UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des troubles psychiatriques associés à la toximanie : étude rétrospective et descriptive sur 3 ans (1er janvier 2011-31 décembre 2013) menée au Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge

Nunu, Blaise; Directeur de thèse: Dr. Sylvère Sakubu

2016-04
UB : FM
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2266

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIES A LA TOXICOMANIE :

Etude rétrospective et descriptive sur 3 ans (1er janvier 2011-31 décembre 2013) menée au centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge

Par :

Blaise NUNU

Directeur de thèse :

Dr. Sylvère SAKUBU

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Avril 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE
(Année académique : 2014-2015)

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Dr Sébastien MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Patrice BARASUKANA : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Léodégal BAZIRA : Méthodologie de la recherche
2. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie chirurgicale
3. Pr Evariste NDABANEZE : Thérapeutique
4. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologie infectieuse et parasitaire
5. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
6. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
7. Pr Jean Baptiste SINDAYIRWANYA : Gynécologie-Obstétrique
8. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie Chirurgicale

III. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie structurale
2. Pr Fréderic NSABIYUMVA : Pharmacologie spéciale
3. Pr Rénovat NTAGIRABIRI : Gastro-entérologie, Hépatologie
4. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie

5. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie

6. Pr Jeanne Odette NIYONGERE : Gynécologie-Obstétrique

7. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Nutrition, Hépatologie, Physiologie et Sémiologie digestive

8. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-rhino-laryngologie

9. Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique

10. Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie

IV. CHARGES DES COURS

1. Dr François NDARUGIRIRE : Anesthésie-Réanimation

2. Dr Athanase NDAYIRAGIJE : Pathologie infectieuse et parasitaire

3. Dr Martin NDUWIMANA : Pédiatrie

4. Dr Lévi KANDEKE : Ophthalmologie

5. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie

6. Dr Louis NGENDAHAYO : Histologie Spéciale, Anatomie Pathologique générale

7. Dr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie fondamentale, Biochimie Pathologique, Hématologie clinique

8. Dr Emmanuel GIKORO	: Imagerie médicale
9. Dr Hélène BUKURU	: Pédiatrie
10. Dr Jean Claude NIYONDIKO	: Anatomie I
11. Dr Sébastien MANIRAKIZA	: Biophysique, Imagerie médicale
12. Dr Canisius HAVYARIMANA	: Sémiologie chirurgicale
13. Dr Déogratias NTUKAMAZINA	: Gynécologie-Obstétrique
14. Dr Sylvestre BAZIKAMWE	: Gynécologie-Obstétrique
15. Dr Fiacre MAKURAZA	: Physiologie I, Endocrinologie
16. Dr Eugène NDIRAHISHA	: Physiologie et Sémiologie cardiaque
17. Dr Léonard BIVAHAGUMYE	: Oto-rhino-laryngologie, Anatomie Tête et Cou, Sémiologie chirurgicale
18. Dr Hermann NIMPAYE	: Parasitologie, Entomologie médicale
19. Dr Désiré NISUBIRE	: Biologie moléculaire, génétique
20. Dr François NDIKUMWENAYO	: Physiologie I
21. Dr Gilbert NDAYIZEYE	: Anatomie I
22. Dr Flora NTAHOMPAGAZE	: Histologie générale, Cytologie, Embryologie

23. Dr Patrice BARASUKANA	: Neuro-Anatomie, Neurophysiologie et Sémiologie neurologique
24. Dr Alexis SINZAKARAYE	: Rhumatologie, Réadaptation Fonctionnelle
25. Dr Stanislas HARAKANDI	: Anesthésie-réanimation
26. Dr Martin MANIRAKIZA	: Pathologie infectieuse et parasitaire
27. Dr AMANI Moibéni	: Hépato-Gastro-entérologie
28. Dr Sylvain NIYONKURU	: Sémiologie Chirurgicale
29. Dr Joseph NYANDWI	: Néphrologie

V. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI	: Déontologie médicale, Socio-anthropologie de la santé, Hygiène et Législation sanitaire
2. Dr Sandra NKURUNZIZA	: Hygiène et Administration des Services de santé
3. Dr Zacharie NDIZEYE	: Méthodologie de la recherche, Epidémiologie

VI. MAITRE ASSISTANT

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE	: Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie

VII. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Pierre Claver HAJAYANDI	: Médecine du travail, Médecine Légale
2. Dr Elie MUPERA	: Dermatologie
3. Dr Sylvère SAKUBU	: Psychiatrie
4. Dr Gaspard MARERWA	: Anatomie pathologique spéciale
5. Dr Thaddée BARANCIRA	: Physique
6. Dr Léopold HAVYARIMANA	: Chimie générale et organique
7. Dr Servat NYANDWI	: Biostatistique
8. Dr Paul BIZIMANA	: Démographie, Introduction à la santé Publique, Gestion hospitalière
9. Dr Juvénal MUYUKU	: Stomatologie
10. M. Protais NTEZIRIBA	: Civisme
11. M. François NKENGURUTSE	: Pharmacologie générale
12. Mme Léonie NTUNGWANAYO	: Psychologie générale
13. M. Anaclet CONGERA	: Mathématiques
14. M. Ferdinand NCABWENGE	: Anglais médical
15. M. Pierre Claver BIZIMANA	: Informatique
16. Mme Patrice BARAHINDUKA	: Soins infirmiers

DEDICACES

A Dieu Tout Puissant qui m'a prêté la vie,

A mes chers parents pour votre éducation,

A ma très chère épouse,

A mes frères et sœurs,

A mes oncles et tantes,

A mes cousins et cousines,

A la 31ième promotion de la Faculté de Médecine de Bujumbura,

A tous ceux qui me sont chers,

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Je profite cette occasion pour adresser mes sincères remerciements,

Au Dr Sylvère SAKUBU, Psychiatre, Directeur de cette thèse, vous avez accepté avec bienveillance de diriger ce travail. Vos conseils, votre disponibilité, votre dévouement au travail m'ont marqué et me serviront d'exemple. Soyez rassuré de ma profonde gratitude.

Au Prof Léopold NZISABIRA, Neurologue, Président du jury, vous m'avez honoré en acceptant spontanément de diriger ce jury. Avec toute mon estime pour vous, trouvez ici l'expression de ma grande reconnaissance.

Au Dr Patrice BARASUKANA, Neurologue, Membre du jury, c'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges. Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respect.

A tout le personnel du CNPK pour nous avoir facilités à réaliser ce travail.

A mes maîtres, de l'école primaire à l'Université pour tout ce que vous m'avez fait savoir, je vous suis très reconnaissant.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail, je dis sincèrement merci.

SIGLES ET ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
Al.	: Alius (autres)
ATV	: Aire Tegmentale Ventrale
Camh	: Center of Addition and Mental Health
CB	: Récepteur cannabinoïde endogène
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
CNPK	: Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
CRDM-IU	: Centre de Readaptation en Dependance de Montreal-Institut Universitaire
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux)
GABA	: Gamma Amino Butyric Acid (Acide Gamma Amino Butyrique)
IRM	: Imagerie par Résonnance Magnétique
LSD	: Lysergsäurediethylamid (Diéthylamide de l'acide lysergique)
MDMA	: 3,4-Méthylènedioxyméthamphetamine
NMDA	: N-méthyl-*d*-aspartate.
n°	: numéro

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RDC	: République Démocratique du Congo
SNC	: Système Nerveux Central
5HT2A	: 5-Hydroxytriptamine-2A

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Figure 1 : Circuit de récompense 12

Graphique I. Répartition des patients selon le sexe.....31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Répartition des patients par tranches d'âge 30
Tableau II. Répartition des patients selon la provenance 32
Tableau III. Répartition des patients selon les nationalités.....33
Tableau IV. Répartition des patients selon la profession.....33
Tableau V. Répartition des patients selon le niveau d'étude 34
Tableau VI. Répartition des patients selon le motif de consultation.....35
Tableau VII. Répartition des patients en fonction des antécédents psychiatriques 35
Tableau VIII. Répartition des patients selon le type de toxique 36
Tableau IX. Répartition des patients selon l'ancienneté de l'intoxication.....36
Tableau X. Répartition des patients selon la présence des signes de sevrage 37
Tableau XI. Répartition des patients selon les diagnostics retenus.....37
Tableau XII. Répartition des patients selon la classe médicamenteuse 38
Tableau XIII. Répartition des patients selon la prévalence 40
Tableau XIV. Comparaison de l'âge moyen avec celui des autres auteurs.....42
Tableau XV . Comparaison du sex-ratio avec ceux des autres auteurs.....43

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique : 2014-2015) i
DEDICACES vi
REMERCIEMENTS vii
SIGLES ET ABREVIATIONS viii
LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES x
LISTE DES TABLEAUX xi
TABLE DES MATIERES xii
0. INTRODUCTION GENERALE 2
CHAPITRE I. GENERALITES 6
I.1.Toxicomanie 6
I.1.1. Définitions 6
I.1.1.1. La toxicomanie 6
I.1.1.2. Abus de substance 7
I.1.1.3. Dépendance à une substance 7
I.1.1.4. Sevrage à une substance 7
I.1.1.5. Addiction 8
I.1.1.6. Renforcement 8
I.2.Toxicomanie et troubles psychiatriques 9
I.2.1. Epidémiologie 9
I.2.1.1. Dans le monde 9
I.2.1.2. En Afrique 9
I.2.1.3. Au Burundi 10
I.2.2. Place de la toxicomanie dans la nosologie psychiatrique actuelle 10
I.2.3. Mécanismes psychopharmacologiques de la toxicomanie 10
I.2.3.1. Psychopharmacologie 10

I.2.3.2. Aspect neurobiologique....11
I.2.3.3. Le mode d'action des drogues....13
I.2.4. Lien de causalité....16
I.2.4.1. L'automédication....16
I.2.4.2. L'influence du milieu....16
I.2.4.3. Les psychoses induites....16
I.2.5. Facteurs de risque....17
I.2.5. 1.L'aspect génétique....17
I.2.5.2. L'âge....17
I.2.5.3. L'intensité de l'exposition aux drogues....17
I.3. Aspects cliniques....18
I.3.1. Troubles psychiatriques liés à la toxicomanie....18
I.3.1.1. Troubles anxio-dépressifs....18
I.3.1.2. Troubles bipolaires....19
I.3.1.3. Troubles de la personnalité....19
I.1.1.4. Schizophrénie....19
I.3.1.5.Troubles du sommeil....20
I.3.1.6. Les pharmaco-psychoses....20
I.3.1.7. Les syndromes confusionnels....21
I.4. Principes thérapeutiques....22
I.4.1. Objectifs....22
I.4.2. Types de traitement....22
I.4.2.1. Les traitements psychosociaux....22
I.4.2.2. La chimiothérapie....23
I.4.2.3. Les médicaments pour traiter la toxicomanie....24

CHAPITRE II. MALADES ET METHODES 27
II.1. Malades 27
II.2. Méthodes 28
II.2.1. Collecte des données.....28
II.2.2.Traitement et analyse des données 28
CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS.....30
III.1. Données démographiques.....30
III.1.1. Prévalence générale 30
IIII.1.2. Age.....30
III.1.3. Sexe.....31
III.1.4. La provenance 32
III.1.5. La nationalité.....33
III.1.6. La profession 33
III.1.7. Le niveau d'étude 34
III.2. Données cliniques.....35
III.2.1. Motif de consultation.....35
III.2.2. Notion d'antécédents 35
III.2.3. Type de toxique 36
III.2.4. Ancienneté de l'intoxication 36
III.2.5. Signes de sevrage 37
III.2.6. Diagnostic retenu.....37
III.3.Données thérapeutiques.....38
CHAPITRE IV. DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE 40
IV.1. Données épidémiologiques.....40
IV.1.1. Prévalence générale.....40
IV.1.2. Age.....41
IV.1.3. Sexe.....43

IV.1.4. Provenance 44
IV.1.5. Profession 44
IV.1.6. Niveau d'instruction 44
IV.2. Données cliniques 45
IV.2.1. Motif de consultation 45
IV.2.2. Antécédents psychiatriques 45
IV.2.3. Type de toxique 45
IV.2.4. Ancienneté de l'intoxication 46
IV.2.5. Diagnostic retenu 46
IV.3. Données thérapeutiques 47
CHAPITRE V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS 49
V.1. Conclusion 49
V.2. Suggestions 51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 53
ANNEXES 59

0. INTRODUCTION

0. INTRODUCTION GENERALE

Les troubles mentaux ou neurologiques affecteront une personne sur quatre dans le monde à un moment ou l'autre de leur vie. Environ 450 millions souffrent actuellement de ces pathologies, ce qui place les troubles mentaux parmi les causes principales de morbidité et d'incapacité à l'échelle mondiale **[1].**

Ils sont responsables d'une forte mortalité par suicide et d'une importante morbidité : baisse de productivité, mauvaise qualité de vie et handicap. En France, les troubles psychiatriques absorbent 10% des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins et les troubles les plus incriminés sont les psychoses délirantes chroniques, les troubles bipolaires, des troubles dépressifs et des troubles anxieux **[2].**

La psychopathologie oriente vers deux perspectives différentes en ce qui concerne la toxicomanie et le trouble mental: le développement d'un trouble mental succédant à un abus de drogue et la reconnaissance chez un sujet toxicomane d'un trouble mental associé sans qu'un ordre séquentiel puisse être clairement objectivé dans le temps **[3].**

L'alcool, les drogues illicites et autres substances psycho-actives altèrent en effet les fonctions du cerveau, affectant l'humeur, la perception et la conscience. La consommation de substances psycho-actives peut donc entraîner des problèmes psychologiques et psychosociaux **[4]**

La plupart des syndromes d'abus et/ou de dépendance de substances psycho-actives s'accompagnent d'un risque accru de troubles psychiatriques, notamment de troubles dépressifs, anxieux et psychotiques. Les troubles psychiatriques peuvent être provoqués par les consommations aiguës, les consommations prolongées ou les syndromes de sevrage.

Les toxicomanies associées à un trouble de l'humeur constituent des formes de dépendance particulièrement sévères comportant un risque élevé de suicide. Les syndromes dépressifs de sevrage aux opiacés réalisent un état d'apathie et de découragement exposant le patient à un risque accru de reprise de l'intoxication **[5]**.

Les troubles psychiatriques induits par la toxicomanie varient aussi en fonction du type de drogues, ainsi par exemple les troubles psychiatriques du cannabis recouvrent, selon les classifications internationales, la catégorie diagnostique des troubles liés au cannabis (intoxication, abus et dépendance) et les troubles induits (troubles anxieux, psychotiques et confusionnels) **[6].**

Il existe des traitements, mais près des deux tiers des personnes que l'on sait souffrir d'une pathologie mentale, ne vont jamais se faire soigner auprès d'un professionnel de la santé. Le rejet social, la discrimination et les négligences empêchent ces malades de bénéficier des traitements **[1].**

Cependant, il nous a paru important d'aborder ce sujet avec comme objectifs suivants :

Objectif global :

Analyser les différents troubles psychiatriques les plus observés chez les sujets déjà toxicomanes et la relation toxicomanie-troubles psychiatriques.

Objectifs spécifiques :

- Répertorier les différents types de drogues utilisés ;
- Déterminer les caractéristiques démographiques des patients ;
- Etablir les profils cliniques des patients toxicomanes ainsi que la relation toxicomanie-troubles psychiatriques ;
- Analyser les prises en charge médicales et psychothérapiques de ces patients ;
- Proposer des stratégies pour la bonne prise en charge de ces patients.

I. GENERALITES

CHAPITRE I. GENERALITÉS

I.1.Toxicomanie

I.1.1. Définitions

I.1.1.1. La toxicomanie

La toxicomanie désigne l'usage, généralement par auto-administration des substances psycho-actives affectant défavorablement le bien être physique, psychosocial et économique de l'individu **[7]**. Elle pourrait également se définir comme la recherche compulsive et parfois chronique des effets consécutifs à une intoxication par absorption d'un produit psycho-actif au pouvoir toxicomanogène plus ou moins analgésique, euphorisant, hallucinatoire ou dynamisant.

Différentes drogues sont décrites en psychiatrie :

- Les substances sédatives (psycholeptiques) : parmi les substances sédatives, on compte le cannabis et ses dérivés. Les barbituriques et les opiacés sont également psycholeptiques.
- Les substances stimulantes (psychoanaleptiques) : la cocaïne et le crack sont les psychostimulants les plus consommés dans le monde. Les amphétamines ou héroïne ainsi que des divers médicaments notamment l'atropine font également parti de ce groupe.
- Substances hallucinogènes (psychodysleptiques) : Les substances hallucinogènes sont capables d'induire des hallucinations visuelles, auditives voire tactiles. Dans ce groupe l'on y trouve le LSD, la phencyclidine mais aussi la kétamine qui est un produit anesthésique vétérinaire et humain **[8].**

I.1.1.2. Abus de substance

L'abus de substances psycho-actives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages somatiques, psychoaffectifs, ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite du produit **[9]**. Selon l'OMS ; l'utilisation nocive pour la santé correspond à un mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé et dont les complications peuvent être physiques ou psychiques **[10]**.

I.1.1.3. Dépendance à une substance

Il s'agit d'un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative **[10].** Ce phénomène de dépendance aux substances psycho-actives ou pharmacodépendance consiste en un état d'adaptation résultant de l'usage périodique et continu d'une ou de plusieurs substances créant des besoins physiologiques et psychologiques **[11].**

I.1.1.4. Sevrage à une substance

Il s'agit d'un développement d'un syndrome spécifique d'une substance suite à l'arrêt ou à la réduction de l'utilisation prolongée et massive de cette substance occasionnant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental **[12].** Ces symptômes sont exclusivement liés au retrait du produit **[13].**

I.1.1.5. Addiction

Il s'agit d'un ensemble de comportements toxicomaniaques caractérisé par une implication accablante pour la consommation d'une drogue (usage compulsif), pour s'en assurer l'approvisionnement, avec une forte tendance à rechuter après le sevrage **[14].**

I.1.1.6. Renforcement

Le renforcement se définit comme une tendance induite par une drogue qui procure du plaisir à en poursuivre l'auto-administration [14].

I.2.Toxicomanie et troubles psychiatriques

I.2.1. Epidémiologie

I.2.1.1. Dans le monde

L'abus de substances psycho-actives parmi les patients soufrant de troubles psychiatriques est largement connu **[15]**. De nombreuses études épidémiologiques ont rapporté un pourcentage élevé de la cooccurrence entre l'abus de substances psycho-actives et les troubles psychiatriques **[16].** La prévalence mondiale de troubles psychiatriques associés à la toxicomanie est de plus de 20% **[17].** Environ 30 à 50% des patients admis en psychiatrie en Europe ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances, principalement d'alcool, de sédatifs ou de cannabis **[18].**

Par ailleurs, une étude réalisée dans la région de Bordeaux montre que la comorbidité au cours de la vie entre la toxicomanie et la schizophrénie est de près de 50% avec un choix particulier pour le cannabis puis l'héroïne et enfin la cocaïne **[16].**

I.2.1.2. En Afrique

Une étude a été réalisée en milieu hospitalier à l'hôpital HASSAN II au Maroc en 2009 et a trouvé que l'association schizophrénie et toxicomanie représentait 66,66% des patients **[19].**

I.2.1.3. Au Burundi

Le CNPK révèle être confronté aux problèmes épineux de toxicomanie qui nécessitent à eux seuls une prise en charge très spécifique en collaboration avec les familles afin de promouvoir des soins appropriés et des résultats thérapeutiques efficaces **(20).**

I.2.2. Place de la toxicomanie dans la nosologie psychiatrique actuelle

La DSM-5 combine en un seul diagnostic de trouble d'utilisation de substance les diagnostics d'abus et de dépendance à une substance **[21].**

La souffrance psychique qui découle de l'usage compulsif de drogues est souvent subordonnée aux difficultés d'obtention du produit, aux perturbations de l'humeur liées aux symptômes de sevrage ainsi qu'à la dévalorisation de soi qui peut accompagner le vécu de l'accumulation des difficultés psychosociales (dettes, problèmes avec la justice, chômage, etc.). Si cet aspect est particulièrement visible chez ceux qui consultent dans les institutions de soins, cela n'est pas une conséquence inéluctable de la toxicomanie car ceux qui parviennent à gérer une consommation même intensive sans symptômes de souffrance majeurs sont nombreux **[22].**

I.2.3. Mécanismes psychopharmacologiques de la toxicomanie

I.2.3.1. Psychopharmacologie

La psychopharmacologie se définit comme l'étude des substances actives au niveau du cerveau. Cette étude est orientée non seulement vers la découverte de nouveaux médicaments et vers la compréhension de leur mécanisme d'action sur le SNC, mais aussi vers la connaissance des maladies du SNC en les modifiant par des produits dont l'action est connue **[14].**

I.2.3.2. Aspect neurobiologique

- **Le circuit de récompense**

Le système de récompense est l'ensemble de processus cérébraux responsable de l'intégration dans la personnalité des expériences émotionnelles importantes de la vie, un événement positif aura un effet activant sur les voies mésolimbiques dopaminergiques et facilitera la mémorisation de l'information **[23].**

Ce circuit est capable aussi de provoquer des sensations de plaisir. Il est destiné à renforcer les actions qui permettent de satisfaire les besoins physiologiques **[24].**

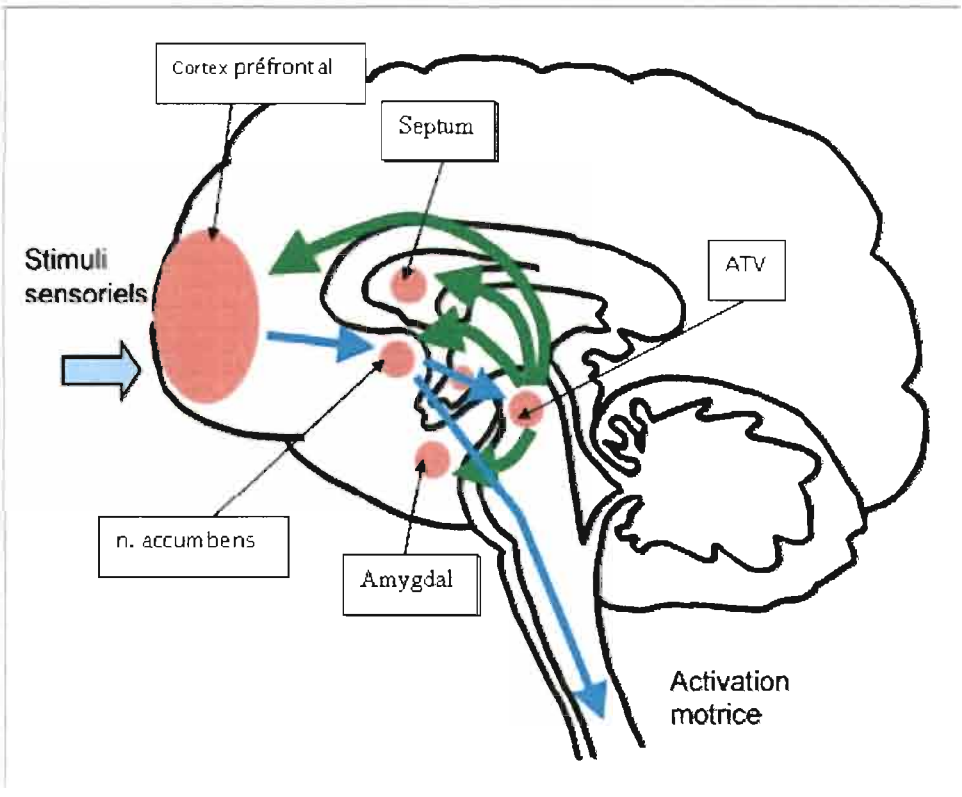
- **Le système mésocorticolimbique**

Le système mésocorticolimbique est constitué des deux principales voies dopaminergiques du système nerveux central : la voie mésolimbique et la voie mésocorticale. La voie mésolimbique implique un ensemble de neurones dopaminergiques situé dans le tronc cérébrale au niveau de l'aire tegmentale ventrale (ATV) qui projettent, via le faisceau médian, vers des structures du système limbique telles que le noyau accumbens, l'amygdale et l'hippocampe. Ce circuit est impliqué dans les effets de renforcement, la mémoire et les réponses conditionnées liées aux conséquences motivationnelles et émotionnelles du manque et du besoin, d'affection et de relation mais aussi de drogues.

La voie mésocorticale inclut des projections de l'aire tegmentale ventrale vers le cortex préfrontal, orbitofrontale et cingulaire antérieur. Il serait impliqué dans les conséquences cognitives de l'imprégnation émotionnelle et, en ce qui concerne la prise de drogues, dans la recherche compulsive de ces drogues au détriment des autres intérêts et désirs.

Le circuit de récompense et le système mésocorticolimbique fonctionnent en parallèle et interagissent entre eux **[25].**

Figure I : Circuit de récompense [14]



I.2.3.3. Le mode d'action des drogues

La voie finale commune du renforcement et de la récompense serait la voie dopaminergique limbique. Ses afférences comprennent une incroyable pharmacie de substances naturelles, allant de la morphine/ héroïne du cerveau (les endorphines) à la marijuana (l'anandamide), en passant par la cocaïne et l'amphétamine (la dopamine elle-même). Il faut noter que de nombreux psychotropes utilisés de façon toxicomaniaque court-circuitent les neurotransmetteurs cérébraux naturels et stimulent directement les récepteurs provoquant la libération de dopamine.

Cependant, le risque de devenir drogué dépend du nombre de récepteurs de chacun. Ainsi, pour les individus qui ont un nombre restreint de récepteurs d'une substance donnée, la consommation de cette substance n'entrainera pas un grand effet, mais elle aura des effets de récompense de plus en plus grands au fur et à mesure que la dose croitra. A l'inverse, chez les sujets qui possèdent un grand nombre de récepteurs de cette substance, elle aura un effet désagréable qui ne les poussera pas à en reprendre.

Les opiacés, les stimulants, la marijuana, les benzodiazépines, les sédatifs-hypnotiques, les hallucinogènes et la nicotine agissent tous sur le système dopaminergique mésolimbique.

- **La cocaïne**

  C'est un puissant inhibiteur du transport de la dopamine. Le blocage aigu de ce transport provoque l'accumulation de dopamine, ce qui induit l'euphorie, la réduction de la fatigue et l'impression d'acuité mentale. La cocaïne a des effets similaires mais moins importants sur les transporteurs de la noradrénaline et de la sérotonine.

Chez les usagers chroniques, la cocaïne libère de plus en plus de dopamine ce qui aura pour effet l'apparition d'une psychose paranoïde aigue.

- **L'amphétamine**

  L'amphétamine (principalement la *d* –amphétamine) et ses dérivés apparentés comme la métamphétamine stimulent aussi la libération de dopamine par un mécanisme similaire à celui de la cocaïne.

- **Les hallucinogènes**

  Les hallucinogènes comme la LSD, Ectasy, la mescaline, la psilocybine et la MDMA sont des agonistes partiels des récepteurs 5HT2A. L'intoxication par les hallucinogènes induits des hallucinations visuelles à type de trainées lumineuses, une macropsie ou micropsie, une labilité émotionnelle et thymique, une impression subjective de ralentissement de temps, l'impression d'entendre des couleurs et de voir des sons, une plus grande acuité auditive, une dépersonnalisation et une déréalisation.

- **Phencyclidine**

  C'est un antagoniste d'un canal ionique associé au sous-type NMDA des récepteurs du glutamate. Le site du Phencyclidine est modulateur du canal ionique qui se trouve sur le complexe NMDA-canal calcique. La Phencyclidine bloque ce canal et empêche le calcium d'y passer lors d'une stimulation par le glutamate. Cela pourrait avoir un effet neuroprotecteur à très forte dose, et un effet sédatif ou anesthésique à forte dose, mais un effet psychomimétique à dose modérée.

- **La marijuana ou cannabis**

  On connait deux types de récepteurs cannabinoïdes : le CB1 (dans le cerveau, couplé à la protéine G et modulant l'adénylate cyclase et les canaux ioniques) et le CB2 (dans le système immunitaire). C'est par le CB1 que se produiraient les propriétés de renforcement de la marijuana.

- **Les opiacés**

  Les opiacés agissent sur plusieurs récepteurs, dont les trois sous –types les plus importants sont les récepteurs mu, delta et kappa. Les opiacés utilisés comme antalgiques (la codéine et la morphine, par exemple) ou de manière toxicomaniaque (l'héroïne, par exemple) agiraient en tant qu'agonistes des récepteurs mu (préférentiellement), delta et kappa. Aux doses antalgiques et au dessus, les opiacés produisent une euphorie qui constitue leur principal moyen de renforcement. Lorsqu'ils sont consommés chroniquement, les opiacés induisent à la fois tolérance et dépendance.

- **La nicotine**

  La nicotine agit directement sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques, qui sont eux même localisés en partie sur les neurones dopaminergiques mésolimbiques. Lorsque la nicotine stimule ces récepteurs, elle provoque une libération de dopamine et donc par là-même récompense et plaisir. Les effets psychopharmacologiques de la nicotine sont peu auto-régulés, ce qui peut expliquer pourquoi ses effets comportementaux sont beaucoup plus limités que ceux de la cocaïne ou de l'amphétamine.

- **Les benzodiazépines**

  Lorsque les BDZ font objet d'une utilisation ou d'un abus chronique, elles peuvent induire des modifications des récepteurs comme la faculté à moduler les récepteurs GABA A en réponse à une diminution d'une BDZ au cours du temps. Les patients deviennent irritables ou anxieux, voire même ont des attaques de panique s'ils arrêtent brusquement leur BDZ.

- **Les sédatifs hypnotiques**

  Les mécanismes pharmacologiques sont sensiblement les mêmes que ceux qui ont été décrits pour les BDZ **[14].**

I.2.4. Lien de causalité

I.2.4.1. L'automédication

L'hypothèse d'automédication repose sur deux axiomes : l'abus de drogue soulage les symptômes de la souffrance psychique ; chaque drogue psycho-active est recherchée pour ses spécificités psychopharmacologiques. A partir des différentes expériences d'automédication, le malade va adopter la drogue qui le soulage mieux de sa souffrance [**26,27**].Le malade va tomber dans le phénomène d'addiction, qui est un processus dans lequel un comportement, qui peut avoir comme fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur, est caractérisé par l'échec répété de son contrôle avec sa persistance malgré les conséquences **[19].**

I.2.4.2. L'influence du milieu

La situation sociale difficile que vivent les psychopathes, l'écart, les difficultés d'intégration peuvent être une raison qui les conduit à aller à la rencontre de groupes de toxicomanes en situation de marginalité susceptibles de mieux accepter leur différence sans stigmatisation. Le schizophrène peut trouver dans un groupe de toxicomanes des idéaux et des identifications stabilisatrices **[28].**

I.2.4.3. Les psychoses induites

Des fortes doses de cannabis peuvent induire des psychoses toxiques chez des consommateurs sans vulnérabilité psychotique [**29].**

I.2.5. Facteurs de risque

I.2.5. 1. L'aspect génétique

Le risque de devenir drogué dépend du nombre de récepteurs de chacun. Ainsi, pour les individus qui ont un nombre restreint de récepteurs d'une substance donnée, la consommation de cette substance n'entrainera pas un grand effet, mais elle aura des effets de récompense de plus en plus grands au fur et à mesure que la dose croitra. A l'inverse, chez les sujets qui possèdent un grand nombre de récepteurs de cette substance, elle aura un effet désagréable qui ne les poussera pas à en reprendre **[14].**

I.2.5.2. L'âge

Lorsque la première exposition se produit vers le début plutôt que la fin de l'adolescence, l'impact du cannabis semble plus prononcé pour plusieurs troubles en lien avec la santé mentale **[30].**

I.2.5.3. L'intensité de l'exposition aux drogues

Le risque de développer une pathologie psychiatrique apparaît étroitement associé au niveau d'exposition aux drogues. Ainsi, une société sans cannabis diminuerait de 13% de nombre de ses schizophrènes **[19].**

I.3. Aspects cliniques

Les pathologies affectant la santé mentale des usagés de drogues sont complexes dans la mesure où l'usage des toxiques et les troubles psychopathologiques interagissent et peuvent participer de concomitance fortuite ou d'interrelation causale **[31]**.

I.3.1. Troubles psychiatriques liés à la toxicomanie

I.3.1.1. Troubles anxio-dépressifs

Les troubles de l'humeur, plus ou moins associés à des manifestations anxieuses sont particulièrement observés (entre 30 et 70 % selon les études). On note également chez ces patients des idées de dévalorisation et de culpabilité ou la tristesse qui ne sont pas spécifiques aux personnes toxicomanes mais doivent faire évoquer le diagnostic de dépression **[31]**. L'addiction est un moyen de lutter contre la dépression; elle abrase les conflits par un comportement compulsif [**32**].

Le syndrome déficitaire post-sevrage est classiquement décrit : un ralentissement et une perte d'élan vital pouvant aller jusqu'à des idées suicidaires. Il débute pendant le sevrage physique ou juste après et peut durer plusieurs semaines [**33**].

I.3.1.2. Troubles bipolaires

On note que les troubles bipolaires sont plus souvent associés avec un trouble addictif. Il s'agit plus fréquemment de troubles bipolaires de type II (épisodes dépressifs récurrents et phases hypomaniaques) que de type I (épisodes mélancoliques et maniaques). Mais dans ce dernier cas, la prévalence de l'abus de substances psycho-actives durant toute la vie est plus élevée. Ces troubles bipolaires peuvent conduire à des consommations d'héroïne et de psycho- stimulants (cocaïne, crack ou ecstasy par exemple) en alternance **[31,34]**.

I.3.1.3. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité ont une prévalence marquée dans la population toxicomane. La proportion des sujets présentant au moins un trouble de la personnalité varie de 53% à 100% dans les échantillons présentant un trouble lié aux substances psycho actives **[35].**

La personnalité antisociale ou psychopathique est celle qui apparait la plus fréquente, mais on a aussi noté la fréquence des personnalités dites états limites et, dans une moindre mesure, l'existence des personnalités psychotiques **[31].**

I.1.1.4. Schizophrénie

Des études récentes montrent qu'environ 50% des patients schizophrènes utilisent des drogues ou de l'alcool **[36].** Le problème de la comorbidité entre schizophrénie et toxicomanie fait l'objet d'un intérêt croissant. Cet intérêt trouve son origine dans les divers problèmes que pose cette

comorbidité comme les problèmes diagnostiques.

En effet, comparativement aux schizophrènes non toxicomanes, les schizophrènes toxicomanes présentent les caractéristiques suivantes :

- Ils font davantage de rechutes psychotiques et sont plus fréquemment hospitalisés ;
- Ils prennent moins régulièrement leur médication ;
- Ils ont plus de problèmes de logement et d'emploi ;
- Ils sont plus violents et criminalisés ;
- Ils sont plus dépressifs et suicidaires ;
- Ils ont le plus de problèmes de santé **[9].**

I.3.1.5.Troubles du sommeil

C'est l'une des plaintes les plus fréquemment exprimées. Ces troubles sont un facteur de surconsommation de psychotropes en tout genre (médicaments, cannabis, alcool) et de rechutes chez les sujets dépendants des opiacés **[31,36]**.

I.3.1.6. Les pharmaco-psychoses

Trois définitions sont attribuées aux pharmaco-psychoses :

- Une manifestation psychotique aggravée par la prise de toxique chez les psychotiques chroniques.
- Une manifestation psychotique révélée par la prise de toxique (décompensation d'une psychose préexistante à l'occasion de la prise de toxiques).
- Une manifestation psychotique chronique déclenchée uniquement par la prise de toxiques et qui disparait sous traitement [**37**].

Ces états psychotiques sont provoqués par les hallucinogènes ou, parfois, par des surconsommations répétées de psychostimulants (ecstasy et cocaïne notamment) associées ou pas à d'autres toxiques. Ces pharmaco-psychoses peuvent être soit d'apparition brutale et spectaculaire : bouffée délirante suite à une prise de LSD ou à des consommations intensives de cannabis, par exemple ; soit elles s'installent progressivement, réalisant un tableau de psychose dissociative chronique surtout marqué par un syndrome de dépersonnalisation, un sentiment subjectif souvent exprimé par le patient de « ne plus être comme avant » et l'installation à bas bruit d'un vécu délirant polymorphe de type paranoïde, non structuré, et empreint d'une anxiété permanente **[31,38]**.

I.3.1.7. Les syndromes confusionnels

Ils associent des troubles de la vigilance, des altérations des fonctions intellectuelles, en particulier de l'attention et de la mémoire de fixation, et une incoordination motrice et idéo-verbale. Ils signent une intoxication aiguë et sont fréquents lors de poly-consommations de « cocktails » mélangeant le plus souvent des benzodiazépines, de l'alcool et, éventuellement, d'autres substances divers (solvants, codéinés, éphédrine, etc....) **[31,38]**.

I.4. Principes thérapeutiques

Les patients présentant des troubles graves de santé mentale et de toxicomanie nécessitent une prise en charge intégrée **[39,40].** Cependant, si on ne traite qu'un des troubles, le risque de rechute est élevé **[41].**

I.4.1. Objectifs

Le but du traitement est d'amener les clients à :

- Déterminer ce que représente pour eux un avenir prometteur ;
- Trouver les moyens de mener une vie saine.

Le plan de traitement doit être adapté aux besoins de chaque patient **[39].**

I.4.2. Types de traitement

Le traitement des troubles concomitants peut être de nature psychosociale ou faire appel à des médicaments. Les patients reçoivent un de ces traitements ou les deux **[39].**

I.4.2.1. Les traitements psychosociaux

- **La psychoéducation**

  Elle consiste en une sensibilisation des patients et la famille sur la santé mentale et la toxicomanie **[39].**

- **Psychothérapie**

La psychothérapie aide les patients à surmonter leur problèmes en les amenant à examiner la façon dont ils pensent, agissent et se comportent avec l'entourage.

Ils existent plusieurs types de psychothérapies.

- Thérapies cognitivo-comportementale
- Thérapie comportementale dialectique
- Thérapie psychodynamique ou thérapies par la compréhension de soi.
- Thérapie interpersonnelle
- Thérapie de groupe
- Thérapie familiale **[41]**

Le soutien des membres de la famille peut être bénéfique pour les personnes aux prises avec des troubles concomitants **[39].**

I.4.2.2. La chimiothérapie

Le traitement fait intervenir différents groupes de médicaments en fonction de l'état clinique du patient.

- Les antidépresseurs : ils sont utilisés pour traiter la dépression mais certains permettent également de traiter les troubles anxieux. Le traitement fait souvent appel aux médicaments tricycliques **[42,39].**
- Les anxiolytiques : ils sont indiqués dans le traitement des troubles anxieux. Les anxiolytiques sont d'un apport considérable dans la prise en charge de l'insomnie **[39].**
- Les thymorégulateurs : ils sont utilisés pour le traitement des troubles de l'humeur et prévenir les épisodes maniaco-dépressifs. Le lithium est le médicament le plus utilisé **[42,39].**
- Les antipsychotiques : on rencontre chez ces malades plusieurs problèmes thérapeutiques dus essentiellement à l'effet de prise des toxiques sur le métabolisme des neuroleptiques **[39,43].** Il est privilégié d'utiliser des

neuroleptiques atypiques à des posologies élevées dans le but d'obtenir un réel bénéfice thérapeutique.

A noter que la Clozapine (Léponex) et l'olanzepine (Zyprexa) ont montré une efficacité simultanée pour les symptômes psychotiques négatifs et positifs et la dépendance, par l'éventuelle diminution de l'appétence au produit **[44].**

I.4.2.3. Les médicaments pour traiter la toxicomanie

Le traitement part du principe que le souvenir des effets du produit et la notion du plaisir qu'il procure restent longtemps difficile à vaincre.

Pour ce faire, il faut procéder à :

- ✓ Un sevrage physique ;
- ✓ L'isolement d'avec le milieu ;
- ✓ La psychothérapie spécifique.

Il existe différents types de médicaments contre la toxicomanie :

- Les médicaments aversifs : les personnes prenant les médicaments aversifs éprouvent des effets désagréables quand ils consomment l'alcool ou les drogues. Le Disulfirame (Antabuse) est un médicament aversif utilisé pour le traitement de l'alcoolisme **[39, 45].**
- Les médicaments qui atténuent les états de besoin : ils agissent en modifiant la réaction chimique du cerveau au produit bloquant ainsi les effets agréables du produit et diminuant les états de besoin.

Quelques médicaments atténuant les états de besoin : Le Naltrexone pour traiter la dépendance à l'alcool et aux opiacés, le Bupopion (ZYBAN^{R}) pour la dépendance à la nicotine **[39, 12].** La méthadone est également utilisée comme médicament de substitution **[19].**

Les patients qui souffrent des troubles psychiatriques associés à la toxicomanie encourent une compliance moindre et une faible sensibilité au traitement **[46].**

II. MALADES ET METHODES

CHAPITRE II. MALADES ET METHODES

II.1. Malades

- **Lieu, Type et Période d'étude**

Il s'agit d'une étude de type rétrospectif et descriptif sur une période de 3 ans (du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2013) et portant sur des patients ayant été hospitalisés au CNPK pour des troubles psychiatriques et qui sont connus toxicomanes.

- **Echantillonnage**

Critères d'inclusion :

Sont inclus dans notre étude :

- Tout patient ayant été hospitalisé pour trouble psychiatrique et connu toxicomane

Critères d'exclusion :

Sont exclus de notre étude :

- Tout patient ayant été hospitalisé pour trouble psychiatrique sans notion de toxicomanie ;
- Tout patient remplissant les critères mais dont le dossier est incomplet.

II.2. Méthodes

II.2.1. Collecte des données

Un questionnaire élaboré à cet effet a été rempli à partir de données retrouvées dans les documents suivants :

- les registres des entrants et sortants ;
- les dossiers des malades hospitalisés

II.2.2.Traitement et analyse des données

La saisie, l'analyse descriptive des données (prévalence, pourcentage, moyenne) et les graphiques ont été effectués en utilisant les logiciels Microsoft Word, Excel version 2007.

III. RESULTATS

CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS

III.1. Données démographiques

III.1.1. Prévalence générale

Au cours de la période de notre étude, sur un total de **963** patients qui avaient consulté pour des troubles psychiatriques, nous avons colligé **68** patients qui présentaient des troubles psychiatriques associés à la toxicomanie soit une prévalence de **7,06%.**

IIII.1.2. Age

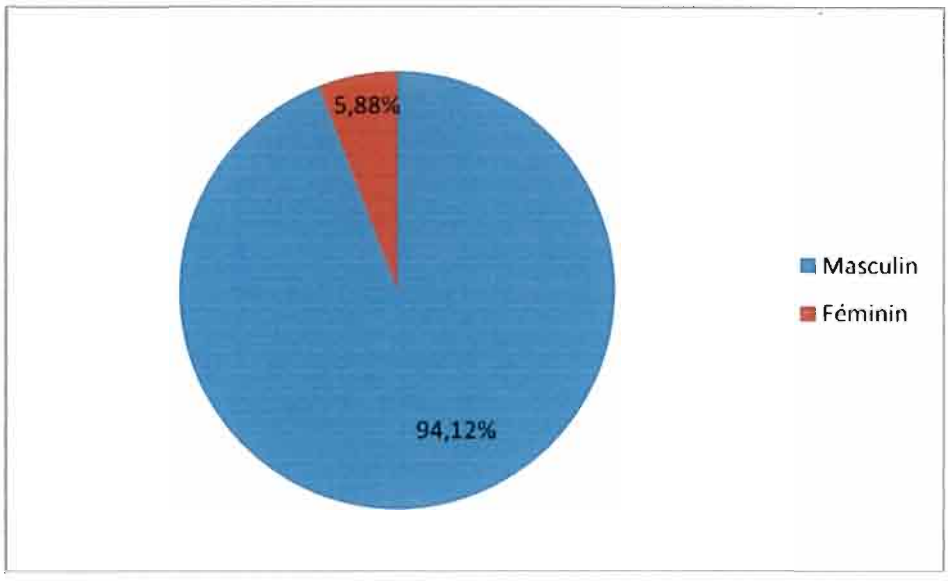
Tableau I. Répartition des patients par tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15-24	21	30,88
25-34	29	42,65
35-44	13	19,12
45-54	4	5,88
>54	1	1,47
Total	**68**	**100**

La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25 à 34 ans soit 42,64% ; suivie de la tranche d'âge de 15 à 24 ans soit 30,88%. Le reste des patients soit 26,46% a plus de 45 ans. L'âge moyen de nos patients est de 30,2 ans avec des extrêmes de 15 et 74 ans.

III.1.3. Sexe

Graphique I. Répartition des patients selon le sexe



Le sexe masculin est le plus représenté avec 94,12%. Le sex-ratio est de 16 en faveur des hommes.

III.1.4. La provenance

Tableau II. Répartition des patients selon la provenance

Province	Effectif	Pourcentage
BUBANZA	3	4,41
BUJUMBURA MAIRIE	31	45,59
BUJUMBURA	3	4,41
GITEGA	3	4,41
BURURI	5	7,35
MAKAMBA	3	4,41
BUKAVU	1	1,47
NGOZI	2	2,94
KARUSI	3	4,41
MWARO	4	5,88
KAYANZA	3	4,41
CIBITOKE	3	4,41
RUYIGI	2	2,94
MURAMVYA	2	2,94
Total	**68**	**100**

La Mairie de Bujumbura compte la majorité des patients avec un pourcentage de 45,5% ; suivie de la province de Bururi avec 7,3%. En 3ème position vient la province de Mwaro avec 5,8%. Seul la RDC représente les étrangers avec un pourcentage de 1,4%.

III.1.5. La nationalité

Tableau III. Répartition des patients selon les nationalités

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Burundaise	67	98,53
Autres	1	1,47
Total	**68**	**100**

Deux nationalités sont représentées (burundaise, congolaise). La majorité des patients est de nationalité burundaise soit 98,53%.

III.1.6. La profession

Tableau IV. Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateurs	16	23,53
Fonctionnaires	3	4,41
Ecoliers/Elèves/Etudiants	13	19,12
Commerçants	5	7,35
Militaires/Policiers	2	2,94
Profession libérale (techniciens, chauffeurs, maçon,…)	4	5,88
Sans profession	25	36,76
Total	**68**	**100**

Dans notre série, la catégorie la plus représentée est celle des personnes sans profession avec 25 cas soit 36,76% suivie de celle des cultivateurs avec 16 cas soit 23,53%.

III.1.7. Le niveau d'étude

Tableau V. Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	6	8,82
Primaire	25	36,76
Secondaire	31	45,59
Supérieur	6	8,82
Total	**68**	**100**

La majorité de nos patients ont atteint l'école secondaire avec 45,58% ; ceux de l'école primaire occupent la deuxième position avec 36,76%. Les non scolarisés et ceux ayant atteint le niveau supérieur sont en nombre égal avec 8,82% chacun.

III.2. Données cliniques

III.2.1. Motif de consultation

Tableau VI. Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Agressivité, agitation, logorrhée, dénudation	62	91,17
Incohérence, Errance, Fugues, Délires, Hallucinations	44	64,70
Angoisse	6	8,82
Insomnie	39	57,35
Humeur exaltée	3	4,41
Autres (retrait social, tentatives de suicides, soliloquie,…)	4	5,88

La majorité des patients était agressive, agitée et logorrhéique soit 91,17%. Les délires, les hallucinations constituaient le deuxième motif de consultation soit 64,70%.

III.2.2. Notion d'antécédents

Tableau VII. Répartition des patients en fonction des antécédents psychiatriques

Antécédents psychiatriques	Effectifs	Pourcentage
Personnels	6	8,83
Familiaux	13	19,11
Personnels et familiaux	13	19,11
Sans antécédents signalés	36	52,95
Total	**68**	**100**

Les antécédents psychiatriques sont retrouvés chez 32 patients (47,05%). Chez 36 patients (52,95%), aucun antécédent psychiatrique n'a été signalé.

III.2.3. Type de toxique

Tableau VIII. Répartition des patients selon le type de toxique

Type de toxique	Effectif	Pourcentage
Tabac	34	50
Cannabis et chanvre	60	88,23
Héroïne	2	2,94

La majorité des patients consomme du chanvre soit 88,23%. En deuxième position vient le tabac soit 50%.

III.2.4. Ancienneté de l'intoxication

Tableau IX. Répartition des patients selon l'ancienneté de l'intoxication

Années d'intoxications	Effectif	Pourcentage
< 2	14	20,59
2-10	9	13,24
>10	10	14,71
Non précisé	32	47,06
Total	**68**	**100**

La majorité de nos patients n'a pas précisé l'ancienneté de l'intoxication soit 47,06%. 14 patients s'étaient intoxiqués pendant un délai inférieur à 2 ans soit 20,59%. L'âge moyen de début de l'intoxication est de 24,6 ans.

III.2.5. Signes de sevrage

Tableau X. Répartition des patients selon la présence des signes de sevrage

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Insomnie	32	47,06
Agitation	8	11,76
Anxiété	8	11,76
Tremblement	3	4,41
Sans signes de sevrage	17	25
Total	**68**	**100**

Les signes de sevrage sont retrouvés chez 51 patients (75%). L'insomnie est le signe le plus fréquent (47,06%), suivie de l'agitation et de l'anxiété dans 11,76% chacune. Chez 25% de nos patients, aucun signe de sevrage n'a été signalé.

III.2.6. Diagnostic retenu

Tableau XI. Répartition des patients selon les diagnostics retenus

Diagnostics	Effectifs	Pourcentage
Schizophrénies	30	44,12
Troubles bipolaires	23	33,82
Troubles schizo-affectifs	10	14,71
Dépression	4	5,88
Trouble anxieux	1	1,47
Total	**68**	**100**

Le principal diagnostic retenu est la schizophrénie soit 44,2% suivi des troubles bipolaires soit 33,8%. En troisième position viennent les troubles schizo-affectifs soit 14,7%.

III.3.Données thérapeutiques

Tableau XII. Répartition des patients selon la classe médicamenteuse

Schéma thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Neuroleptiques seuls	2	2,94
Anxiolytiques seuls	2	2,94
Normothymiques seuls	1	1,47
Neuroleptiques + Anxiolytiques	39	57,35
Neuroleptiques + Normothymiques	1	1,47
Neuroleptiques + Anxiolytiques + Normothymiques	18	26,47
Neuroleptiques+Antidépresseurs + Anxiolytiques	5	7,35
Total	**68**	**100**

Les anxiolytiques sont plus prescrits (94,11% des patients), seuls ou en association avec d'autres médicaments.

L'association des neuroleptiques et des anxiolytiques a été plus utilisée dans le traitement soit 57,35%. Notons que tous les patients ont bénéficié d'une psychothérapie.

IV. DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE IV. DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Données épidémiologiques

IV.1.1. Prévalence générale

L'étude rétrospective a été réalisée sur une période de 3ans, du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2013.Nous avons colligé **68** dossiers sur les hospitalisations faites au cours de cette période, soit une prévalence de **7,06%.**

D'autres auteurs ont trouvé des résultats variés comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau XIII. Répartition des patients selon la prévalence

Auteurs	Pays	Prévalence	Année de publication
KHOLLATI LOUBNA **[19]**	Maroc	66,66	2009
MARIE CHAUVET et al. **[47]**	Canada	20 à50	2015
ALAIN MOREL **[48]**	France	70 à 90	2004
VAZ CARNEIRO **[49]**	Portugal	42	2008
ANNE-MARIT LANGAS **[46]**	Etats Unis d'Amérique	10	2011
DIXON L. **[50]**	Etats Unis d'Amérique	10 à 70	1999
Notre série	**Burundi**	**7,06**	**2015**

Nos résultats indiquent que chez les patients hospitalisés en psychiatrie, on retrouve 7,06% de consommateurs de substances psycho-actives, à peu près l'égalité avec les résultats de la cohorte d'**ANNE-MARIT LANGAS [46]** aux Etats Unis d'Amérique qui ont trouvé la comorbidité dans 10% de cas.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats variés :

-DIXON L. [50] aux Etats Unis d'Amérique ayant trouvé 10 à 70% de comorbidité

- MARIE CHAUVET ET AL. [47] au Canada : 20 à 50%

-VAZ CORNEIRO [49] au Portugal : 42%

-KHOLLATI LOUBNA [19] au Maroc : 66,6%

- ALAIN MOREL [48] en France : 70 à 90%.

Ces écarts seraient liés aux méthodes de recueil de données, aux critères diagnostics utilisés et à la population d'étude.

Notre prévalence basse par rapport à la plupart des auteurs s'expliquerait par la petitesse de l'échantillon.

IV.1.2. Age

Dans notre série, la prédominance de la comorbidité troubles psychiatriques et toxicomanie se situe dans la population jeune. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25 à 34ans. L'âge moyen de nos patients est de 30,2 ans avec des extrêmes allant de 15 à 74 ans.

Tableau XIV. Comparaison de l'âge moyen avec celui des autres auteurs

Auteurs	**Pays**	**Année de publication**	**Age moyen**
DANIEL MBASSAMENICK et al. **[51]**	Cameroun	2012	23,7ans
AMINA SABAN **[52]**	Afrique du Sud	2014	23ans
KHOLLATI LOUBNA **[19]**	Maroc	2009	21,2ans
EMERIC PAIN **[53]**	France	2013	27ans
REZA HABIBISARAVI et al. **[54]**	Iran	2015	39,9ans
Notre série	**Burundi**	**2015**	**30,2ans**

D'autres auteurs ont trouvé des résultats comparables avec également une prédominance dans la population jeune.

- **KHOLLATI LOUBNA [19]** au Maroc a trouvé un âge moyen de 21,2 ans

- **AMINA SABAN [52]** en Afrique du Sud a trouvé un âge moyen de 23 ans

- **EMERIC PAIN [53]** en France a trouvé un âge moyen de 27ans

-DANIEL MBASSAMENICK et al. [51] au Cameroun ont trouvé un âge moyen de 23,7 ans.

Notre cohorte jeune s'expliquerait par une prédominance des habitudes toxicomaniaques chez les jeunes.

Néanmoins, **REZA HABIBISARAVI et al. [54]** en Iran ont trouvé de résultats supérieurs aux nôtres, soit un âge moyen de 39,9 ans.

IV.1.3. Sexe

Dans notre série, il y a une surreprésentation nette du sexe masculin avec des pourcentages de 94,12% et de 5,88% respectivement pour les hommes et les femmes soit un sex-ratio de 16. Ceci s'expliquerait par le fait que ce sont les hommes qui fument plus que les femmes.

Tableau XV. Comparaison du sex-ratio avec ceux des autres auteurs

Auteurs	**Pays**	**Année de publication**	**Sex-ratio**
EMERIC PAIN **[53]**	France	2013	5
REZA HABIBISARAVI et al. **[54]**	Iran	2015	3,6
KHOLLATI LOUBNA **[19]**	Maroc	2009	7,33
JACQUES COUILLARD **[55]**	Canada	2015	13,28
DANIEL MBASSAMENICK et al. **[51]**	Cameroun	2012	26,5
Notre série	**Burundi**	**2015**	**16**

Nos résultats sont proches de ceux de **JACQUES COUILLARD [55]** au Canada qui a trouvé un sex-ratio à 13,28. **DANIEL MBASSAMENICK et al. [51]** au Cameroun ont trouvé un sex-ratio supérieur au nôtre en faveur des hommes soit 26,5.

Les autres auteurs ont également trouvé une prédominance masculine mais avec des sex-ratios inférieurs à celui de notre série. **EMERIC PAIN [53]** en France a trouvé un sex-ratio à 5. **REZA HABIBISARAVI et al. [54]** en Iran, trouvent un sex-ratio à 3,6. **KHOLLATI LOUBNA [19]** au Maroc a trouvé un sex-ratio à 7,33.

IV.1.4. Provenance

Dans notre série, la majorité de nos patients provient de BUJUMBURA MAIRIE soit 45,5% des cas. Ceci s'expliquerait par le fait que le seul centre spécialisé dans la prise en charge des pathologies psychiatriques se trouve à Bujumbura.

IV.1.5. Profession

Dans notre série, les personnes sans emploi sont les plus représentés avec 36,76%. Nos résultats sont comparables avec ceux de **KHOLLATI LOUBNA [19]** au Maroc qui a trouvé un taux de chômage à 41%.

D'autres auteurs ont également trouvé une prédominance des chômeurs :

AMINA SABAN et al. [52] en Afrique du sud ont trouvé que la majorité des patients était des chômeurs soit 54,7%.

DANIEL MBASSAMENICK et al. [51] dans son étude au Cameroun ont trouvé un taux de chômage très élevé soit 80%.

La prédominance des chômeurs s'expliquerait par le caractère invalidant des troubles concomitants.

IV.1.6. Niveau d'instruction

La majorité de notre échantillon a atteint l'école secondaire soit 45,58%, 36,76% ont fait l'école primaire, 8,82% sont non scolarisés. Nous remarquons que 82,34% ont été scolarisés mais seuls 8,84 ont fait l'enseignement supérieur. Ceci s'expliquerait par la fréquence des rechutes chez les malades mentaux toxicomanes et le caractère invalidant de cette maladie ne permettant pas au malade d'atteindre le niveau supérieur **[53]**.

Ces résultats sont proches de ceux **d'AMINA SABAN [52]** en Afrique du Sud et **REZA HABIBISARAVI et al. [54]** en Iran qui ont trouvé respectivement 86%, 95,7% des scolarisés.

IV.2. Données cliniques

IV.2.1. Motif de consultation

La majorité des patients était agressive, agitée et logorrhéique soit 91,17%. Les délires et les hallucinations constituaient le deuxième motif de consultation.

ALAIN MOREL [48] a trouvé que l'agressivité était l'un des principaux motifs de consultations. Les patients seraient amenés tardivement en consultation quand ils deviennent très agressifs.

IV.2.2. Antécédents psychiatriques

Dans notre série, 47,05% des patients ont signalé des antécédents psychiatriques. Nos résultats sont comparables avec ceux de **GUILLERM E. et al. [56]** en France qui ont trouvé des antécédents psychiatriques chez 52% des patients. Selon **M.F. POIRIER [57]**, il existe une augmentation de la prévalence des abus de toxiques chez les enfants nés de mères schizophrènes que des enfants nés de mères exemptes de cette maladie.

IV.2.3. Type de toxique

Dans notre série, le chanvre est la substance la plus consommée soit 88,23%. Ceci s'expliquerait par le fait que le chanvre est illicitement cultivé au Burundi ce qui rend ce produit moins cher et disponible.

D'autres auteurs ont également trouvé que le cannabis était plus consommé:

- **KHOLLATI LOUBNA [19]** au Maroc a trouvé une consommation de cannabis à 94,7%.

-**MAURI MC** dans son étude **en Italie [58]** a trouvé que le cannabis était plus consommé soit 49%.

IV.2.4. Ancienneté de l'intoxication

La majorité des patients n'ont pas précisé l'ancienneté de leur intoxication soit 47%. Ceci s'expliquerait par le fait que ces patients sont amenés par une tierce personne ne pouvant pas fournir des informations suffisantes sur le malade. Nous avons noté 14 patients qui s'étaient intoxiqués pendant un délai inférieur à 2 ans soit 20.59%. L'âge moyen du début de l'intoxication est de 24,6ans. Nos résultats sont comparables avec ceux de :

REZA HABIBISARAVI et al. [54] en Iran qui ont trouvé un âge moyen du début de l'intoxication à 20,5 plus ou moins 3 ans.

KHOLLATI LOUBNA [19] dans son étude au Maroc a trouvé un âge de début de l'intoxication à 16 ans plus ou moins 4,9 ans.

IV.2.5. Diagnostic retenu

Dans notre série, les principaux diagnostiques retenus sont : la schizophrénie soit 44,2%, les troubles bipolaires soit 33,8%, et les troubles schizoaffectifs soit 14,7%. Nos résultats sont proches de ceux de **VERDOUX [59]** en France qui a trouvé 42%, 43% et 15,21% respectivement pour la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles schizo-affectifs.

IV.3. Données thérapeutiques

- **Classes médicamenteuses**

Les anxiolytiques seuls ou en associant avec d'autres médicaments sont plus prescrits soit 94,11% des patients.

Dans notre série, l'association de neuroleptiques et anxiolytiques a été la plus prescrite soit 57,35% suivie de celle de neuroleptiques, anxiolytiques et normothymiques soit 26,48%. Notons que tous les patients ont bénéficié d'une psychothérapie. Ces résultats sont comparables avec ceux de **REZA HABIBISARAVI et al. [54]** en Iran qui ont trouvé que tous les patients avaient reçu des anxiolytiques seuls ou en association avec d'autres médicaments.

Selon la littérature, les patients présentant des troubles graves de santé mentale et de toxicomanie nécessitent une prise en charge intégrée, où l'intervention pour les troubles de toxicomanie est offerte conjointement à celle associée aux troubles de santé mentale. Cependant, si on ne traite qu'un des troubles le risque de rechute est élevé. Le traitement comprend l'association de psychothérapie, chimiothérapie (neuroleptique, anxiolytiques, normothymiques, antidépresseurs) **[39, 41, 42, 43, 44]**.

La prise en charge de la toxicomanie va comprendre ; le sevrage physique, l'isolement et une psychothérapie spécifique. Des médicaments aversifs comme le disulfirame (Antabuse) et ceux atténuant les besoins comme le Bupopion (ZYBAN ^{R}) seront utilisés selon la nature de la drogue **[12, 39, 45].**

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CHAPITRE V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Les troubles psychiatriques associés à la toxicomanie constituent un problème majeur de santé en particulier en raison de la compléxicité de leur prise en charge et de la fréquence du nombre de rechutes observé lié à l'inobservance thérapeutique.

Cependant peu d'études ont été menées sur ce sujet.

L'objectif de notre étude était d'analyser les différents troubles psychiatriques les plus observés chez les sujets déjà toxicomanes et la relation toxicomanie-troubles psychiatriques.

Au terme de notre travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

L'association troubles psychiatriques et toxicomanie est fréquente. Elle a été observée chez 7,06% des patients hospitalisés pour les troubles psychiatriques. Certains auteurs ont trouvé des prévalences de plus de 50%. Si l'hypothèse d'automédication est la raison qui pousse les patients psychopathes à consommer les drogues, les troubles psychiatriques peuvent être induits par la toxicomanie.

La majorité des patients de notre série était des jeunes. L'âge moyen était de 30,2 ans avec des extrêmes allant de 15 à 74 ans.

Dans notre étude, nous avons observé une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 16 en faveur des hommes, Le taux de scolarité s'élève à 91,1% avec seulement 8,82% ayant atteint l'université.

La symptomatologie a été dominée par l'agressivité, l'insomnie et les délires.

La notion d'antécédents psychiatriques a été signalée chez 47,05% des patients. Le chanvre a été le produit toxique largement consommé par nos patients.

Les principaux troubles psychiatriques retrouvés chez nos patients sont la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles schizo-affectifs.

La prise en charge a été médicale et psychologique. Les neuroleptiques ont été utilisés en association dans plus de 80% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'une psychothérapie de soutien.

V.2. Suggestions

Au terme de notre étude, il nous est opportun de formuler quelques suggestions s'adressant respectivement :

- **Aux autorités administratives**
  - ✓ Faire des campagnes de sensibilisation et d'information quant aux méfaits de la toxicomanie.
  - ✓ Impliquer les services de sécurité et faire voter des lois contraignantes afin de décourager le trafic de drogue.
- **Aux autorités sanitaires**
  - ✓ Créer et équiper les centres de prise en charge de la toxicomanie permettant d'agir en amont avant l'installation des troubles psychiatriques.
  - ✓ Décentraliser le maximum des services de prise en charge des maladies psychiatriques.
  - ✓ Renforcer les capacités du personnel médical et paramédical dans la prise en charge intégrée des comorbidités psychiatriques.
- **Au personnel du CNPK**
  - ✓ Bien remplir les supports de recueil des données médicales dans le but de faciliter les recherches.
  - ✓ Procéder à la clôture des dossiers et y affiner les diagnostics de sortie.
- **Aux médecins et autres prestataires de soins**
  - ✓ Faire un interrogatoire minutieux permettant de dégager la relation de cause à effet entre la toxicomanie et les troubles psychiatriques.
  - ✓ Entreprendre des études prospectives sur ce thème de recherche afin d'y voire beaucoup plus claire.

- **Aux familles des malades**

  ✓ Participer à la prise en charge psychosociale pour minimiser les rechutes.

  ✓ Amener les patients en consultation dès l'apparition des troubles psychiatriques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS.** Rapport sur les troubles psychiatriques, publié le 4 octobre 2014.
2. **ELSEVIER M.** Epidémiologie des troubles psychiatriques, Edition Masson SAS, Février 2008, p. 63-70
3. **BRACONNIER A.** Troubles mentaux et toxicomanie, Journal confrontations psychiatriques, 1997, n° 28, p. 207-219
4. **OMS.** Premier rapport mondial sur les troubles liés à la toxicomanie, publié en 2010.
5. **LE JOYEUX M., MOURAD I., ADES J.** Troubles psychiatriques induits par les conduites de dépendance, Encéphale 2000, vol. 16 :21-7
6. **LAQUEILLE XAVIER.** Troubles psychiatriques induits par la prise du cannabis, Rev prat 2005, 55 (1), 30-4.
7. **KAREN BELLENIR.** Mental health disorders sourcebook. Health Reference Series, Fifth edition. Detroit 2012.p253.
8. **FREDERIC ROUILLON, JULIEN-DANIEL.** Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson, Paris 2007,395-6
9. **CAROLINE LAFAYE DE MICHEAUX.** Pratiques addictives à l'adolescence et théorie de l'attachement. Faculté de Médecine Xavier Bichat. Thes de med. Paris, 2008
10. **CHEVALIER J.F.** Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant. Vernazobres-Grego, Paris 2008.
11. **KENNEDY A, WOOD AE, SAXON A et al.** Quetiapine for the treatment of cocaine dependence: an open-label trial. J Clin Psychopharmacol 2008; 28:221-4.
12. **SOLENE PASQUIER FRANCLIEU.** Psychiatrie. 23ème édition actualisée et augmentée. MED-LINE, Paris 2012

13. **BAUNE BT**. New developments in the management of major depression disorder and generalized anxiety disorder. Role of quetiamine. Neuropsychiatr Dis Treat. 2008;4:1181-91

14. **STEPHEN M. STAHL.** Psychopharmacologie essentielle. Flammarion Médecine- Sciences, 1ère Edition. Paris 2002.499-528.

15. **BAR-HAMBURGER R,. R., JOFFE M., KATZ G, KNOBLER HY., SHUFMAN E.** Drug abuse among patients requiring psychiatric hospitalization. . Harefuah. 2000; 138 (12):1015-1088

16. **BRADY KT, R.SINHA.** Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. Am J Psychiatry. 2005;162 (8):1483. doi: 10.1176/appi.ajp.162.8.1483.

17. **MARIE-JOSÉE FLEURY.** Troubles concomitants: prévalence, utilisation des services et organisation de leur prise en charge par le réseau SM & dépendances. Québec 2013, p3.

18. **MATS FRIDELL, MARGARETE NILSON.** Comorbidité-consommation de drogues et troubles psychiatriques. Observatoire européen des drogues et de toxicomanie, Office de publications officielles des communautés Européennes 3ème Edition, Italie 2004.

19. **KHOLLATI LOUBNA.** Schizophrénie et toxicomanie. Thèse de médecine, HASSAN II, 2009, 67-107.

20 .http://www.cnpk.bi/index.php/defis

Visité le 8 Janvier à 9h36min

21. **American psychiatric association**. Diagnostic and statical manuel of mental disorders, fifth edition DSM-5.Washington DC, 2013, 481

22. **PEELE S.** The meaning of addiction, compulsive experience and its interpretation, Lexington, Mass., Lexington Book, 1985

23. **F. FERRERO., M. C. G. MERLO, P. REY-BELLET, W. GEKLE,** L'effet du cannabis et les conséquences sur la psychose débutante : aspects neurobiologiques Revue Médicale Suisse N° -551 publiée le 10/09/2003

24. Mode d'action des drogues. Encyclopédie Universalis. **www.eneversalis.fr** Vu le 18 février 2016 à 10h05min.

25. **MICHEL REYNAUD.** Addictions et psychiatrie. Publié par Elsevier Masson, Paris 2005.

26. **E. STIP, J.-Y. ROY, S.POTVIN.** Schizophrénie et toxicomanie: une relecture du concept d'automédication. L'Encéphale. 2003; XXIX: 193-203, cahier 1

27. **COSTAIN WF.** The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: patient perspectives. Int J Ment Health Nur.2008 Aug;17 (4):227-**35.**

28. **MALEVAL J-C CLERCQ M., PEUSKENS J.** Les troubles schizophréniques. (Ed) De Boeck Université, Bruxelles, 2000, pp. 431-446

29 **E. STIP, J.-Y. ROY, S.POTVIN, S. POTVIN.** Schizophrénie et cannabinoids: données cliniques, expérimentales et biologique Drogues, santé et société, Vol 2, N° 2, sept 2004

30 **WILLIAM RAILLANT CLARK.** L'image de « drogue inoffensive» associée à la marijuana est scientifiquement inexacte. Montréal 2013. www.raillant-clark@Umontreal.ca

31 **ALAIN MOREL.** Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. Le Flyer n^0 9, Boulogne. Sept. 2002 et 0ct. Nov.2002

32 **PIERRE VAN DAMME.** Dépression et addiction. Gestalt, 2006(2), n.31, Paris 2006.

33 **EHRENBERG A.** La fatigue d'être soi, Dépression et Société. Odile Jacob, Paris, 1998

34 **KESSLER RC.,KATHERINE A., GONAGLE M C. and al.** Lifetime and 12 mounths prevalence of DSM III R psychiatric disorders in United States. Result from the national comorbidity survey. Arch Gen. Psychiatry, 1991; 51:8-19.

35 **TARJUS THOMAS.** Dépendance au tabac chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés. Thèse Med Paris 2012.

36 **DAN VELEA.** Toxicomanie et conduites addictives. Editions Heures de France. Paris 2005.P87-89

37 **PRIERRE LEVY-SOUSSAN.** Psychiatrie. Edition ESTEM (2002-2003).Paris 2002.P251.

38 **C. PARADAS, S. TRIBOLET.** Guide pratique de psychiatrie. Editions Heures de France, Paris 2003, 288-307

39 **CAROLINE P., O. GRADY, W.J.WAYNE SKINNER, et al.** Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Toronto 2007. http://www.camh.net/fr. Vu le 17 juin 2015 à 9h35min.

40 **CINTHIA LEDOUX.** Processus de rétablissement des adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires. Thèse méd., Québec juin 2013.

41 **JOHN LIBBEY EUROTEST.** Difficulté de la prise en charge des comorbidités psychiatriques chez le toxicomane. Vol 81, num 5, Québec 2005.

42 **J. MENDLEWICZ.** Psychiatrie de l'adulte. Presse universitaire de Bruxelles ,2007.

43 **AZORIN J.M.** Comorbidité : Schizophrénie et toxicomanie. Colloque Franco-Américain de Psychiatrie. Marseille, France 2004

44 . **M.CARTER, M. KANIT, X. LAQUEILLE**. Comorbidité schizophrénie Hér omanie et autres addictions. Aspects cliniques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 162(2004) 311-316.

45 **CLAUDE OLIEVENSTEIN**. La clinique du toxicomane. Begedis, Paris 1987.

46 **ANNE-MARIT LANGAS, STEIN O., URLIK F.,** Comorbid mental disorders in substance users from single catchment area. A critical study. BMC Psychiatry 11:25; USA 2011.

47 **MARIE CHAUVET, ANDRE NGAMINI, EVNANE KAMGANG et al.** Les troubles psychiatriques lies à l'utilisation des substances psychoactives. CRDM-IU. Québec 2015

48 **ALAIN MOREL**. Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. Le Flyer. Boulogne 2004

49 **VAZ CARNEIRO S., BORREGO M.** Psychosis and substance abuse. US National library of Medecine 20(5):413-23.2008

50 **DIXON X**. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia. Prevalence and impact on outcome. Baltimore (USA) 1999; 35:93-100

51 **DANIEL MBASSA MENICK, JUSTINE LAURE MANGUENE MVIENA, BENJAMIN BENGUILLE**. Addiction chez l'Africain en milieu hospitalier : Bilan de 39 mois à la clinique psychiatrique Jamot de Yaoundé. Perspectives Psy. 2012/1 (51) Pages 54-62.

52 **AMINA SABAN, ALAN FISHER et al**. The association between psychopathology and substance abuse: Adolescent and young adult users in inpatient treatment in Cape Town, South Africa. Pan African j.2014;17(suppl1):8.

53 **EMERIC PAIN**. Troubles psychiatriques chez les consommateurs de cannabis : l'aide au diagnostic par l'analyse capillaire.Thes med. Grenoble, 2013.

54 **REZA HABIBISARAVI, SAMANEL F., SOLEIL N. et al**. Alcohol, cannabinoids and opioids. Abuse and dependence among psychiatric inpatients. Sari (Iran) 2015.

55 **JACQUES COUILLARD**. Les troubles psychiatriques liés à l'utilisation de substances psychoactives. Rev au service des professionnels et gestionnaires du réseau de la santé, vol10 (4). Montréal 2015.

56 **E.GUILLEM, A. PELISSOLO, F. VORSPAN ET al**. Sociodemographic profiles, addictive and mental comorbidity in cannabisusers in an outpatient specific setting. L' Encéphale 2009,vol 35 :226-33.

57 **M.-F. POIRIER.** Schizophrénie et toxicomanie: aspects génétiques L'encéphale. Vol -2003, 29 (4) 23-7

58 **MAURI MC.** Comorbidité schizophrénie et toxicomanie. Italie, 2006

59 **VERDOUX H., MURY M., BESANCO G., BOURGEOIS M**. Etude comparative des conduites toxicomaniaque dans les troubles bipolaires, schizophréniques et schizoaffectif. Elsevier Masson, Paris 1996: 155-60 ; 95-101.

ANNEXES

FICHE DE RECEUIL DES DONNEES

A. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom:

Prénom:

Date de naissance: …../…../…..

Sexe: M : ☐

F : ☐

Niveau d'étude :

Profession:

Provenance:

B. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

1. Familiaux:

2. Personnels :

3. Personnels et familiaux :

C. DONNES SUR LA PRATIQUE DE LA TOXICOMANIE

1. Type de toxiques utilisés :

-Tabac : Oui ☐ Non ☐ Si Oui, quantité en Paquets-Années :……..

-Chanvre : Oui ☐ Non ☐ Si Oui, quantité /j :……

-Autres drogues :……, préciser la quantité :……

2. Ancienneté d'intoxication :.....mois/années

3. Signes cliniques liés à la toxicomanie:

1).....2).....

3).....4).....

5).....6).....

4. Signes de dépendances et de sevrage:

1).....2).....

3).....4).....

5).....6).....

D. <u>DONNEES SUR LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES</u>

1. Signes psychiatriques retrouvés:

-Agressivité ☐ -Agitation ☐ - Logorrhée ☐ - Incohérence ☐

- Dénudation ☐ - Errance ☐ - Fugues -☐ -Délires (cris,vols, irritabilité) ☐

- Hallucinations ou illusions ☐ -Angoisse ☐

-Autres ☐ Lesquels.....

2. Signes de dépendances et de sevrage:

1).....2).....

3).....4).....

5).....6).....

3. Troubles psychiatrique associés:.....

E. PRINCIPES THERAPEUTIQUES

Schémas thérapeutiques:

- Chimiotherapies : - Neuroleptiques ☐ - Antidépresseurs ☐
  - Normothymiques ☐ - Anxiolytiques ☐
  - Autres classes ☐ Lesquelles.....
- Psychothérapie : Oui ☐Non ☐
- Autres formes de thérapies:

F. EVOLUTION : Amélioré(e) ☐Guéri(e) ☐ Décédé(e) ☐

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'Humanité,

Je garderai à mes maitres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus,

J'exercerai mon art avec conscience et dignité,

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale,

Mes collègues seront mes frères,

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès sa conception,

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité,

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

But : L'objectif global de notre étude était d'analyser les différents troubles psychiatriques les plus observés chez les sujets déjà toxicomanes et la relation toxicomanie-troubles psychiatriques.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 3ans réalisée au CNPK. Les données exploitées provenaient des dossiers des patients hospitalisés.

Résultats : Sur un total de 963 patients hospitalisés pour les troubles psychiatriques, nous avons colligés 68 patients qui présentaient des troubles psychiatriques associés à la toxicomanie soit une prévalence de 7,06%. L'âge moyen de nos patients était de 30,2. Le sex-ratio est de 16 en faveur des hommes. La notion d'antécédents psychiatriques a été signalée chez 47,05% des patients. Les principaux produits toxiques consommés sont le cannabis (88,23%), tabac (50%). L'âge moyen du début de l'intoxication est de 24,6 ans. La majorité des patients est agressive, agitée et logorrhéique soit 91,17%. Les principaux troubles présentés par nos patients sont la schizophrénie (44,2%), troubles bipolaires (33,8%) et les troubles schizoaffectifs (14,7%). La prise en charge a été d'abord médicale avec la prescription des anxiolytiques seuls ou en association (94,11%) complété par une psychothérapie de soutien. L'association des neuroleptiques et anxiolytiques est plus utilisée (57,35%).

Conclusion : L'association toxicomanie-troubles psychiatriques est fréquente. Les patients avec une telle comorbidité devraient bénéficier d'une prise en charge intégrée. Il serait préférable d'agir en amont sur la toxicomanie ce qui réduirait cette comorbidité.

Mots clés : Toxicomanie, troubles psychiatriques, psychothérapie