taux de 23,5% de cannabis dans les intoxications par les drogues au Maroc : Données du Centre Anti Poison du Maroc (1980-2008) (32).

Au Burkina, **TRAORE.M** a trouvé un taux de 31,3% du cannabis chez les patients du service de psychiatrie du CHU-SS de Bobo-Dioulasso (25).

**CLERGUE-DUVAL** (33) et **SIDIBE. Y** (26) ont aussi trouvé respectivement un taux de 40,2% et 60% de cannabis.

**Mode de consommation** : Le mode consommation par fumée était la plus représentée avec un taux 60%.

Ce résultat est comparable avec celui de **GAILLARDON.V** qui a trouvé un taux de 50% des patients consommant les drogues par fumée (31).

**Lieux de consommation** : le grin représentait le lieu de consommation de prédilection pour 47% des patients.

Ceci concorde avec celui de **GAILLARDON.V** qui a trouvé un taux 56% chez les patients intoxiqués par les drogues au centre hospitalier universitaire de Poitiers qui consommaient les drogues à l'extérieur de domicile (dans les rues, chez des amis) (31).

**Rythme de consommation** : 59,4% de nos patients avaient un rythme de consommation journalière.

Ce taux concorde avec ceux de **d'ODIER M.N** (19) qui a trouvé 46% des patients ayant une consommation journalière d'alcool et 52% des patients ayant aussi une consommation journalière du tabac.

### **ADDICTION**

Les conséquences de la consommation du chanvre indien sont avant tout des troubles de la personnalité pouvant aller aux troubles psychotiques. Ce qui peut entraîner des problèmes financiers, des échecs scolaires et universitaires dus au manque de concentration, nous avons observé aussi des problèmes familiaux voire sociaux à travers la délinquance. La fatigue, la nervosité et l'insomnie ont été les signes les plus observés chez les consommateurs de cannabis. L'effet de manque énuméré chez nos patients était la fatigue, le stress, la faim, l'anxiété, l'insomnie et l'asthénie.

Les troubles d'anxiété, de la personnalité et psychotiques ont été les plus observés chez les patients. Comme effets de manque les patients ont évoqué : l'asthénie, la fatigue, et le stress. Les effets recherchés étaient : le calme, l'augmentation des performances, le soulagement, l'oubli des soucis et l'insomnie.

Les troubles de la personnalité étaient liés à l'addiction avec un taux de 50%. Cette observation a été faite par **LECLERCQ. S** avec un taux 39,8% (34).

### **PRISE EN CHARGE**

La prise en charge était basée sur le traitement symptomatique. Les bilans biologiques et les examens complémentaires ont été moins demandés mais il y'a eu quelques cas d'analyses biologiques comme la numération formule sanguine, la glycémie, les transaminases, la créatininémie et le dosage de l'antigène Hbs. Les examens concernés étaient : le scanner, radiographie du thorax, l'électroencéphalogramme et l'imagerie cérébrale.

Les neuroleptiques sont largement en tête des prescriptions, viennent ensuite, les antiépileptiques, les antihistaminiques, les benzodiazépines, les antidépresseurs, les normothymiques, les antalgiques et les vitamines.

Les neuroleptiques avaient un taux de 70,1% pour l'étude prospective et 58,1% pour l'étude rétrospective.

Ce constat a été fait par **TRAORE.M** au Burkina que dans 54,8% des cas, ce sont des associations de neuroleptiques et d'anxiolytiques qui ont été utilisées (25).

En générale la plus part de nos patients font le suivie de leurs traitement, il y a quelques cas de rechute et aussi des pertes de vue.

## **VII. Conclusion**

L'abus de substances psycho actives, dont les dérivés du cannabis, est une réalité qui prend de l'ampleur au Mali. Phénomène complexe et multidisciplinaire ; plusieurs études s'y sont intéressées. Notre étude avait pour but d'évaluer l'impact sanitaire lié à la consommation des drogues au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

La consommation des drogues touche toutes les couches sociales et particulièrement les jeunes. Les sujets de sexe masculin et les célibataires sont les plus touchés. Les caractéristiques de l'usage des drogues révèlent un âge très précoce (15ans) et une prédilection surtout pour la consommation du cannabis, de l'alcool et de tabac. La consommation des drogues constitue un comportement largement répandu dans la population jeune. Notre étude a mis en évidence la problématique de la polytoxicomanie. Les problèmes médicaux rencontrés par les patients sont généralement d'ordre psychotique. Les conséquences connus étaient familiales, financières et scolaires. Les traitements administrés étaient composés surtout de neuroleptiques.

L'enjeu est de réduire les risques liés à cette consommation, qui malgré le fait qu'elle reste souvent isolée, peut conduire à des intoxications. Ceci, en raison du délai avant obtention des effets, ce qui amène le jeune à consommer davantage et du fait que l'intoxication peut être sévère voire fatale dès la première prise pour certaines substances très toxiques.

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

Sans la conjugaison des efforts, nous allons assister au développement de nouvelles drogues qui sont égales à de nouvelles toxicités plus des conduites addictives multiples et variables ce qui entraîne à des inconnues nombreuses.

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

L'issue de notre étude nous conduit à proposer les recommandations qui s'adressent aux acteurs suivants :

### ➤ **AUX PATIENTS**

- Eviter de banaliser toute consommation du cannabis.
- éviter de faire recours aux drogues pour faire face à des situations difficiles et ne pas se faire influencer par des amis.
- Faire recourir au service spécialisé pour avoir une aide adéquate en cas de consommation de drogue.

### • **A LA COMMUNAUTE ET AUX PARENTS DES MALADES**

- Offrir un cadre familial sécurisant, propice au dialogue et à l'épanouissement des membres.
- Soutenir les personnes consommant des drogues pour leur suivi régulier au traitement.
- Diriger les malades vers les services appropriés

### • **AU MINISTERE DE LA SANTE**

- Assurer la formation continue des agents sanitaires spécialisés en psychiatrie au Mali, pour une meilleure couverture de la population.
- Elaborer une politique nationale de lutte contre les drogues et mettre en place des stratégies pour faire face à ce fléau.
- Mettre en place un centre de désintoxication pour la prise en charge des addictions.

## **IX. BIBLIOGRAPHIES**

1. Denis R, Senon J-L, Valleur M. Dictionnaire des drogues et des dépendances. In France: Larousse; 2004. Disponible sur: [www.unafam.org](http://www.unafam.org)
2. DJ F. Alcool et conduites polyaddictives. Gastroentérologie clinique et biologique. 2002.
3. Carpentier C, Bisogno E, Korenblik A. rapport mondial sur les drogues [Internet]. Nations Unies: ONUDC; 2017 Mai p. 9- 10. Report No.: S.17.XI.7. Disponible sur: [www.unodc.org](http://www.unodc.org)
4. UNODC. Rapport mondial sur les drogues 2018 : la crise des opioïdes, l'abus de médicaments sur ordonnance s'étend; la cocaïne et l'opium atteignent des records [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>
5. ONUDC. La mondialisation du crime: une évaluation de la menace du crime transnational organisé. 2010.
6. Koumare B. La consommation des drogues au mali [Internet]. 2017. Disponible sur: [Bamada.net /pr-baba koumare-au mali](http://Bamada.net/pr-baba-koumare-au-mali) consulté le 10/03/2018
7. Konate DT. Consommation de la drogue au Mali:Un danger de toutes les familles. nov 2017;
8. Diallo T. Épidémiologie Et Facteurs De Risque Des Intoxications Volontaires Au Mali. 2013;
9. Landry G, Ranger H. Les drogues 2010. Disponible sur: [www.lettresenmain.com](http://www.lettresenmain.com)
10. Olivenstein C. La drogue ou la vie. Paris; 1983. Disponible sur: [http://zotero.org/support/quick\\_start\\_guide](http://zotero.org/support/quick_start_guide)
11. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. sept 2009; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-7-page-611.htm>
12. Cabal C. L'impact Éventuel de la Consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs. 2002 Février. Report No.: 3641.
13. La luciole. Classeur des drogues. Disponible sur: Santé et Services Sociaux du Québec- <http://www.parlonsdrogue.com/> Source: NIDA Infofacts: MDMA (Ecstasy)
14. Nouvellon P. Les nouvelles drogues chimiques de synthèse : présentation d'un phénomène. [Paris]: Université angers; 2014.
15. Didier P. Dictionnaire encyclopédique des drogues. In: ellipes. Paris; 2002.
16. Boutillier J. Toxicomanie, drogue, dépendance cannabis, héroïne, cocaïne, ecstasy. 1996; Disponible sur: <http://www.dependances.net/toxicomanie.htm>
17. Tassin J-P. La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues. fevrier 2002; Disponible sur: [jean-pol.tassin@college-de-france.fr](mailto:jean-pol.tassin@college-de-france.fr).
18. AFDER. Définition de la maladie de la dépendance. 2017; Disponible sur: <http://www.afder.org/2017/08/28/definition-de-la-maladie-de-la-dependance/>

19. Odier MN. Apports des sciences sociales à la compréhension des addictions : un enjeu de santé publique ? La faculté de médecine de Marseille; 2014.
20. Organisation des Nations unies, La présidence de la république du Mali. Communiqué par le gouvernement de la République du Mali, LOI NO. 01-078 DU 18 JUILLET 2001 portant sur le contrôle des drogues et des précurseurs. 2001.
21. Baby M. étude épidémie-clinique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point-g à Bamako. [Bamako]: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie; 2005.
22. ONUDC O. Rapport mondiale sur les drogues 2016.
23. Angel P, Valleur M, Chagard E, Richard D. Toxicomanie. Elsevier/Masson
24. Kodio A. tabagisme en milieu scolaire de la commune v du district de Bamako. [Bamako]: faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie; 2010.
25. Traore M. étude du profil et de la prise en charge des cas d'abus de drogues dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Burkina-Faso]: Université de Ouagadougou; 2012.
26. SIDIBE Y. Rapport de l'étude de base sur la consommation de drogues dans la ville de Sikasso au mali. 2017;
27. Din O. Approche épidémiologique de la Schizophrénie au service de psychiatrie du CHU du Point G. [Bamako]: faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie; 2010.
28. Yao Yavo P. Aspects Epidémiologiques Et Cliniques Des Psychoses Délirantes Aigues De 1997 A 2001 Au Dispensaire D'hygiène Mentale De L'insp D'Abidjan. [Abidjan]: Université de Cocody; 2003.
29. Daou B. Drogue au Mali:Pas seulement une zone de transit [Internet]. Bamako; 2015. Disponible sur: [www.wacsi.org](http://www.wacsi.org)
30. Carcel J-P. Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie et l'usage de drogue - Information - Prévention. Disponible sur: <http://www.caat.online.fr>
31. Gaillardon V. Intoxications aux drogues: enquête aux urgences du centre hospitalier universitaire de Poitiers. [Poitiers]: Université de Poitiers: Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2014.
32. Hanane C, Naima R, Lahcen O, Narjis B, Ilham S, Abdelmjid S, et al. Intoxications par les drogues au Maroc: Données du Centre Anti Poison du Maroc (1980-2008). 2011; Disponible sur: [www.capm.ma](http://www.capm.ma)
33. Clergue-Duval V Claude, Anthime, François. Enquête sur le recours aux consultations d'addictologie de l'hospital FERNAND WIDAL par les généralistes du nord-est de Paris [Médecine]. [Paris]: Université de Paris DIDEROT; 2016.
34. Leclercq S. Etude de la prescription des benzodiazépines en association aux traitements de substitution aux opiacés par des médecins généralistes du réseau G&T 59-62. Université du droit et de la santé - Lille 2 faculté de médecine Henri warembourg; 2014.

## Annexes

### Annexe 1

#### Lettre d'introduction

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



**FACULTE DE PHARMACIE**

Secrétariat du Vice-Doyen

---

Lettre N°2018: 650 /FAPH-Décanat Bamako, le 30 avril 2018

Le Doyen

*A*

*Monsieur le Directeur Général du CHU du Point-G*

Objet : demande d'introduction

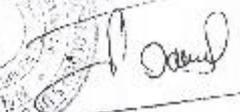
Dans le cadre de la réalisation de sa thèse intitulée « **Evaluation de l'Impact sanitaire lié à la consommation des drogues au Centre Hospitalier Universitaire du Point G** », je viens par la présente vous solliciter l'introduction de Mlle Mariam FANE, étudiante en 6<sup>ème</sup> année de la faculté de pharmacie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, auprès du service de la Psychiatrie, pour les besoins de son enquête.

**Directeur de Thèse** : Dr Tidiane DIALLO

Je vous remercie d'avance pour votre disponibilité.

Veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de ma très haute considération.

**P/Le Doyen P.O**  
**Le vice-doyen**



**Pr Ababacar L. MAIGA**

---

BP : 1805 - ☎ : (223) 20-22-14-18 - ✉ : (723) 20-22-14-17 Email : contact@faph.usstb.edu.m - Bamako - MALI

Annexe 2

FICHE D'ENQUETE

Numéro de fiche : / /

Date de collecte :

**I. Données sociodémographiques**

1. Age.....

2. Sexe

Masculin / /

Féminin / /

2. Statut matrimonial

Célibataire / /

Marié(é) / /

Divorcé(e) / /

Veuf (ve) / /

3. Ethnie

Bambara / /

Tamashek / /

Peulh / /

Malinké / /

Soninké / /

Senoufo / /

Dogon / / Sonrhäi / / Boa (bobo) / / Bozo / / Autre à préciser : .....

4. Niveau d'étude :

Non scolarise / /

Primaire / /

Secondaire / /

Supérieur / /

5. Profession .....

6. Provenance :

Bamako / /

Kayes / /

Koulikoro / /

Sikasso / /

Ségou / /

Mopti / /

Tombouctou / /

Gao / /

Kidal / /

Autre à préciser : .....

**II. Données cliniques**

1. Origine de la demande d'admission

Famille / /

Lui-même / /

Connaissance/ami(es) / /

Agent de Santé / /

Agents de sécurité / /

/ Autre à préciser : .....

2. Circonstances de l'admission

Troubles du comportement / /

Cure de sevrage / /

Prévention de rechute / /

Autre à préciser.....

**III. Substances addictives**

1. Produits consommés

Cannabis / /

Héroïne / /

Cocaïne / /

Tramadol / /

Tabac / /

Alcool / /

Autre / /

2. Nature du produit :

Naturelle / /      Semi-synthétique / /      Synthétique / /

3. Classification de la substance :

Psycholeptiques / /      Psychoanaleptique / /      Psychodysleptiques / /      Autre / /

**IV. Addiction**

1. Pathologies liées à l'addiction :

Pas de comorbidité / /      Troubles anxieux / /      Troubles de personnalité / /

Troubles psychotique / /      Troubles de conduite alimentaires / /

Autres troubles : .....

2. Type de dépendance :

Dépendance physique / /      Dépendance psychique / /      Autre à préciser:.....

V. Prise en charge

1. Type de demande :

Sevrage / /      Substitution //      Réduction de consommation / /

Autre : .....

2. Moyens de la prise en charge :

Hospitalisation / /      Ambulatoire / /

3. Bilan biologique

Biochimique / /      Hématologique / /      Toxicologique / /      Autres à préciser :.....

4. Analyses demandées

.....  
.....

5. Traitement prescrit :

Neuroleptiques : .....

Anxiolytiques : .....

Hypnotique : .....

Antidépresseurs : .....

Substituts : .....

Autre : .....

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM :** Fané

**PRENOM :** Mariam

**TITRE DE THESE :** Évaluation de l'impact sanitaire lié à la consommation des drogues au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

**ANNEE :** 2017-2018

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** Mali

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie, Bamako.

**SECTEUR D'INTERET :** Toxicologie

**RESUME :** Le terme «drogue» désigne une substance, naturelle ou synthétique, susceptible de modifier les états de conscience, comme le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, l'opium, l'alcool ou les médicaments psychotropes». Le but de ce travail était d'évaluer l'impact sanitaire de la consommation des drogues chez les patients pris en charge au service de psychiatrie du Centre Hospitalier universitaire du Point G. Il s'est agi d'une étude descriptive à recrutement prospectif et rétrospectif portant sur des patients consommateurs de drogues au CHU du point G.

Nos résultats montre que les jeunes de la tranche 20-30 ans était les plus touchés. Le cannabis était le plus consommé, suivit par le tabac, l'alcool, et le Tramadol. La consommation de drogues génère de multiples conséquences néfastes sur la santé et la vie sociale : la dépendance, les troubles de la personnalité. La lutte contre l'usage des drogues nécessite la conjugaison des efforts de tous les acteurs impliqués.

**MOT CLES :** Drogue, l'Impact Sanitaire, Addiction

## **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(e) 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(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

