

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique



République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2021-2022

Thèse N°/...../

TITRE

Profil Epidémiologique de la Consommation de Substances Psychoactives au Mali

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....Octobre 2022 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. Adama A TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Membres du Jury

Président : Professeur Issaka SAGARA
Membres : Docteur Nouhoum TELLY
Co-directeur : Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY
Directeur : Professeur Hamadoun SANGHO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacologie
2. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
3. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
4. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
5. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
6. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
7. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
8. Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
9. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
10. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
11. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
12. Mr Issa TRAORE	Radiologie
13. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
15. Mr Saiif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
16. Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
17. AbdelKarim KOUMARE	Chirurgie Générale
18. Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
19. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
20. Kalilou OUATTARA	Urologie
21. Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
22. Baba KOUMARE	Psychiatrie
23. Bouba DIARRA	Bactériologie
24. Bréhima KOUMARE	Bactériologie - Virologie
25. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
26. Souleymane DIALLO	Pneumologie
27. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie



28. Seydou DIAKITE	Cardiologie
29. Amadou TOURE	Histo-embryologie
30. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
31. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
32. DjibrilSANGARE	Chirurgie Générale
33. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
34. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
35. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
36. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
37. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
38. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
39. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
40. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
42. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
43. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
44. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
45. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
46. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
47. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie Obstétrique
48. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
49. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
50. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
51. Mr HamarA. TRAORE	Médecine Inteme
52. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
53. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
54. MrMamadou DEMBELE	Médecine Interne
55. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
56. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
57. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
58. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
59. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
60. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
61. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
62. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
63. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie - Hépatologie
64. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
65. Mr Aly TEMBELY	Urologie
66. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
67. Mr ZanafonOUATTARA	Urologie
68. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Inteme
69. MrBah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
70. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
71. MrSambaKarimTIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale



72. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
73. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
74. Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
75. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
76. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale

LTSTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGI CALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale
7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
13. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mg. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie



2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
2. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
4. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
5. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
6. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
7. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
8. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
9. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
10. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
11. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
13. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
14. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15. Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation

16. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
17. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
18. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
19. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
20. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
2. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
4. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
5. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
6. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
7. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
8. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
9. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
10. Mr Ibrahim SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
11. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
12. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
13. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
14. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
15. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
16. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
17. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
18. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
19. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
20. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
21. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
22. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
23. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
24. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
25. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
26. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
28. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
29. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
30. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
31. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
32. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
33. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
34. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
35. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
36. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
37. Mr Bougadari Coulibaly	Prothèse Scellée



38. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
39. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
40. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
41. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
42. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
43. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
44. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
45. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
46. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
47. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
48. Mr Alhousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
49. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
50. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
51. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
52. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
53. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
54. MrAlkadri DIARRA	Urologie
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
57. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
58. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
59. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
60. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
61. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
62. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
63. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHB

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
4. MrDjibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
3. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie
4. Mr Karim TRAORE	Parasitologie - Mycologie
5. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé Environnement
6. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie (Disponibilité)



- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 8. Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 9. Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Moléculaire |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Mr Abdoulaye KONE | Parasitologie- Mycologie |
| 2. Mr Sanou Kho COULIBALY | Toxicologie |
| 3. Mme Aminata MAIGA | Bactériologie Virologie |
| 4. Mme Djeneba Bocar FOFANA | Bactériologie-Virologie |
| 5. Mr Sidi Boula SISSOKO | Histologie embryologie et cytogénétique |
| 6. Mr Bourama COULIBALY | Anatomie Pathologie |
| 7. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME | Biologie Médicale/Biochimie Clinique |
| 8. Mr Mamadou BA | Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale |
| 9. Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 10. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique/Génomique |
| 11. Mr Nouhoum SAKO | Hématologie/Oncologie Cancérologie |
| 12. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 13. Mr Saidou BALAM | Immunologie |
| 14. Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |
| 15. Mr Modibo SANGARE | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale |
| 16. Mr Hama Abdoulaye DIALLO | Immunologie |
| 17. Mr Bassirou DIARRA | Bactériologie-Virologie |
| 18. Mr Adama DAO | Entomologie médicale |
| 19. Mr Ousmane MAIGA | Biologie, Entomologie, Parasitologie |
| 20. Mr Cheick Amadou COULIBALY | Entomologie |
| 21. Mr Drissa COULIBALY | Entomologie médicale |
| 22. Mr Abdallah Amadou DIALLO | Entomologie, Parasitologie |
| 23. Mr Sidy BANE | Immunologie |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |
| 3. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 4. Mr Ibrahim KEITA | Biologie moléculaire |



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA | Hépto Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phtisiologie Chef de DER |
| 9. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 10. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 15. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophtalmologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 3. Mr Ilo Bella DIALLO | Cardiologie |
| 4. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 5. Mr Anselme KONATE | Hépto Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Adama Aguisa DTCKO | Dermatologie |
| 7. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 4. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 5. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr Issa CISSE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |

16. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
17. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme Diénébou TRAORE	Médecine Interne
20. Mr Djibril SY	Médecine Interne
21. Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
22. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
23. Mr Seydou SY	Néphrologie
24. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25. Mr Massama KONATE	Cardiologie
26. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
27. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
30. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mme Hourouma SOW	Hépto-Gastro-Entérologie
36. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-Entérologie
37. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto-Gastro-Entérologie
38. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
39. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
40. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
41. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
42. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
43. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
44. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
45. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
46. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
47. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
48. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
49. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
50. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
51. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
52. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
53. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
54. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
55. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
56. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
57. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
58. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
59. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie



- | | |
|------------------------------|--|
| 60. Mme SOW Djénéba SYLLA | Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition |
| 61. Mr Djigui KEITA | Rhumatologie |
| 62. Mr Souleymane SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 63. Mr Drissa Mansa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 64. Mr Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
| 2. Mr Yacouba FOFANA | Hématologie |
| 3. Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | Informatique Médicale |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |
| 2. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Mr Hammadoun Aiy SANGO | Santé Publique |
| 2. Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| 3. Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 4. Mr Oumar THIERO | Biostatistique/Bio-informatique |
| 5. Mr Cheick Abou COULIBALY | Epidémiologie |
| 6. Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| 7. Mr Nouhoum TELY | Epidémiologie |
| 8. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 9. Mr Nafomon SOGOBA | Epidémiologie |
| 10. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition |
| 11. Mr Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 12. Mr Samba DIARRA | Anthropologie de la Santé |
| 13. Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie de la Santé |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé Communautaire |
| 4. Mr Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| 5. Mr Yéya dit Sadio SARRO | Epidémiologie |
| 6. Mme Fatoumata KONATE | Nutrition et Diététique |

7. Mr Bakary DIARRA

Santé Publique

CHARGES COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
7. Mme Tenin KANOUTE	Pneumo- Phtisiologie
8. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
9. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
10. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
11. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
12. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	OCE
13. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
14. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
15. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
16. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
17. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
18. Mr Mamadou WELE	Biochimie
19. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
20. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
21. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
22. Mr Babou BAH	Anatomie
23. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique -Déontologie
24. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
25. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
26. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
27. Mr Madani LY	Oncologie
28. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
29. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
30. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
31. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
32. Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
33. Mr Madani MARICO	Chimie générale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le 03/05/2022

Le Secrétaire Principal



Dédicaces

Je dédie cette thèse :

A mon père qui m'a indiqué la bonne voie, qui m'a appris l'humilité et le respect de l'autre, et à ma mère qui m'a donné naissance et tout enseigné, mes très chers parents. J'espère que vous trouverez dans ce travail le fruit de vos sacrifices, et l'expression de mon amour et de ma gratitude pour la bienveillance avec laquelle vous m'avez toujours entouré. Mes chers parents, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma reconnaissance éternelle et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Que Dieu vous le rende et vous accorde longue vie et bonne santé.

A ma magnifique épouse, Salimata SANGARE, qui aura fait preuve cette année de plus de patience qu'on n'aurait jamais pu lui en supposer, tout en me soutenant de ses encouragements et de son indéfectible amour. Sache que je te suis très reconnaissant pour tous tes efforts, ta générosité et ta gentillesse.

A mon oncle, Issa TRAORE et son épouse Adidiatou KONE, merci de m'avoir accueilli chez vous et de m'avoir soutenu tout ce temps. Trouvez ici, l'expression de ma profonde gratitude.

A ma tante Aminata DEMBELE dit Sadio, qui nous a précocement quitté. Tu as été pour moi à la fois une mère et une sœur, tu auras toujours une place dans mon cœur. Puisse Dieu, dans son immense bonté, te faire miséricorde et t'accorder le paradis.

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent au Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY, qui m'a donné l'opportunité de faire ce travail au cours de ma thèse. Merci de m'avoir fait découvrir cet univers aussi passionnant qu'enrichissant qu'est la psychiatrie. Vous m'avez appris la rigueur et la persévérance et je vous remercie de votre soutien tout au long de ce travail.

Je souhaite remercier le Docteur Modibo SANGARE, mon mentor et mon beau père, merci pour avoir été le co-directeur non officiel de ce travail et pour votre soutien indéfectible tout au long de mon cycle. Recevez ici, l'expression de ma profonde gratitude.

Pour l'honneur qu'il me fait d'avoir accepté de diriger ce travail, je souhaite remercier le Professeur Hamadoun SANGHO.

Je remercie le Professeur Issaka SAGARA pour avoir accepté de présider le jury de thèse.

Tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (FMOS) et ceux du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP), merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

Tout le personnel du service de psychiatrie du CHU Point G, Professeurs, Médecin psychiatre, DES, FFI, Infirmiers, TS, Agents de sécurité, merci pour votre accompagnement, disponibilité et orientation pendant tout notre séjour.

Merci à Tolo, Bamiki, Maïga et Fatouma d'avoir bien voulu m'offrir de leur temps précieux pour quelques récoltes de données.

Je tiens à remercier la 12^{ème} Promotion du Numéris Clausus et la 11^{ème} promotion en Master de Santé Publique pour les moments de partage et de communion. Je remercie également mes camarades de travail tout au long de mon cycle, Cheick Abou, Nagana, Pierre, Diah, Diakité, Maïga, Attis, Fatoumata, Bachir. Merci à l'Association des Etudiants Ressortissants de Kayes (AERK) pour tout leur soutien.

Enfin, merci à ma ravissante épouse pour sa patience, son soutien et son accompagnement. Merci à mes proches, mes frères, sœurs, cousins et cousines, qui me prouvent chaque jour que les liens de sang sont indestructibles. Merci à mes parents, oncles et tantes qui ont observé, de près ou de loin, souvent remplis d'inquiétude, mon parcours scolaire et universitaire.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et président du jury

Professeur Issaka SAGARA

- Directeur de recherche à la FAPH ;
- Médecin chercheur au MRTC/DEAP/FMOS-FAPH ;
- Chef de l'Unité Biostatistique et Data Management du MRTC/DEAP/FMOS ;
- Investigateur principal (PI) des essais vaccinaux au MRTC/DEAP.

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Votre disponibilité constante, vos qualités scientifiques et pédagogiques ont suscité en nous une grande admiration. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et de notre profond respect.

A notre Maître et juge de thèse

Docteur Nouhoum TELLY

- Maître-Assistant en épidémiologie à la FMOS ;
- Chef de section Surveillance Epidémiologique à la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS-TB-H) du Ministère de la Santé et de Développement Social (MSDS) ;
- Secrétaire Général adjoint de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI).

Cher Maître,

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi le jury de cette thèse. Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et profond respect. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'assurance de notre reconnaissance.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- Médecin psychiatre, chef du service de psychiatrie du CHU Point G ;
- Maître de conférences à la FMOS ;
- Ancien Interne des Hôpitaux du Mali ;
- Membre de la Société Malienne et de la société Africaine de Santé Mentale (SOMASAM, SASM) ;
- Point focal du Réseau épidémiologique Ouest Africain sur l'usage de la drogue ;
- Point focal du rapport annuel sur la drogue de l'ONUDD.

Cher Maître,

Vous nous avez confié ce travail sans aucune réserve. Nous souhaitons être digne de cet honneur. Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Votre gentillesse, vos qualités humaines et professionnelles nous inspirent une grande admiration et un profond respect. Veuillez croire en l'expression de notre estime et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Hamadou SANGHO

- Professeur titulaire en santé publique à la FMOS ;
- Ex-Directeur Général du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP).

Cher Maître,

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec spontanéité, de diriger ce travail. Votre gentillesse, humilité, vos qualités humaines et scientifiques forcent l'admiration et le respect. Veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Sigles et abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CREDOS : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant

CSLS-TB-H : Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales

DEAP : Département d'Etude des Affections Parasitaires

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ET : Ecart-Type

FAPH : Faculté de Pharmacie

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

LSD : diéthylamide lysergique

MRTC : Malaria Research and Training Center

MSDS : Ministère de la Santé et du Développement Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUDD : Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime

SASM : Société Africaine de Santé Mentale

SOMASAM : Société Malienne de Santé Mentale

SOMEPI : Société Malienne d'Epidémiologie

SPA : Substance Psychoactive

TC : Trouble des Conduites

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

WENDU : West African Epidemiology Network on Drug Use

Liste des tableaux

Tableau I : Tableau résumant les principales variables	19
Tableau II : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la tranche d'âge	25
Tableau III : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon leur cohabitation	27
Tableau IV : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le niveau d'étude.....	28
Tableau V : Fréquence de la consommation des différents produits psychoactifs chez les patients vus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022.....	32
Tableau VI : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la voie d'administration de la SPA.....	36
Tableau VII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la fréquence de la consommation de la principale SPA	37
Tableau VIII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon l'âge d'initiation à la consommation de SPA	38
Tableau IX : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale SPA consommée en fonction du sexe.....	39
Tableau X : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale SPA consommée en fonction de la tranche d'âge	40
Tableau XI : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale SPA consommée en fonction du statut matrimonial.....	41
Tableau XII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon l'origine de la demande de consultation	44

Tableau XIII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon l'origine du financement de la prise en charge 45

Liste des figures

Figure 1 : Différentes modalités de consommation d'une substance psychoactive.	8
Figure 2 : Diagramme de flux	23
Figure 3 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le sexe	24
Figure 4 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la zone de résidence	26
Figure 5 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la situation professionnelle	29
Figure 6 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le statut matrimonial	30
Figure 7 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la nationalité	31
Figure 8 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale substance consommée.....	34
Figure 9 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la polyconsommation de SPA.....	35
Figure 10 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la source habituelle d'obtention de la principale substance	42
Figure 11 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la présence d'une comorbidité psychiatrique	43
Figure 12 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le type de suivi	46

Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	Objectifs	4
1.	Objectif général	4
2.	Objectifs spécifiques	4
III.	Généralités.....	6
1.	Définition des concepts	6
1.1.	Substance psychoactive/drogue	6
1.2.	Consommation/Usage	6
1.3.	Toxicomanie	6
1.4.	Addiction.....	6
2.	Modalités de consommation d'une substance psychoactive	7
3.	Différents types de substances psychoactives	8
3.1.	Psychoanaleptiques	8
3.2.	Psycholeptiques.....	9
3.3.	Psychodysleptiques	9
4.	Facteurs de risque.....	9
4.1.	Facteurs individuels	9
4.2.	Facteurs familiaux.....	11
4.3.	Facteurs scolaires	11
4.4.	Facteurs liés aux pairs	11
4.5.	Facteurs liés à la communauté	11
5.	Prise en charge	12
5.1.	Prise en charge psychiatrique.....	12
5.2.	Prise en charge psychothérapeutique	12
5.3.	Prise en charge sociale	13
5.4.	Prise en charge institutionnelle	13
IV.	Matériels et méthode	15
1.	Zone d'étude.....	15
1.1.	Présentation du Mali	15
1.2.	Présentation du CHU Point G	15
1.3.	Présentation du service de psychiatrie	16
2.	Type d'étude.....	18

3.	Période d'étude.....	18
4.	Population d'étude.....	18
4.1.	Critères d'inclusion.....	18
4.2.	Critères de non inclusion	18
5.	Echantillonnage.....	18
5.3.	Technique d'échantillonnage.....	18
5.4.	Taille de l'échantillon	18
6.	Variables.....	19
7.	Outils et Technique de collecte des données.....	20
8.	Plan d'analyse des données.....	21
9.	Considérations éthiques.....	21
V.	Résultats	23
1.	Caractéristiques sociodémographiques	24
2.	Profil de la consommation.....	32
3.	Demande de traitement.....	44
VI.	Discussion	48
VII.	Conclusion.....	54
VIII.	Recommandations	56
	Références	57
	Annexes.....	61

INTRODUCTION

I. Introduction

Le terme de « substance psychoactive » est utilisé pour désigner l'ensemble des produits agissant sur le cerveau, que l'usage en soit interdit ou non (1). Elles peuvent entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques (2).

Les substances psychoactives (SPA) sont présentes dans l'histoire de l'humanité depuis ses origines (3). Leur usage non contrôlé expose à des conséquences néfastes pour la santé et la vie en société (4). En effet, le mésusage des substances psychoactives est non seulement une réalité socialement inacceptable, mais aussi un trouble en soi (3). L'utilisation et l'abus de ces substances sont devenus de nos jours un problème majeur de santé des populations (5). Les substances psychoactives ont des effets négatifs sur la santé générale et le bien-être des utilisateurs en plus d'usurper une grande quantité de ressources financières et économiques. Elles représentent un facteur de risque de trouble dépressif majeur et de suicide chez les adolescents et les adultes (6).

La consommation excessive d'alcool a été responsable de plus de 140 000 décès aux États-Unis chaque année entre 2015 et 2019, soit plus de 380 décès par jour (7). En 2019, la consommation de drogues a entraîné le décès de près de 0,5 million de personnes et les troubles liés à la consommation de drogues ont entraîné la perte de 18 millions d'années de vie en bonne santé et plus de 180 000 décès (8,9). En 2021, Il y avait environ 270 millions de consommateurs de SPA (soit environ 5,5 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans) et environ 35 millions de personnes touchées par des troubles liés à la consommation de SPA (10). Dans le rapport européen sur les drogues, on estimait qu'environ 83,4 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans (soit 29% des adultes de l'union européenne) auraient déjà consommé une drogue illicite. Selon le même rapport, la consommation de drogues serait liée ou compliquerait les problèmes de santé mentale et l'autodestruction, le sans-abrisme, la délinquance des jeunes et l'exploitation des personnes et des communautés vulnérables (11).

La consommation de SPA est en augmentation croissante et l'Afrique n'échappe pas à cette augmentation (12). Dans une étude de modélisation publiée en 2019, les auteurs ont affirmé qu'avant 2050, environ 14 millions d'Africains consommeront des SPA en Afrique subsaharienne. C'est la région du monde qui connaîtra l'augmentation la plus importante du nombre absolu de consommateurs de drogues. En Afrique de l'ouest, le nombre de

consommateurs de drogues illégales ou d'opioïdes sur ordonnance à des fins autres que médicales aurait plus que triplé (13).

Au fil du temps, plusieurs auteurs ont essayé d'expliquer pourquoi certaines personnes commencent une consommation de substances, ainsi que pourquoi parmi celles-ci certaines la maintiennent, en abusent ou développent des problèmes associés. Une meilleure compréhension d'une telle problématique offre des alternatives importantes pour la prévention. En effet, la prévention reste la meilleure arme contre l'abus et la dépendance aux SPA. Plusieurs facteurs sociodémographiques tels que le sexe, la classe sociale, la religion, la pression des pairs et les relations avec les membres de la famille ont été associés à l'utilisation de substances psychoactives (2).

Au Bénin, une étude a montré que le sexe, la zone de résidence, la séparation des parents et la fréquentation d'amis consommateurs étaient associés à l'usage de SPA (4). Une étude réalisée chez les chauffeurs de Taxi-Moto à Lomé a trouvé que la prévalence de la consommation de SPA était de 74,33% et que l'âge, le niveau d'instruction et la charge familiale étaient associés à leur consommation (14). Dans plusieurs études au Ghana, au Niger, au Sénégal et au Togo, le cannabis est mentionné comme la drogue illégale la plus consommée. Au Burkina Faso, la prévalence de la consommation des stimulants de type amphétamine est de 20% (15).

Au Mali, une étude menée dans le service de psychiatrie du CHU Point G a trouvé que 42,7% des patients avaient consommés une ou plusieurs SPA avant le début de leur trouble mental (16).

La pertinence de la présente étude est soulignée dans ce contexte, compte tenu de l'ampleur du problème et de la rareté de la littérature nationale sur le thème. Le but de cette étude était de déterminer le profil de consommation des usagers de SPA fréquentant le service de psychiatrie du CHU Point G.

OBJECTIFS

II. Objectifs

1. Objectif général

Etudier le profil de consommation des usagers de drogues reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la consommation des différentes substances psychoactives chez les usagers ;
- Déterminer les modalités de consommation des SPA chez les usagers ;
- Identifier la période de la vie au cours de laquelle l'initiation à la consommation de SPA est la plus fréquente.

GENERALITES

III. Généralités

1. Définition des concepts

1.1. Substance psychoactive/drogue

D'une manière générale, le terme de « **substance psychoactive** » est utilisé pour désigner l'ensemble des produits agissant sur le cerveau, que l'usage en soit interdit ou non (1).

Les substances psychoactives agissent sur les systèmes nerveux central et autonome d'un individu en modifiant son fonctionnement physique et mental. Elles peuvent entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques (2).

On appelle drogue, toute substance modifiant par son action le comportement et capable d'entraîner une dépendance.

Ici nous utiliserons les deux termes SPA et drogue comme étant des synonymes.

1.2. Consommation/Usage

Les termes « usage » et « consommation » sont utilisés pour désigner toute forme de consommation de substances psychoactives qui n'est pas nécessairement pathologique.

1.3. Toxicomanie

La toxicomanie est définie comme l'usage répété et excessif d'une ou de plusieurs substances psychoactives sans justification thérapeutique (17).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Janvier 1952 a défini la toxicomanie comme un état d'intoxication périodique ou chronique, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique (18). Depuis quelques années, le terme addiction remplace de plus en plus celui de la toxicomanie.

1.4. Addiction

L'addiction a été définie en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » (19).

Le comportement peut être la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, opiacés, médicaments, etc.), on parle alors dans ce cas d'addiction à une substance ou trouble addictif à une substance mais il existe aussi des « addictions sans substance » ou « addictions comportementales » (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique) (19).

Attention, il est possible d'avoir un comportement de consommation de substance psychoactive ou de jeu qui ne répond pas aux critères de l'addiction. Au fur et à mesure que le trouble addictif se développe, la perte de contrôle sur le comportement d'usage vient répercuter de manière de plus en plus importante sur les autres sphères de vie de l'individu (19).

2. Modalités de consommation d'une substance psychoactive

On distingue principalement trois grands types de comportement de consommation de substances psychoactives : le non usage, l'usage simple et le mésusage (19).

- ❖ Le non usage correspond à l'absence de consommation.
- ❖ L'usage simple est la consommation usuelle d'une substance, sans conséquences préjudiciables (médicales, sociales ou économiques). Cet usage peut varier dans son intensité et peut être qualifié d'expérimental, d'occasionnel ou de régulier (19,20).
- ❖ Le mésusage est défini comme toute conduite de consommation d'une ou de plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou des conséquences médicales, sociales ou économiques. Le mésusage est lui-même constitué de :
 - ❖ L'usage à risque correspond à des niveaux de consommation qui exposent à des risques de complications physiques, psychologiques ou sociales, mais ces complications ne sont pas encore présentes.
 - ❖ L'usage nocif (ou abus) correspond à un mode de consommation qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques, mais sans les critères de la dépendance.
 - ❖ La dépendance consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'usage d'une SPA spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités (19).

La Classification Internationale des Maladies (CIM10) de l'OMS et le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM IV) de l'Association américaine de psychiatrie distinguent l'usage nocif (ou abus) de la dépendance. Le DSM V, paru en 2013, ne fait plus

cette distinction et propose les critères d'addiction à une substance ou encore trouble lié à l'usage d'une substance (21).

Remarque : Dans le présent travail, le terme « modalité de consommation » fait référence au nombre de substances consommées, leurs voies d'administration et leurs fréquences d'administration.

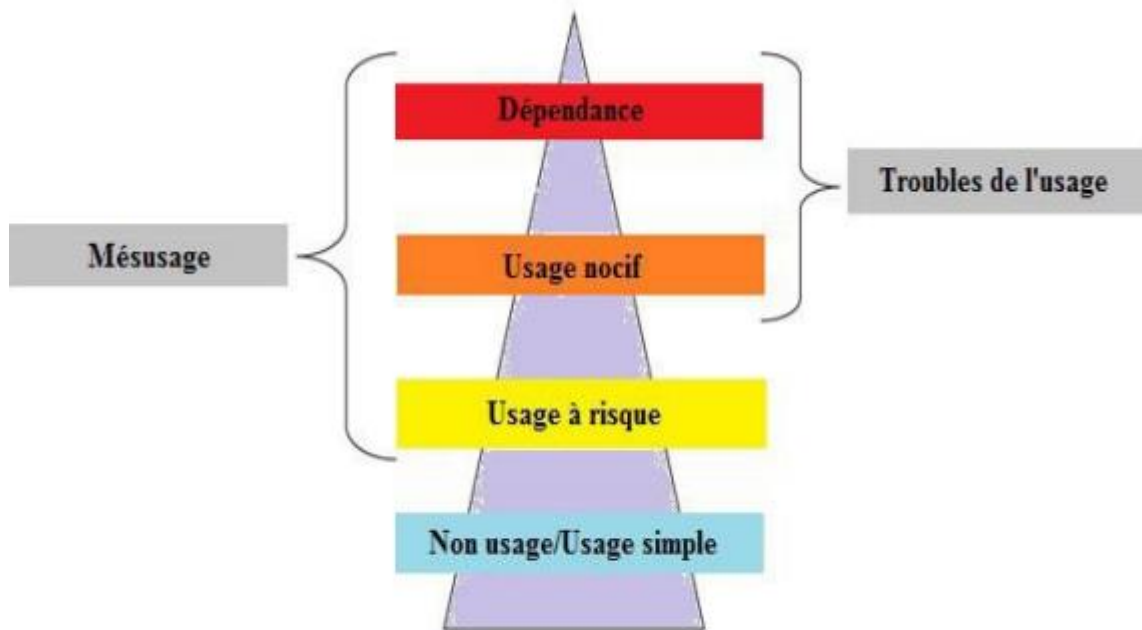


Figure 1 : Différentes modalités de consommation d'une substance psychoactive.

3. Différents types de substances psychoactives

Les substances psychoactives (SPA) ont fait l'objet de nombreuses classifications, principalement selon leurs effets (Lewin, Delay et Deniker, Pelicier et Thuillier) ou selon le danger qu'elles représentent (OMS, le rapport PELLETIER et le rapport ROQUES) (21). La classification la plus fréquemment utilisée est celle de Delay et Deniker qui divise les SPA en trois catégories : les psycholeptiques ou sédatifs psychiques, les psychoanaleptiques ou stimulants psychiques et les psychodysleptiques ou perturbateurs psychiques.

3.1. Psychoanaleptiques

Les psychoanaleptiques ou stimulants sont des substances qui excitent le SNC, accélérant son activité. Elles entraînent une hypervigilance et une modification de l'humeur dans le sens de

l'exaltation. Parmi ces substances, nous pouvons citer la cocaïne, la nicotine, les amphétamines et apparentées.

3.2. Psycholeptiques

Les psycholeptiques ou dépresseurs sont des substances qui ralentissent l'activité cérébrale (effet sédatif ou hypnotique). Ce sont principalement les opiacés, l'alcool, les benzodiazépines et les barbituriques.

3.3. Psychodysleptiques

Les psychodysleptiques sont des substances qui perturbent le fonctionnement cérébral, provoquant des troubles de la perception et des idées délirantes avec en tête de liste le cannabis qui reste la drogue illicite la plus consommée dans le monde. Nous pouvons également citer l'ecstasy et la phencyclidine (PCP)

4. Facteurs de risque

La notion de risque renvoie en général à un ensemble de facteurs associés à une probabilité accrue de survenue d'un événement (22).

Les termes de « facteurs de risque » et de « facteurs de vulnérabilité » sont souvent associés et utilisés de façon interchangeable. Pourtant, la notion de vulnérabilité est davantage axée sur l'idée de prédisposition et de fragilité liées à la personne et à son histoire, fragilité servant de mécanisme dans le développement du trouble. La notion de facteur de risques est plus large et ne fait référence qu'à une probabilité plus élevée de la maladie chez les sujets exposés (22).

Les études tendent à démontrer que les déterminants de la consommation à l'adolescence relèvent de cinq grands domaines d'influence, soit les facteurs de risques associés à l'individu, à la famille, aux pairs, à l'école et à la communauté (23).

Plusieurs chercheurs rapportent que les facteurs de risque exercent leur influence sur le comportement par leur impact cumulatif à travers le temps, plus le nombre de facteurs de risque présents est important, sur une longue période de temps, plus grand est le risque qu'il y ait un impact sur le développement (2).

4.1. Facteurs individuels

Il existe des différences individuelles dans l'initiation à la consommation de SPA et dans la façon dont les individus réagissent aux effets pharmacologiques des substances.

4.1.1. Facteurs génétiques

Au niveau développemental, les facteurs de risque de nature génétique sont les premiers à interagir avec l'environnement, générant des différences individuelles par rapport aux comportements de consommation de substances qui se manifesteront plus tard au cours du développement (2). Les recherches disponibles suggèrent qu'il est très peu probable qu'un seul gène pouvant expliquer la consommation de substances soit un jour identifié (2). C'est un ensemble de facteurs génétiques qui interagissent avec l'environnement de la personne pour produire le comportement de consommation (2).

4.1.2. Facteurs liés à l'âge et au sexe

La consommation débute généralement au milieu de l'adolescence, et présente une augmentation constante de la fréquence jusqu'à la fin de l'adolescence, moment auquel la majorité des jeunes cessent ou diminuent leur consommation lorsqu'ils doivent assumer les rôles et responsabilités associés à l'âge adulte (23).

Le fait d'être un garçon augmenterait les risques d'initier la consommation précocement, alors que la consommation initiale précoce, soit avant 14 ans, augmenterait le risque de développer des problèmes associés à la consommation (23).

4.1.3. Facteurs liés à la personnalité et au tempérament

Les comportements extériorisés, tels que l'impulsivité, la recherche de sensation, l'agressivité et les problèmes de conduites sont des facteurs de risque importants de la consommation (23). De plus, plusieurs études menées dans différents contextes indiquent qu'un tempérament difficile (incluant entre autres un haut niveau d'activité, un manque d'autocontrôle, une émotivité négative et une faible capacité à centrer l'attention) prédirait une plus grande susceptibilité de consommer (23).

4.1.4. Facteurs psychiatriques

Les troubles intériorisés, notamment la dépression, l'anxiété et le trouble bipolaire, semblent associés à la consommation, à la consommation problématique et aux problèmes de consommation, mais les résultats sont souvent contradictoires quant à la séquence temporelle des deux phénomènes (23).

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC) seraient associés à la consommation de

SPA. Dans une étude menée auprès d'adolescents en traitement pour un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive, on a observé que 25% d'entre eux présentent un TDAH comorbide, 49% un TOP et 57% un TC (22).

4.2. Facteurs familiaux

Plusieurs variables familiales peuvent augmenter le risque de consommer et de développer des problèmes de consommation à l'adolescence, notamment (2,23) :

- La consommation des parents.
- La mauvaise supervision parentale.
- La permissivité des parents à l'égard de la consommation élevée d'alcool.
- Le faible statut socioéconomique de la famille.
- Naître dans une famille nombreuse.
- Le fait de naître ou de grandir dans une famille monoparentale.
- Le divorce ou la séparation dans la famille.
- Un faible attachement parents-enfants.

4.3. Facteurs scolaires

De faibles performances scolaires, des difficultés d'apprentissage, des comportements perturbateurs à l'école, des difficultés au niveau des habiletés sociales dans le contexte scolaire sont des facteurs de risque de la consommation de substances psychoactives (2). Un faible attachement à l'école et le désengagement scolaire de même qu'une mauvaise relation élève-enseignant prédiraient la consommation (23).

4.4. Facteurs liés aux pairs

La fréquentation d'amis déviants a été décrite comme facteur prédictif de la consommation de substances de même qu'une initiation précoce de cette consommation. Les adolescents ayant des amis qui consomment, donnent ou vendent de la drogue seraient également plus à risque de consommer. Plusieurs théories, ont désigné l'influence des pairs comme étant le facteur de risque le plus déterminant de la consommation individuelle (23).

4.5. Facteurs liés à la communauté

Les lois et les normes sociales favorables à la consommation seraient des facteurs de risque pour le développement de la consommation (23). L'accessibilité des drogues, également associée à la consommation, dépend notamment de ces lois et normes sociales, mais demeure

un facteur distinct pouvant varier indépendamment d'elles (23). À l'adolescence, une faible participation à des activités impliquant des adultes est un facteur de risque d'une polyconsommation précoce de substances (2). On retrouve de très hauts niveaux de problèmes liés à la consommation de substances psychoactives dans les quartiers où le statut socio-économique et le revenu des familles sont faibles, ainsi que les conditions de logement (2).

5. Prise en charge

Les objectifs de la prise en charge pour toutes les substances en dehors de l'alcool visent idéalement l'arrêt de la consommation et le maintien dans la durée de cet arrêt. Pour l'alcool, l'objectif de prise en charge vise idéalement un arrêt complet de l'usage ou un retour à un usage à faible risque (19,24). Les deux concepts centraux de la prise en charge addictologique est de laisser le sujet fixer lui-même ses objectifs, afin de maintenir un lien thérapeutique avec lui (19).

Parallèlement à l'arrêt d'usage, la prise en charge addictologique doit être une mesure d'accompagnement du sujet « *addict* » dans une démarche plus globale de changement progressif. Une fois l'arrêt de l'usage obtenu, la prise en charge visera également à accompagner le sujet vers une réappropriation des domaines psychique, physique, relationnel et social (24).

5.1. Prise en charge psychiatrique

Elle a pour but la correction des troubles psychiatriques compliquant la toxicomanie ou révélés par elle. Ces troubles psychiatriques peuvent être non spécifiques à la toxicomanie (troubles dépressifs, anxieux, du sommeil, démence) ou spécifiques (syndrome amotivationnel, pharmacopsychose) (25).

5.2. Prise en charge psychothérapeutique

La psychothérapie occupe une place primordiale dans la prise en charge des addictions. On distingue (25) :

- ❖ **La psychothérapie de soutien**, elle a pour but de renforcer les défenses psychiques existantes et d'instaurer un lien de confiance.
- ❖ **Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique** sont indiquées chez des patients ayant accompli un certain travail d'élaboration psychique lors de la psychothérapie de soutien.

- ❖ **Les psychothérapies familiales**, trop souvent encore, au moment de la première consultation, le toxicomane a déjà rompu avec sa famille ou celle-ci l'a rejeté. Ces psychothérapies constituent une aide supplémentaire, surtout dans les toxicomanies de l'adolescent et de l'adulte jeune où la famille doit être aidée à trouver les moyens d'accompagner le jeune toxicomane.
- ❖ **Les psychothérapies cognitivo-comportementales** utilisent les techniques des entretiens motivationnels pour amener le patient à concevoir l'intérêt de l'abstinence.

5.3. Prise en charge sociale

Elle a pour objectif, l'intégration du patient dans la vie active. Des structures postcure ou des associations peuvent aider à atteindre cet objectif (25). Cette partie de la prise en charge n'est pas à négliger, une situation sociale catastrophique, l'existence de dettes, l'absence de moyens de survie sont des facteurs entravant toute démarche thérapeutique (25).

5.4. Prise en charge institutionnelle

Certains toxicomanes ont besoin d'un étayage qu'une prise en charge institutionnelle à temps complet ou partiel est susceptible d'offrir (25). Aussi le sevrage à certaines SPA notamment l'alcool est plus sécurisé en milieu institutionnel (25).

MATERIEL ET METHODES

IV. Matériels et méthode

1. Zone d'étude

Notre étude s'est déroulée au sein du service de psychiatrie du CHU Point G de Bamako, au Mali.

1.1. Présentation du Mali

Le Mali est un pays enclavé bordé par l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée au sud-ouest, et le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest. Le Mali compte 20,25 millions d'habitants (2020) pour une superficie totale de 1 241 238 km² (26). La population est essentiellement rurale et jeune. Plus de 90% de la population vivent dans la partie sud du pays, en particulier à Bamako (plus d'un million d'habitants) (27).

Le Mali, à l'instar des autres pays de l'Afrique de l'ouest, est non seulement une zone de transit mais aussi de consommation des drogues. La drogue transite par Sikasso provenant du Ghana ou du Nigéria en passant par la Côte d'Ivoire ou le Burkina Faso. Mais à côté de l'importation, il faut signaler aussi que le cannabis est produit au niveau de certaines localités des cercles de Kadiolo, Yanfolila, Kolondièba et Bougouni. La consommation de drogue est aussi soutenue par la prolifération des sites d'orpillage et qui permettent aux orpailleurs de travailler au-delà de leurs capacités intrinsèques. Les données relatives à la consommation des substances illicites sont rares. Le cannabis, herbe et résine, est de loin la substance illicite la plus couramment consommée au Mali. Les estimations du nombre de ces usagers varient des quelques dizaines à quelques centaines de milliers (27).

1.2. Présentation du CHU Point G

Le CHU Point G est situé sur la colline du Point G, au nord du district de Bamako en commune III, sur la rive gauche du fleuve Niger. Il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70% sont actuellement bâtis.

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donnée à une colline située au nord de Bamako et dont l'hôpital porte le nom. C'est une structure sanitaire de troisième référence, sur la pyramide sanitaire du Mali. Il a pour objectif :

- Assurer les soins aux malades,
- Faire de la recherche médicale,
- Assurer la formation théorique et pratique des étudiants et des agents de santé.

Le CHU Point G compte les services techniques suivants :

- ❖ L'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- ❖ Le service de Chirurgie,
- ❖ La Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie
- ❖ Le service d'Hémato-Oncologie
- ❖ Le service de Rhumatologie
- ❖ Le service de Médecine Interne
- ❖ Le service de Néphrologie et d'Hémodialyse
- ❖ Le service de Neurologie
- ❖ Le service de Cardiologie
- ❖ Le service des Maladies Infectieuses
- ❖ Le service de Pneumo-phtisiologie
- ❖ Le service de Psychiatrie
- ❖ Le service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire
- ❖ Le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
- ❖ Le service de Médecine Légale et Expertise
- ❖ Le Laboratoire
- ❖ La Pharmacie Hospitalière
- ❖ La Maintenance
- ❖ La Morgue

1.3. Présentation du service de psychiatrie

C'est le seul service de psychiatrie au sein d'un hôpital général au Mali qui permette une hospitalisation des malades. Les bâtiments sont situés au Nord-Est dans la cour de l'hôpital.

1.3.1. Les infrastructures

On distingue schématiquement :

- ❖ « L'ancien service », appelé communément « cabanon », entouré d'un enclos grillagé, c'est le premier bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il a une capacité d'accueil limitée de 20 lits.
- ❖ Le nouveau bloc : il est composé de trois salles de garde, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un magasin et deux toilettes.

- ❖ Le bloc administratif et des hospitalisations, annexé à l'ancien service, il comporte trois parties :
- ❖ Le pavillon des hommes : composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil actuelle de 20 lits d'hospitalisation.
- ❖ Le pavillon des femmes : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de six (6) lits par salle.
- ❖ Le bloc des cases : il est composé de 21 cases de deux places chacune
- ❖ Au centre du service, se trouve une coupole sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.
- ❖ Le terrain de sport et une cuisine.

1.3.2. Les ressources humaines

Le personnel est composé de :

- ❖ Un chef de service, Maître de conférences à la FMOS ;
- ❖ Six Psychiatres praticiens hospitaliers (dont une pédopsychiatre) ;
- ❖ Deux Psychologues (dont un professeur titulaire en psychologie clinique) ;
- ❖ Une assistante sociale
- ❖ Dix Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie, l'un d'eux étant le surveillant général;
- ❖ Deux Techniciens supérieurs de santé

1.3.3. Le Fonctionnement du service de psychiatrie

Le service mène des activités de soins (consultations externes et hospitalisations), des activités de formation, des activités de recherche. En moyenne, environ 2000 nouveaux malades sont enregistrés chaque année et le nombre total de consultations annuelles est estimé entre 18000 et 20000.

Des consultations d'addictologie sont menées dans le service de psychiatrie tous les vendredis pour accompagner les usagers désirant arrêter la consommation de substances.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, qui nous a permis de recueillir des informations chez un groupe de consommateurs, sur leur consommation.

3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée de Mai 2021 à Septembre 2022. La collecte a été effectuée sur les données de janvier 2020 à juillet 2022.

4. Population d'étude

L'étude a concerné les patients vus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G.

4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, les patients reçus en consultation d'addictologie, consommateurs de SPA et ayant donné leur consentement éclairé.

4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude, les consommateurs étant dans l'incapacité de répondre au questionnaire à cause d'un handicap mental.

5. Echantillonnage

5.3. Technique d'échantillonnage

Un échantillonnage de type exhaustif a été effectué en enregistrant tous les patients reçus en consultation d'addictologie de janvier 2020 à juillet 2022 et répondant aux critères d'inclusion.

5.4. Taille de l'échantillon

Pour déterminer le nombre de sujets nécessaire à inclure dans l'échantillon, la formule suivante a été utilisée :

$$n = \frac{Z^2 \times P(1 - P)}{i^2}$$

Z est le test de l'écart réduit et égale à 1,96 pour un niveau de confiance à 95%.

P est la proportion des usagers de SPA en milieu psychiatrique. La proportion de 0,126 tirée d'une étude réalisée dans le centre psychiatrique de Ziguinchor, au Sénégal a été retenue (29).

i est la précision souhaitée, fixée à 6%.

L'application numérique de la formule a donc permis d'obtenir le nombre de sujets nécessaire $n = 118$. Cette taille a été majorée de 5% pour pallier au problème des non-répondants. Ce qui donne $n = 118 + (118 \times 0,05) = 124$.

6. Variables

Tableau I : Tableau résumant les principales variables

Variables	Description	Type de variables
Sexe	Masculin/Féminin	Qualitative dichotomique
Age	Année	Quantitative continue
Zone de résidence	Urbaine/Rurale	Qualitative dichotomique
Niveau scolaire	Aucun niveau Primaire/secondaire/ Supérieur	Qualitative polychotomique
Profession	Sans emploi/Emploi à temps partiel/emploi à temps plein/	Qualitative polychotomique
Statut matrimonial	Célibataire/marié/divorcé	Qualitative polychotomique
Usage d'alcool	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage de cannabis	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage de cocaïne	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage d'amphétamines	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage de tramadol	Oui/Non	Qualitative

		dichotomique
Usage d'héroïne	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage d'autres opiacés	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage de sédatifs/hypnotiques	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage d'hallucinogènes	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Usage de tabac	Oui/Non	Qualitative dichotomique
Principale SPA consommée*	Cannabis/Alcool/ Cocaïne/Tabac/Héroïne/Tramadol/ Sédatif	Qualitative polychotomique
Polyconsommation	Consommation de plus d'une SPA (Oui/Non)	Qualitative dichotomique
Fréquence de la consommation	Cinq modalités**	Qualitative polychotomique
Mode de consommation	Orale/veineuse/nez	Qualitative polychotomique
Âge d'initiation	Année	Quantitative continue

*La principale SPA consommée correspond à la substance qui pose le plus de problème (d'ordre social, professionnel, scolaire, ou judiciaire) au patient et dont il a du mal à arrêter la consommation.

**Quotidiennement, 2 à 6 jours/semaine, 1 fois/semaine ou moins, Rien au cours du mois passé, Ne sais pas

7. Outils et Technique de collecte des données

Un questionnaire constitué par le réseau épidémiologique Ouest Africain sur l'Usage de la Drogue (*WENDU*, l'acronyme en anglais) a été utilisé. Il comporte 23 questions divisées en trois (3) sections. La première section comprenant quatre (4) items, recueille des informations sur les indicateurs de traitement. La seconde, renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques et comprend huit (8) items. La dernière section permet de recueillir des données liées à la consommation de SPA et comprend 11 items.

Ledit questionnaire a d'abord été hétéro-administré aux enquêtés à partir des fiches d'enquêtes, par des étudiants faisant fonction d'interne (FFI) en psychiatrie, des médecins en spécialisation et des psychiatres pendant les consultations d'addictologie. Nous avons ensuite conçu un masque de saisie sur la plateforme « KoBoToolbox » et nous avons renseigné le formulaire via l'application « KoboCollect » sur Smartphone. Les fiches contenant des données manquantes n'ont pas été prises en compte.

Les données ainsi recueillies ont été extraites sur Excel, puis exportées vers Epi info 7 pour analyse.

8. Plan d'analyse des données

Le logiciel Epi info 7.2 a été utilisé pour analyser les données. Certaines variables ont été transformées et recodées pour faciliter l'analyse.

Après la mise à plat et le nettoyage des données, nous avons procédé au calcul des statistiques descriptives (la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives et la fréquence avec les intervalles de confiance à 95% pour les variables qualitatives). La répartition des principales substances consommées par certaines caractéristiques sociodémographiques a été effectuée.

9. Considérations éthiques

Une autorisation pour la réalisation de l'étude a été obtenue auprès du chef de service de psychiatrie. Le consentement verbal de tous les participants a été obtenu. Pour les patients de moins de 18 ans, le consentement verbal d'un parent ou d'un tuteur légal de même que l'assentiment du participant ont été demandés. Les données de l'étude ont été traitées de façon anonyme.

RESULTATS

V. Résultats



Figure 2 : Diagramme de flux

Au total, 186 patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 ont été enregistrés. Après le retrait des fiches contenant des données manquantes, 161 enregistrements ont été retenus et analysés.

1. Caractéristiques sociodémographiques

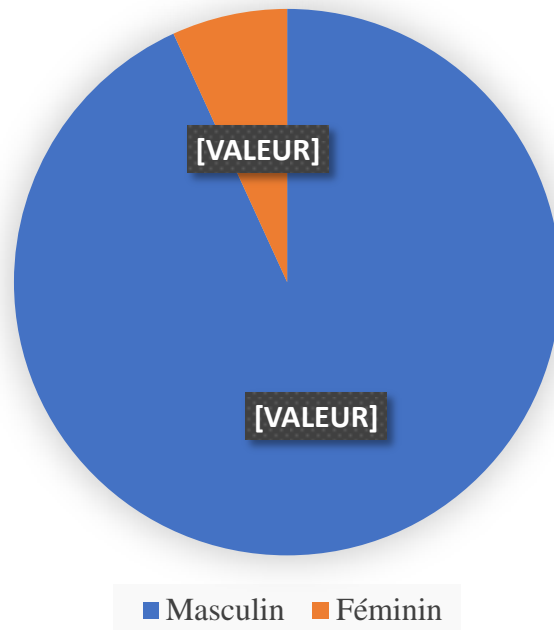


Figure 3 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le sexe

Les sujets de sexe masculin étaient les plus représentés avec 93,17% [88,10-96,54] des observations

Tableau II : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
<15	1	0,62	0,02-3,41
15-25	100	62,11	54,14-69,63
26-36	49	30,43	23,44-38,17
>36	11	6,83	3,46-11,90
Total	161	100,00	

L'âge des enquêtés variait de 11 à 54 ans avec une moyenne de $24,93 \pm 7,25$ ans. La tranche d'âge de 15 à 25 ans était la plus représentée avec 62,11% [54,14-69,63] des observations.

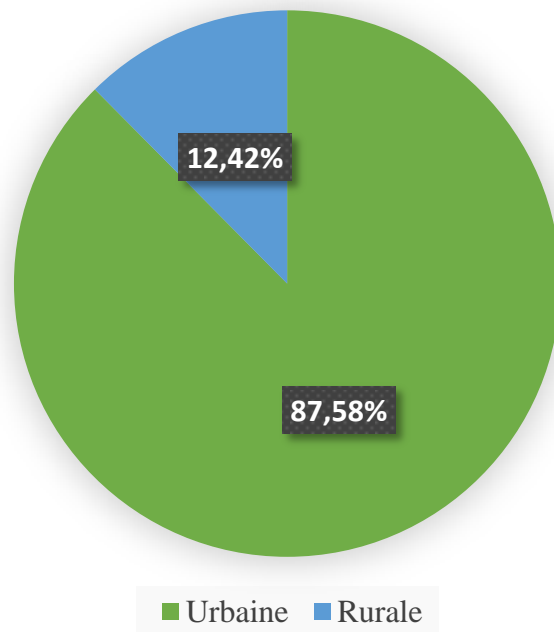


Figure 4 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la zone de résidence

Le milieu urbain était la zone de résidence de 87,58% [81,47-92,24] des patients reçus.

Tableau III : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon leur cohabitation

Cohabitation	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
Parents	128	79,50	72,44-85,45
Conjoint	20	12,42	7,76-18,53
Parents et conjoint	5	3,11	1,02-7,10
Seul	5	3,11	1,02-7,10
Amis	1	0,62	0,02-3,41
Autre*	2	1,24	0,15-4,42
Total	161	100,00	

* Parents adoptifs et travailleurs sociaux

Les enquêtés ont déclaré vivre avec leurs parents dans 79,50% [72,44-85,45] des cas.

Tableau IV : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
Aucun niveau	35	21,74	15,63-28,91
Primaire	66	40,99	33,32-49,01
Secondaire	20	12,42	7,76-18,53
Supérieur	40	24,84	18,38-32,26
Total	161	100,00	

Les patients avec un niveau primaire étaient les plus représentés avec environ 41% [33,32-49,01] des observations.

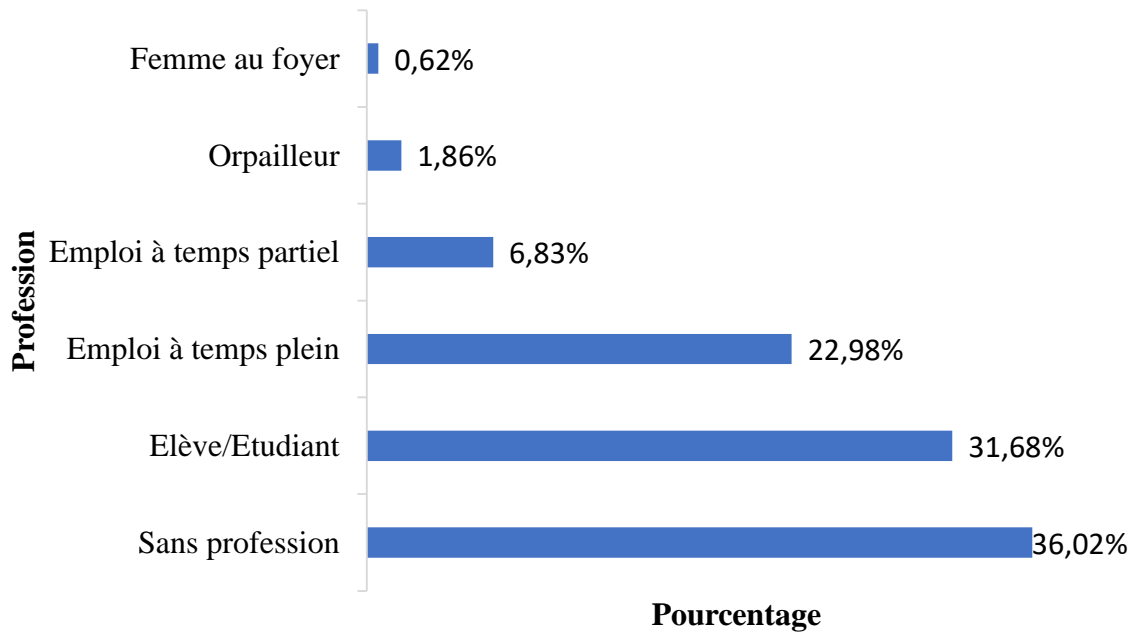


Figure 5 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la situation professionnelle

Les individus n'exerçant aucune profession étaient les plus représentés avec 36,02% [28,62-43,95] des observations.

Les élèves et étudiants ont représentés 31,68% [24,58-39,46] des patients reçus.

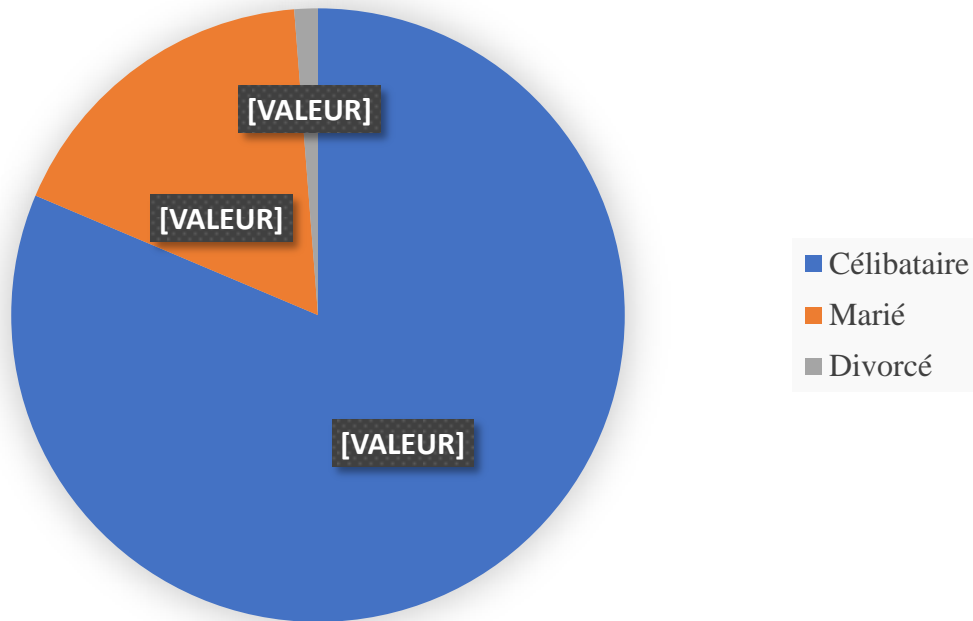


Figure 6 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le statut matrimonial

Les patients célibataires étaient les plus représentés avec 81,37% [74,48-87,06] des observations.

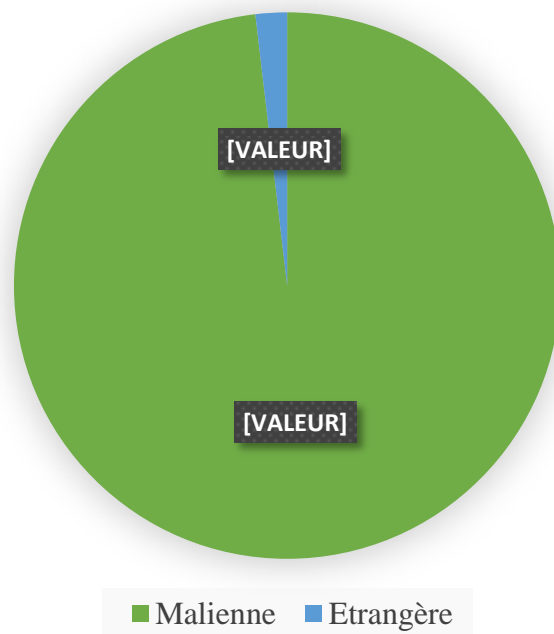


Figure 7 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la nationalité

Les patients non maliens représentaient 1,86% [0,39-5,35] des observations.

2. Profil de la consommation

Tableau V : Fréquence de la consommation des différents produits psychoactifs chez les patients vus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022

Produit psychoactif	Effectif (n=161)	Fréquence (%)	IC à 95%
Cannabis			
Oui	122	75,78	68,41-82,17
Non	39	24,22	17,83-31,59
Alcool			
Oui	73	45,34	37,49-53,37
Non	88	54,66	46,63-62,51
Tabac			
Oui	55	34,16	26,88-42,04
Non	106	65,84	57,96-73,12
Tramadol			
Oui	40	24,84	18,38-32,26
Non	121	75,16	67,74-81,62
Cocaïne			
Oui	30	18,63	12,94-25,52
Non	131	81,37	74,48-87,06
Héroïne			
Oui	16	9,94	5,79-15,64
Non	145	90,06	84,36-94,21
Sédatifs-hypnotiques			

Profil épidémiologique de la consommation de substances psychoactives au Mali

Oui	9	5,59	2,59-10,35
Non	152	94,41	89,65-97,41
Autres opiacés			
Oui	4	2,48	0,68-6,24
Non	157	97,52	93,76-99,32

La consommation de cannabis était la plus fréquente dans l'étude avec 75,78% [68,41-82,17] des observations.

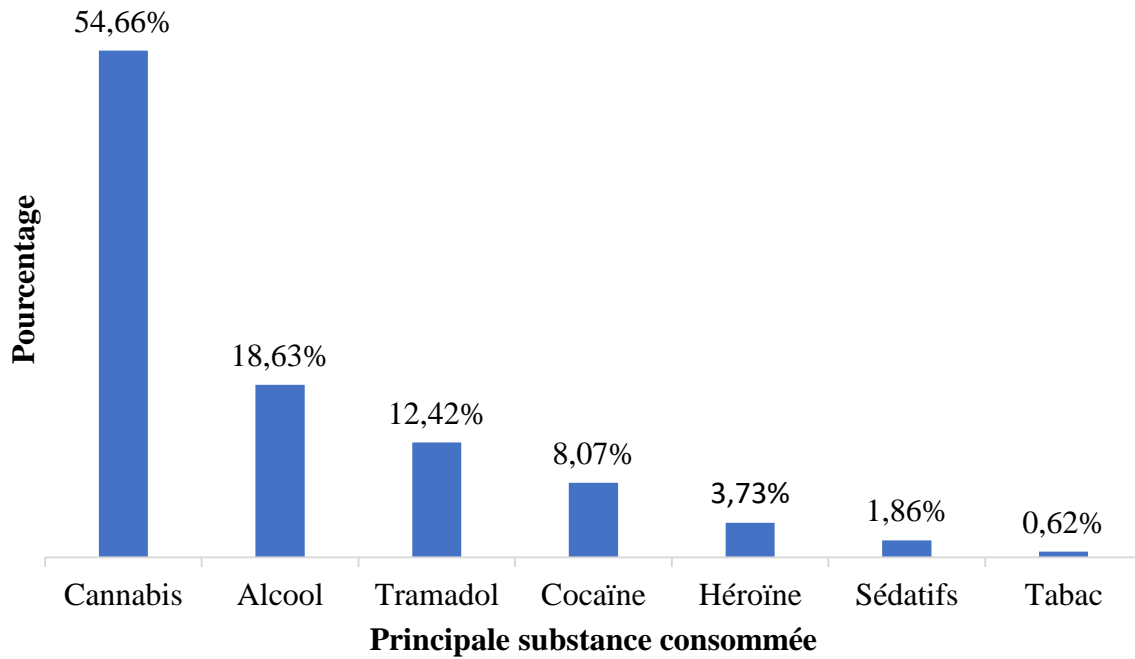


Figure 8 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale substance consommée

Le cannabis était la principale substance consommée chez 54,66% [46,63-62,51] des enquêtés.

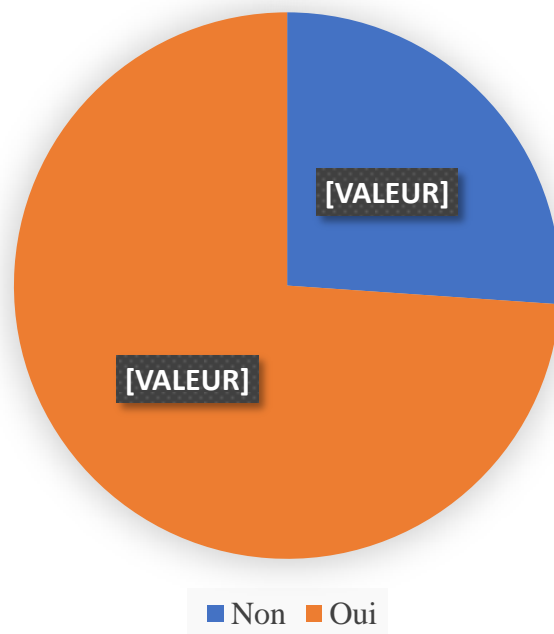


Figure 9 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la polyconsommation de SPA

Les enquêtés étaient polyconsommateurs dans 73,91% [66,42-80,51] des cas.

Tableau VI : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la voie d'administration de la SPA

Voie d'administration de la SPA	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
Voie orale/inhalation	156	96,89	92,90-98,98
Voie intraveineuse	4	2,48	0,68-6,24
Reniflement	1	0,62	0,02-3,41
Total	161	100,00	

La consommation par voie orale et/ou l'inhalation étaient les modes de consommation les plus fréquentes soit 96,89% [92,90-98,98] des cas et 2,48% [0,68-6,24] des enquêtés ont déclaré être des injecteurs de drogue.

Tableau VII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la fréquence de la consommation de la principale SPA

Fréquence de la consommation de la principale SPA	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
Quotidiennement	119	73,91	66,42-80,51
2 à 6 jours/semaine	32	19,88	14,01-26,88
1 fois/semaine ou moins	7	4,35	1,77-8,75
Rien au cours du mois passé	2	1,24	0,15-4,42
Ne sais pas	1	0,62	0,02-3,41
Total	161	100,00	

La plupart des patients reçus avaient une consommation quotidienne soit 73,91% [66,42-80,51] des observations.

Tableau VIII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon l'âge d'initiation à la consommation de SPA

Age de la 1 ^{ère} consommation (ans)	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
10-19	119	73,91	66,42-80,51
20-29	38	23,60	17,28-30,93
≥30	4	2,48	0,68-6,24
Total	161	100,00	

L'âge moyen d'initiation à la consommation de SPA était de $17,81 \pm 4,56$ ans avec des extrêmes de 10 et 43 ans. L'initiation a été faite à l'adolescence pour 73,91% [66,42-80,51] des enquêtés.

Tableau IX : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale SPA consommée en fonction du sexe

	Sexe			
	Masculin		Féminin	
Principale SPA	n*	%**	n	%
Cannabis	85	56,67	3	27,27
Alcool	28	18,67	2	18,18
Tramadol	16	10,67	4	36,36
Cocaïne	11	7,33	2	18,18
Héroïne	6	4,00	0	0,00
Sédatifs	3	2,00	0	0,00
Tabac	1	0,67	0	0,00
Total	150	100,00	11	100,00

* Effectif

**Fréquence relative en pourcentage

Chez les hommes la principale SPA consommée était le cannabis (56,67%) tandis que chez les femmes, le tramadol était la principale SPA utilisée (36,36%).

Tableau X : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale SPA consommée en fonction de la tranche d'âge

	Tranche d'âge (ans)					
	15-25		26-36		>36	
Principale SPA	n	%	n	%	n	%
Cannabis	68	68,00	16	32,65	3	27,27
Alcool	5	5,00	19	38,78	6	54,55
Tramadol	13	13,00	5	10,20	2	18,18
Cocaïne	8	8,00	5	10,20	0	0,00
Héroïne	3	3,00	3	6,12	0	0,00
Sédatifs	2	2,00	1	2,04	0	0,00
Tabac	1	1,00	0	0,00	0	0,00
Total	100	100,00	49	100,00	11	100,00

Chez les sujets âgés de 15 à 25 ans, la consommation principale de cannabis était la plus rapportée avec 68,00% des observations. La consommation principale d'alcool était la plus fréquente chez les sujets âgés d'au moins 26 ans, soit 38,78% chez les personnes âgées de 26 à 36 ans et jusqu'à 54,55% chez les personnes âgées de plus de 36 ans.

Tableau XI : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la principale SPA consommée en fonction du statut matrimonial

	Statut matrimonial			
	Célibataire		Marié	
Principale SPA	n	%	n	%
Cannabis	79	60,31	8	28,57
Alcool	15	11,45	14	50,00
Tramadol	16	12,21	4	14,29
Cocaïne	12	9,16	1	3,57
Héroïne	5	3,82	1	3,57
Sédatifs	3	2,29	0	0,00
Tabac	1	0,76	0	0,00
Total	131	100,00	28	100,00

Parmi les sujets célibataires, 60,31% ont déclaré une consommation principale de cannabis. Chez les sujets mariés, la consommation principale d'alcool était la plus fréquente soit 50,00% des cas.

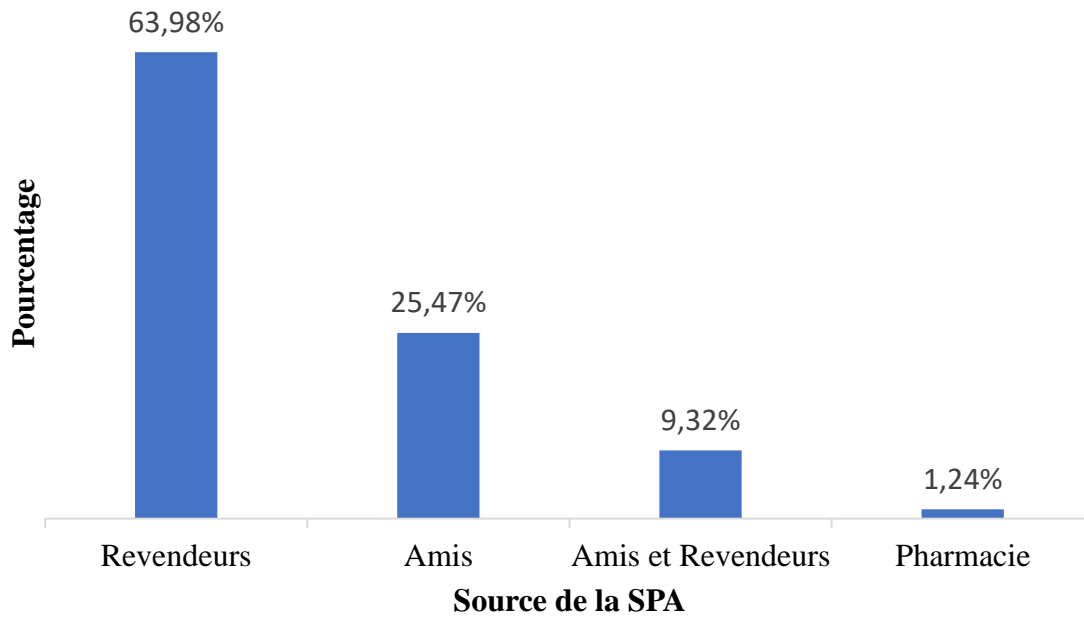


Figure 10 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la source habituelle d'obtention de la principale substance

Les revendeurs de la rue constituaient la source habituelle d'obtention de la principale substance consommée pour 63,98% [56,05-71,38] des enquêtés.

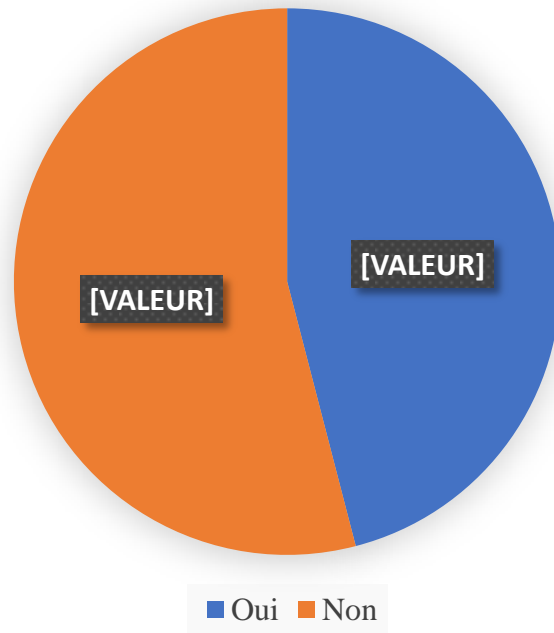


Figure 11 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon la présence d'une comorbidité psychiatrique

Près de la moitié des sujets enquêtés présentait un trouble psychiatrique soit 45,96% [38,09-53,98].

3. Demande de traitement

Tableau XII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon l'origine de la demande de consultation

Origine de la demande	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
Soi-même	16	9,94	5,79-15,64
Famille/amis	120	74,53	67,08-81,06
Médecin/infirmière	21	13,04	8,26-19,24
Services sociaux	3	1,86	0,39-5,35
Tribunal/service correctionnel	1	0,62	0,02-3,41
Total	161	100,00	

La famille/amis étaient à l'origine de la demande de consultation d'addictologie dans 74,53% [67,08-81,06] des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon l'origine du financement de la prise en charge

Financement de la prise en charge	Effectif	Fréquence (%)	IC à 95%
Revenus personnels	24	14,91	9,79-21,36
Famille	133	82,61	75,86-88,12
Employeur	1	0,62	0,02-3,41
Assurance	1	0,62	0,02-3,41
Services sociaux	2	1,24	0,15-4,42
Total	161	100,00	

La famille a financé la prise en charge dans 82,61% [75,86-88,12] des cas.

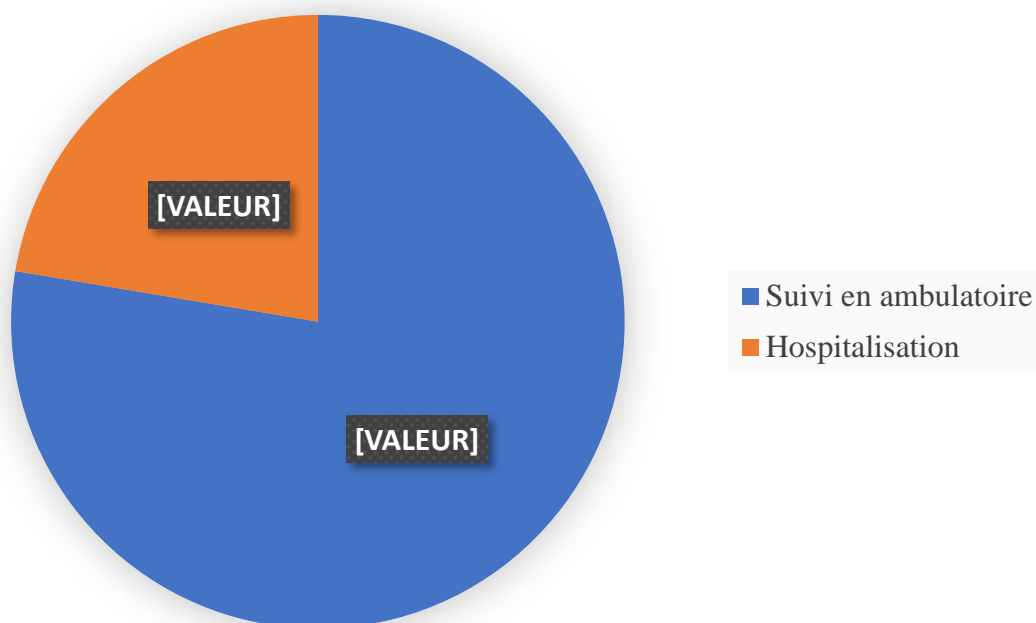


Figure 12 : Répartition des patients reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022 selon le type de suivi

Les patients suivis en hospitalisation représentaient 22,36% [16,18-29,59] des observations.

DISCUSSION

VI. Discussion

Une étude transversale descriptive a été menée afin d'étudier le profil de consommation des usagers de drogues, reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G, au Mali.

Dans la population d'étude, la consommation de cannabis était la plus fréquente (75,78%), suivi de celles de l'alcool (45,34%) et du tabac (34,16%). Les polyconsommateurs représentaient 73,91% des patients reçus. Le mode d'administration par voie orale était le plus représenté (96,89%). La première expérimentation d'une SPA a eu lieu à l'adolescence dans 73,91% des cas. Ces résultats impliquent que la consommation de SPA constitue un problème de santé publique au Mali et que les adolescents constituent un groupe particulièrement vulnérable.

Forces de l'étude

Le nombre de sujets enquêtés était plus grand que la taille minimale calculée, ce qui augmente la précision de l'estimation des paramètres. Ce travail est d'un apport précieux dans l'acquisition de connaissances sur l'usage des substances Psychoactives au Mali, compte tenu de la rareté des données dans ce domaine.

Limites de l'étude

L'une des limites de notre étude est qu'elle a concernée principalement une population en quête de traitement, ce qui peut être différent de la population générale où la consommation de substances n'est toujours pas considérée comme une maladie, mais seulement comme un problème social ou juridique. Par conséquent, d'autres études doivent être menées en population générale. Une autre limite concerne le risque accru de biais d'information dans l'étude. En effet, les données récoltées sur la consommation des différents produits psychoactifs étaient uniquement basées sur la déclaration des patients. Certains d'entre eux peuvent cacher ou omettre de signaler certains produits consommés. Nous avons tenté de limiter ce biais en expliquant aux enquêtés la nécessité d'avoir des informations correctes et complètes. Mais malgré tout, le risque de biais de déclaration reste important, surtout chez les patients qui se sont vus imposer la consultation par leur entourage et donc qui peuvent ne pas être très coopérants. Nous proposons que dans les études ultérieures, des analyses toxicologiques soient réalisées chez tous les enquêtés pour identifier objectivement les produits consommés.

- **Caractéristiques sociodémographiques**

La quasi-totalité des sujets enquêtés était de sexe masculin [**Figure 3**]. Ce résultat est similaire à celui de Mabrouk et al. qui ont rapporté une fréquence masculine de 94,4% dans leur étude en Tunisie (30). Kabisa et al. ont rapporté une prédominance de sexe masculin à 84,1% dans leur étude (31). Ce résultat concorde avec la tendance mondiale, en effet, l'Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime (ONUDD) a déclaré en 2021 dans son rapport mondial sur les drogues que les hommes sont plus susceptibles de consommer des SPA (32). Cette constatation pourrait s'expliquer par la tendance des hommes à adopter des comportements plus risqués que les femmes.

Les enquêtés avaient un âge moyen de $24,93 \pm 7,25$ ans. La tranche d'âge de 15 à 25 ans était la plus représentée [**Tableau II**]. En accord avec ce résultat, N'Dri et al. ont rapporté dans une revue systématique en 2018, en Côte d'Ivoire, que les personnes les plus concernées par la consommation de SPA sont de la tranche d'âge de 15 à 30 ans (12). Mabrouk et al. ont rapporté que 63,2% des usagers de cannabis d'une région tunisienne étaient âgés de 19 à 25 ans (30). En effet, Les jeunes sont généralement plus susceptibles de consommer des drogues que les personnes plus âgées (8).

La quasi-totalité des enquêtés résidait en milieu urbain [**Figure 4**]. Ce résultat concorde avec la tendance générale selon laquelle, les individus vivant dans les villes sont plus susceptibles de consommer des SPA. Ceci pourrait s'expliquer par la facilité d'accès aux produits psychoactifs dans les villes, mais aussi par le fait que les villes ont tendance à présenter des facteurs supplémentaires propices à la consommation des SPA. En effet, l'OMS a déclaré que les personnes qui résident dans les zones urbaines pouvaient être exposées à des événements de vie stressant, tels que la pauvreté, la dépendance envers l'économie monétaire, des niveaux élevés de violence et un accompagnement social limité (13). En Pologne, Pawlowska et al. ont trouvé dans leur étude que le nombre de consommateurs de SPA était significativement plus grand chez les adolescents vivant en milieu urbain que chez leurs pairs vivant en zone rurale (33). Au Royaume-Uni, les personnes vivant en milieu urbain étaient presque deux fois plus susceptibles de consommer de l'héroïne, de la cocaïne ou du LSD (diéthylamide lysergique) que les habitants des zones rurales (13).

En ce qui concerne la situation professionnelle, les personnes qui n'exerçaient pas de profession et les élèves et étudiants étaient les plus représentés [**Figure 5**]. Cette observation concorde avec celle de Tigori-Sangaré et al. qui ont rapporté une prédominance des

apprenants et des sans-emplois dans leur étude sur le profil des usagers de drogues à Abidjan (17). L'école a été décrit comme étant un milieu exposant à la consommation de SPA. En effet, l'école est un lieu où les élèves se font de nouveaux amis et c'est là qu'ils apprennent à expérimenter leur curiosité à l'égard des substances psychoactives (3). Pour ce qui est de la fréquence de l'inactivité professionnelle chez les enquêtés, cela pourrait être une complication de la consommation, qui peu à peu entraîne un désengagement et un désinvestissement tant sur le plan social que professionnel. Ce qui pourrait aboutir à un licenciement ou un abandon de travail.

La presque-totalité de nos participants était célibataire [**Figure 6**]. En Tunisie, Mabrouk et al. ont trouvé un résultat similaire avec 81,6% de célibataires chez les consommateurs de cannabis (30). Baggio et al. ont rapporté 94,9% de célibataires dans leur étude en Suisse (29). La fréquence des célibataires dans la présente étude pourrait être due à l'âge des enquêtés qui sont majoritairement des sujets jeunes, mais aussi aux répercussions sociales, à l'instabilité professionnelle et financière engendrées par la consommation de SPA.

- Profil de consommation

Le cannabis était la SPA la plus fréquemment utilisée dans l'étude (75,78%). Ce résultat est supérieur à celui de Baggio et al. qui ont trouvé une fréquence de 47,6% d'usage de cannabis au cours de la vie (34). Engelgardt et al. ont rapporté une fréquence de 46% de l'usage du cannabis au cours de la vie dans leur étude (35). Notre fréquence plus élevée s'expliquerait par la population d'étude, composée uniquement de consommateurs de SPA. En effet, dans les études ci-dessus citées, la population d'étude était composée à la fois de consommateurs et de non consommateurs ce qui pourrait justifier leur fréquence un peu plus faible. De manière générale, il est admis que le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment consommée dans le monde. Dans plusieurs études, le cannabis apparaît en troisième position, juste après les substances licites (le tabac et l'alcool) (4,34,36). Le tabac et l'alcool en plus d'être licites, sont socialement mieux acceptés comparés aux substances illicites. Les consommateurs de ces substances licites de même que leur entourage auront donc moins tendance à demander des soins d'addictologie. Ce qui pourrait expliquer le fait que le cannabis ait été la substance la plus fréquemment consommée dans l'étude, devant l'alcool et le tabac.

Dans cette étude, 73,91% des participants étaient polyconsommateurs. Ce résultat concorde avec celui de Mabrouk et al. qui ont trouvé dans leur étude que 72% des usagers de cannabis étaient également consommateurs de tabac et d'alcool (30) et à celui de Engelgardt et al. avec

80% de polyconsommateurs dans leur étude (35). Diallo et al. ont rapporté une fréquence de 62,7% de polyconsommation dans leur étude réalisée en 2018 (15).

La quasi-totalité des enquêtés consommait par voie orale et/ou par inhalation de fumée [Tableau VI]. Cela s'expliquerait par la fréquence élevée de la consommation de cannabis, d'alcool et de tabac dans l'échantillon, qui sont habituellement administrés par cette voie. L'étude a révélé que 73,91% des enquêtés avaient une consommation quotidienne. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les usagers de drogues demandent généralement des soins quand ils ont déjà développé des problèmes liés à la consommation. A ce stade, la consommation est plus fréquente et moins contrôlée. Obradovic et al ont trouvé dans leur étude que les usagers quotidiens de cannabis étaient plus nombreux à demander de l'aide pour réduire ou arrêter leur consommation (37).

L'initiation à la consommation de SPA est survenue entre 10 et 19 ans pour 73,91% des usagers reçus. Ce résultat confirme celui de Sadeh et al. qui ont rapporté dans leur étude que la plupart des participants avaient eu leur première expérimentation des drogues illicites à l'adolescence (38). Dans une étude réalisée au Népal, une prédominance de l'initiation à la consommation de SPA entre 16 et 20 ans a été rapportée (3). En effet, L'adolescence constitue une période d'expérimentation marquée par le désir de tester de nouvelles choses et de découvrir d'autres sensations. Ce qui fait des adolescents, un groupe particulièrement vulnérable et influençable face à la consommation de SPA (30).

Chez les sujets de sexe masculin, la consommation principale de cannabis était la plus fréquente [Tableau IX]. Cette observation est conforme aux données de la littérature. En effet, plusieurs études rapportent une fréquence plus élevée de la consommation de cannabis chez les hommes (5,30,39).

La consommation principale de tramadol était plus élevée chez les femmes soit 33,33% contre 11,18% chez les hommes. Ce résultat concorde avec la déclaration de l'ONUDC dans son rapport mondial sur les drogues de 2021, selon laquelle, certaines classes de drogues, comme les tranquillisants, utilisés à des fins non médicales seraient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (32).

La fréquence de la consommation principale de cannabis était plus élevée chez les jeunes de 15 à 25 ans et diminuait après 25 ans. Par contre celle de l'alcool était plus élevée chez les patients de plus de 36 ans (54,55%) et cette fréquence était plus faible chez les plus jeunes [Tableau X]. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a rapporté

la même observation sur le cannabis, dans son enquête en population générale réalisée en France (40). En concordance avec notre résultat, Mabrouk et al. ont rapporté que 66,4% des consommateurs de cannabis avaient un âge compris entre 16 et 25 ans (30). Cette popularité du cannabis auprès des jeunes pourrait s'expliquer par sa facilité d'accès et son bas prix. Pour ce qui est de la consommation principale d'alcool, Beck et Richard ont trouvé dans leur étude que sa fréquence augmentait avec l'âge (41). Sabrina Hanine, a trouvé dans son étude une moyenne d'âge de 45,9 ans chez les patients alcoolodépendants (42).

Les sujets célibataires consommaient principalement le cannabis. Ce qui concorde avec le résultat trouvé par Guillem et al. avec 59% de célibataires parmi les usagers de cannabis (43). Ce résultat pourrait s'expliquer par l'âge relativement jeune des consommateurs de cannabis. Il y'avait plus de consommateurs d'alcool parmi les patients mariés que parmi les célibataires [Tableau XI]. Ce résultat confirme celui de Sabrina Hanine, qui a trouvé que 88% des patients alcoolodépendants étaient mariés (42). Nous pensons que le mariage pourrait constituer un facteur favorisant la consommation d'alcool, avec tout le stress et toute la pression sociale qui l'accompagnent. Une autre explication pourrait être le fait que les consommateurs d'alcool sont principalement des sujets d'âge mûr dans l'étude et dans notre contexte, les gens sont généralement déjà mariés à cet âge.

Près de la moitié des enquêtés avait une pathologie psychiatrique [Figure 11]. Coulibaly et al. ont rapporté 43% de cas de consommation de SPA chez les patients suivi dans le service de psychiatrie du CHU Point G (44). Guillem et al. ont rapporté une fréquence de 48% de trouble de l'humeur et 55% de trouble anxieux chez les usagers de SPA (43). Khemakhem et al. ont trouvé dans leur étude chez les adolescents consommateurs de SPA, la présence d'une comorbidité psychiatrique dans 52% des cas.

CONCLUSION

VII. Conclusion

Dans la présente étude, les individus de sexe masculin étaient les plus représentés, les sujets âgés de 15 à 25 ans étaient les plus concernés. Les élèves et étudiants ont représentés une part importante des enquêtés. Le cannabis était la SPA la plus fréquemment utilisée, suivi de l'alcool et du tabac. Les enquêtés étaient globalement polyconsommateurs. Le mode d'administration par voie orale était le plus fréquent. Les usagers quotidiens étaient les plus représentés. L'initiation à la consommation avait eu lieu plus fréquemment à l'adolescence.

Des études populationnelles et l'identification des facteurs associés à l'usage de SPA doivent être entreprises.

RECOMMANDATIONS

VIII. Recommandations

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Au Ministère en charge de l'éducation**
 - Intégrer dans les établissements scolaires, un programme de prévention de la consommation de substances psychoactives.
- **Au Ministère en charge de la santé**
 - Faire des recherches populationnelles et identifier les facteurs de risque de l'usage des SPA
 - Mettre en place des centres de prise en charge des addictions intégrés dans les services de santé mentale et les services de santé généraux.
 - Sensibiliser et communiquer sur les risques et les problèmes liés aux SPA.
- **Au service de psychiatrie du CHU Point G**
 - Entreprendre plus d'activités de recherche et de formation sur les addictions.
 - Faire le plaidoyer pour la mise en place d'une unité de prévention et de traitement des addictions.

Références

1. Cabal C. Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs. Doc Inf-Assem Natl. 2002;(3641).
2. Charron MC. Usage de substances psychoactives à l'adolescence et problèmes associés: effet modérateur de l'anxiété. 2009;
3. Dhungana M, Thapa M, Thapa D. Socio-Demographic Profile Of Psychoactive Substance Users Attending a Centre For Mental Health, Rupandehi. J Psychiatr Assoc Nepal. 2018;7(2):42-5.
4. Kpozehouen A, Ahanhanzo YG, Paraiso MN, Munezero F, Saizonou JZ, Makoutodé M, et al. Facteurs associés à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents au Bénin. Santé Publique. 2015;27(6):871-80.
5. Abreu AMM, Parreira PMSD, Souza MH do N, Barroso TMMD de A. Profile of consumption of psychoactive substances and its relationship to sociodemographic characteristics: a contribution to a brief intervention in primary health care, Rio de Janeiro, Brazil. Texto Contexto-Enferm. 2016;25.
6. Mbachu CN, Ebenebe JC, Mbachu II, Ndukwu CI, Elo-Ilo JC, Azubuike CM, et al. Sociodemographic profile of psychoactive substance use among selected secondary school students in rural Nigeria. Int J Adolesc Med Health. 2020;
7. CDC. Alcohol-Related Deaths [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [cité 29 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/alcohol/features/excessive-alcohol-deaths.html>
8. WDR 2021_Booklet 1 [Internet]. United Nations : Office on Drugs and Crime. [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html)
9. WHO. Global health estimates: Leading causes of death [Internet]. World Health Organization. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/advisory-groups/gama/gama-related-resources/gho>
10. WHO. Drugs [Internet]. World Health Organization. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/drugs-psychoactive>
11. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues [Internet]. 2022 [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en
12. N'DRI KM, SOUMAHORO MK, KOUASSI PD, IPOU S, KONÉ CJ, MIAN NNA, et al. Epidémiologie de la consommation des substances psychoactives en côte d'ivoire: revue systématique de la littérature. Rev Bio-Afr-N. 2018;17:34-42.
13. Donnenfeld Z, Bello-Schünemann J, Welborn L. Demande et consommation de drogues en Afrique.

14. Salifou S, Ekpai E, Wenkourama D, Kanekatoua S, Affo C, Dassa KS. Consommation de Substances Psychoactives par les Conducteurs de Taxi-Moto à Lomé: Prévalence et Facteurs Associés. *Health Sci Dis.* 2021;22(10).
15. Diallo T, Coulibaly SP, Diara A, Coulibaly CA, Fané M, Dembélé O, et al. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G, BAMAKO-MALI. *Mali Méd.* 2021;36(4).
16. Coulibaly SP, Maïga FI, Landouré G, Dolo H, Mounkoro PP, Dara AE, et al. FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES MENTAUX DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G AU MALI. *Mali Med.* 2021;36(1):52.
17. Tigori-Sangaré B, Dano SD, Vallée-Polneau S, Oga SA, Kouadio L. Consommation de substances psycho-actives et profil des usagers à Abidjan (Côte-d'Ivoire) en 2009. *Rev Francoph Lab.* 2011;2011(436):59-61.
18. Diakité O dit N. Consommation des stupéfiants en milieu universitaire [PhD Thesis]. USTTB; 2015.
19. Collège national des universitaires de psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants d'addictologie. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. France: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. 454 p. (L'Officiel ECN).
20. Traoré I. Consommation des substances psychoactives chez les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie [PhD Thesis]. USTTB; 2019.
21. CESZYNSKI C. Les consommations de substances psychoactives chez les médecins généralistes libéraux français. Étude de prévalence et comparaison aux données de la population générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [France]: LILLE 2 DROIT ET SANTE; 2014.
22. Bernadet S. Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux à l'adolescence: étude psychopathologique multi-échantillons, approche centrée sur la personne et facteurs de vulnérabilité [PhD Thesis]. Bordeaux 2; 2012.
23. Gagnon V. Pratiques parentales, fréquentation d'amis déviants et consommation problématique de substances psychoactives à l'adolescence: effets modérateurs des symptômes dépressifs et du sexe. 2014;
24. Michel Lejoyeux. *Addictologie*. 3^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2017.
25. Jean-Pierre Olié, Thierry Gallarda, Edwige Duaux. *Psychiatrie*. 2^e éd. Paris: Lavoisier; 2012. 478 p. (Le livre de l'interne).
26. Mali Demographics - Exploration par lieu - Data Commons [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://datacommons.org/place/country/MLI?category=Demographics&hl=fr>

27. ONUDC - BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE. ÉVALUATION DE LA RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE DROGUES. Mali: ONUDC; 2016. Report No.: 2023.
28. Younoussa SIDIBE. RAPPORT DE L'ETUDE DE BASE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA VILLE DE SIKASSO AU MALI. Mali: ORFED, OSIWA; 2017. Report No.: GO3113.
29. Koundoul A, Diariatou S, Issa W, Yaya K, Sokhna S, Habib TM. Profil des patients suivis en psychiatrie en milieu semi-urbain: expérience du Centre Psychiatrique de Ziguinchor au sud du Sénégal: Pattern of patients with mental disease at the Ziguinchor Psychiatric Center in southern Senegal. *Health Sci Dis.* 2021;22(8).
30. Mabrouk H, Mechria H, Mechri A, Douki W, Gaha L, Najjar MF. Étude épidémiologique de l'usage de cannabis dans une région du centre tunisien. *Âge.* 2011;36(28):8.
31. Kabisa E, Biracyaza E, Habagusenga J d'Amour, Umubyeyi A. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2021;16(1):1-12.
32. WDR 2021_Booklet 2 [Internet]. United Nations : Office on Drugs and Crime. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-2.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-2.html)
33. Pawłowska B, Zygo M, Potemska E, Kapka-Skrzypczak L, Dreher P, Kędzierski Z. Psychoactive substances use experience and addiction or risk of addiction among by Polish adolescents living in rural and urban areas. *Ann Agric Environ Med.* 2014;21(4).
34. Baggio S, Studer J, Mohler-Kuo M, Daepfen JB, Gmel G. Profiles of drug users in Switzerland and effects of early-onset intensive use of alcohol, tobacco and cannabis on other illicit drug use. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13805.
35. Engelhardt P, Krzyżanowski M, Piotrowski P, Borkowska-Sztachañska M, Wasilewska A, Kowalkowski T. Characteristics of psychiatric inpatients diagnosed with mental and behavioral disorders caused by psychoactive substances (F11-19 block), with a focus on NPS and psychiatric co-morbidities. *Int J Occup Med Environ Health.* 1 mars 2020;33(2):125-36.
36. Obot IS. La consommation de drogues et ses effets sur les jeunes en Afrique de l'Ouest. *Uyo Cent Rech D'information Sur Toxicom CRISA.* 2016;
37. Obradovic I, Le Nézet O, Spilka S. Jeunes usagers de drogues et demande d'aide. *Agora Débatsjeunesses.* 2013;(2):61-76.
38. Sadeh N, Miglin R, Bounoua N, Beckford E, Estrada S, Baskin-Sommers A. Profiles of Lifetime Substance Use are Differentiated by Substance of Choice, Affective Motivations for Use, and Childhood Maltreatment [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8312989/>
39. Chabrol H, Massot E, Montovany A, Chouicha K, Armitage J. Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance: étude de 159 adolescents consommateurs. *Arch Pédiatrie.* 2002;9(8):780-8.

40. Spilka S, Richard JB, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, et al. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. *Tendances* n° 128. 2018;
41. Beck F, Richard JB. La consommation d'alcool en France. *Presse Médicale*. 2014;43(10):1067-79.
42. Hanine S. Évaluation et stratégies de repérage des troubles liés à l'usage de cannabis chez les patients alcoolo-dépendants [PhD Thesis]. 2014.
43. Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S, Lépine JP. Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidité psychiatrique des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée. *L'Encéphale*. 2009;35(3):226-33.
44. Coulibaly S, Dolo H, Notue C, Sangaré M, Mounkoro P, Aboubacar A, et al. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali Hospital epidemiology of psychiatric disorders in Mali. *Pan Afr Med J*. 2022;41.

Annexes

Fiche signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : Adama A

Email : adamatraore5084@yahoo.fr

Titre de la thèse : Profil épidémiologique de la consommation de substances psychoactives au Mali.

Année de soutenance : 2021-2022

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique, Psychiatrie, Toxicologie

Résumé

L'objectif de notre travail était d'étudier le profil de consommation des usagers de drogues, reçus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G.

Une étude transversale descriptive a été menée auprès de 161 usagers de drogues vus en consultation d'addictologie dans le service de psychiatrie du CHU Point G de janvier 2020 à juillet 2022. Les données ont été collectées à partir du questionnaire du *West African Epidemiology Network on Drug Use (WENDU)*. L'analyse des données a été effectuée sur Epi info 7.2.

La consommation de cannabis était la plus fréquente (75,78%) dans notre échantillon, suivie de celles de l'alcool (45,34%) et du tabac (34,16%). Le cannabis était le produit le plus fréquemment cité comme principale substance consommée (54,66%). La polyconsommation était fréquente (73,91%). L'initiation à la consommation avait eu lieu plus fréquemment à l'adolescence (73,91%). La plupart des usagers avaient une consommation quotidienne (73,91%).

L'usage de substances est plus fréquent chez les adolescents et les jeunes adultes, la mise en place d'un programme scolaire de prévention est nécessaire.

Mots-clés : Substances psychoactives, drogues, profil, épidémiologie

Abstract

The objective of our work was to study the consumption profile of drug users, received in addictology consultation in the psychiatry department of CHU Point G.

A descriptive cross-sectional study was conducted among 161 drug users seen in addictology consultation in the psychiatry department of CHU Point G from January 2020 to July 2022. The data was collected from the questionnaire of the *West African Epidemiology Network on Drug Use (WENDU)*. Data analysis was performed on Epi info 7.2

Cannabis use was the most prevalent (75.78%) in our sample, followed by alcohol (45.34%) and tobacco (34.16%). Cannabis was the product most frequently cited as the main substance consumed (54.66%). Polydrug use was frequent (73.91%). Initiation to consumption took place more frequently in adolescence (73.91%). Most users had daily consumption (73.91%).

Substance use is more frequent among adolescents and young adults, the establishment of a school prevention program is necessary.

Keywords: Psychoactive substances, drugs, profile, epidemiology

Reseau épidémiologique Ouest Africain sur l'Usage de la Drogue (WENDU)

Fiche de collecte de données

Numéro de la fiche : /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Identité de l'enquêteur : /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

DATE : /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

A. Indicateurs de demande de traitement

1. Centre de traitement : _____

2. Type du Centre : 1. Patient en consultation externe dans une clinique privée 2. Patient hospitalisé dans une clinique privée 3. Centre hospitalier public 4. Hôpital Psychiatrique 5. Centre pénitentiaire 6. Communauté thérapeutique 7. Autres: _____

3. Date d'hospitalisation pour suivre un traitement: (jour/mois/année)

4. Source de la recommandation : 1. Soi-même 2. Famille/amis 3. Médecin/ infirmière 4. Services sociaux 5. Employeur 6. Etablissement d'enseignement 7. Tribunal/service correctionnel 8. Autres _____

B. Données sociodémographiques

5. Sexe: 1. Homme 2. Femme **6. Age:** _____ ans **7. Date de naissance :** _____

8. Condition de vie : **8(i) Logement :** 1. Domicile/logement stable 2. Dortoir/institution 3. Pas de logement stable **8(ii) Avec qui habite l'intéressé(e) :** 1. Seul 2. Avec ses parents 3. Avec un conjoint/partenaire 4. Avec des amis 5. Avec ses enfants (sans le conjoint) 6. Autres **8(iii) Zone de résidence :** 1. Urbaine 2. Semi-urbaine 3. Rurale

9. Niveau le plus élevé d'études achevées: 1. N'a pas achevé le cycle primaire 2. A un niveau d'études primaires 3. A suivi des études secondaires 4. A terminé les études secondaires 5. A suivi des études supérieures/possède un diplôme universitaire

10. Situation professionnelle : 1. Occupe un emploi permanent 2. Elève/étudiant(e) 3. Chômeur (se) 4. Femme au foyer 5. Autre

11. Situation matrimoniale : 1. Célibataire (n'a jamais été marié(e)) 2. Marié(e) 3. Divorcé(e) / séparé(e) 4. Veuf (ve) 5. Autres

12. Nationalité : _____

C. Données liées aux substances faisant l'objet d'abus

13. Principale substance : 1. Alcool 2. Cannabis 3. Cocaïne 4. Crack (cocaïne) 5. Autres stimulants (comme les amphétamines) 6. Opiacés (comme l'héroïne) 7. Sédatifs-hypnotiques (barbituriques, benzodiazépines) 8. Hallucinogènes 9. Solvants organiques/Colle 10. Autres : _____

14. Mode habituel de consommation : 1. Par voie orale/ par inhalation 2. Dans la nourriture/boisson 3. Par voie intraveineuse 4. Par reniflement 4. Autre : _____

15. Fréquence de la consommation : 1. Quotidiennement 2. 2 à 6 jours par semaine
3. Une fois par semaine ou moins 4. N'a rien consommé au cours du mois précédent 4.
Ne sais pas

16. Age lors de la première consommation : _____ ans

17. Source habituelle d'obtention de la substance principale : 1. Amis 2. Revendeurs de la rue 3. Par ordonnance/en pharmacie 4. Autres : _____

18. Autres drogues consommées : (Utiliser la liste ci-dessus) _____

19. Traitement antérieur pour toxicomanie/ dépendance ? 1. Oui 2. Non

Si oui, veuillez indiquer le nombre de fois vous avez suivi un traitement : _____

20. Vous a-t-on déjà posé un diagnostic pour l'une des maladies ci-après ?

Etat de santé	Oui	Non
Maladie cardiovasculaire		
Maladie des voies respiratoires		
Problèmes de santé mentale		
Hypertension artérielle		
Maladie du foie		
Diabète		
Maladie gastro-intestinale		
Tuberculose		
Hépatite		

21. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH/SIDA?

1. Oui, au cours des douze (12) derniers mois 2. Oui, mais pas au cours des douze (12) derniers mois 3. Non 4. Réponse inconnue/Refus de répondre

22. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VHC?

1. Oui, au cours des douze (12) derniers mois 2. Oui, mais pas au cours de douze (12) derniers mois 3. Non 4. Réponse inconnue/Refus de répondre

23. Comment le traitement sera-t-il pris en charge? 1. Revenus personnels 2. Famille/amis 3. Employeur 4. Assurance 5. Autre _____

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure !