



N° .....

Année : 2017 – 2018

## **THESE**

**Présentée en vue de l'obtention du**

**DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

**KOUASSI N'DA ALEX**

**Étude de la prévalence de la consommation  
de substances psychoactives chez les adultes  
admis aux urgences au CHU de Yopougon  
du 12 avril 2017 au 02 mai 2017**

*Soutenue publiquement le .....*

### **COMPOSITION DU JURY :**

Président : Monsieur MENAN EBY HERVE, Professeur titulaire  
Directeur : Madame TIGORI SANGARE BEATRICE, Maître de conférences agrégé  
Assesseurs : Madame SACKOU KOUAKOU JULIE, Maître de conférences agrégé  
Monsieur KOKAN JEAN LOUIS, Maître-assistante

**ADMINISTRATION ET PERSONNEL  
ENSEIGNANT DE L'UFR  
SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET  
BIOLOGIQUES**

## **I. HONORARIAT**

Directeurs/Doyens Honoraires :

Professeur RAMBAUD André  
Professeur FOURASTE Isabelle  
Professeur BAMBA Moriféré  
Professeur YAPO Abbé †  
Professeur MALAN Kla Anglade  
Professeur KONE Moussa †

## **II. ADMINISTRATION**

Directeur

Professeur KONE BAMBA Diéneba

Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie

Professeur Ag IRIE-N'GUESSAN G.

Sous-Directeur Chargé de la Recherche

Professeur Ag DEMBELE Bamory

Secrétaire Principal

Madame NADO-AKPRO Marie Josette

Secrétaire Principal Adjoint

Madame AKE Kouadio Api Eugénie

Documentaliste

Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert

Intendant

Monsieur GAHE Alphonse

Responsable de la Scolarité

Madame DJEDJE Yolande

## **III. PERSONNEL ET ENSEIGNANTS PERMANENTS**

### **1. PROFESSEURS TITULAIRES**

Mme AKE Michèle

Chimie Analytique, Bromatologie

M. ATINDEHOU Eugène

Chimie Analytique, Bromatologie

Mme ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L.

Biochimie et Biologie Moléculaire

M. DANO DJEDJE Sébastien

Toxicologie

Mme KONE BAMBA Diéneba

Pharmacognosie

MM. KOUADIO Kouakou Luc

Hydrologie, Santé Publique

MALAN Kla Anglade

Chimie Analytique, Contrôle de Qualité

	MENAN Eby Ignace	Parasitologie - Mycologie
	MONNET Dagui	Biochimie et Biologie Moléculaire
MM.	YOLOU Séri Fernand	Chimie Générale
	ABROGOUA Danho Pascal	Pharmacologie
	INWOLEY Kokou André	Immunologie
	YAVO William	Parasitologie - Mycologie
Mme	KOUAKOU SIRANSY N.	Pharmacologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M.	AHIBOH Hugues	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	AKE EDJEME N'guessan Angèle	Biochimie et Biologie Moléculaire
MM.	KOFFI Angely Armand	Pharmacie Galénique
	OGA Agbaya Stéphane	Santé Publique et Economie de la Santé
	OUATTARA Mahama	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
	YAPI Ange Désiré	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
	ZINZENDORF Nanga Yessé	Bactériologie-Virologie
	KOUASSI Dinard	Hématologie
	LOUKOU Yao Guillaume	Bactériologie-Virologie
	AMARI Antoine Serge G.	Législation
	AMIN N'Cho Christophe	Chimie Minérale, Chimie Générale
	BONY François Nicaise	Chimie Analytique
.	DEMBELE Bamory	Immunologie
	DJOHAN Vincent	Parasitologie -Mycologie
	GBASSI K. Gildas	Chimie Minérale
	DALLY Laba	Galénique
Mme	IRIE N'GUESSAN Amenan G.	Maître Assistante
M.	OUASSA Timothée	Bactériologie-Virologie
Mmes	SACKOU KOUAKOU Julie	Santé Publique
	SANGARE TIGORI Béatrice	Toxicologie
	POLNEAU VALLEE Sandrine	Mathématiques biophysique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M. DIAFOUKA François Biochimie et Biologie de la Reproduction

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mme BARRO KIKI Pulchérie	Parasitologie - Mycologie
M. CLAON Jean Stéphane	Santé Publique
Mmes SANGARE Mahawa	Biologie Générale
KOUASSI AGBESSI Thérèse	Bactériologie-Virologie
Milles DIAKITE Aïssata	Toxicologie
FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Pharmacognosie
MM. MANDA Pierre	Toxicologie
ADJAMBRI Adia Eusèbe	Hématologie
YAYO Sagou Éric	Biochimie et Biologie Moléculaire
N'GUESSAN Alain	Galénique
Mmes AKA-ANY-GRA Armelle Adjoua S.	Pharmacie Galénique
AYE YAYO Mireille	Hématologie
HOUNSA Annita Emeline Epse Alla	Santé Publique
VANGA ABO Henriette	Parasitologie-Mycologie
YAO ATTIA Akissi Régine	Santé Publique
AFFI-ABOLI Mihessé Roseline	Immunologie
M. ANGORA Kpongbo Etienne	Parasitologie
KASSI Kondo Fulgence	Parasitologie-Mycologie
Mlle KONATE Abibatou	Parasitologie-Mycologie

### 5. ASSISTANTS

MM. ADJOUNGOUA Attoli Léopold	Pharmacognosie
AMICHIA Attoumou Magloire	Pharmacologie
MM. BROU Amani Germain	Chimie Analytique

	CABLAN Mian N'Dedey Asher	Bactériologie-Virologie
	COULIBALY Songuigama	Chimie organique, Chimie thérapeutique
M.	DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Pharmacologie
Mlle	DOTIA Tiepordan Agathe	Bactériologie-Virologie
M.	EFFO Kouakou Etienne	Pharmacologie
MM.	KABRAN Tano Kouadio Mathieu	Immunologie
	MIEZAN Jean Sébastien	Parasitologie
	TANO-H-BEDIA Valérie	Parasitologie
	KAMENAN Boua Alexis Thierry	Pharmacologie
	KOFFI Kouamé	Santé Publique
	ADIKO Aimé Cézaire	Hématologie
Mmes	DONOU-N'DRAMAN Aha Emma	Hématologie
	KABLAN-KASSI Hermance	Hématologie
	BROU Amani Germain	Pharmacie Clinique
	KACOU Alain	Chimie organique, chimie thérapeutique
	N'GUESSAN Déto Ursul Jean Paul	Chimie organique, chimie thérapeutique
	KONAN Konan Jean Louis	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mmes	KONE Fatoumata	Biochimie et Biologie Moléculaire
	SIBILI-KOFFI Akissi Joëlle	Biochimie et Biologie Moléculaire
MM.	KOUAKOU Sylvain Landry	Pharmacologie
	KOUAME Denis Rodrigue	Immunologie
	KPAIBE Sawa André Philippe	Chimie Analytique
	LATHRO Joseph Serge	Bactériologie-Virologie
	N'GBE Jean Verdier	Toxicologie
Mmes	N'GUESSAN-BLAO Amoin Rebecca J.	Hématologie
	N'GUESSAN Kakwokpo Clémence	Pharmacie Galénique
	TUO Awa	Pharmacie Galénique
	OUAYOGODE-AKOUBET Aminata	Pharmacognosie
	ALLOUKOOU-BOKA Paule Mireille	Législation
	APETE Sandrine	Bactériologie-Virologie

M.	TRE Eric Serge	Chimie Analytique
Mmes	VANGA ABO Henriette	Parasitologie-Mycologie
	YAO ATTIA Akissi Régine	Santé Publique
M.	YAPO Assi Vincent De Paul	Biologie Générale

## **6. ATTACHES DE RECHERCHE**

M.	LIA Gnahoré José Arthur	Pharmacie Galénique
Mmes	ADIKO N'dri Mireille	Pharmacognosie
	OUATTARA N'gnôh Djénéba	Santé Publique

## **7. IN MEMORIUM**

Feu KONE Moussa	Professeur Titulaire
Feu OUATTARA Lacina	Professeur Titulaire
Feu YAPO Abbé Etienne	Professeur Titulaire
Feu OUATTARA Lassina	Professeur Titulaire
Feu COMOË Léopold	Maître de Conférences Agrégé
Feu GUEU Kaman	Maître Assistant
Feu ALLADOUM Nambelbaye	Assistant
Feu COULIBALY Sabali	Assistant
Feu TRAORE Moussa	Assistant
Feu YAPO Achou Pascal	Assistant

## **IV. ENSEIGNANTS VACATAIRES**

### **1. PROFESSEURS**

MM.	DIAINE Charles	Biophysique
	ASSAMOÏ Assamoi Paul	Biophysique
	OYETOLA Samuel	Chimie Minérale
	ZOUZOU Michel	Cryptogamie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mme	TURQUIN née DIAN Louise	Biologie Végétale
MM	YAO N'Dri	Pathologie Médicale
	SAKO Aboubakar	Physique (Mécanique des fluides)

## **3. MAÎTRE-ASSISTANT**

M.	KONKON N'Dri Gilles	Botanique, Cryptogamie
----	---------------------	------------------------

## **4. NON UNIVERSITAIRES**

M.	AHOUSI Daniel Ferdinand	Séjourisme
	DEMPAH Anoh Joseph	Zoologie
	GOUEPO Evariste	Techniques officinales
Mme	KEI-BOGUINARD Isabelle	Gestion
MM	KOFFI Alexis	Anglais
	KOUA Amian	Hygiène
	KOUASSI Ambroise	Management
	KOUAKOU Tanoh Hilaire	Botanique et Cryptogamie
	N'GOZAN Marc	Séjourisme
	KONAN Kouacou	Diététique
Mme	PAYNE Marie	Santé Publique



COMPOSITION DES DEPARTEMENTS DE L'UFR DES  
SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUE

## **I. BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE**

Professeur	LOUKOU Yao Guillaume	Maître de Conférences Agrégé
		Chef de département
Professeurs	OUASSA Timothée	Maître de Conférences Agrégé
	ZINZENDORF Nanga Yessé	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	CABLAN Mian N'Dédey Asher	Maître-Assistant
	KOUASSI AGBESSI Thérèse	Maître-Assistant
	APETE Sandrine	Assistante
	DJATCHI Richmond Anderson	Assistant
	DOTIA Tiepordan Agathe	Assistante
	KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde	Assistante
	LATHRO Joseph Serge	Assistant

## **II. BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE, BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET PATHOLOGIE MEDICALE**

Professeur	MONNET Dagui	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Professeurs	HAUHOUOT ép. ATTOUNGBRE M.L.	Professeur Titulaire
	AHIBOH Hugues	Maître de Conférences Agrégé
	AKE-EDJEME N'Guessan Angèle	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	KONAN Konan Jean Louis	Maître-Assistant
	YAYO Sagou Eric	Maître-Assistant

KONE Fatoumata	Assistante
SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle	Assistante
YAPO-YAO Carine Mireille	Assistante

### **III. BIOLOGIE GENERALE, HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE**

Professeur	SAWADOGO Duni	Professeur Titulaire
		Chef du Département
Professeurs	INWOLEY Kokou André	Professeur Titulaire
	DEMBELE Bamory	Maître de Conférences Agrégé
	KOUASSI Dinard	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	ABOLI-AFFI Mihessé Roseline	Maitre-Assistant
	ADJAMBRI Adia Eusebé	Maitre-Assistant
	AYE-YAYO Mireille	Maitre-Assistant
	BAMBA-SANGARE Mahawa	Maitre-Assistant
	ADIKO Aimé Cézaire	Assistant
	DONOU-N'DRAMAN Aha Emma	Assistante
	KABLAN-KASSI Hermance	Assistante
	KABRAN Tano K. Mathieu	Assistant
	KOUAME Denis Rodrigue	Assistant
	N'GUESSAN-BLAO A. Rebecca S.	Assistante
	YAPO Assi Vincent De Paul	Assistant

**IV. CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE,**  
**TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE**

Professeur	MALAN Kla Anglade	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Professeurs	AKE Michèle	Professeur Titulaire
	AMIN N'Cho Christophe	Maître de Conférences Agrégé
	BONY Nicaise François	Maître de Conférences Agrégé
	GBASSI Komenan Gildas	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	BROU Amani Germain	Assistant
	KPAIBE Sawa Andre Philippe	Assistant
	TRE Eric Serge	Assistant

**V. CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE**

Professeur	OUATTARA Mahama	Maître de Conférences Agrégé
		Chef de Département
Professeur	YAPI Ange Désiré	Maître de Conférences Agrégé
Docteur	COULIBALY Songuigama	Assistant
	KACOU Alain	Assistant
	KOUAHO Avi Kadio Tanguy	Assistant
	N'GUESSAN Déto Ursul JP	Assistant
	SICA-DIAKITE Amelanh	Assistante

## **VI. PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE ET ZOOLOGIE**

Professeur	MENAN Eby Ignace H.	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Professeurs	YAVO William	Professeur Titulaire
	DJOHAN Vincent	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	ANGORA Kpongbo Etienne	Maître-Assistant
	BARRO KIKI Pulchérie	Maître-Assistant
	KASSI Kondo Fulgence	Maître-Assistant
	KONATE Abibatou	Maître-Assistant
	VANGA ABO Henriette	Maître-Assistant
	MIEZAN Jean Sébastien	Assistant
	TANO-H-BEDIA Valérie	Assistante

## **VII. PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE, COSMETOLOGIE, GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE**

Professeur	KOFFI Armand A.	Maître de Conférences Agrégé
		Chef de Département
Professeurs	AMARI Antoine Serge G.	Maître de Conférences Agrégé
	DALLY Laba Ismaël	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	AKA ANY-GRAH Armelle A.S.	Maître-Assistant
	N'GUESSAN Alain	Maître-Assistant
	ALLOUKOU-BOKA P.-Mireille	Assistante
	LIA Gnahoré José Arthur	Attaché de recherche

NGUESSAN Kakwokpo Clémence Assistante

N'GUESSAN-AMONKOU A. Assistante

TUO Awa Assistante

**VIII. PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VEGETALE, CRYPTOLOGAMIE,**

Professeur	KONE BAMBA Diénéba	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Docteurs	ADJOUGOUA Attoli Léopold	Maître-Assistant
	FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Maître-Assistant
	ADIKO N'dri Marcelline	Attachée de recherche
	AKOUBET-OUAYOGODE A.	Assistante
	ODOH Alida Edwige	Assistante

**IX. PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIE HUMAINE**

Professeurs	ABROGOUA Danho Pascal	Professeur Titulaire
		Chef de Département
	KOUAKOU-SIRANSY N'doua G.	Professeur Titulaire
	IRIE-N'GUESSAN Amenan G.	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	AMICHIA Attoumou M	Assistant
	BROU N'Guessan Aimé	Assistant
	DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Assistant

EFFO Kouakou Etienne                      Assistant

KAMENAN Boua Alexis                      Assistant

KOUAKOU Sylvain Landry                      Assistant

**X.    PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES ET INFORMATIQUE**

Professeur    POLNEAU-VALLEE Sandrine                      Maître de Conférences Agrégé

Chef de Département

Docteur        KONAN Jean-Fréjus                      Maître-Assistant

**XI. SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE**

Professeur	KOUADIO Kouakou Luc	Professeur Titulaire
		Chef de département
	DANO Djédjé Sébastien	Professeur Titulaire
	OGA Agbaya Stéphane	Maître de Conférences Agrégé
	KOUAKOU-SACKOU J.	Maître de Conférences Agrégé
	SANGARE-TIGORI B.	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	CLAON Jean Stéphane	Maître-Assistant
	MANDA Pierre	Maître-Assistant
	DIAKITE Aissata	Maître-Assistante
	HOUNSA-ALLA Annita Emeline	Maître-Assistante
	KONAN-ATTIA Akissi Régine	Maître-Assistante
	OUATTARA N'gnôh Djénéba	Chargée de Recherche
	BEDIAKON-GOKPEYA Mariette	Assistante
	KOFFI Kouamé	Assistant
	NGBE Jean Verdier	Assistant



## **DEDICACES**

*En tout premier lieu, je tiens à remercier le bon Dieu, Tout Puissant  
et Miséricordieux, de m'avoir donné la force, la patience et  
suffisamment d'audace pour dépasser toutes les difficultés que j'ai  
pu rencontrer dans l'accomplissement de ce modeste travail.*

Je dédie cette thèse ...

**A ma très chère mère,**

Affable, honorable, aimable, tu représentes pour moi le symbole de la bravoure par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Tu m'as élevé dans l'honneur, la droiture et la dignité. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour et de mon infinie reconnaissance. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur. Que se taisent ici tes pleurs maman.

## **À mon père,**

Disparu avant d'avoir pu voir l'aboutissement de ce travail. Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme. La rigueur militaire avec laquelle tu t'es efforcé de nous éduquer me sert aujourd'hui dans tous les aspects de ma vie. La fierté et l'abnégation que tu mettais dans ton devoir de père sont telles qu'aucune dédicace ne saurait traduire la reconnaissance et la profonde affection que je te porte. Je n'oublierai jamais ces étoiles dans ton regard à l'annonce de mon admission à l'école préparatoire aux sciences de la santé, cette clameur dans ta voix chaque fois qu'on évoquait mon avenir une fois mes études terminées, ton affliction lorsque je connus mon premier échec scolaire, .....tes larmes lorsque tu as senti ton dernier souffle arrivé. Sois fier de moi Papa.

J'espère que, du monde qui est sien maintenant, il apprécie cet humble geste comme une preuve de reconnaissance de la part d'un fils qui a toujours voulu l'honoré.

**À mon cher oncle et père adoptif Monsieur KONAN Kouakou Etienne,**

Merci pour ton soutien moral et ton aide inestimable et si précieuse ces dernières années. Qu'il trouve dans ce travail l'expression de mon profond respect.

**A mon frère jumeau KOUASSI N'Da Jaurès, mon grand frère N'GUESSAN Armand KOUASSI, mon petit frère KOUASSI N'da Joël et ma petite sœur KOUASSI N'da Diane**

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de prospérité et de réussite. Que ce travail soit l'expression de mon attachement et ma profonde affection.

**A mon défunt petit frère KOUASSI Amani Jean-Charles, parti dans la fleur de l'âge**

Je m'en veux encore de n'avoir rien pu faire pour te garder en vie. Tu étais l'ami des enfants, reçois cette thèse comme une promesse que je te fais de perpétuer cet attachement pour les tout-petits dans ma future vie professionnelle.

**A mes tantes et oncles, mes cousins et cousines**

Que ce travail soit le témoignage de l'estime et la profonde affection que j'ai pour vous.

## **A mon regrette Beau-père Mr TOKPA Fall Marcelin**

Comment vous oublier Papa?

Vous m'avez accueilli les bras ouverts. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon grand respect et de mon estime envers vous. Votre bonté reste encore gravée dans ma mémoire, j'imagine quelle aurait été votre joie aujourd'hui, j'aurais voulu que vous assistiez à l'aboutissement de ces années de dur labeur, Dieu en a décidé autrement. Que Dieu vous accorde la paix éternelle et vous accueille dans son paradis.

## **À ma belle mère Mme TOKPA Adèle et à toute ma belle famille,**

Merci d'avoir été une seconde maman pour moi et de m'avoir accepté au sein de votre famille. Après m'avoir offert votre confiance, vous m'avez également réservé une place de choix dans vos cœurs. Vous avez toujours cru en moi. Merci pour vos encouragements et pour votre patience. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

### **A ma charmante et attachante fiancée Corinne TOKPA,**

Depuis que je t'ai connu, tu n'as cessé de me soutenir et de m'épauler. Tu as partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie, aux moments les plus difficiles de ma vie, tu étais toujours à mes cotés, Je te remercie de ne m'avoir jamais déçu. Toi qui pour mon plus grand bonheur partage ma vie et mes expériences professionnelles depuis leurs origines. Tu as su, tout au long de cette thèse, réfréner mes "ras le bol" et m'encourager dans ma voie. Ton soutien a été sans faille et je te serai éternellement reconnaissant. Merci de m'avoir supporté tout au long de ces années. Je n'oublierai jamais les nuits blanches que tu passais à mes côtés pendant les périodes de maladie, les périodes de révision et d'examens...

Que ce travail, soit le gage de mes sincères sentiments de reconnaissance et de gratitude... une modeste récompense pour tous tes sacrifices...

Puisse Dieu le tout puissant te combler de bonne santé et t'accorde longue vie et prospérité.

### **A mon fils adoré KOUASSI Oren Hever**

Merci pour tous les moments d'évasions et de bonheur que tu me procures, Tu es ma source d'inspiration et d'énergie. Nulle ne pourra exprimer ma fierté et mon amour pour toi. Je t'aime plus que tout au monde.

## **A MES TRES CHERES AFFIDÉES, AUSSI RAVISSANTES QUE DISTINGUÉES, SŒURS BAMBA ET TOURE**

Quoique je dise, je ne saurais suffisamment exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour vous. Je vous remercie, pour votre support et vos encouragements, et je vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble. Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserver du mal et vous combler de santé et de bonheur. NAFANTA ma préférée, les humiliations, les vexations et l'injustice seront bientôt pour toi un marchepied. Puisse nos fraternels liens se pérenniser et se consolider encore. Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis pour moi. Que Dieu sache te le rendre, infiniment au-delà de tes espérances.

## **A mes chers amis de faculté,**

KOUASSI Bi Zéri Marius, KOUDOU Gahié Hermann, LOUKOU N'zué Christian, Diomandé Moussa Dominique, ABOLEY Kouassi Géraud, KONAN Yao Thierry, KOUAKOU Daniel, OKPOMI Ede Jeane Bénédicte, ASSAMOI Prisca, DONGO Tamia Emmanuella, YAGBA Yaka Marie, N'guiachi Maurine, OLOYE Kock Marie France, NIAMKE Annie Patricia... avec qui j'ai partagé les bancs de la fac. A nos délires, nos bonheurs partagés ensemble. Pour m'avoir aidé et sup(porté) dans mes études et pendant les moments difficiles.



**A mes copains Oka Simplicie, Kouadio Serges Eric, Kragbé Béhibro Philippe, Koffi Ely Marius, Jules Eza Ecrah**

Avec qui j'ai partagé des moments de doutes, d'angoisse, de peines et surtout d'abattement. Vous m'avez été d'un grand soutien lors des événements douloureux que j'ai traversé ces deux dernières années. Merci d'être là, toujours. Merci pour les moments de joie et pour cette « folie » que j'aime malgré tout. Le meilleur reste à venir.

**A toute l'équipe de la pharmacie MATY,**

Un grand merci pour m'avoir accueilli et adopté, pour avoir participé à ma formation et pour l'expérience que vous me faites partager. Merci pour votre patience, votre soutien indéfaillible, votre gentillesse et pour tous les bons moments passés ensemble.

**A tous mes amis(es) et à tous ceux qui m'ont toujours  
témoigné leur amitié,**

Qu'il me soit ici permis de présenter mes remerciements à tout ce petit monde qui, d'une quelconque manière, m'ont apporté leur amitié, leur attention, leurs encouragements, leur appui et leur assistance pour que je puisse mener à terme ce travail. Je ne saurais citer chacun par son nom. Que tous trouvent ici l'expression de ma franche et profonde reconnaissance.

**Aux médecins généralistes et aux internes en poste au  
service des urgences du CHU de Yopougon,**

Qui volontairement se sont prêtés à cet exercice. Vous m'avez donné de votre temps et accepté de me faire partager votre vécu. Vous avez permis la réalisation de ce travail. Un grand merci. Ces moments d'échanges ont été très enrichissants et j'espère, par ce travail, avoir répondu à certaines questions que vous vous posiez.

Le travail présenté dans cette thèse n'aurait pu être mené à bien sans l'aide et l'assistance de Messieurs YEMAN Boniface, AHI Ayemou Armand (techniciens au Laboratoire National de la Santé Publique) et GALLE Gago Paul (infirmier au service des urgences du CHU de Yopougon). Je tiens à leur exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude pour avoir bien voulu accepter de m'accorder de leur temps et de me faire partager leur expérience.

**A tous ceux qui nous ont quittés,**

Vous êtes aujourd’hui présents dans mon cœur.

## REMERCIEMENTS

Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude à mesdames **SANGARE TIGORI Béatrice** et **POLNEAU VALLEE Sandrine**, qui ont accepté d'encadrer cette recherche doctorale et qui ont suivi son évolution avec une grande et généreuse disponibilité. Leurs orientations ont été judicieuses, tout en me laissant une marge d'autonomie.

Il se trouve des personnes que Dieu ait ointes et désignées à l'effet de porter aide, conseils et assistance à l'endroit de puînés dans le besoin. **Docteur TRAORE Aissata Désirée Denise**, vous êtes pour moi comme un phare sans lequel ce bateau ne serait jamais arrivé à bon port. Votre grand instinct maternel et votre magnanimité m'ont été d'un apport inestimable. Avec diligence, spontanéité, et oblativité vous avez pris sur vous de me porter et de m'accompagner chaque fois que le deuil me frappa. Que Dieu dans sa miséricorde et son omnipotence se souvienne de vous, dans vos rapports avec lui, dans vos activités, dans votre famille et dans vos projets. A jamais je vous suis reconnaissant.

### **A Monsieur Le Professeur Ehua Somian Francis, Ex-chef de service des urgences du CHU de Yopougon**

Mon passage dans votre service m'a permis d'approcher avec un œil différent la médecine d'urgence et d'aborder le thème des conduites addictives et des toxicomanies, qui me tenait à cœur. Je vous remercie de m'avoir adopté et de m'avoir ouvert les portes de vos unités de soins.

*Je ne manquerai pas non plus de dire un grand merci aux membres du jury qui ont accepté, sans réserve aucune, d'évaluer cette thèse à sa juste valeur, et de me faire part de leur remarques sûrement pertinentes qui, avec un peu de recul, contribueront, sans nul doute, au perfectionnement du présent travail.*

**A MES CHERS  
MAITRES ET JUGES**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY**

**Monsieur le Professeur MENAN EBY HERVE**

- ✓ *Professeur Titulaire de Parasitologie et Mycologie à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan ;*
- ✓ *Chef du département de Parasitologie – Mycologie – Zoologie – Biologie Animale de l'UFR SPB ;*
- ✓ *Docteur ès sciences pharmaceutiques et biologiques de l'Université de Montpellier I (Thèse unique, PhD) ;*
- ✓ *Directeur du Centre de Diagnostic et de recherche sur le SIDA et les autres maladies infectieuses (CeDReS) ;*
- ✓ *Directeur Général de CESAM, laboratoire du Fonds de Prévoyance Militaire ;*
- ✓ *Officier supérieur (Colonel) du Service de Santé des Armées de la RCI ;*
- ✓ *Ancien Interne des Hôpitaux d'Abidjan (Lauréat du concours 1993) ;*
- ✓ *Lauréat du prix PASRES-CSRS des 3 meilleurs chercheurs ivoiriens en 2011 ;*
- ✓ *Membre du Conseil Scientifique de l'Université FHB ;*
- ✓ *Membre du Comité National des Experts Indépendants pour la vaccination et les vaccins de Côte d'Ivoire ;*
- ✓ *Vice-Président du Groupe scientifique d'Appui au PNLP ;*
- ✓ *Ex- Président de la Société Ivoirienne de Parasitologie (SIPAM) ;*
- ✓ *Vice-Président de la Société Africaine de Parasitologie (SOAP) ;*
- ✓ *Membre de la Société Française de Parasitologie ;Membre de la Société Française de Mycologie médicale ;*

*Cher Maître,*

*C'est un grand honneur que vous me faites de présider ce jury.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.*

*Vos hautes fonctions ne vous ont jamais départi de votre disponibilité, et votre présence me ravit du fait de votre sensibilité aux problèmes éthiques.*

*Permettez-moi de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon profond respect.*

*Que la grâce de Dieu soit sur vous.*

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Madame le Professeur SANGARE-TIGORI BEATRICE**

- ✓ *Professeur en Toxicologie (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)*
- ✓ *Docteur en pharmacie*
- ✓ *Titulaire d'un Doctorat (PhD) en Toxicologie*
- ✓ *Experte en Toxicologie et Produits Pharmaceutiques près les Tribunaux de Côte d'Ivoire*
- ✓ *Pharmacien analyste au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)*
- ✓ *Titulaire du Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) de Valorisation de la*
- ✓ *Pharmacopée Africaine (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques*
- ✓ *de l'Université Félix Houphouët-Boigny)*
- ✓ *Titulaire du DESS de Toxicologie (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)*
- ✓ *Membre de la Société Savante Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI).*
- ✓ *Membre de la Société Ivoirienne de Toxicologie (SITOX)*
- ✓ *Membre de la Société Française de Toxicologie (SFT)*
- ✓ *Membre du Bureau National d'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (Conseil central 3)*

*Cher maître,*

*Qui m'avez fait l'honneur d'être mon directeur de thèse ;*

*Vous m'avez proposé, il y a un peu plus d'un an, ce thème de recherche qui m'a passionné.*

*Dès notre première entrevue, vos propos ont été encourageants, stimulants, et il m'appartenait de ne pas vous décevoir. J'espère ne pas vous avoir déçu.*

*Votre dévouement pour la toxicologie humaine est hors du commun, il n'a d'égal que votre humilité et je suis fière d'avoir pu avancer dans votre sillage Professeur.*

*Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère admiration pour votre combat permanent, sur tous les fronts, quand les thèmes abus et dépendance apparaissent.*

*En espérant avoir le plaisir de pouvoir travailler encore avec vous.*

*Que DIEU vous bénisse.*



## NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

***Madame le Professeur SACKOU Kouakou Julie***

- ✓ *Docteur en Pharmacie ;*
- ✓ *Professeur agrégé en hygiène et santé publique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Cocody- Abidjan- Département d'Hygiène de l'Environnement, Santé Publique et Toxicologie ;*
- ✓ *Pharmacienne hygiéniste responsable de l'unité hygiène des aliments au Laboratoire d'hygiène à l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) ;*
- ✓ *Thèse Unique en Santé Publique Université Félix Houphouët Boigny Abidjan ;*
- ✓ *Diplôme Universitaire d'Education pour la Santé Université Paris 13 Nord-Bobigny Sorbonne-Cité ;*
- ✓ *Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS) en Hygiène Alimentaire Université de Cocody Abidjan ;*
- ✓ *Ancien interne des Hôpitaux ;*
- ✓ *Membre de l'Union Internationale pour la Promotion et l'Education en Santé (UIPES) ;*
- ✓ *Membre de la société française de santé publique (SFSP)*

*Cher Maître,*

*Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.*

*A votre humanité, s'ajoutent compétence, connaissance et la loyauté.*

*Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

*Que Dieu vous bénisse.*

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE**

*Monsieur le Docteur KONAN JEAN LOUIS*

*Cher Maître,*

*Merci pour la promptitude avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail. Cela  
confirme votre humilité, votre disponibilité et votre simplicité.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.*

*Que Dieu vous bénisse.*

## SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES .....	XXXV
LISTE DES FIGURES .....	XXXVI
LISTE DES TABLEAUX .....	XXXVII
INTRODUCTION .....	38
<b>Première partie: GENERALITES.....</b>	<b>43</b>
I.DEFINITIONS .....	46
II.LES COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES .....	48
III.LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DE RISQUE ET DE PROTECTION .....	50
1.Les facteurs de risque .....	51
1.2Les facteurs de risque environnementaux .....	53
IV.MONOGRAPHIE ET CLASSIFICATION DES DIFFERENTES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES A L'ETUDE .....	54
1.Cannabis et cannabinoïdes .....	54
2.Les dépresseurs du Système Nerveux Central .....	57
3.Les sédatifs avec effets hallucinogènes : cas des solvants volatils .....	61
4.Les stimulants .....	61
5.Les entactogènes ou "drogues récréatives" .....	63
6.Les hallucinogènes .....	65
<b>Deuxième partie: ETUDE PRATIQUE.....</b>	<b>70</b>
CHAPITRE I : MATERIELS ET METHODES .....	71
I.CADRE ET TYPE D'ETUDE .....	71
1.Période de l'étude .....	71
2.Cadre de l'étude .....	71
3.Autorisations administratives .....	72
4.Notes d'information .....	72
5.La fiche de renseignement .....	73
6.Echantillonnage .....	73
8.Critères d'exclusion .....	74
9.Spécimen biologique : les urines .....	74
II.METHODE ANALYTIQUE .....	76
CHAPITRE II : RÉSULTATS .....	80
I.LA PREVALENCE .....	80
II.LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES OU SOCIO-ECONOMIQUES .....	80
III.LES DONNEES CLINIQUES .....	86
DISCUSSION .....	99
CONCLUSION .....	109
REFERENCES .....	116

## **LISTE DES ACRONYMES**

APA : American Psychiatric Association

API : alcoolisation ponctuelle importante

CAARUD : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAWN : Drug Abuse Warning Network

ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie

EMCDDA : European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction

ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants

IOA : infirmière organisatrice de l'accueil

IST : infection sexuellement transmissible

NPS : nouveaux produits de synthèse

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ONUDD : Office des Nations Unies contre le Drogue et le Crime

PES : programme d'échanges de seringues

RC : research chemicals

SAUV : service d'accueil des urgences vitales

SPA : substance psychoactive

TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition de la population d'étude par classes d'âge .....	81
Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe .....	82
Figure 3: Répartition selon l'activité professionnelle.....	84
Figure 4 : Répartition selon le lieu de résidence .....	85
Figure 5 : Répartition selon les antécédents médicaux des patients .....	86
Figure 7 : répartition selon la médication en cours .....	89
Figure 8 : Répartition de la population de toxicomanes par classes d'âge.....	90
Figure 9 : Répartition du sexe en fonction de l'indice de consommation .....	91
Figure 10 : Fréquence de consommation de chaque spa au sein de la population d'étude.....	93
Figure 11 : Alcoolurie des patients testes positifs à la DRUG-CHECK®.....	94
Figure 12 : Répartition selon le sexe des patients toxicomanes ayant une alcoolurie positive .....	94
Figure 13 : Répartition selon l'indice de consommation.....	94
Figure 14 : Comportements de consommation des spa dans la population d'etude .....	96
Figure 15 : Répartition selon l'indice de consommation.....	96
Figure 16 : Répartition selon le sexe chez les monotoxicomanes .....	98
Figure 17 : Répartition selon le sexe chez les polytoxycomanes.....	98

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Quelques indices observables de consommation ou d'un état d'intoxication.....	67
Tableau II : Quelques indices observables de consommation de certaines substances .....	68
Tableau III : Quelques indices observables à long terme .....	69

## ***INTRODUCTION***

---

## **HISTORIQUE**

L'usage des substances psychoactives remonte à plusieurs millénaires.

- \* **En 4000 avant JC**, le pavot était cultivé en Mésopotamie.
- \* **En 2700 avant JC**, le cannabis était déjà consommé en tant que substance psychoactive en Chine. (**Observatoire Géopolitiques des Drogues (D.G.D.) [1996] Atlas mondial des drogues, PUF, Paris. P9).**
- \* **Entre 2100 et 250 ans avant JC**, la feuille de coca était très largement utilisée.

Les produits dont les usages variaient selon les cultures et les traditions étaient utilisés pour soigner, ou lors des fêtes, rituels ou cérémonies, afin de modifier l'état de conscience et renforcer les liens entre les individus ou avec les entités spirituelles peuplant leur environnement.

**Au XIX<sup>e</sup> siècle**, les chimistes parviennent à extraire à des fins médicales le principe actif de certaines substances : la cocaïne (utilisée comme anesthésique local ou dans le traitement des maladies respiratoires) ; la morphine et l'héroïne (utilisée contre la toux et l'asthme) sont extraites de l'opium. On pensait alors avoir découvert l'antalgique parfait. En effet, administrée pour apaiser les douleurs postopératoires ou chroniques, la morphine montrait une efficacité encore non égalée. Progressivement, les professionnels de santé découvrent que ces substances entraînent une mauvaise « balance bénéfices-risques ». Leur usage de soins devient détourné.

**Dans les années 1920**, les Etats d'Europe et d'Amérique du Nord instaurent des réglementations pour limiter ou interdire l'usage non médical. En effet, le nombre de consommateurs augmente, ce qui entraîne une prise de conscience des dangers



de ces produits. (**Escohotado, A. 1995. Ivresses dans l'histoire. Les drogues, des origines à leur interdiction. Paris : Du Léopard. P110**)

**Dans les années 1960**, le cannabis est diffusé largement chez les jeunes. Des drogues hallucinogènes comme le LSD sont expérimentées. L'héroïne et la cocaïne reviennent sur le marché par la constitution de réseaux criminels internationaux. Leur consommation (surtout intraveineuse) se développe dans les années 1970 et 1980 dans les pays occidentaux avec des conséquences dramatiques : overdoses, contamination par le VIH et le VHC.

**Entre 1961 et 1988**, des conventions internationales sont élaborées, établissant des listes de produits dits « stupéfiants », interdits ou strictement réglementés. Les pays signataires de ces différentes conventions adaptent leur législation à ces textes. (**Observatoire Géopolitique des Drogues (D.G.D.) [1996] Atlas mondial des drogues, PUF, Paris. P49**).

**Une substance est dite psychoactive** lorsqu'elle agit sur le cerveau, modifiant certaines de ses fonctions, avec comme conséquences : des changements au niveau de la perception (visuelle, auditive, corporelle), des sensations, de l'humeur, de la conscience, du comportement ; et des effets physiques et psychiques variables selon les substances, les doses consommées, les associations de produits.

Très peu d'études existent sur les consommateurs de substances psychoactives, celles qui ont été menées l'ont été dans des structures dédiées : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie tel que le Centre Régional de Formation à la Lutte contre la Drogue (CRFLD), en milieu carcéral, Centres d'addicto-vigilance et anti-poison (Croix Bleue). C'est le cas des études suivantes :

Usage de substances illicites durant l'incarcération en Côte d'Ivoire. Quelle concordance entre les déclarations des prisonniers et les tests toxicologiques de

dépistage ? / A. DIAKITE ; B. SANGARE-TIGORI ; S. DANO DJEDJE ; P. KONE NANLO in Alcoologie et Addictologie, Tome 34, n°2 (Juin 2012).

Usage de substances chez l'adolescent suivi en addictologie. Comparaison avec des adolescents de la population générale (2012) DORARD G. ; BUNGENER C. BERTHOZ S.

Détection de l'abus de substances psychoactives parmi les patients du centre d'accueil de la croix bleue et de l'hôpital psychiatrique de Bingerville (auteurs J. Kablan Brou G. Kouakou – Siransy B. Tigori- Sangare Cah. Santé Publique, Vol. 9, n°1- 2010 © EDUCI 2010).

Il existe certaines études portant sur l'épidémiologie des toxicomanies chez les personnes consultant dans un service de médecine. L'une d'entre elles montre que les services d'urgences pourraient être un lieu intéressant concernant les cas d'abus et de toxicité des substances psychoactives (**Diot C, Eiden C, Lehmann M, Sebbane M, Peyrière H. Identification and collection of abuse cases in the emergency department through a hospital database. Clin Toxicol. 2015 Feb 7;53(2):138-9.**).

Une autre souligne la possibilité offerte par les urgences pour le dépistage et l'intervention brève dans les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool (**Le Querrec F, Bounes V, Mestre ML, Azema O, Longeaux N, Gallart J-C. Sex and age differences in ED patients with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. Am J Emerg Med. 2015 Nov;33 (11):1612-6.**).

Notre étude a consisté à rechercher dans les urines des patients admis au service des urgences (médicales et chirurgicales) du CHU de Yopougon, la présence de drogues et d'alcool.

**L'objectif principal** de ce travail a été d'évaluer la prévalence de la consommation de drogues et d'alcool chez les patients âgés de plus de 15 ans admis aux urgences adultes du CHU de Yopougon, quel que soit leur motif de consultation ou d'admission.

**Les objectifs spécifiques** étaient les suivants :

- mettre en évidence des liens entre les données socio-économiques des patients et leur consommation éventuelle de SPA,
- mettre en relation les différentes situations ayant emmené la personne à consulter et une éventuelle consommation de SPA.

Le présent manuscrit comprend deux parties :

- une première partie consacrée aux généralités
- une deuxième partie consacrée elle a l'étude expérimentale.

## **Première partie: GENERALITES**

La Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) compte 15 Etats membres, dont 12 pays côtiers, sur une superficie totale de 1,5 million de km<sup>2</sup>, soit 17% du territoire du continent africain tout entier. L'Afrique de l'Ouest figure parmi les régions les plus pauvres et vulnérables et se trouve confrontée à des défis de taille liés à un manque de bonne gouvernance, une instabilité socio-politique chronique, une faible croissance économique et au crime organisé. Le taux annuel de croissance démographique en Afrique de l'Ouest est de 2,67% et la population était estimée à 261 millions en 2006. Tous les pays de la sous-région, sauf quatre ont un faible indice de développement humain, selon le Rapport 2009 du PNUD sur le développement humain. **(RAPPORT ONUDC : Programme régional pour l'Afrique de l'Ouest, 2010 – 2014, Page1)**

La région se trouve à mi-chemin entre l'Amérique Latine et l'Europe, constituant ainsi un pôle idéal de trafic d'un vaste éventail de produits illicites entre ces deux continents. L'Afrique de l'Ouest est affectée par un certain nombre de flux de criminalité organisée transnationale, attirés par l'instabilité de la région, et l'aggravant de ce fait.

Les problèmes de santé publique causés par l'usage de substances psychoactives ont atteint des proportions inquiétantes et représentent, à l'échelle mondiale, une lourde charge sanitaire et sociale qui est dans une large mesure évitable. La mondialisation rapide, les évolutions dans les domaines des technologies et des communications, et l'augmentation de la disponibilité et de la diversité des composés de synthèse aux propriétés psychoactives et dépendogènes sont autant de facteurs appelant des réponses politiques et programmatiques adaptées et proportionnées au problème de la drogue. Les stratégies en matière de santé publique et le secteur de la santé ont un rôle important et toujours croissant à jouer pour atténuer les effets nocifs liés à la consommation de drogues à tous les niveaux.

Dans le même temps, les systèmes de santé sont confrontés à des défis importants tels que l'émergence et la propagation de la consommation de nouvelles substances psychoactives. Il y a donc nécessité de trouver le bon équilibre entre la disponibilité de personnels qualifiés et de médicaments placés sous le contrôle des conventions internationales, et la prévention de leur détournement et de leur usage impropre et abusif.

Le financement, la gouvernance et l'organisation des services de prévention, de traitement et de réduction des effets nocifs des troubles liés à la consommation de drogues restent un problème dans différents systèmes juridiques. Ces problèmes se posent dans les systèmes de santé développés et sont plus flagrants encore dans les pays aux ressources plus faibles, où les infrastructures pour évaluer la situation et mettre en œuvre des politiques sanitaires et des réponses programmatiques appropriées sont insuffisantes, voire inexistantes.

Dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la session extraordinaire de l'Assemblée générale, renforcer les capacités des pays pour répondre aux défis que représentent les drogues pour la santé publique et fournir le soutien technique requis est une tâche importante pour l'OMS.

À défaut de pouvoir accorder la priorité nécessaire aux mesures de santé publique et d'agir rapidement, la mortalité, la morbidité et l'incapacité liées aux drogues, et leurs conséquences sur le bien-être, continueront à poser un grave problème de santé publique au niveau mondial. La cible de l'objectif 3 de développement durable engage les gouvernements à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives. Plusieurs autres cibles présentent aussi un intérêt particulier pour les questions de santé liées aux politiques de lutte contre la drogue. **(OMS : le problème mondial drogue sous l'angle de la santé publique 27 mars 2017).**

Le taux de prévalence chez les patients admis dans les services d'urgence justifie amplement le besoin d'un dépistage de routine. D'ailleurs, le Collège Américain des Chirurgiens, par son comité sur les traumatismes, recommande depuis plus de 20 ans un dépistage systématique de l'alcool et des drogues pour les urgences avec une vocation de traumatologie; ce dépistage est considéré comme essentiel. **(Comité permanent de lutte à la toxicomanie Octobre 2004 : Le rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec ; p40. Pierre Rouillard, md FRCPC).**

Les urgences constitueraient donc une source de choix quant au dépistage de la consommation de substances psychoactives, et pourraient être un moyen d'orienter ensuite les patients consommateurs vers des services dédiés, hospitaliers ou ambulatoires.

## **I. DEFINITIONS**

**Une drogue** correspond à toute substance, licite ou illicite, pharmacologiquement active sur l'organisme. En ce sens, tout médicament est donc une drogue. **(Richard D & Senon JL. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Ed Larousse 1999: 161)**

**Les stupéfiants** sont des substances, médicamenteuses ou non, dont l'action sédatrice, analgésique, narcotique et/ou euphorisante, provoque à la longue une accoutumance (tolérance) et une pharmacodépendance (toxicomanie).

**La polyconsommation** : classiquement la polyconsommation est synonyme de polytoxicomanie et renvoie à une conduite toxicomaniaque associant de façon simultanée ou séquentielle la consommation de plusieurs substances psychoactives (S.P.A.). Elle se définit par une consommation régulière de plusieurs substances

psychoactives. (**H.A.S : Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins p65**).

**L'addiction** : GOODMAN considère l'addiction comme : « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (**GOODMAN A. Addiction: définition and implication. British Journal of Addiction, 1990; 85: 1403-1408.**).

**Tolérance** (DSM IV) : La tolérance est définie par l'un des symptômes suivants :

- besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

**Sevrage** (DSM IV) : Le sevrage est caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- syndrome de sevrage caractéristique de la substance
- la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

**Le delirium** : Le délirium, aussi appelé syndrome confusionnel aigu, est selon le DSM-IV caractérisé par une perturbation de la conscience et une modification du fonctionnement cognitif qui s'installent en un temps court (quelques heures ou quelques jours). (**DSM-IV, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié par l'American Psychiatric Association.**).



## II. LES COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Avant 2013, l'*American Psychiatric Association* (APA) distinguait l'**usage à risque**, l'**usage nocif** (ou abus) et la **dépendance**.

- **L'usage à risque** : la consommation n'est pas encore associée à un quelconque dommage, médical, psychologique ou social, mais est susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. L'usage à risque peut être ponctuel (risque aigu) ou régulier (risque chronique).
- **L'usage nocif ou abus** n'est pas défini par la quantité consommée, mais désigne la consommation répétée d'une substance malgré l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux, sans qu'elle réponde complètement aux critères de la dépendance (DSM-IV ou Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
- **La dépendance** : on peut la définir par la perte de la liberté de s'abstenir de consommer le produit. Il n'y a pas de critère impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle.

On distingue schématiquement :

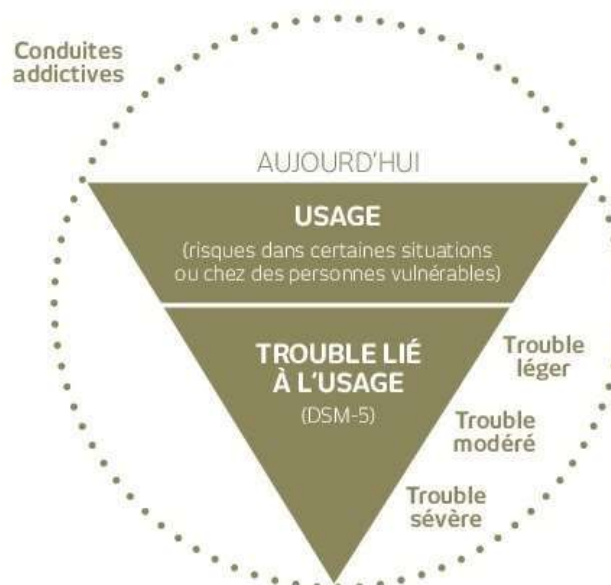
- La dépendance physique définie par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation sans précaution.
- La dépendance psychique qui est la pulsion à consommer une substance ou à reproduire un comportement pour en retrouver les effets.

Ces différentes catégories de conduites de consommation et les principales voies de passage de l'une à l'autre doivent se concevoir de façon dynamique : une personne peut passer d'une catégorie à une autre (dans les deux sens sauf pour la dépendance).



En 2013, la cinquième édition du Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux de l'APA (DSM-V) apporte quelques modifications.

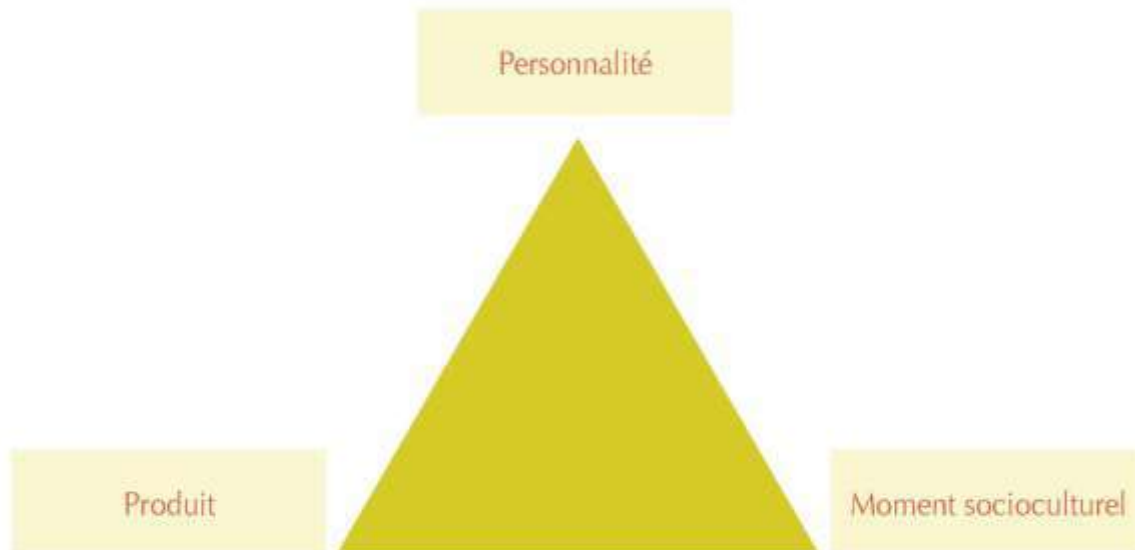
La notion **d'usage à risque** est conservée, cependant elle supprime les notions **d'usage nocif** (abus) et de **dépendance** pour les regrouper en un seul diagnostic : « **troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un additif** ».



### **III. LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DE RISQUE ET DE PROTECTION**

"La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité" (**OLIEVENSTEIN Claude, La drogue ou la vie, Paris, Robert Laffont, 1983**).

Tout être humain se structure psychiquement dès sa naissance et se voit confronté à son environnement. C'est, semble t-il, d'après l'auteur, en raison d'un manque, d'une béance existant dans l'une des composantes de la personnalité que peut s'incruster la problématique du toxicomane, à la faveur d'un contexte extérieur, ponctuellement ou non, défavorisant.



Le triangle d'OLIEVENSTEIN

## **1. Les facteurs de risque**

### **1.1 Les facteurs de risque individuels**

**La génétique** semble jouer un rôle dans la dépendance aux SPA et dans l'usage des SPA. Plusieurs études semblent montrer qu'il existe une part d'héritabilité dans l'usage de SPA. Celle-ci varie entre 30 et 80% selon les drogues (entre 50 et 70% pour l'alcool, entre 30 et 70% pour la nicotine, et entre 35 et 80% pour le cannabis) (Agrawal A, Lynskey MT. **Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. Addiction. juill 2008;103(7):1069-81).**

**La précocité du début de consommation de substances psychoactives** est l'un des facteurs les plus prédictifs de la survenue d'un usage nocif à la fin de l'adolescence, indépendamment d'un trouble associé (Reynaud M, France, **Direction générale de la santé. Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir : rapport au directeur général de la santé. Paris: La Documentation française; 2002.**). Les jeunes qui adoptent précocement des comportements déviants possèdent un risque plus élevé de s'associer à des pairs délinquants, de s'impliquer dans la criminalité ou de développer un problème de consommation sévère (Houde J. **Les usages sociaux des drogues chez les jeunes polyconsommateurs au Québec et sa région. [Mémoire de Maîtrise en service social]. Québec, Canada: Université de Laval; 2014.**) (Prinz R, Kerns S. **Early Substance Use by Juvenile Offenders. Child Psychiatry Hum. Dev. 2003;33(4):263-77).**

**Certains traits de personnalité** influent la consommation de SPA. Plusieurs usagers de drogues emploient des qualificatifs péjoratifs pour se décrire. Ainsi, une image négative et une faible estime de soi constituent des facteurs de risque supplémentaires de consommation de SPA. Se tourner vers l'usage de drogues leur permettrait d'améliorer leur estime personnelle afin de se sentir aimés ou reconnus par les autres. La timidité, la réaction extrême au stress, les difficultés à résoudre les problèmes représentent d'autres facteurs de risque. Par ailleurs, les jeunes qui sont agressifs, impulsifs ou rebelles au cours de leur enfance auraient davantage de risques de poursuivre vers un cheminement déviant.

**(Houde J. Les usages sociaux des drogues chez les jeunes polyconsommateurs au Québec et sa région. [Mémoire de Maîtrise en service social]. Québec, Canada: Université de Laval; 2014.) (Reynaud M, France, Direction générale de la santé.**

**Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir : rapport au directeur général de la santé. Paris: La Documentation française; 2002.) (Case S. Indicators of Adolescent Alcohol Use: A Composite Risk Factor Approach. Subst Use Misuse. 2007 Jan;42 (1):89-111.).**

**Les évènements de vie** ont également une grande importance dans ces facteurs de vulnérabilité. On retiendra : la perte et le deuil, les grossesses non désirées, les histoires d'abus sexuels, les maladies graves,...

**La comorbidité psychiatrique** est associée aux conduites addictives dans plusieurs études, mais les liens qui les unissent restent complexes. L'apparition de ces troubles est d'autant plus importante qu'elle peut renforcer le passage d'une consommation festive à un mode de consommation auto-thérapeutique ou toxicomaniaque. Parmi ces troubles, on retiendra : l'hyperactivité avec déficit de

l'attention, les troubles de l'humeur (dépression et bipolarité), les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire.

## **1.2 Les facteurs de risque environnementaux**

**L'environnement familial** a un rôle favorisant dans le développement et la survenue d'un usage nocif de SPA. Une ambiance familiale délétère, avec des relations parents-enfants conflictuelles, un faible niveau d'encadrement, une permissivité excessive, et des troubles mentaux chez les parents sont des facteurs de risque. La consommation familiale d'alcool, de tabac ou de drogues crée une situation favorable à l'émergence de troubles psychopathologiques chez l'enfant, avec des troubles cognitifs, des difficultés de scolarisation et des troubles affectifs et du comportement, qui majorent le risque d'abus de SPA.

**Le milieu socioculturel** d'origine ne se révèle pas comme un facteur de risque ayant une relation directe avec l'apparition d'un abus ou d'une dépendance. Néanmoins, certains milieux sont plus susceptibles que d'autres d'offrir des conditions de vie inadéquates en raison de l'accès limité aux ressources sociales et économiques.

Parmi eux on retiendra la misère familiale, le chômage, les communautés de quartiers défavorisés à haute densité de population et à taux élevé de criminalité.

**Le milieu scolaire** joue un rôle primordial dans l'adhésion aux valeurs prônées par la société. Une mauvaise intégration au système scolaire facilite la prise de contact avec des pairs déviants et le risque d'engagement dans une consommation toxicomaniaque.

**Le rôle des pairs** (des « copains ») joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence. Les jeunes dits déviants s'allient à des pairs qui adoptent eux-mêmes des comportements antisociaux.

Certains jeunes adoptent des comportements atypiques dans le but de se faire accepter par leurs pairs.

### **1. Les facteurs de protection**

Moins de données sont disponibles sur les facteurs protecteurs d'une consommation de SPA. Les quelques données disponibles à ce jour ont mis en évidence certains facteurs, notamment : un niveau élevé d'intelligence, une capacité à résoudre les problèmes, une estime de soi positive, un soutien adapté de la part du milieu familial, des implications relationnelles familiales positives, et une perception élevée des compétences scolaires. Les consommations diminuent ou s'arrêtent avec une meilleure insertion sociale ou professionnelle, la construction d'un couple ou l'arrivée d'enfants. La connaissance des produits, de leur risque, de ses propres limites constituent également des facteurs de protection. Tous ces facteurs cumulés mettent en avant un individu comportant des capacités de résilience importantes, avec un faible niveau de recherche de nouveautés et un évitement des relations avec des pairs aux conduites déviantes.

## **IV. MONOGRAPHIE ET CLASSIFICATION DES DIFFERENTES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES A L'ETUDE**

### **1. Cannabis et cannabinoïdes**

Le cannabis (*Cannabis sativa*) ou chanvre, tire principalement son activité psychotrope d'un des cannabinoïdes qu'il contient, le  **$\Delta$ 9-tétrahydrocannabinol (THC)**.

### 1.1 Synonymes

“**marijuana**” en Amériques du Nord et du Sud, “**ganja**” en Inde, et en Jamaïque “**pakalolo**”. La **sin semilla** n’est pas une variété de cannabis, mais l’expression d’une méthode de production. Les pieds mâles sont arrachés afin de permettre aux plants femelles de développer au maximum leur capacité de production de résine et donc de THC. On obtient des sommités fleuries et dépourvues de graines (sin semilla).

**(Expertise collective. Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé. Synthèse et recommandations. Inserm 2004).**

### 1.2 Présentation

**Marijuana** : produit rustique fait de graines et brindilles, la marijuana provient du séchage des fleurs et des feuilles. Ce produit titre entre 2 et 4% en THC.

Synonymes : herbe, beuh, ganja, pakalolo, yamba, zamal, Mary Jane... Certains utilisent le terme ‘cannabis’ pour parler de la marijuana.

**Haschisch** : se présentant sous forme de barrettes/boulettes de pâte assez dures dont la couleur varie du vert au noir en passant par le brun, le haschisch est fabriqué à partir de la résine provenant des fleurs femelles. Cette résine est chauffée puis pressée en plaques. Le produit titre communément entre 2 et 20% en THC. Préparé avec de la sin semilla sélectionnée, il peut titrer jusqu’à 40%.

Synonymes : shit ou teuch, charas (Inde), chocolate (Espagne),...

**L’huile** : liquide visqueux verdâtre à noir issu du processus d’extraction puis de concentration au départ de marijuana ou de haschisch, l’huile peut titrer jusqu’à 60% en THC.



### **1.3 Modes de consommation**

Le cannabis selon la forme sous laquelle il est présenté peut être consommé de différentes manières :

➤ **Marijuana :**

- Fumée: pure (“joint” ou “stick” en Amérique du Nord) ou mélangée à du tabac (“pétard”) ou via une pipe à eau.
- Bue : thé et ‘bhang’ (feuilles de cannabis écrasées et mélangées à du lait.

➤ **Haschisch :** Fumé après avoir été mélangé à du tabac pour en faire un joint

➤ **Huile :** L’huile est également fumée dans des cigarettes qui en sont imprégnées.

### **1.4 L’élimination**

L’élimination des cannabinoïdes est lente, du fait de l’existence d’un cycle entéro-hépatique. Elle est essentiellement biliaire, mais aussi rénale, par la sueur, la salive ou le lait maternel. Dans l’urine, le THC inchangé est présent à l’état de traces tandis que le 11-hydroxy-THC, sous forme de conjugué, ne représente pas plus de 2% de la dose initiale. Le composé le plus abondant dans l’urine est le **THC-COOH**.

### **1.5 Les groupes à risque**

Les adolescents ayant des antécédents de faibles résultats scolaires, qui ont commencé le cannabis tôt dans leur adolescence présentent plus de risques de consommer d’autres drogues et de devenir dépendant vis-à-vis du cannabis.

Les sujets souffrant d’asthme, de bronchite, d’emphysème, de schizophrénie et d’une dépendance à l’une ou l’autre drogue (alcool compris) peuvent voir leurs maladies s’aggraver.

## **2. Les dépresseurs du Système Nerveux Central**

Ces produits ont pour particularité de ralentir le fonctionnement du système nerveux central et sont utilisés afin d'obtenir une sensation de quiétude, de confort et de paix.

### **2.1 Les Benzodiazépines**

Ce sont des molécules ayant une action pharmacologique anxiolytique, hypnotosédative, myorelaxante, amnésiante, anticonvulsivante, souvent utilisées par les usagers de drogues pour réduire leur anxiété ou atténuer les symptômes du sevrage. D'index thérapeutique favorable, elles sont largement commercialisées. Quelques molécules (liste non-exhaustive) sont à épingle en raison de l'attrait qu'elles présentent pour certains toxicomanes :

- Bromazépam (Lexomil®)
- Clorazépate Dipotassique (Tranxène®)
- Diazépam (Valium Roche®)
- Clonazépam (Rivotril®)

### **2.2 L'alcool**

Le terme « alcool » fait référence à l'éthanol ( $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ ). L'alcool est obtenu à partir de la fermentation de glucides ou sucres contenus dans les fruits (raisins), végétaux ou céréales. Les boissons alcooliques sont caractérisées par une teneur en éthanol exprimée en « % vol ou % », ce qui correspond au volume d'éthanol pur contenu dans 100 volumes de boisson. Elle doit être mentionnée sur l'étiquette de la bouteille. On utilise encore communément le terme degré alcoolique (d°) qui est numériquement égal à cette teneur.

**La notion de verre standard** : le verre standard d'alcool est celui qui contient 10g d'alcool pur. Les verres sont fabriqués selon le type de boisson à consommer. Ainsi :

- 1 verre standard de bière correspond à 25cl de bière à 5°
- 1 verre standard de vin correspond à 10cl de vin à 12°
- 1 verre standard de Porto correspond à 6cl de Porto à 20°
- 1 verre standard de Whisky correspond à 3cl de Whisky à 40°.

L'OMS recommande pour :

- \* **une consommation occasionnelle** de ne pas dépasser 4 verres standards.
- \* **consommation régulière** de ne pas dépasser 3 verres standards par jour pour l'homme, 2 verres standards par jour pour la femme et respecter au moins un jour par semaine sans boisson alcoolisée.

L'alcool éthylique provoque une excitation, une désinhibition puis une sédation.

### 2.3 **Les Opiacés**

On qualifie d'opiacées toutes les substances dérivées de l'opium (**Magistretti P J et Pralong, E. Opianalgésiques et peptides endogènes. [auteur du livre] Michel Schorderet. Pharmacologie : des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques 3ème édition. s.l.: Frison Roche, 1998, pp. 337-353).**

#### a. **L'Opium et ses dérivés naturels**

L'opium est obtenu par incision des capsules (ou calices) de pavot (*Papaver somniferum*). Le latex (ou suc) qui s'en écoule est séché à l'air. En résulte une pâte brun-noirâtre friable : "l'opium cru" ou "raw opium".

Bouilli plusieurs heures dans l'eau, filtré et desséché, l'opium est alors dit "préparé" : Il se présente sous forme d'une pâte épaisse destinée à être fumée ou ingérée.

L'opium tire son activité de la présence de divers alcaloïdes (morphine, codéine...). La morphine y étant l'alcaloïde le plus présent, l'activité de l'opium représente, à peu de choses près, celle de la morphine seule.

La consommation de certains alcaloïdes, dont la morphine et la codéine, conduit à une dépendance psychique et physique ainsi qu'à une tolérance.

## **b. La morphine**

Elle est prisée par les toxicomanes pour ses propriétés euphorisantes. Lors de la recherche, par une analyse d'urine, d'une imprégnation par dérivés morphiniques, il est important de savoir que la présence de dérivés morphiniques peut aussi bien résulter d'une ingestion de codéine que de morphine ou encore d'héroïne.

## **c. Dérivés semi-synthétiques**

### **c.1 La codéine**

La codéine est un alcaloïde de l'opium, elle est présente en faible quantité dans le pavot. C'est également un dérivé hémi-synthétique de la morphine. Elle se présente sous forme d'une poudre cristalline blanche, ou sous forme de cristaux incolores ou faiblement colorés, inodores, et de saveur amère. On différencie la codéine base et la codéine sous forme de sels hydrosolubles, plus fréquemment retrouvée dans diverses spécialités officinales (antidouleurs et antitussifs).

### **c.2 L'héroïne**

L'héroïne se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche, brune ou grise selon sa qualité, dégageant avec le temps (par un processus d'hydrolyse) une odeur de vinaigre. Elle est fréquemment coupée avec divers produits dont des alcaloïdes

de l'opium ou par d'autres produits tels la caféine, l'acide acétylsalicylique, le paracétamol, l'acide ascorbique,...

Elle est conditionnée dans des petits sachets sensés contenir 1/4 ou 1/2 gramme. L'héroïne est la plupart du temps injectée en intraveineuse, après dilution dans de l'eau et un chauffage du produit dans un fond de canette (utilisé comme coupelle) ou une cuillère.

L'héroïne est aussi sniffée (aspiration par le nez à l'aide d'une paille), fumée en mélange avec du tabac ou inhalée sous forme de fumée en la chauffant sur une plaque ("chasser le dragon"). L'injection d'héroïne procure une sensation d'apaisement des tensions psychiques et une euphorie.

### **c.3 Les morphinomimétiques**

Le plus couramment rencontré est le tramadol (Contramal®, Trabar®, Tremadol®. Mais on pourrait également citer le dextropropoxyphène, le fentanyl, la pentazocine, la buprénorphine et la méthadone.

## **2.4 Les barbituriques**

Ce sont des médicaments synthétisés à partir de l'acide barbiturique. Ils sont utilisés en médecine depuis le début du siècle comme sédatifs, hypnotiques, anesthésiques généraux et dans le traitement de l'épilepsie. Lors de détournement, ils sont utilisés par voie orale ou injectés par voie intraveineuse. Ils sont le plus souvent associés à d'autres produits (alcool, excitants, etc.) et sont communément connus sous diverses appellations: barbies, barbitos, candy, Christmas rolls, idiot pills, King Kong pills, rainbows, strawberries, stoppers.

### **3. Les sédatifs avec effets hallucinogènes : cas des solvants volatils**

Les solvants volatils sont des produits chimiques dont les vapeurs ont un effet psychotrope. Ils sont rarement considérés comme des drogues puisqu'ils ne sont jamais fabriqués à cette fin (essence, vernis à ongles, colles). Les utilisateurs versent ou vaporisent ces produits dans un sac ou sur un linge qu'ils appliquent ensuite comme un masque sur le visage ('Glue-sniffing'). Ce sont :

- les colles à séchage rapide (toluène, xylène)
- les carburants comme la gazoline (benzène)
- les solvants comme les diluants de peinture ou les dissolvants à vernis à ongles (acétone)
- les liquides servant au nettoyage (benzène, trichloroéthane)
- l'essence à briquet (naphta)
- hydrocarbures en aérosol (fixatifs à cheveux, désodorisants, insecticides, peinture,...)
- certains médicaments ou aérosols utilisés comme anesthésiques.

L'inhalation de ces vapeurs provoque un effet euphorique léger qui dure peu de temps et qui peut être suivi d'un état analogue à l'ivresse.

### **4. Les stimulants**

#### **4.1 Les amines psychostimulantes ou amphétamines-like**

Famille de produits synthétiques chimiquement et pharmacologiquement proches les uns des autres, également désignés 'speed' et dont le chef de file est l'amphétamine.

Leur consommation provoque une disparition de la sensation de fatigue (d'où, hyperactivité), de la sensation de faim, une augmentation de la confiance en soi, une augmentation temporaire de la vigilance et une impression d'euphorie

(transitoire). Le consommateur a l'impression que ses performances sont meilleures, ce qui ne correspond pas forcément à la réalité.

#### **a. L'amphétamine**

L'amphétamine se présente sous la forme d'une pilule ou d'une poudre ; Sa forme basique ("ice" ou "glass"), aisément vaporisable, est inhalée via une pipe ou une cigarette, sa forme salifiée ("crank" ou "crystal") est prise ou injectée.

#### **b. La méthamphétamine**

Elle provoque comme l'amphétamine dont elle est très proche, une hypertension artérielle, une tachycardie et une intense stimulation mentale.

Pure, la méthamphétamine se présente sous une forme solide cristalline (d'où sa dénomination de « crystal »), incolore et inodore, qui peut rappeler du verre pilé ou de la glace (d'où sa dénomination de « ice ») (**Michel Hautefeuille, Dan Véléa, *Les drogues de synthèse*, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je? », 2002 (ISBN 2-13-052059-6).** Elle se consomme généralement fumée dans une pipe, ou prise. Chez les sujets naïfs, de faibles doses produisent une sensation d'accroissement de la vigilance, de la capacité d'attention et de l'énergie. Initialement, l'activité sexuelle et le plaisir peuvent être accrus.

### **4.2 La cocaïne**

Connue également sous le nom de "blanche", "coco" ou "neige", la cocaïne provient d'un arbuste, l'*Erythroxylum coca* ou cocaïer. Ses feuilles sont séchées et traitées dans des laboratoires clandestins afin d'obtenir la pâte de coca (ou "coca base") de laquelle on extrait un alcaloïde, la cocaïne. Traitée avec de l'acide chlorhydrique, cette cocaïne devient hydrosoluble et peut dès lors être injectée par voie intraveineuse ou absorbée via les muqueuses (sniffée).

Elle se présente sous forme d'une poudre, blanche le plus fréquemment, légère. Lors d'une consommation occasionnelle à faible dose la cocaïne provoque :

- un rush c'est-à-dire une sensation intense de bien-être et d'euphorie
- une hypervigilance
- activité physique et intellectuelle accrue
- accroissement de la confiance en soi

### 4.3 Le crack

Onomatopée évoquant le bruit que produisent les cristaux en se consumant.

Il s'agit d'une préparation à base de cocaïne, d'ammoniaque (ou de bicarbonate de soude) et d'eau. Elle se présente sous forme de cristaux généralement de couleur beige (après chauffage). Elle se consomme pure généralement fumée dans une pipe (pipe à eau ou pipes spéciales appelée 'queue du diable') ou avec du tabac et/ou du cannabis, via une cigarette. Elle est exceptionnellement injectée. Elle provoque une sensation d'intense orgasme dans le corps entier.

## 5. Les entactogènes ou "drogues récréatives"

Le terme « entactogène » signifie « qui facilite le contact », terme créé en 1986 par David E. Nichols et Alexander Shulgin (**Shulgin AT, Nichols DE. Characterization of three new psychotomimetics. The pharmacology of hallucinogens, the psychopharmacology of hallucinogens. New York: Pertgamon Press 1978. In Caudevilla Gállico F. El "éxtasis": una revision de la bibliografía científica sobre la 3,4-metilendioximetanfetamina. Med Clin (Barc) 2003 ; 120(13) : 505-15**) pour décrire les effets caractéristiques de la MDMA et de ses analogues quant à l'altération de la conscience, accompagné de connotations sensuelles et émotionnelles, sans composante hallucinatoire importante.



### **5.1 La MDMA ou Ecstasy**

Egalement connu sous le nom de XTC, Adam ou pilule d'amour, l'ecstasy est un dérivé de l'amphétamine (la 3,4-méthylène-dioxyméthamphétamine ou MDMA) initialement synthétisé par les laboratoires Merck en 1912. Ce sont des comprimés de dimension, de couleur et de logo variables qui provoquent chez le consommateur un sentiment d'empathie, facilite la communication avec autrui et induit le désir de se rassembler. Elle réduit les inhibitions sociales et permet à l'émotivité de s'exprimer librement. En plus de ces effets psychotropes, la MDMA, comme tous les dérivés amphétaminiques, donnent aux consommateurs l'impression d'avoir une énergie musculaire décuplée, ce qui leur permet de danser sans ressentir de fatigue pendant plusieurs heures.

### **5.2 La MDA**

Le MDA (3,4-méthylènedioxyamphétamine), également appelée "Eve", est un dérivé synthétique des amphétamines, qui est quelques fois vendu comme ecstasy. Rarement sous forme pure, il est le plus souvent combiné au MDMA avec lequel il partage plusieurs caractéristiques (effet entactogène, sentiment d'empathie ou hallucinations plus ou moins présents à une intensité variable, euphorie).

### **5.3 Le GHB (acide gamma-hydroxybutyrique)**

C'est un composé qui est semblable au GABA, substance présente naturellement dans le cerveau. Cette substance endogène nommée GABA agit comme dépresseur de l'activité neuronale. Les effets recherchés dans le GHB sont ses propriétés sédatives et aphrodisiaques par une augmentation de la sensualité, incitant ainsi aux pratiques amoureuses. Le GHB, en stimulant l'hormone de croissance, possède également des propriétés anabolisantes (O'Connell et al., 2000). Utilisé comme drogue du violeur, il est ajouté à la boisson de la victime où, malgré son léger goût salé, il passe souvent inaperçu. Souvent associé à d'autres drogues telles que l'ecstasy et la cocaïne, il peut être extrêmement dangereux lorsqu'il est mélangé à

de l'alcool et à d'autres dépresseurs du système nerveux central. Il est vendu sous forme liquide, ce qui lui vaut le surnom de « Liquid Ecstasy ».

## **6. Les hallucinogènes**

Le terme « hallucinogènes » fait référence à plusieurs drogues différentes. Bien que les effets de ces drogues varient énormément, elles ont toutes en commun de modifier les sens, qu'il s'agisse de la vue, de l'audition, du goût, de l'odorat ou du toucher, et influent sur l'humeur et les pensées.

### **6.1 Le L.S.D.**

Le L.S.D. (de l'allemand "Lyserg Säure Diäthylamid") (diéthylamide de l'acide lysergique) ou "acid" ou "trip" est semi-synthétique, dérivé de l'ergot de seigle. C'est un hallucinogène puissant. Il se présente le plus souvent sous la forme de petits morceaux de papier buvard illustrés de dessins, imprégnés de la substance. Il présente généralement un petit symbole. Le L.S.D. peut également être conditionné sous forme de petites pilules de couleurs variées. Sa consommation se fait soit par ingestion ou par léchage.

### **6.2 Les champignons hallucinogènes**

Il existe trois types de champignons psychotropes : les champignons à action psychotonique, à action psycholeptique et à action psychodysleptique ou "champignons hallucinogènes" au sens populaire (**Richard D & Senon JL. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Ed Larousse 1999: 83**). Leur mode d'administration majoritaire est la voie orale (ingestion), une petite minorité se fumant (**OFTD, Drogues et dépendances: indicateurs et tendances, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002, p. 184**). Ils peuvent également être mâchés et avalés (frais ou sec), soit utilisés comme ingrédients d'une préparation culinaire (omelette, pizza,

etc...), soit en infusion (tisane, thé), soit après macération dans de l'alcool. Leur goût amer est souvent compensé par du chocolat.

### **6.3 La Phencyclidine**

Retrouvée sous différentes appellations (P.C.P., "pilule de la paix", "angel dust", (Poudre d'ange) la Phencyclidine est généralement consommée sous forme de « mess » c'est-à-dire « coupée » (mélangée à du lactose) pour pouvoir être prise mais elle peut aussi être ingérée à l'état pur, dissoute dans différents breuvages (café, lait (Moloko), alcool), fumée, ou injectée (**Yasmina Salmandjee, *Les drogues, Tout savoir sur leurs effets, leurs risques et la législation*, Eyrolles, coll. « Eyrolles Pratique », 2003 (ISBN 2-7081-3532-5)**). Elle se fume parfois mélangée avec du cannabis d'où son appellation de "supergrass" (**Michel Hautefeuille, Dan Véléa, *Les drogues de synthèse*, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 2002 (ISBN 2-13-052059-6)**). À l'état pur, c'est une poudre cristalline blanche au goût amer qui est soluble dans l'eau et l'alcool. Parmi les effets communément rencontrés, on peut citer : l'euphorie, la relaxation, une incoordination motrice, la modification de la perception de l'espace, l'isolement et le mutisme.

## **V. QUELQUES INDICES OBSERVABLES DE CONSOMMATION OU D'UN ETAT D'INTOXICATION**

Les éléments suivants sont des indicateurs pouvant être reliés à la consommation de certains psychotropes. Il faut cependant les utiliser avec prudence car ils peuvent apparaître dans d'autres tableaux cliniques (ex. : on peut avoir les yeux rouges sans avoir pris du cannabis).

**Tableau I : Quelques indices observables de consommation ou d'un état d'intoxication**

INDICES PHYSIQUES		SUBSTANCES
<b>Les Yeux</b>	yeux rouges	cannabis, alcool
	pupilles contractées	opiacés (ex. : héroïne)
	pupilles dilatées	stimulants (ex. : cocaïne)
	mouvements répétitifs	alcool, benzodiazépines, PCP
	paupières lourdes	alcool, héroïne
<b>Le Nez</b>	écoulements nasaux	cocaïne, solvants
	poudre autour des narines	cocaïne, héroïne
	reniflements répétitifs	cocaïne, héroïne
<b>La Bouche</b>	haleine	alcool, solvants, tabac
<b>Le Corps</b>	bras marques de piqûres	
	tremblements signe d'état de manque	

**Tableau II : Quelques indices observables de consommation de certaines substances psychoactives**

<b>INDICES DE COMPORTEMENTS</b>	<b>SUBSTANCES</b>
<b>Prononciation difficile</b>	alcool, benzodiazépines, héroïne
<b>Propos décousus</b>	alcool, cannabis
<b>Excitation</b>	stimulants (cocaïne)
<b>Somnolence, nonchalance</b>	alcool, benzodiazépines, cannabis, héroïne
<b>Rires incontrôlés</b>	alcool, cannabis, hallucinogènes
<b>Description déformée de la réalité</b>	hallucinogènes, solvants
<b>Manque de coordination</b>	alcool, héroïne, sédatifs
<b>Agitation, idées paranoïdes</b>	cocaïne, PCP
<b>Respiration rapide</b>	stimulants
<b>Respiration lente</b>	opiacés, barbituriques
<b>Hallucinations</b>	hallucinogènes, cocaïne
<b>Appétit vorace</b>	cannabis

**Tableau III : Quelques indices observables à long terme**

<b>INDICES A PLUS LONG TERME</b>		
Apparence	physique	modifiée (soignée ou négligée)
Amaigrissement évident		
Abandon d'activités		
Isolement		
Démotivation		
Perte	d'intérêt	(loisir, social, professionnel, familial)
Changement	de	l'humeur (imprévisible/impulsif)
Violence (sous toutes formes)		
Congestion nasale à répétition		

## **Deuxième partie: ETUDE PRATIQUE**

## **CHAPITRE I : MATERIELS ET METHODES**

### **I. CADRE ET TYPE D'ETUDE**

#### **1. Période de l'étude**

Elle s'est déroulée sur quatre semaines, soit du 12 Avril 2017 au 02 Mai 2017.

#### **2. Cadre de l'étude**

##### **2.1. Les urgences adultes du CHU de yopougon**

Le C.H.U. de Yopougon était il y a quelques mois maintenant, le plus récent des quatre CHU que compte le district d'Abidjan, la capitale économique de la Côte d'Ivoire, et accueille des patients depuis 1990.

Le service des Urgences Chirurgicales possède une aile admission chargée de recevoir les patients souffrant de traumatismes physiques de toute nature. En pratique, en plus de prodiguer des soins, le rôle du service des Urgences Chirurgicales est de procéder au tri des patients admis, afin de déterminer :

- 1) le degré de gravité des blessures,
- 2) le degré de priorité du traitement à suivre, et
- 3) la pertinence et la priorité de l'évacuation vers des services spécialisés.

Lorsqu'un adulte se présente ou est transporté à l'accueil des urgences du CHU de Yopougon, il est reçu par 2 personnes au moins:

- Un agent administratif qui recueille toutes les informations administratives permettant de créer une fiche patient ou de ressortir cette fiche si le patient est déjà connu de l'établissement.
- Un infirmier organisateur de l'accueil (IOA) qui évalue le degré d'urgence de la consultation, et oriente le patient. Il est chargé de prendre les constantes vitales du patient et d'évaluer la douleur.



Si le patient est jugé stable avec un faible degré d'urgence, il est orienté en secteur de consultation. Dans le cas inverse, le patient est installé dans un box aux soins d'urgence ; de même que si son état est précaire ou s'il nécessite une prise en charge médicale immédiate et/ou une surveillance rapprochée.

## **2.2. Service de Toxicologie du Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP)**

Le Laboratoire de Toxicologie du LNSP possède un plateau technique et des ressources humaines permettant d'évaluer qualitativement et quantitativement un certain nombre de paramètres toxicologiques dans différents types de milieux biologiques. Il s'agit entre autres du dosage de l'alcoolémie, du dépistage de stupéfiants et autres médicaments psychoactifs dans les urines et du dosage de confirmation.

## **3. Autorisations administratives**

La réalisation de notre étude a nécessité l'obtention d'autorisations préalables :

- de la Direction du CHU de Yopougon,
- du Chef du Service des Urgences Chirurgicales et Médicales du CHU de Yopougon,
- de la Direction du Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP).

## **4. Notes d'information**

Les motivations et objectifs de notre étude ont fait l'objet d'une information orale et/ou écrite à l'endroit des personnels du service des Urgences Chirurgicales et Médicales du CHU de Yopougon et du Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP).

## **5. La fiche de renseignement**

Une fiche de renseignement a été établie pour servir de support pour le recueil des informations entrant dans le cadre de notre étude. Cette fiche a été strictement anonymée en ne retenant à la fin que le numéro de dossier de chaque patient. Elle comprend différentes parties et s'intéresse essentiellement aux données socio-économiques des patients, à leur motif d'admission, à leurs antécédents médicaux et à la médication en cours.

Elle a été conçue à partir d'enquêtes préexistantes. **(Rôle de l'alcool et des substances psychoactives dans les accidents de la voie publique à Abidjan, Côte d'Ivoire (Etude ASMA-CI) Aissata Diakite).**

**(Étude de la prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les adultes consultant dans un service d'urgences au CHU de Bordeaux) Laura Buscaglia.**

## **6. Echantillonnage**

Notre enquête a concerné un échantillon de 200 patients, des deux sexes, ayant été admis dans le service des urgences médicale et chirurgicale du CHU de Yopougon de la période s'étalant du 12 Avril 2017 au 02 Mai 2017. L'échantillonnage est d'une extrême importance dans le cadre de l'analyse toxicologique systématique.

## **7. Critères d'inclusion**

Durant une période d'un mois, tous les patients volontaires consultant dans ledit service, âgés de plus de 15 ans, étaient éligibles pour l'inclusion dans l'étude, quel que soit le motif de consultation aux urgences.

Les critères d'inclusion étaient donc les suivants :

- Le patient devait avoir un âge supérieur ou égal à 15 ans

- Le patient devait consulter dans le service des urgences médico-chirurgicales

## **8. Critères d'exclusion**

Les patients exclus étaient ceux qui présentaient les caractéristiques suivantes :

- communication impossible (troubles de la conscience, démence, troubles cognitifs, barrière de la langue)
- Patients sous mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, tutelle)

## **9. Spécimen biologique : les urines**

La fiabilité et l'exactitude de tout résultat toxicologique sont conditionnées par la nature et l'intégrité des spécimens biologiques faisant l'objet de l'analyse.

On peut analyser les SPAs dans une grande variété de milieux biologiques, chacun apporte une information différente sur le délai ou l'ampleur de la prise et se révélant plus ou moins commode à échantillonner, analyser et interpréter. Les SPAs peuvent être recherchées dans plusieurs types de spécimens: urines, sang, salive ou encore cheveux, ongles, lait maternel et sueur. (**Widmer, Buclin, & Augsburger, 2008**). Nous n'aborderons ici que l'urine.

C'est le milieu biologique idéal pour le dépistage (screening ou criblage) des substances psychoactives (**Levine B. Principles of Forensic Toxicology, Revised and Updated 2nd Edition USA: American Association for Clinical Chemistry; 2nd edition 2006. 428 p.**). L'accumulation des substances mères et/ou de leurs métabolites conduit à des concentrations élevées dans ce milieu, ce qui facilite leur détection (dépistage qualitatif). Selon les recommandations de *the Society of*

***Forensic Toxicologist***, un volume minimal de 30 ml est requis pour une analyse complète des urines. L'ajout de Fluorure de sodium (NaF) comme agent conservateur est recommandé, mais pas obligatoire (**SOFT / AAFS. Forensic Toxicology Laboratory Guidelines 2006 version. In: AAFS S, editor. AAFS Toxicology Section Business Meeting Seattle. USA: SOFT / AAFS; 2006. p. 24.**).

Les avantages de ce spécimen sont :

- la disponibilité de grands volumes permettant le dépistage d'un large éventail de substances.
- en outre, il permet d'avoir une indication instantanée de l'usage de substances chez un sujet ou dans une population.
- l'obtention du spécimen est minimalement intrusive, la quantité de matériel généralement suffisante pour effectuer le dépistage et la confirmation et la matrice relativement simple de l'urine (par rapport au sang, par exemple) permet l'application de méthodes facilement accessibles, économiques et automatisables.

Ce spécimen est celui que nous avons retenu pour notre étude.

### **9.1. Le prélèvement**

Pour la collecte des échantillons d'urines, j'étais épaulé dans ma tâche par un infirmier en poste dans ledit service, en vue d'assurer une collecte des informations en continu (jour, nuit, semaine, week-end) sur l'ensemble de la période de l'étude.

### **9.2. Procédures de collecte et de conservation des échantillons d'urines**

Tout le matériel de prélèvement (gants, pots à urines, étiquettes) avait été mis à disposition par nos soins dans le cadre de notre étude.

Une fois le consentement du patient obtenu, un échantillon d'urines était prélevé le plus tôt possible après son admission dans le service.

Les urines étaient prélevées dans un pot à urines de 50 ml muni d'une étiquette. Les échantillons collectés étaient immédiatement placés dans un bac scellé entreposé discrètement dans la salle de garde des infirmiers et laissés à la température de la salle ( $\approx 16^{\circ}\text{C}$ ). Les échantillons étaient ensuite transférés dans une glacière, chaque fois que le bac était plein, pour être acheminés vers le Laboratoire de Toxicologie du LNSP pour analyse différée.

## **10. Le type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale et unicentrique réalisée au service des urgences médico-chirurgicales du CHU de Yopougon, incluant les patients de 15 ans et plus venant consulter ou ayant été admis dans ledit service du 12 Avril 2017 au 02 Mai 2017. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire.

## **II. METHODE ANALYTIQUE**

La méthode analytique retenue pour notre étude est une réaction immuno-chromatographique. Les réactifs se présentent sous forme de :

- **cassettes multiparamétriques** (multidrogues) : ce réactif est présenté en emballage unitaire. Chaque unité comprend une cassette, un agent dessicant et une pipette. La cassette est percée de 4 réceptacles pour dépôt d'urines et chaque réceptacle est surmonté d'un canal de migration. Chaque canal de migration correspond à une suite de 2 ou 3 déterminations avec en front de migration un contrôle combiné des dites déterminations.

- **bandelettes réactives** pour l'alcool : également présentés en emballage unitaires, ils contiennent une membrane en forme de bandelette, recouverte d'antigène spécifique de l'éthylglucuronide (**EtG**) au niveau de la zone Test (T). Des anticorps spécifiques des antigènes de l'**EtG** sont couplés à de l'or colloïdal et placés à l'extrémité de la membrane ; ceux-ci sont entraînés par capillarité le long de la membrane, pour réagir avec les anticorps marqués.

Les urines étaient prélevées dans un pot à urine à large ouverture de 50 ml muni d'une étiquette.

## **1. Principe**

Ces tests utilisent des réactions immunologiques, soit la réaction spécifique entre un antigène, ici la drogue ou l'alcool recherché dans les urines (ou leur métabolite), et son anticorps fixé sur le support du test de dépistage. Des antigènes spécifiques colorés sont initialement présents sur le support.

L'urine migre par capillarité. En l'absence de drogues, ou d'alcool, dans l'échantillon d'urines, ces antigènes spécifiques forment un complexe avec l'anticorps et une bande colorée apparaît.

Par contre si la substance psychoactive (drogue ou alcool) est présente, celle-ci entre en compétition avec les antigènes spécifiques colorés et le complexe ne peut pas se former : la bande n'apparaît pas.

## **2. Procédures de réalisation des tests**

### **2.1 Préparation des échantillons**

- Les échantillons doivent être correctement identifiés, leur origine devant pouvoir être garantie par le laboratoire.
- Les urines doivent être récoltées dans un récipient propre et de préférence stérile.

- Le volume d'échantillon nécessaire varie en fonction du test utilisé. Les échantillons doivent être conservés au réfrigérateur si l'analyse n'est pas effectuée immédiatement. Ils doivent être congelés (-20 °C) si le dosage est prévu dans un délai supérieur à 7 jours.
- les échantillons ayant été réfrigérés devront être amenés à température ambiante (entre 15 et 30°C) avant l'exécution du test.

## **2.2 Exécution de l'analyse**

### **a. Recherche de drogues dans les urines sur test multiparamétrique RightSign®**

(1) Retirez la cassette de son emballage; identifiez la et l'utilisez dès que possible. Laisser les tests (réactifs) et les échantillons d'urines s'équilibrer à température ambiante (15-30°C) avant la réalisation du test.

(2) Placez la cassette sur une surface propre et plane. Quelques microlitres de l'échantillon sont prélevés à l'aide d'une pipette jetable (fournie avec chaque test). Tenir la pipette en position verticale au dessus du puits prévu à cet effet et déposez 3 gouttes d'urines (environ 100µl). Ne pas emprisonner de bulles d'air dans le puits.

(3) Relevez le résultat après 3 à 5 min. N'attendez jamais plus de 10 minutes pour relever le résultat car les lignes colorées peuvent s'altérer après une incubation prolongée. (voir l'illustration en annexe)

### **b. Recherche d'Éthylglucuronide dans les urines par bandelettes réactives**

Cette bandelette urinaire dépiste la consommation d'alcool 1 à 3 jours après la dernière prise. Elle permet la détection de l'éthylglucuronide ou "EtG", marqueur

biologique de référence, car c'est l'un des principaux métabolites de l'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées.

(1) Sortir la bandelette de sa pochette individuelle.

(2) Immerger la zone d'absorption (extrémité de la bandelette) dans l'échantillon urinaire durant 15 à 20 secondes, jusqu'à l'apparition d'une couleur rosée remontant le long de la zone de résultats (Annexe...).

Attention à ne pas dépasser la limite maximale d'immersion de la bandelette.

(3) Poser la bandelette sur une surface propre, plane et sèche.

(4) Lire le résultat après 5 minutes au minimum et 15 minutes au maximum.

### c. Limites de décision

**Tableau : Seuils de détection des substances psychoactives à l'étude**

<b>SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CIBLEES</b>	<b>SEUIL DE DETECTION (ng/mL)</b>
<b>Amphétamines (AMP)</b>	1000
<b>Méthamphétamine (MET)</b>	1000
<b>3,4-Methylenedioxyméthamphétamine</b>	500
<b>Tétrahydrocannabinol (THC)</b>	50
<b>Cocaïne (COC)</b>	300
<b>Opiacés (OPI)</b>	2000
<b>Barbituriques (BAR)</b>	300
<b>Benzodiazépines (BZO)</b>	300
<b>Antidépresseurs tricycliques (TCA)</b>	1000
<b>Méthadone (MTD)</b>	300
<b>Phencyclidine (Phénylcyclohexylpipéridine, PCP)</b>	25
<b>Alcool (ALC)</b>	500



## **CHAPITRE II : RÉSULTATS**

### **I. LA PREVALENCE**

Au total sur 200 patients enquêtés, 93 ont testé positif à au moins une des substances à l'étude soit 46,5% de la population d'étude.

### **II. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES OU SOCIO-ECONOMIQUES**

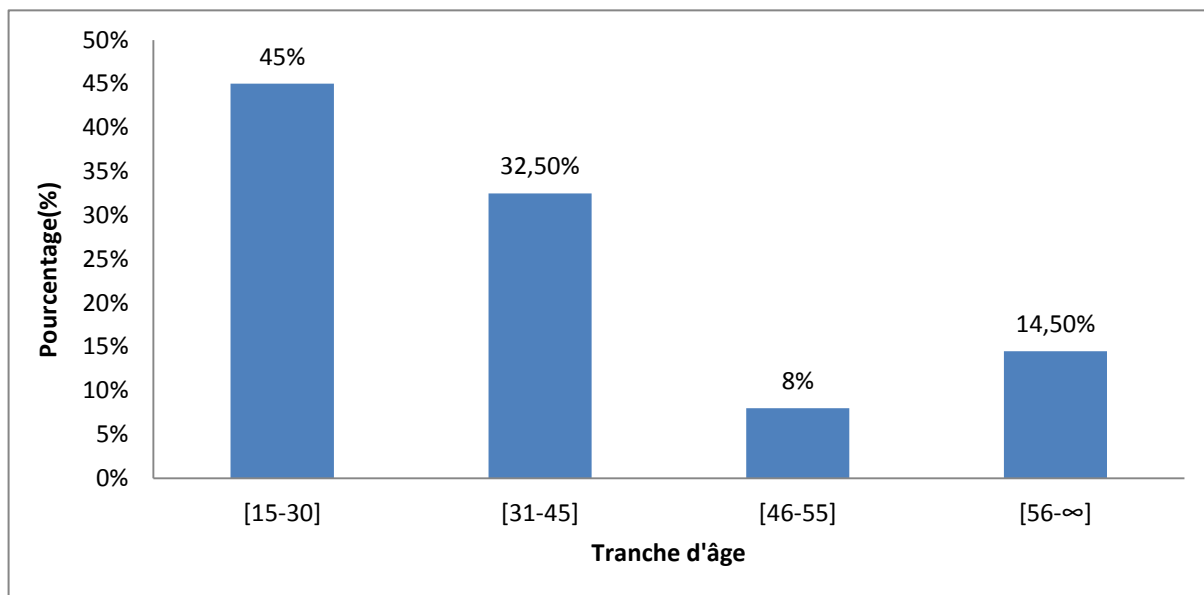
#### **1. L'âge des patients**

Concernant l'âge des patients au moment de l'admission dans le service des Urgences, la moyenne d'âge est inférieure à 37 ans (36,64 ans), avec deux extrémités à 16 ans pour le plus jeune et 89 ans pour le plus âgé.

Le graphique (cf. figure ) représente la proportion des individus constituant l'échantillon en fonction de leur tranche d'âge.

Ce diagramme révèle que:

- La tranche d'âge [15-30] ans était la plus représentée; elle constitue 45% de notre échantillon
- 32,5% a entre 31 et 45 ans
- 8,0% a entre 46 et 55 ans
- 14,5% a plus de 51 ans

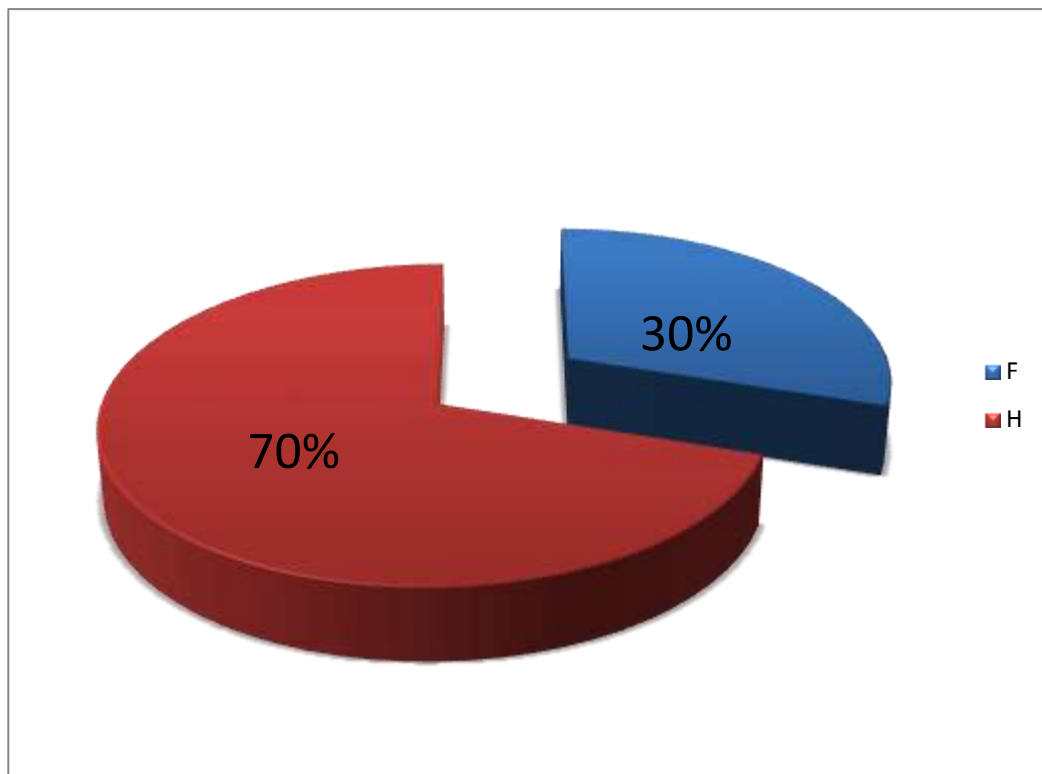


**Figure 1 : Répartition de la population d'étude par classes d'âge**

La répartition des patients selon les différentes classes d'âge est assez hétérogène : plus de 77% de la population étudiée a moins de 45 ans.

## 2. Le sexe

La figure suivante (cf. figure ) révèle que les personnes admises aux Urgences, quel que soit le motif d'hospitalisation, sont majoritairement des hommes. En effet, sur un total de 200 patients enquêtés, notre étude a enregistré  $\frac{2}{3}$  (soit 70%) d'hommes (n=140) et  $\frac{1}{3}$  (soit 30%) de femmes (n=60), soit un sex-ratio de 2,33.



**Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe**

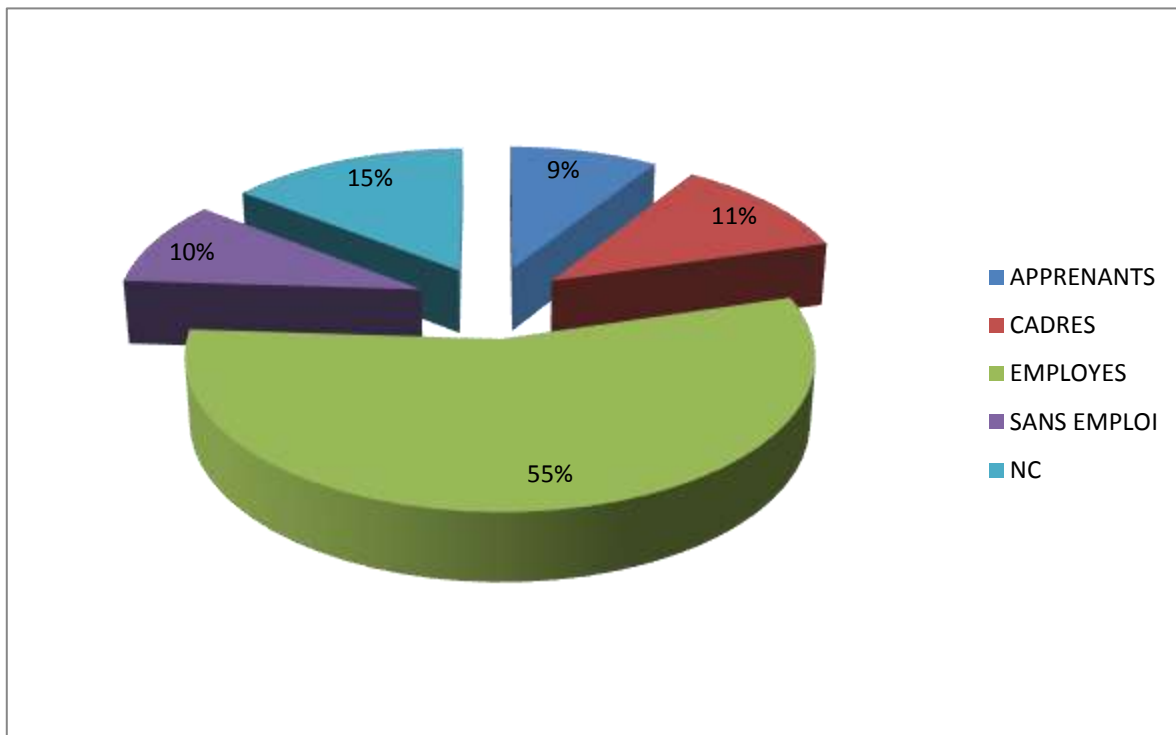
### **3. Profession**

Les patients ont chacun été interrogés sur leur activité professionnelle ou autre source de revenus, ce paramètre étant essentiel car il peut influencer la prise de drogues et le type de drogue consommé. Les données recueillies ont été synthétisées et regroupées en vue de faciliter leur analyse. Le graphique (cf. figure ) classe les individus en cinq catégories socioprofessionnelles simplifiées par rapport aux besoins de notre enquête:

- cadres, professions libérales, professions intermédiaires
- ouvriers, employés ou commerçants
- apprenants (élèves, étudiants, stagiaires)
- sans emploi (chômeurs)
- aucune activité professionnelle (retraités, chômeurs, sans emplois)

Cette classification a conduit à la répartition suivante :

- 23 patients sur les 200 enquêtés, soit 11,5%, sont des cadres ou ont une activité professionnelle qui permet de les classer dans cette catégorie
- 111 patients soit 55,5% sont des employés ou ont une activité professionnelle qui permet de les classer dans cette catégorie
- 18 patients soit 9% sont des apprenants
- 19 patients soit 9,5% sont sans activité professionnelle
- 29 patients, soit 14,5% de notre population d'étude, n'ont pas souhaité communiquer sur leur activité professionnelle

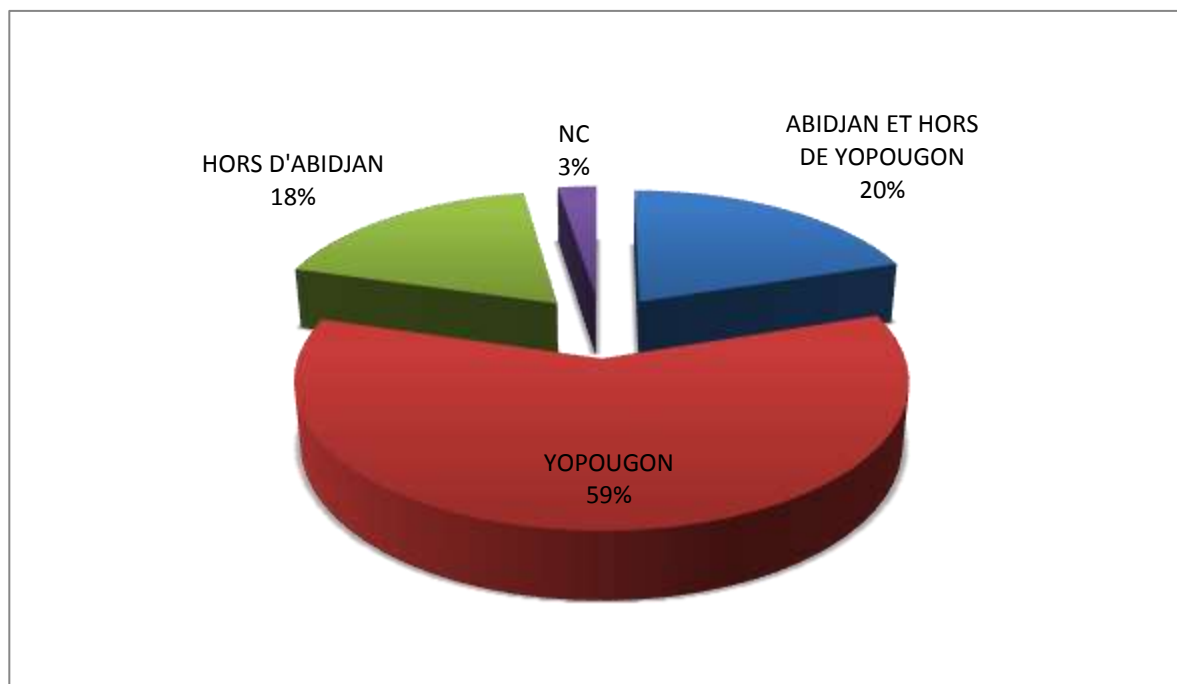


**Figure 3: Répartition selon l'activité professionnelle**

#### **4. Lieu de résidence**

Les patients de notre étude vivent essentiellement en milieu urbain; en effet, comme l'indique la figure ....:

- 119 d'entre eux soit 59,5% vivent dans la commune de Yopougon ;
- 40 d'entre eux soit 20% vivent à Abidjan ou dans sa banlieue (Hors-mis Yopougon)
- 36 d'entre eux soit 18% vivent hors d'Abidjan
- 5 d'entre eux soit 2,5% n'ont pas souhaité communiquer leur lieu de résidence.



**Figure 4 : Répartition selon le lieu de résidence**

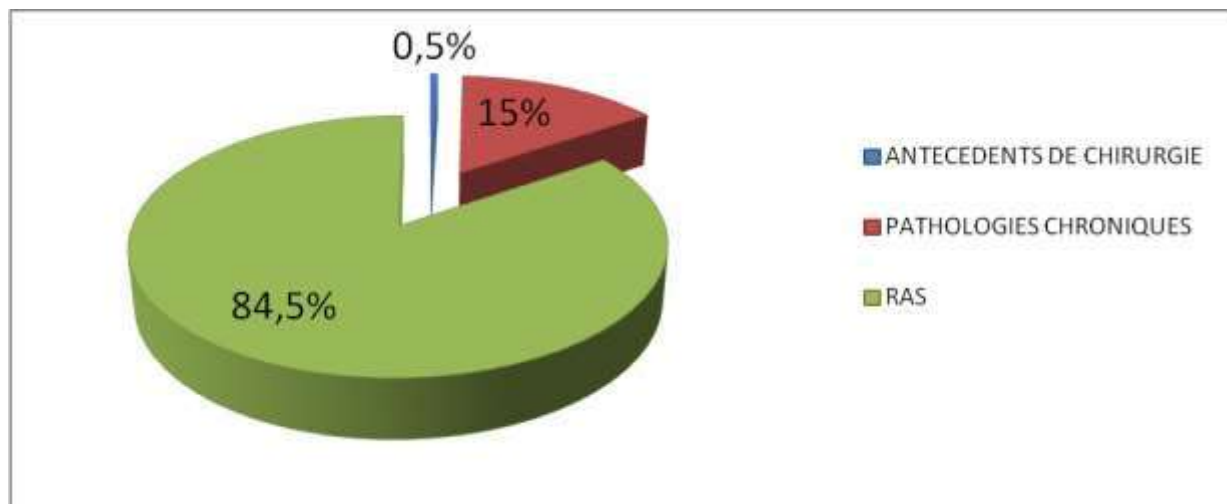
### **III. LES DONNEES CLINIQUES**

#### **1. Les antécédents médicaux**

Concernant les antécédents médicaux des individus composant notre population d'étude, plusieurs données ont pu être mises en valeur. Cependant par cette représentation (cf. figure ), on note la présence d'antécédents médicaux chez seulement 31 patients (soit 15,5%) dont :

- 15% de pathologies chroniques (HTA, Diabète, UGD, Adénome prostate, Asthme)
- 0,5% à titre d'antécédents de chirurgie

Pour une large majorité (84,5%), aucun antécédent médical n'a été déclaré lors de l'admission.



**Figure 5 : Répartition selon les antécédents médicaux des patients**

## 2. Le motif d'admission

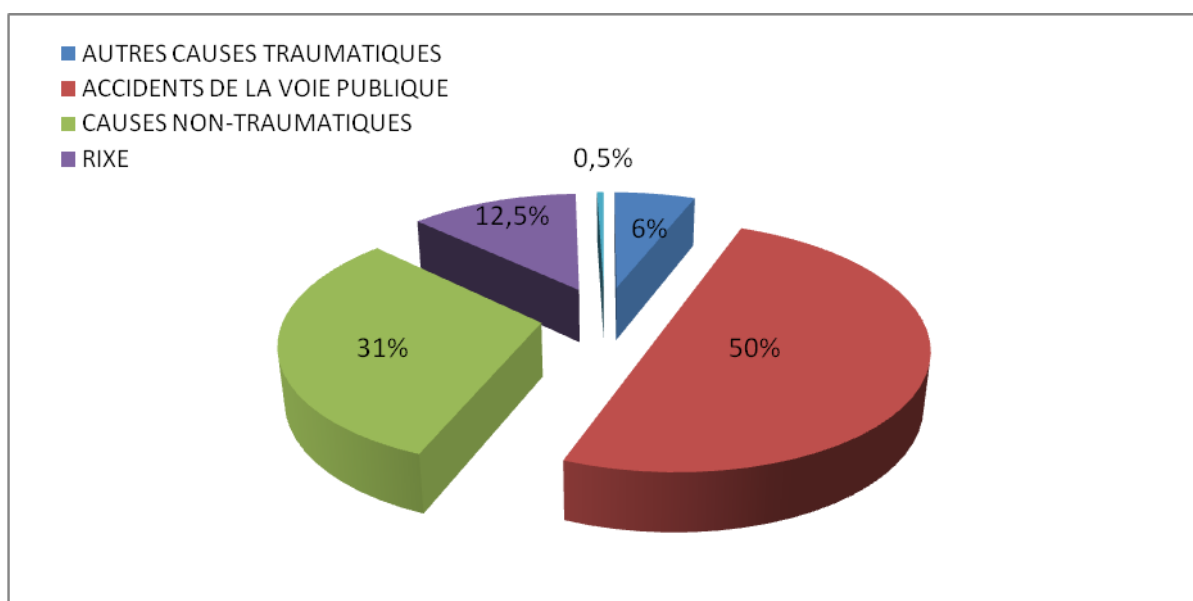
Quel qu'en soit le motif, l'admission aux Urgences témoigne d'une réelle souffrance et d'une nécessité de soins.

Les accidents de la voie publique, les rixes et autres agressions par armes blanches sont autant de motifs d'admission qui incitent à un questionnement sur l'état de conscience et le niveau de réactivité des victimes (patients) au moment des faits; les drogues pouvant parfois être la cause d'une baisse du niveau de concentration et de réactivité.

Pour l'ensemble des 200 patients, sujets de notre étude, seulement 62 soit 31% avaient été admis pour des causes autres que des causes traumatiques contre 68,5% pour des causes traumatiques dont :

- 50% étaient liés à un accident de la voie publique
- 12,5% étaient liés à une rixe
- 6% pour d'autres causes traumatiques

Il faut cependant noter que cette information n'avait pas pu être recueillie pour 1 patient (0,5%).



**Figure 6 : Répartition selon le motif d'admission**



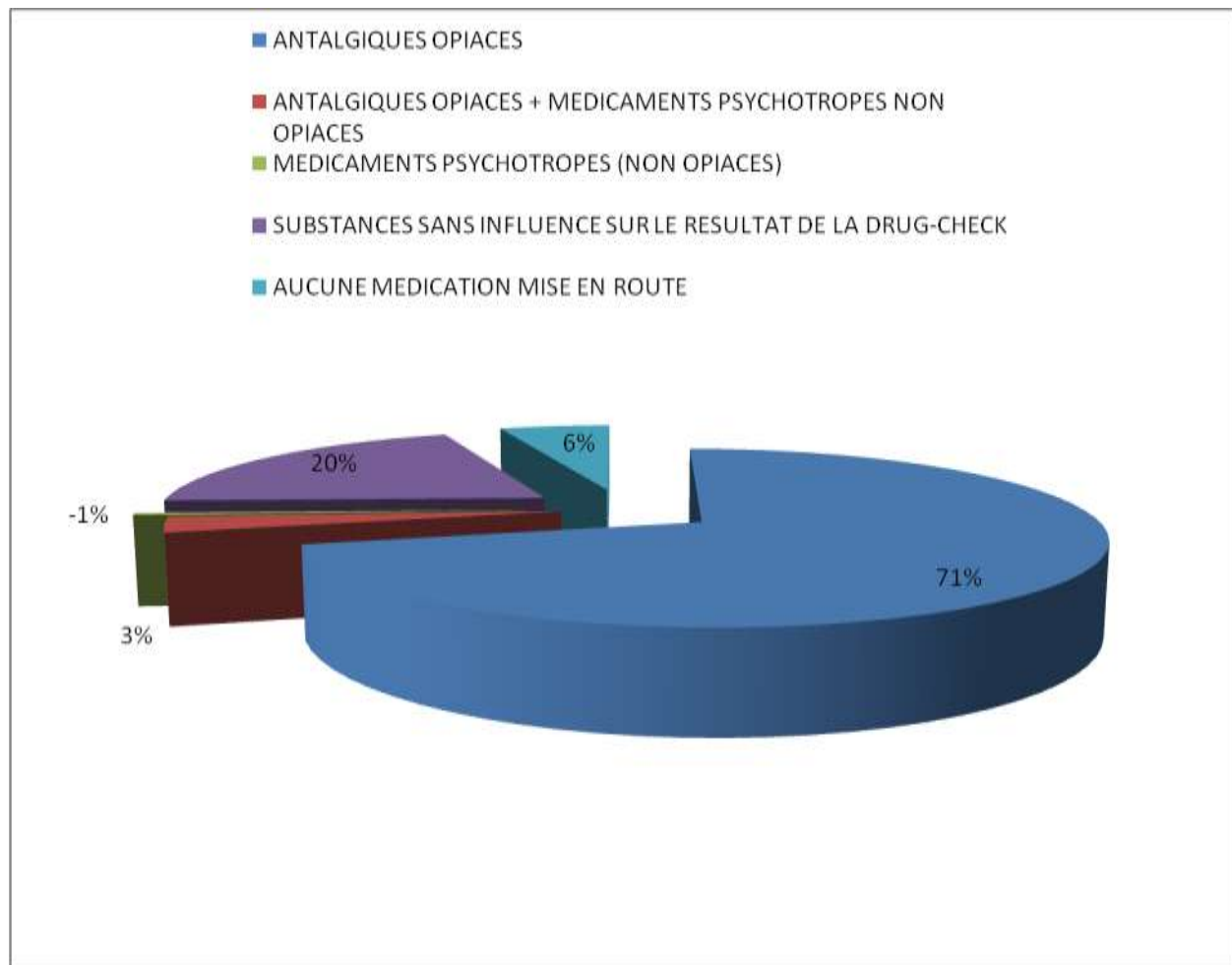
### **3. La médication en cours**

Les protocoles thérapeutiques utilisés dans le service des urgences du CHU de Yopougon sont tous standardisés et mettent parfois en jeu certaines substances psychoactives. Un usage antérieur à l'admission aux urgences doit nécessairement être justifié par une ordonnance médicale valide.

Outre ces deux cas de figures, toute autre consommation a été considérée comme un usage illicite.

Les Opiacés ont été donc volontairement retirés des substances à l'étude à cause de leur large utilisation dans la prise en charge des patients admis au sein dudit service.

- 142 patients sur les 200 constituant notre échantillon étaient sous une médication qui incluait un antalgique opiacé (soit 71%) ;
- 6 patients étaient sous une médication qui incluait à la fois un antalgique opiacé et un médicament psychotrope non-opiacé (soit 3%)
- 1 patient était sous une médication qui incluait un médicament psychotrope non-opiacé (soit 0,5%)
- 40 patients étaient eux sous des médications qui n'avaient aucune influence supposée sur les résultats de la DRUG-CHECK® (soit 20%)
- 11 patients quant à eux n'avaient fait l'objet d'aucune prise en charge au moment de notre interrogatoire (soit 5,5%).

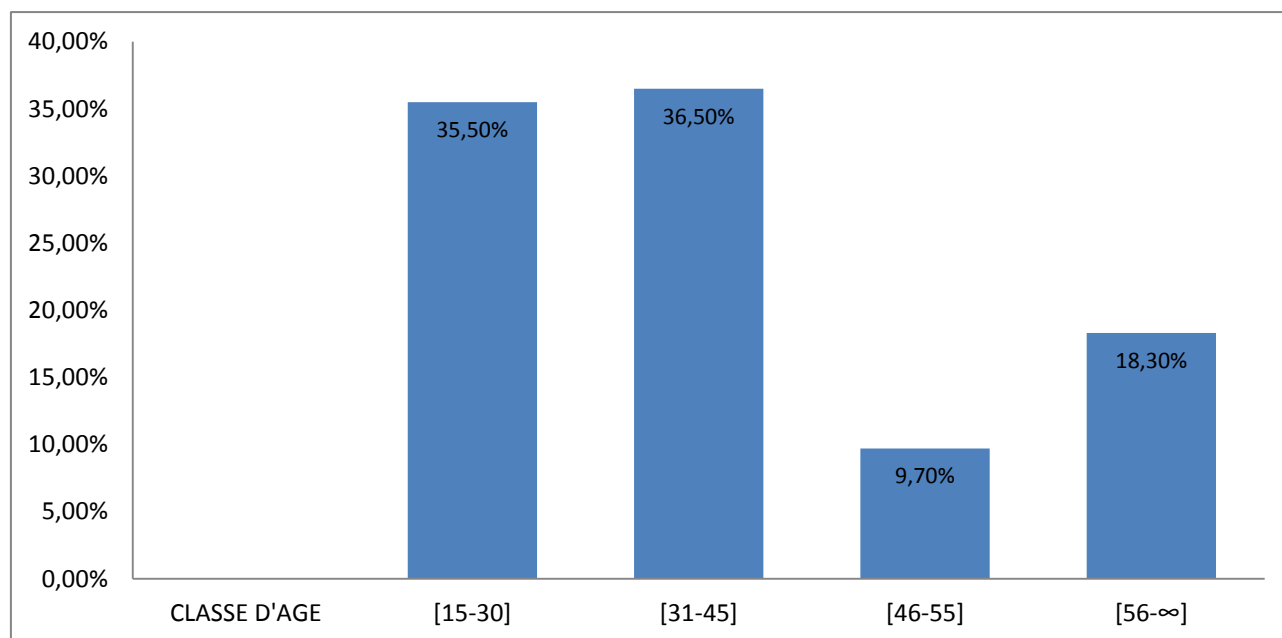


**Figure 7 : répartition selon la médication en cours**

#### **IV. CARACTERISTIQUES LIEES AUX USAGERS DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES A L'ETUDE**

##### **1. La moyenne d'âge**

La moyenne d'âge des patients testés positifs à au moins une des douze substances à l'étude est de 39 ans.

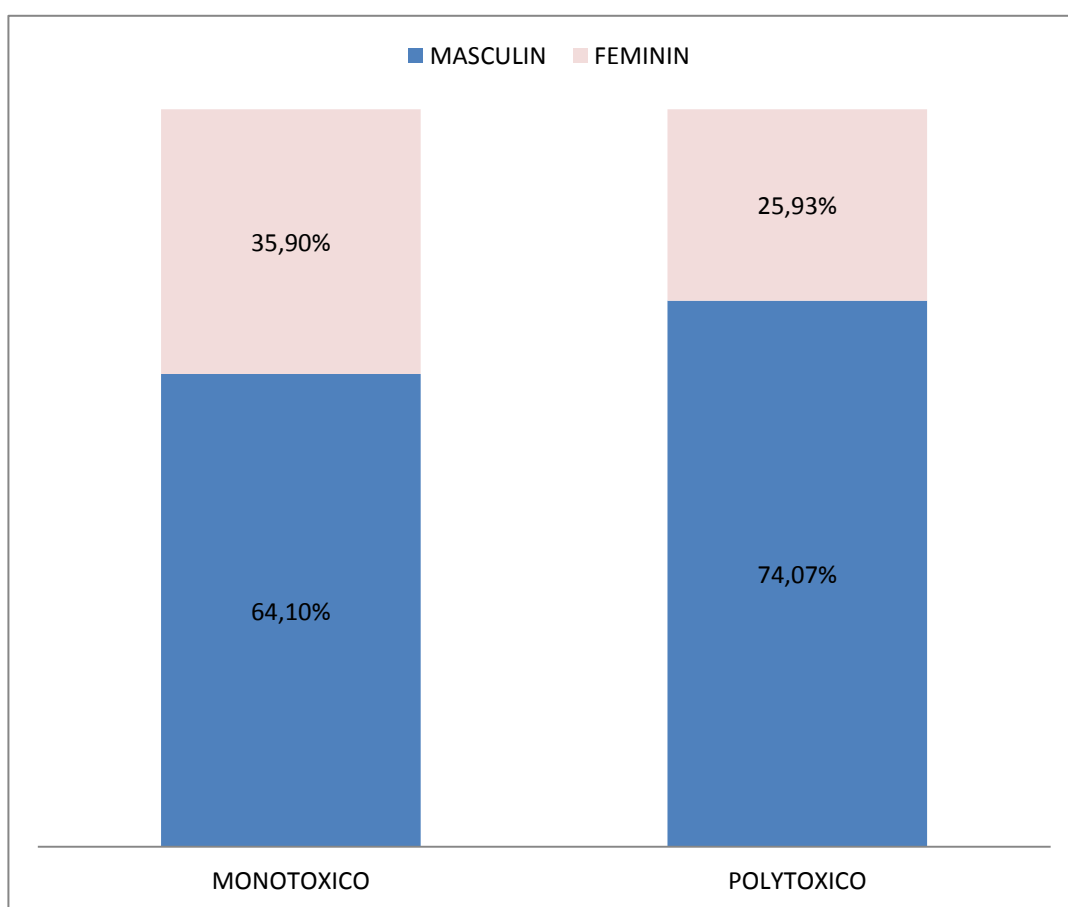


**Figure 8 : Répartition de la population de toxicomanes par classes d'âge**

## **2. Répartition selon le sexe en fonction de l'Indice de consommation**

Sur un total de 93 patients testés positifs à au moins une drogue (hormis l'alcool), l'on a enregistré 28 femmes soit 30% et 65 hommes soit 70%.

- chez les monotoxicomanes l'on a enregistré 64,1% d'hommes contre 35,9% de femmes, tandis que
- chez les polytoxicomanes l'on enregistre 74,07% d'hommes contre 25,93% de femmes.



**Figure 9 : Répartition du sexe en fonction de l'indice de consommation**

### **3. La situation professionnelle**

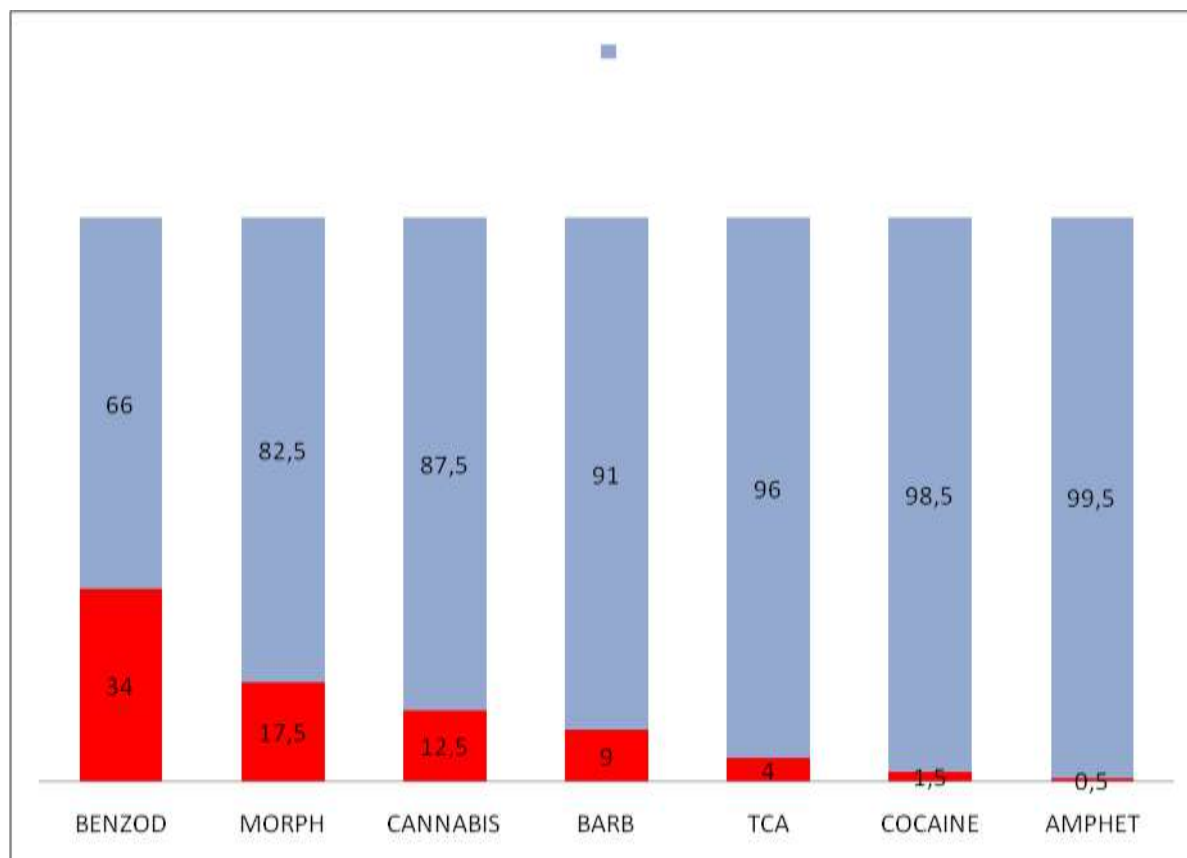
Plus de 72% (72,1%) des patients toxicomanes exercent une activité professionnelle, qu'elle soit régulière ou pas. 59 d'entre eux soit 63,44% sont des employés ou exercent une activité qui permet de les classer dans cette catégorie professionnelle.

### **4. Le type de substance utilisé**

#### **a. Résultats de la DRUG-CHECK®**

En ce qui concerne la ou les substances psycho-actives consommées par les patients et ciblées par notre étude, les plus retrouvées étaient respectivement les Benzodiazépines (BENZ) chez 34% des patients de notre population d'étude, la Morphine (MOP) chez 17,5% des patients de notre échantillon et le Cannabis (THC) chez 12,5%.

Les Barbituriques, la Cocaïne, les Antidépresseurs Tricycliques et les Amphétamines ont également été retrouvés.

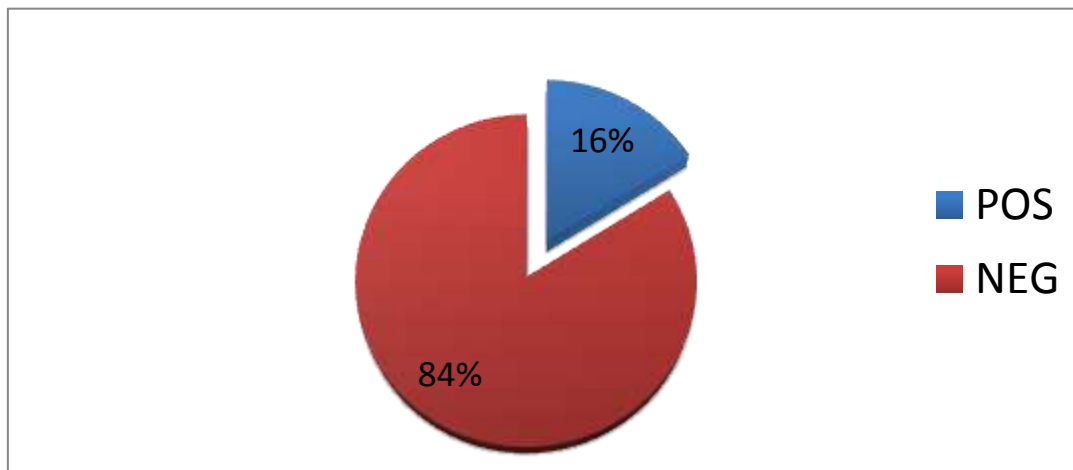


**Figure 10 : Fréquence de consommation de chaque spa au sein de la population d'étude**

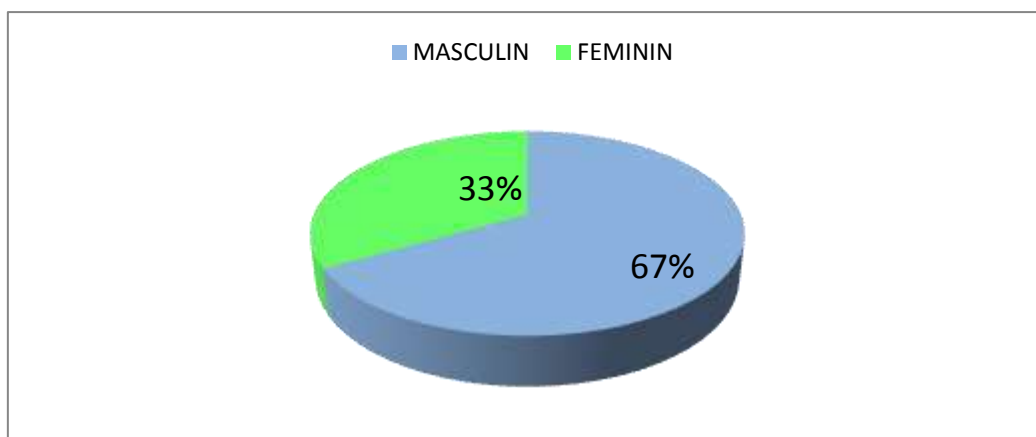
### **b. Résultats de l'alcoolurie**

Une alcoolurie a été réalisée pour l'ensemble des 93 patients ayant testé positif à la DRUG-CHECK® et a conduit aux résultats suivants :

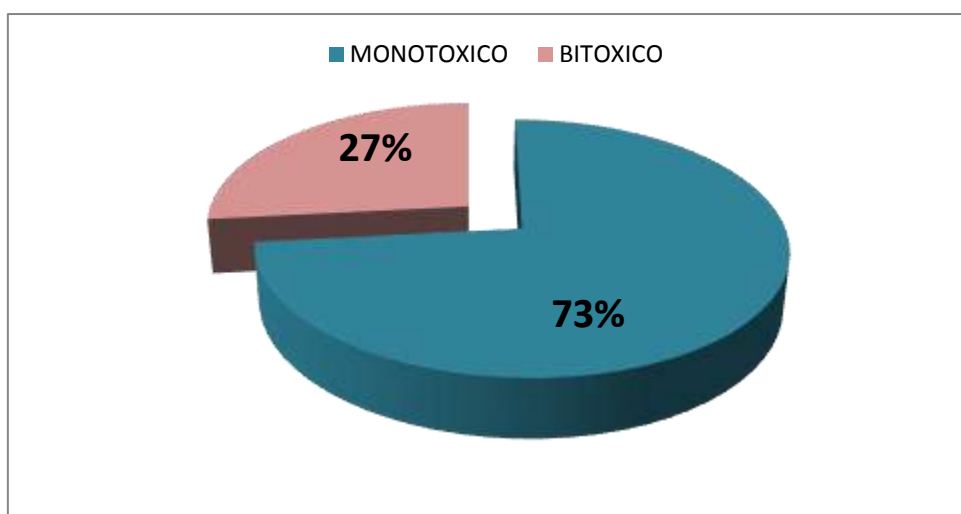
- 15 patients soit 16% des patients toxicomanes sont également consommateurs d'alcool
- 67% d'entre eux sont de sexe masculin contre 33% de femmes
- 73% sont consommateurs d'une seule drogue contre 27% de polytoxicomanes
- 60% sont des employés.



**Figure 11 : Alcoolurie des patients testés positifs à la DRUG-CHECK®**



**Figure 12 : Répartition selon le sexe des patients toxicomanes ayant une alcoolurie positive**



**Figure 13 : Répartition selon l'indice de consommation**

**c. Sur la commune de Yopougon**

Les drogues les plus consommées par les patients résidents dans la commune de yopougon sont les mêmes que celles retrouvées dans la population générale d'étude c'est-à-dire : les Benzodiazépines, le Cannabis et la Morphine.

- Dans 21,67% des cas, on a relevé des cas de polyconsommation associant les Benzodiazépines et la Morphine
- 16,67% associaient les Benzodiazépines au Cannabis
- Les Benzodiazépines sont les substances les plus retrouvées

**d. Chez les patients victimes de traumatismes**

- 15,79% des patients victimes de traumatismes ont testé positif aux Benzodiazépines
- 15,79% étaient consommateurs à la fois de Benzodiazépines et de Cannabis

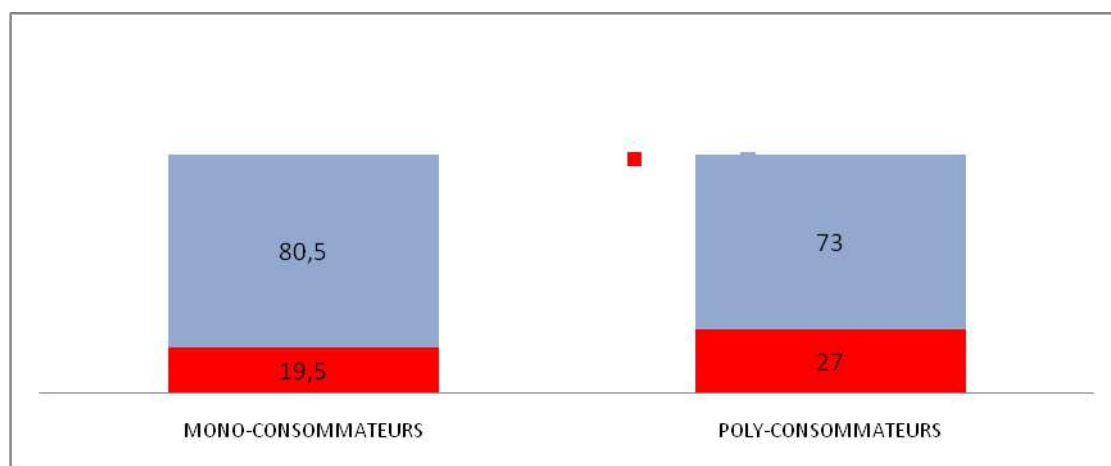
**e. Selon la profession**

Un taux de 22,03% de consommation de l'association [Benzodiazépines + Cannabis] a été enregistré pour la catégorie socioprofessionnelle "employés".

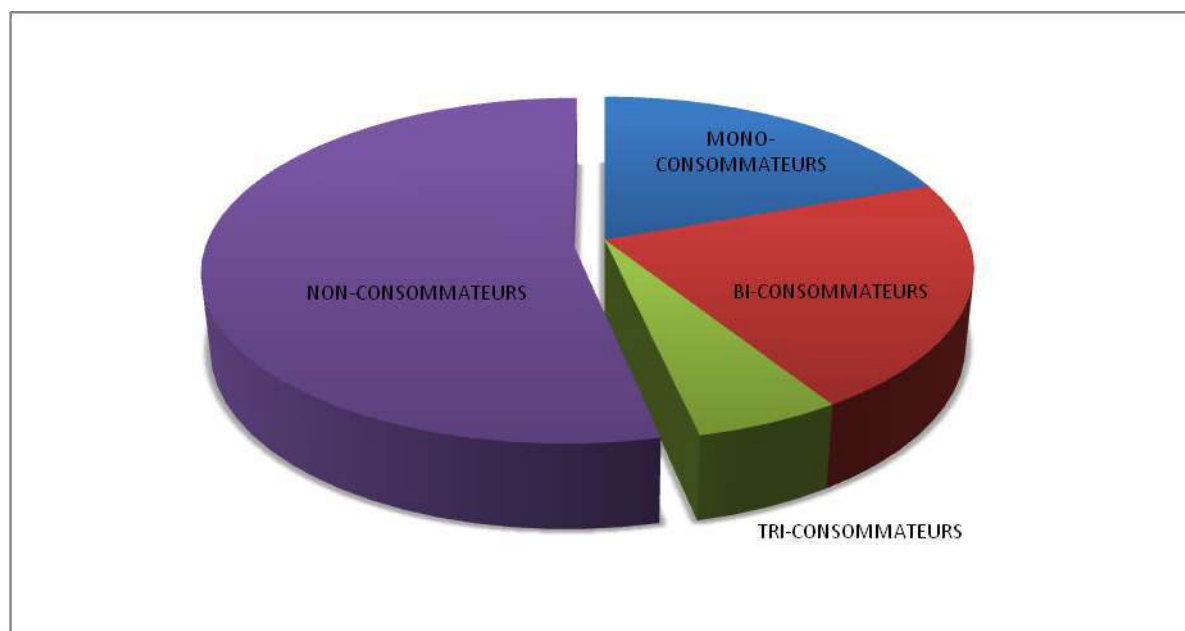


## 5. L'indice de consommation

Notre population d'étude regroupait 39 patients monotoxicomanes (ou mono-consommateurs) soit 19,5% contre 54 patients polytoxicomane (ou polyconsommateurs) soit 27%.



**Figure 14 :** Comportements de consommation des spa dans la population d'etude



**Figure 15 :** Répartition selon l'indice de consommation

**a. Répartition selon le sexe**

Chez les mono-consommateurs, l'on a distingué 36% de femmes contre 64% d'hommes. Cet écart se creuse davantage chez les poly-consommateurs avec 26% de femmes contre 74% d'hommes.

**b. Caractéristiques liées au lieu de résidence**

- 53,85% des mono-consommateurs résident dans la commune de Yopougon
- 12,82% résident dans le district d'Abidjan (en dehors de la commune de Yopougon)
- 28,21% résident hors du district d'Abidjan

Tandis que pour les poly-consommateurs on retrouve :

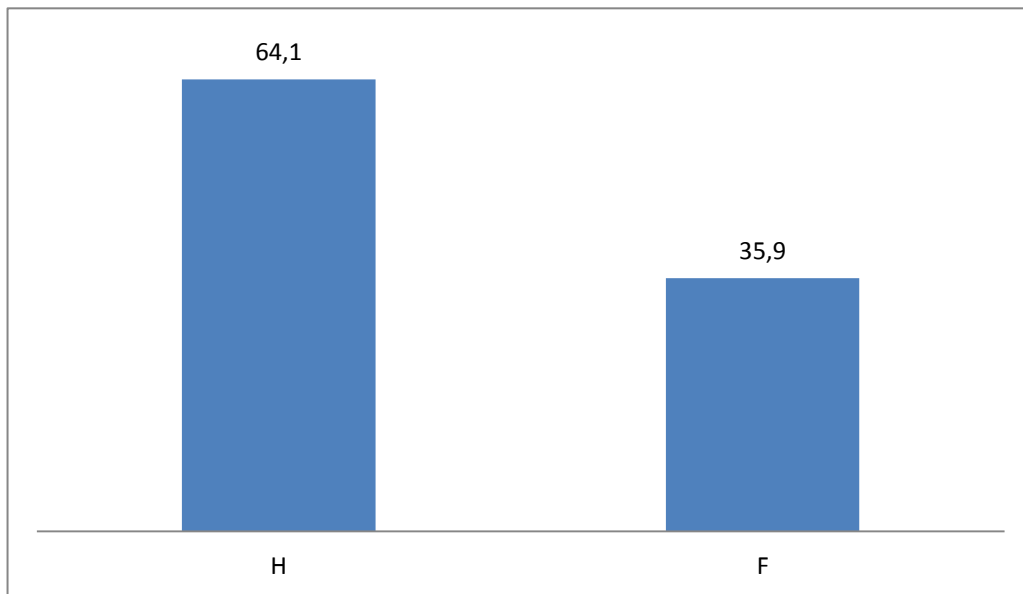
- 72,22% sur la commune de Yopougon
- 14,81% sur le district d'Abidjan (en dehors de la commune de Yopougon)
- 12,96% hors d'Abidjan.

**c. Caractéristiques liées au motif d'admission**

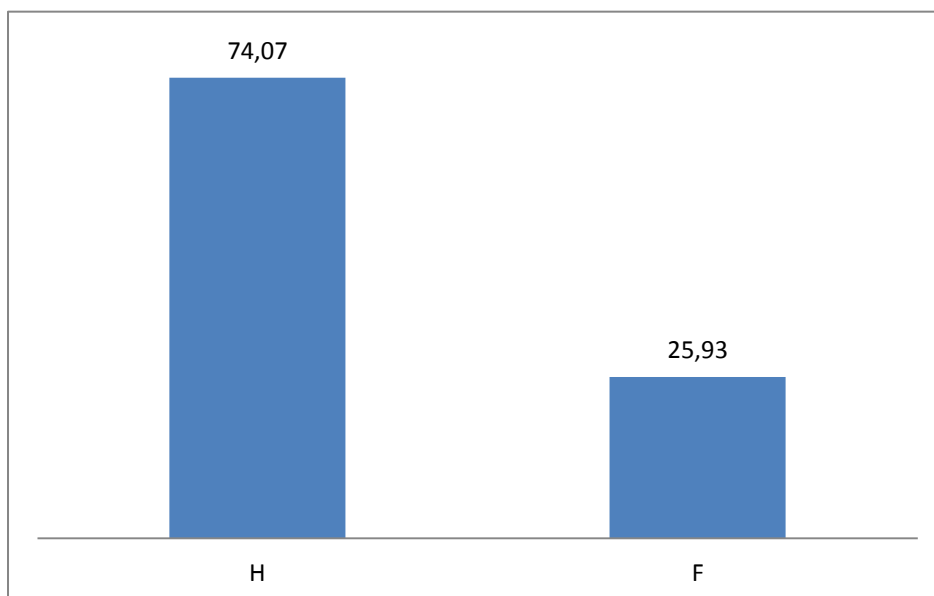
- 48,72% des mono-consommateurs avaient été admis suite à un accident de la route
- 12,82% suite à une rixe
- 5,13% pour d'autres causes traumatiques
- 33,33% pour des causes non-traumatiques

Tandis que pour les poly-consommateurs on observe :

- 38,89% des admissions sont survenues à la suite d'accidents de la route
- 12,96% faisaient suite à une rixe
- 3,70% pour d'autres causes traumatiques
- 42,59% pour des causes non-traumatiques



**Figure 16 : Répartition selon le sexe chez les monotoxicomanes**



**Figure 17 : Répartition selon le sexe chez les polytoxycomanes**

## ***DISCUSSION***

---

## **I. PRINCIPAUX RESULTATS**

Notre travail a consisté à évaluer la prévalence de la consommation des substances psychoactives chez les personnes âgées de plus de 15 ans admises aux urgences du CHU de Yopougon, et de rechercher des liens entre les données socio-économiques des patients et leur consommation. Nous nous sommes également intéressés au lien entre le motif d'admission et la consommation de SPA.

La population recrutée était hétérogène en ce qui concerne les tranches d'âge et le sexe. La majorité des consommateurs avait moins de 45 ans.

Les facteurs socio-économiques ayant une association positive avec la consommation de SPA étaient les suivants : l'âge, le sexe, le niveau de ressources économiques.

Les principaux effets recherchés dans la consommation de drogues étaient : l'excitation, l'euphorie, la relaxation, la sédation.

Parmi les drogues licites, les Benzodiazépines étaient les plus retrouvées (34% de l'ensemble de notre population d'étude), tandis que la Morphine et le Cannabis étaient respectivement les substances illicites les plus retrouvées (17,5% pour la Morphine et 12,5% pour le Cannabis).

Les associations entre les différentes SPA potentialisent leurs effets le plus souvent, ce qui explique la prévalence de 27% de polytoxicomanes au sein de notre population d'étude. Cette prévalence pourrait aussi être due à la difficulté pour les consommateurs de se procurer des drogues pures non-coupées avec d'autres SPA.

Il est également à noter que sur toute la durée de notre étude, les motifs prépondérants d'hospitalisation étaient d'origine traumatique et faisaient majoritairement suite à un accident de la route (48,72% des mono-toxicomanes

avaient été admis suite à un accident de la route contre 38,89% pour les poly-toxicomanes).

## **II. PRINCIPALES DONNEES DE L'ETUDE**

### **1. La prévalence**

Notre étude a mis en évidence que 46,5% des patients admis aux urgences avaient consommé au moins une des substances psychoactives. Cette consommation pouvait être occasionnelle ou régulière.

La prévalence trouvée dans notre étude est supérieure à celle relevée par *Buscaglia Laura* dans une étude similaire réalisée aux urgences du CHU de Bordeaux en 2016 (**Laura Buscaglia : Étude de la prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les adultes consultant dans un service d'urgences au CHU de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie 2016.**) ainsi qu'à celle relevée par Aïssata Diakite aux urgences du CHU de Yopougon en 2015 (**Aissata Diakite : Estimation des prévalences de la consommation d'alcool et autres substances psychoactives chez les victimes d'AVP admises aux urgences du chu de yopougon (étude ASMA-CI) 2015, page 207**) avec respectivement 34,6% et 11,2% de patients prévalents à au moins une substance psychoactive.

En Afrique Sub-saharienne comme en Europe, peu d'études menées dans des services d'urgences permettent de comparer nos résultats. La plupart des études étant menées dans des centres spécialisés, sur une population de consommateurs de SPA, ou sur une population de personnes victimes d'AVP et non sur la population générale. Ce manque de documentation est d'ailleurs souligné par un article publié à propos des cas d'abus de substances dans les services d'urgences en Europe (**Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, Yates C, Dines AM, Sedefov R, et al.**

**Current European data collection on emergency department presentations with acute recreational drug toxicity: Gaps and national variations. Clin Toxicol. 2014 Dec;52(10):1005-12.).**

D'autre part, ce chiffre reflète l'ensemble des SPA. Il nécessite d'être complété et interprété avec les consommations de SPA prises individuellement.

En ce qui concerne les substances illicites, les cannabinoïdes et les morphiniques constituent les classes de psychotropes les plus fréquemment détectées dans les urines des patients, soit respectivement 12,5% et 17,5% des tests urinaires positifs. Pour les substances psychotropes licites, la classe pharmacologique la plus fréquemment retrouvée dans les urines des patients est celle des benzodiazépines, dans 68 cas sur 200 testés soit 34%. Ce pourcentage est près de trois fois supérieur à celui observé pour le cannabis. Ces résultats sont conformes à ceux publiés dans une étude sur le trafic et la consommation de substances illicites en Côte d'Ivoire de 1999 à 2007 qui a montré que les substances psychoactives les plus représentées en Côte d'Ivoire étaient le cannabis et les benzodiazépines, avec des volumes de saisies en constante progression de respectivement 34% et 116% (**Dano SD, Manda P, Ezoulin MJM, Wandji B, Diakité A, Sangaré-Tigori B. Traffiking and Consumption of hard Drugs in Côte d'Ivoire from 1999 to 2007. Journal of Public Health and Epidemiology. 2013;5(5):7.).**

La prévalence de 15% enregistrée après l'alcoolurie réalisée chez l'ensemble des patients toxicomanes témoigne de ce que l'alcool est la deuxième substance licite d'intérêt pour notre étude. Cela démontre une polyconsommation de SPA élargie à l'alcool et portant ainsi à quatre le nombre de SPA pouvant avoir été consommées par un seul patient si celui-ci est tri-toxicomane.

La prévalence est plus importante chez les hommes que chez les femmes.

## **2. Les données socio-économiques**

### **2.1. L'âge**

La répartition des patients selon les différentes tranches d'âge était assez hétérogène.

Dans notre étude, quel que soit le motif de consultation, 35,5% des 15-30 ans et 36,5% des 31-45 ans avaient consommé des SPA. Ces chiffres s'abaissent à 9,7% pour les 46-55 ans et à 14,5% pour les plus de 55 ans. Nos chiffres sont un peu plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature. Nous observons les mêmes tendances : il existe une plus grande consommation chez les jeunes ; elle diminue de façon marquée après 50 ans (Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances (OFDT). mars 2015;(99):1-8.)

(European Union, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Rapport européen sur les drogues 2014 tendances et évolutions. Luxembourg: EUR-OP; 2014. 80 p.).

Aux Etats-Unis, un institut de veille sanitaire sur les visites aux urgences (Drug Abuse Warning Network [DAWN]) a mis en évidence que la tranche d'âge 18-34 ans présentait le plus fort taux de consultation aux urgences liées aux SPA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Drug Abuse Warning Network : National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits [Internet]. Rockville: U.S. department of health and human services; 2013 [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED.htm>).

En France l'OFDT retrouve les mêmes résultats où la consommation de drogues illicites concerne majoritairement les 18-34 ans.



La proportion de consommateurs chez les 31-45 ans n'est pas négligeable dans notre travail et reste tout aussi élevé que celle relevée chez les 15-30 ans.

## **2.2. Le sexe**

Dans notre étude, il a été mis en évidence que la prévalence est plus importante chez les hommes avec un rapport presque constant de  $\frac{2}{3}$  en faveur de ces derniers ; ce qui est en accord avec les données de l'OFDT où pour les produits illicites les hommes se révèlent plus expérimentateurs que les femmes, ainsi qu'avec celles de Le Querrec (**Le Querrec F, Bounes V, Mestre ML, Azema O, Longeaux N, Gallart J-C. Sex and age differences in ED patients with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. Am J Emerg Med. 2015 Nov;33(11):1612-6.**) où les consultations aux urgences en lien avec la consommation de SPA étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (sex ratio 2/3).

En revanche, nos résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par Beaudoin (**Beaudoin FL, Baird J, Liu T, Merchant RC. Sex Differences in Substance Use Among Adult Emergency Department Patients: Prevalence, Severity, and Need for**

**Intervention. Acad Emerg Med. 2015 Nov;22(11):1307-15.**) qui souligne que durant les trois mois précédant la consultation aux urgences, la fréquence d'usage était similaire entre les deux sexes pour le tabac et les différentes drogues, sauf pour l'alcool où les hommes déclaraient en consommer davantage que les femmes.

## **2.3 La profession**

Dans notre étude, 67% des patients toxicomanes ont une activité professionnelle, 18,5% n'en avaient pas et 14,5% ont souhaité ne pas communiquer sur leur profession. Ces résultats se rapprochent de ceux obtenus par **Laura Buscaglia**

avec 67,6% de consommateurs qui avaient une activité professionnelle et 32,4% qui déclaraient n'avoir aucune activité.

## **2.4 Le lieu de résidence**

La situation géographique de ce CHU explique sa forte fréquentation par une population principalement domiciliée à Yopougon. En effet, durant notre étude, on a pu relever que 59,5% des patients enquêtés résidaient dans la commune de Yopougon, 20% provenaient des autres communes du district d'Abidjan, 18% d'entre eux provenaient des autres régions du pays, tandis que 2,5% n'avaient donné aucune information sur leur lieu de résidence. Ces résultats s'expliquent par le fait que le cadre choisi pour la réalisation de notre étude est situé dans la commune de Yopougon. La grande accessibilité de ce CHU due au fait qu'il soit le seul CHU connexe à l'autoroute du nord (unique artère autoroutière du pays) explique également qu'il soit fréquenté par les populations non-résidentes de la commune de Yopougon.

## **3. Les données cliniques**

### **3.1 Le motif d'admission**

Notre étude relève que les principales pathologies motivant l'admission aux urgences médicales et chirurgicales du CHU de Yopougon sont d'ordre traumatique. En effet, 68,5% des hospitalisations l'ont été pour des causes traumatiques, avec une prépondérance des accidents de la voie publique (50% des hospitalisations dues à des traumatismes), contre 31,5% pour des causes non-traumatiques.

Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus par Anthony HENDRYCKS qui relevait dans son enquête que 41.6% des admissions étaient liées à une symptomatologie en rapport avec la traumatologie. **(Accueil de la population migrante dans le service des urgences du Centre Hospitalier de Calais :**

**Enquête épidémiologique, rétrospective sur la population migrante avec revue des pathologies menée sur l'année 2014, page 57).**

Mamadou Fadiala Diallo a également relevé un taux de 84,2% d'hospitalisations dus aux AVP (**Evaluation de la prise en charge des urgences traumatiques a l'hôpital de Kati a propos de 184 cas, 2005-2006 page 75**), taux supérieur à celui obtenu durant notre étude qui était de 50%.

### **3.2 La prise en charge médicamenteuse**

La prédominance des traumatismes dans les motifs ayant conduit les patients aux urgences du CHU de Yopougon explique probablement la large utilisation de substances analgésiques dans la prise en charge des patients. Notre étude a relevé un recours quasi-systématique aux antalgiques opiacés pour la prise en charge des patients victimes de traumatismes avec un taux de 71%.

Ce taux est supérieur à celui obtenu par CALMETTES Nathalie qui a relevé un recours aux antalgiques opiacés de 58,7% (**Etude qualitative des motifs de recours pour traumatologie bénigne aux urgences, 2015, P43**).

## **4. Caractéristiques liées aux usagers des SPA à l'étude**

### **a. Répartition selon l'âge**

Les tranches d'âge de [15-30] et [31-45] ans ont été les plus représentées avec respectivement des taux de 35,5% et 36,5%. Initialement, ces deux tranches d'âge constituent à elles seules 72% de notre population d'étude.

Ces résultats rejoignent ceux obtenus par OULAADA avec un taux de positivité plus important chez les patients âgés de plus de 30ans (**Profil épidémiologique des usagers de substances psychoactives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech, 2016, Page 65**).

Quant à Anas OULMIDI il a retrouvé une utilisation plus importante de SPA chez la catégorie d'âge inférieur à 20 ans (**Profil épidémiologique des usagers de substances psychoactives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech, 2016, Page 65**)

Nos résultats sont donc en phase avec ceux obtenus par OULAADA et OULMIDI.

**b. Répartition selon le sexe**

La prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin en matière de consommation de SPA est prévisible dans notre contexte socio-culturel. Notre étude a enregistré chez les consommateurs de SPA une prévalence de 70% d'homme contre 30% de femmes.

Cette différence de répartition est plus marquée selon Anas OULMIDI qui a relevé un taux de positivité de 93% chez les hommes contre 7% chez les femmes.

**c. Répartition selon la situation socioprofessionnelle**

Dans notre étude, 72,1% des patients testés positifs exercent une activité professionnelle avec une prédominance pour la classe des employés.

Ce taux est supérieur a celui relevé par Laura Buscaglia qui a quant à elle noté que 67,6% des patients consommateurs avaient une activité professionnelle.

#### **d. Le type de substances utilisées**

Dans notre étude, contrairement à la majorité des données recueillies dans la littérature, la substance psychoactive la plus consommée chez les patients était les Benzodiazépines (34%). Ces résultats diffèrent ainsi de ceux obtenus par Laura Buscaglia et par Anas OULMIDI qui ont relevé que le cannabis était la substance majoritairement consommée avec respectivement 26,5% et 47% de patients usagers. Pour Buscaglia L. les benzodiazépines ont représenté la deuxième substance la plus consommée, avec 7,1% des passages aux urgences.

Nos résultats indiquent que le Cannabis représente la principale SPA illicite à laquelle ont recours les patients polyconsommateurs, en association avec les Benzodiazépines. Cette association (Benzodiazépines + Cannabis) est également la plus retrouvée chez les patients victimes de traumatismes ainsi que pour la catégorie socioprofessionnelle "employés" avec respectivement un taux de positivité de 15,79% et 22,03%.

L'alcool est la substance licite la plus retrouvée chez les patients polyconsommateurs, également en association avec les Benzodiazépines, avec un taux de 16% pour l'ensemble des patients ayant testé positif à la DRUG-CHECK®.

Il apparaît néanmoins que pris individuellement, les opiacées représentent la deuxième substance la plus consommée après les benzodiazépines. La large utilisation d'antalgiques opiacés dans la prise en charge des patients admis aux urgences pourrait en partie expliquer cet état de fait.

## ***CONCLUSION***

---

Notre étude prospective est originale puisqu'il est le premier travail mené aux urgences du CHU de Yopougon sur la prévalence et l'étude épidémiologique de la consommation de SPA chez les patients admis dans ce service. Peu d'études sur le sujet ont été publiées.

Le grand nombre de patients recrutés nous a permis de mener des analyses statistiques fiables.

Entre le 12 Avril 2017 au 02 Mai 2017, le patient consommateur de SPA admis aux urgences du CHU de Yopougon était un homme ou une femme âgé(e) de 15 à 45 ans avec un statut professionnel d'employé(e) ou exerçant une activité permettant de le classer dans cette catégorie socio-professionnelle.

Nos résultats montrent que la prévalence de la consommation de SPA chez les patients admis aux urgences du CHU de Yopougon durant notre période d'étude était de 46,5%, tous types de consommation confondus (expérimentale, occasionnelle ou régulière).

Les consommations de SPA les plus importantes concernaient les Benzodiazépines, les Opiacés et le Cannabis.

En général, le patient avait une co-addiction en lien majoritairement avec les Benzodiazépines ; l'alcool étant la deuxième substance la plus retrouvée chez les patients usagers de SPA. L'association [Benzodiazépines + Cannabis] apparaît comme étant le couple de SPA le plus mis en cause dans les hospitalisations pour des motifs liés à un traumatisme (accident de la voie publique, rixe, accident de travail, ....).

Il n'a par contre pas été possible de mettre en évidence un lien statistiquement fiable entre la consommation de SPA et le motif de consultation aux urgences. Cela correspondait à un de nos objectifs secondaires. Cette question pourra faire l'objet d'une étude dédiée.

Les facteurs socio-économiques étudiés ayant un lien positif avec la consommation de SPA sont le sexe masculin, l'âge jeune (moins de 45 ans), des ressources économiques faibles à moyennes mais disponibles.

Après avoir montré qu'une importante proportion de patients consultant aux urgences était consommatrice de SPAs, l'objectif serait de cibler ces patients pour améliorer leur prise en charge globale et les orienter vers des structures adaptées.

Les problèmes liés à l'usage de SPA ne se devinent pas. Cela souligne la nécessité d'une formation des médecins et du personnel paramédical des urgences à l'addictologie clinique.

Lorsqu'on les détecte aux urgences, cela signifie que les complications liées à l'addiction sont déjà installées. Il convient alors d'aider ce patient à sortir de sa marginalité et de l'intégrer plus précocement dans le système de soins et les structures dédiées.

La prise en charge précoce des consommateurs est possible. Notre enquête est reproductible. La réalisation d'études complémentaires plus ciblées et sur une durée plus longue est nécessaire afin de compléter les connaissances sur ce sujet.



## ***RECOMMANDATIONS***

---

L'accessibilité grandissante des drogues, particulièrement attractives pour les jeunes, est un phénomène largement répandu aujourd'hui. Les dispositifs d'accompagnement et de soins sont encore très faiblement structurés parallèlement au renforcement des connaissances en addictologie.

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes ont été formulées à l'endroit :

➤ **De l'ensemble du corps médical du service des urgences et de la direction du CHU de Yopougon à l'effet d'encourager à :**

- la promotion d'une collaboration rapprochée des équipes d'addictologie avec les équipes de médecine d'urgence en vue de permettre une sensibilisation vis-à-vis des conduites addictives.
- la valorisation des compétences propres des services d'urgence en termes de repérage des conduites addictives. Il est important qu'ils se sentent impliqués, étant donné la prévalence de ces troubles dans leur activité.
- la formation et à l'identification de soignants référents plus sensibilisés ou formés vis-à-vis de ce sujet.
- la promotion des moyens de repérage peu coûteux (questionnaire, tests de détection rapide de substances psychoactives) qui soient les plus adaptés possibles à leur activité et aux contraintes de fonctionnement inhérentes au service des urgences.
- l'identification des individus qui sont à risque de développer des troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive pour ensuite faire un plan pour le traitement.

- éviter d'étiqueter à tort des personnes comme étant « à risque » de problèmes associés à la consommation de psychotropes sans contribuer à améliorer leur situation.
- adapter les stratégies thérapeutiques devant une alcoolurie ou une drug-check positive.

➤ **A l'endroit des autorités étatiques et de la sécurité routière à :**

- accroître l'impact des campagnes de communication
- renforcer les actions de prévention
- diminuer l'attractivité de certaines boissons alcooliques et/ou énergétiques
- limiter l'entrée en consommation des jeunes
- adapter le dispositif de prise en charge dans les centres de santé
- intensifier la lutte contre les trafics, spécifiquement le trafic local, en particulier dans les quartiers
- apporter une réponse spécifique au trafic de stupéfiants aussi bien dans les villes qu'en milieu rural
- poursuivre l'effort de démantèlement des grands réseaux de trafic disposant de ramifications internationales
- intensifier la lutte contre la cannabiculture
- mener des actions pédagogiques sur les dangers de la consommation de substances psychoactives chez les automobilistes
- agir contre les conduites dopantes et alcooliques dans le monde professionnel et lutter contre les détournements de médicaments

- mieux sécuriser la chaîne de prescription et de délivrance des médicaments psychotropes
- fonder les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et la formation
- renforcer la recherche clinique dans le domaine des addictions

## ***REFERENCES***

---

1. Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire. OPEMA n°6. Principaux résultats 2014 [Internet]. Marseille: Centre d'Addictovigilance associé PACA Corse; 2014 déc [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/Resultats\\_opema\\_2014.pdf](http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/Resultats_opema_2014.pdf)
2. Centre d'Evaluation de l'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance. OPPIDUM. Principaux résultats 2014 [Internet]. Marseille: Centre d'addictovigilance PACA-Corse; 2014 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plq\\_26\\_OPPIDUM\\_VF.pdf](http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plq_26_OPPIDUM_VF.pdf)
3. Diot C, Eiden C, Lehmann M, Sebbane M, Peyrière H. Identification and collection of abuse cases in the emergency department through a hospital database. Clin Toxicol. 2015 Feb 7;53(2):138-9.
4. Le Querrec F, Bounes V, Mestre ML, Azema O, Longeaux N, Gallart J-C. Sex and age differences in ED patients with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. Am J Emerg Med. 2015 Nov;33(11):1612-6.
5. Liakoni E, Dolder P, Rentsch K, Liechti M. Acute health problems due to recreational drug use in patients presenting to an urban emergency department in Switzerland. Swiss Med Wkly [Internet]. 28 juill 2015 [cité 24 juill 2016]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2015.14166>
6. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Rapport mondial sur les drogues. Résumé analytique [Internet]. UNODC Research; 2015 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_F.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_F.pdf)
7. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, Chiffres clés, 6ème édition [Internet]. Saint-Denis : OFDT; 2016 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
8. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2015 sept [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
9. Houde J. Les usages sociaux des drogues chez les jeunes polyconsommateurs au Québec et sa région. [Mémoire de Maîtrise en service social]. Québec, Canada: Université de Laval; 2014.
10. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
11. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et conduites addictives [Internet]. Saint-Maurice: Inpes éditions; 2014 déc [cité 20 juill 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf>
12. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al.

Tabac. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier; 2009 [cité 25 juill 2016]. p. 113-62. Disponible sur:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000102>

13. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool. Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie.

2015;37(1):5-84.

14. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al.

Alcool. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier; 2009 [cité 25 juill 2016]. p. 71-112. Disponible sur:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000096>

15. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al.

Cannabis. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier;

2009 [cité 25 juill 2016]. p. 163-85. Disponible sur:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000114>

16. Denizot J. Des douleurs abdominales et vomissements soulagés par des douches chaudes ? Penser au cannabis. La Lettre d'addictovigilance. avr 2015;(12).

17. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al.

Opiacés. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2009 [cité 27 juill 2016]. p. 186-215. Disponible sur:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000126>

18. Karila L, Lépine J-P, Coscas S, Beck F, Reynaud M. Cocaïne et autres substances.

In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier; 2009 [cité 27 juill 2016]. p. 216-28. Disponible sur:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000138>

19. Karila L. Dossier : nouvelles drogues de synthèse. Rev Prat. mai 2012;62(5):661-81.

20. Joye F, Donzé N, Frochaux V, Niquille M, Selz Amaudruz F. Drogues récréatives : le plaisir des complications ? Rev Med Suisse. 14 août 2013;9(394):1454-60.

21. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Synthèse thématique : nouveaux produits de synthèse [Internet]. OFDT; 2016 [cité 23 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/>

22. Frintz A. Nouvelles drogues de synthèse : vers la fin de la guerre à la drogue ? [Internet]. Radio France Internationale; 2015 [cité 23 juill 2016]. Disponible sur:

<http://www.rfi.fr/hebdo/20150821-drogues-lois-nouveaux-produits-synthese-nps-legislation-union-europeenne-france-nouv>

23. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris : La Documentation française; 2013.

24. Agrawal A, Lynskey MT. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*. juill 2008;103(7):1069-81.

25. Reynaud M, France, Direction générale de la santé. Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir : rapport au directeur général de la santé. Paris: La Documentation française; 2002.

26. Prinz R, Kerns S. Early Substance Use by Juvenile Offenders. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2003;33(4):263-77.

27. Case S. Indicators of Adolescent Alcohol Use: A Composite Risk Factor Approach. *Subst Use Misuse*. 2007 Jan;42(1):89-111.

28. Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de la santé, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance. Oppidum - Enquête n°26. CEIP - Addictovigilance; 2014.

29. Agence française de sécurité sanitaire pour les produits de la santé. Formulaire de déclaration obligatoire d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou tout autre produit ayant un effet psychoactif mentionné à l'article R.5219-2 du code de la santé publique. AFSSAPS; 2012.

30. Lopez D, Martineau H, Palle C. Mortalité liée aux drogues illicites, étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. OFDT; 2004.

31. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T. Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). *Tendances (OFDT)*. déc 2015;(105):1-6.

32. Historique de la consommation des drogues à Bordeaux [Internet]. OFDT / TREND; 2000 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.ceid-addiction.com/img/telechargements/85\\_Hist.-Drogues-Bordeaux.pdf](http://www.ceid-addiction.com/img/telechargements/85_Hist.-Drogues-Bordeaux.pdf)

33. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001. Rapports locaux des sites TREND [Internet]. OFDT; 2002 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/bord01.pdf>



34. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. J Gynecol Obstet Biol Reprod. mai 2015;44(5):433-42.
35. Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, Yates C, Dines AM, Sedefov R, et al. Current European data collection on emergency department presentations with acute recreational drug toxicity: Gaps and national variations. Clin Toxicol. 2014 Dec;52(10):1005-12.
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Highlights of the 2011 Drug Abuse Warning Network (DAWN) findings on drug-related emergency department visits. The DAWN Report. Rockville; 2013 Feb p. 1-8.
37. Donzé N, Fornerod L, Chiolerio A, Bonvin R, Rossier M, Augsburger M. Toxicology in emergency room in the valais hospital. Boston: Poster at SOFT (American Society of Forensic Toxicology) congres; 2012.
38. Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances (OFDT). mars 2015;(99):1-8.
39. European Union, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Rapport européen sur les drogues 2014 tendances et évolutions. Luxembourg: EUR-OP; 2014. 80 p.
40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Drug Abuse Warning Network : National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits [Internet]. Rockville: U.S. department of health and human services; 2013 [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED.htm>
41. Beaudoin FL, Baird J, Liu T, Merchant RC. Sex Differences in Substance Use Among Adult Emergency Department Patients: Prevalence, Severity, and Need for Intervention. Acad Emerg Med. 2015 Nov;22(11):1307-15.
42. Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire. OPEMA n°4. Principaux résultats 2012 [Internet]. Marseille: Centre d'addictovigilance PACA-Corse; Févr 2012 [cité 30 août 2016]. Disponible sur: [http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/brochure\\_resultats\\_no4\\_version\\_2.pdf](http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/brochure_resultats_no4_version_2.pdf)
43. Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire. OPEMA n°7. Principaux résultats 2015 [Internet]. Marseille: Centre d'addictovigilance PACA-Corse; Déc 2015 [cité 30 août 2016]. Disponible sur: [http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette\\_resultats\\_opema\\_2015.pdf](http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_resultats_opema_2015.pdf)

44. Lamy S, Thibaut F. État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. *L'Encéphale*. févr 2010;36(1):33-8.
45. Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. nov 2014;43(9):649-56.
46. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H- J, Lombrail P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. *Rev Sage-Femme*. nov 2011;10(5):221-9.
47. Lamy S, Delavene H, Thibaut F. Grossesse et consommation de drogues et d'alcool. Mise au point. *Rev Prat*. mars 2014;64(3):317-20.
48. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableau de bord de la conjoncture. Indicateurs clés de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes [Internet]. INSEE; 2016 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=17&reg\\_id=29&page=indicateurs.ht m](http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=17&reg_id=29&page=indicateurs.ht m)
49. Frouté O, Geindre C, Noury D. Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes : un PIB au 2e rang des 12 régions de province [Internet]. INSEE; 2015 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: [www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=12&ref\\_id=23546](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=23546)
50. Gaillardon V. Intoxications aux drogues : enquête aux urgences du centre hospitalier universitaire de Poitiers [Internet] [Thèse d'exercice Pharmacie]. Poitiers : Université de Poitiers; 2014 [cité 13 août 2016]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/79d3c26c-5a41-4f9f-970f-49ad3037695f>
51. Richard J, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions (INPES). avr 2015;(32):1-6.
52. Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Tendances (OFDT). mai 2014;(92):1-6.
53. Dupuy G, Vorspan F, Lépine J-P. Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2009;167(7):498-503.
54. Cardoso A, Venzac M, Maquinghen S. Drogues et dépendances. Quelles différences de consommation entre le milieu urbain et le milieu rural? [Internet]. Clermont-Ferrand: Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne; Nov 2012 [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.addictions-auvergne.fr/cr2a/sites/default/files/baseDocumentaire/Urbain\\_Rural\\_CR2A\\_0.pdf](http://www.addictions-auvergne.fr/cr2a/sites/default/files/baseDocumentaire/Urbain_Rural_CR2A_0.pdf)

55. Gandilhon M, Cadet-Taïrou A. Les usagers de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponses publiques. Tendances (OFDT). nov 2015;(104):1-4.
56. Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. Note de synthèse (OFDT). avr 2015;1-7.
57. Beck F, Richard J. Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010 [Internet]. Saint-Maurice : INPES; 2010 [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Questionnaire-Barometre-Sante-2010.pdf>
58. Lahaie E, Martinez M, Cadet-Taïrou A. Nouveaux produits de synthèse et Internet. Tendances (OFDT). janv 2013;(84):1-8.
59. Daveluy A, Miremont-Salamé G, Kostrzewa A, Couret A, Lacoïn L, Lecomte C, et al. Identification of abuse and dependence cases through a hospital database. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2012 Dec;21(12):1344- 9.

## **RESUME**

### **INTRODUCTION**

Notre étude est originale puisque c'est le premier travail mené aux urgences du CHU de Yopougon sur la prévalence de la consommation de substance psychoactives. D'ailleurs, le Collège Américain des Chirurgiens, par son comité sur les traumatismes, recommande depuis plus de 20 ans un dépistage systématique de l'alcool et des drogues pour les urgences avec une vocation de traumatologie.

**L'objectif principal** de ce travail a été d'évaluer la prévalence de la consommation de drogues et d'alcool chez les patients âgés de plus de 15 ans, admis aux urgences du CHU de Yopougon, quel que soit leur motif de consultation ou d'admission.

**MATERIELS ET METHODES** : Il a s'agit pendant quatre semaines de rechercher qualitativement, chez 200 patients admis au service des urgences du CHU de Yopougon, par une méthode immuno-chromatographique un panel de douze substances psychoactives dans leurs urines. Notre étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme et de cassettes unitaires servant de réactifs. Nous avons analysé les données socio-économiques (l'âge, le sexe, la situation professionnelle), cliniques (les antécédents médicaux, les motifs d'admission, la médication en cours) et quelques caractéristiques liées aux usagers des SPA.

**RESULTATS** : la prévalence de la consommation de SPA était de 46,5%, avec un sex-ratio en faveur du sexe masculin. Les consommations de SPA les plus importantes concernaient respectivement les Benzodiazépines, les Opiacés et le Cannabis. Il n'a par contre pas été possible de mettre en évidence un lien statistiquement fiable entre la consommation de SPA et le motif de consultation aux urgences. Cela correspondait à un de nos objectifs secondaires.

**CONCLUSION** : Après avoir montré qu'une grande proportion de patients consultant aux urgences était consommatrice de SPA, l'objectif serait de cibler ces patients pour améliorer leur prise en charge globale et les orienter vers des structures adaptées.

Cela souligne la nécessité d'une formation des médecins et du personnel paramédical des urgences à l'addictologie.

**Mots clés** : Substances psycho-actives, Urgences, Prévalence