



Conduites addictives chez les patients conduits sous escorte policière au Centre Hospitalo-Universitaire Yalgao Ouédraogo de Ouagadougou .

Addictive behavior among patients taken under police escort to the Yalgao Ouedraogo university hospital center in Ouagadougou.

Moussa D¹ Ousseyni OZ², Teguera M³, Traore A⁴, Karfo K⁴, Douma Maiga D⁵.

Mots-clés

Conduites
addictives,
patients, escorte
policière,
psychiatrie

Résumé

Introduction : l'addiction est un problème de santé publique. C'est une pathologie fréquente en milieu psychiatrique. Les patients admis en psychiatrie avec une escorte policière ont très souvent des conduites addictives.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2018. Nous avons établi et utilisé un questionnaire pour recueillir les données.

Résultats : 256 patients ont été colligés avec un moyen d'âge de 31,95 ans et un écart type de 7,97. Nous avons noté que 87,5% des patients conduits en psychiatrie avec escorte policière sont de sexe masculin. 11,7% de ces patients admis avaient une conduite addictive à l'alcool seul. Les associations fréquentes sont de 9,8% pour l'alcool-tabac et 6,6% à l'alcool-cannabis. Les conduites addictives retrouvées dans 74% concernaient des patients célibataires. Nous avons retrouvé que 61,7% des patients ayant un antécédent de trouble mental avaient une conduite addictive. L'étude avait révélé que 82,5% des patients avec agitation psychomotrice ont une conduite addictive associée. Après l'entretien psychiatrique, 77,3% des patients hospitalisés avaient une conduite addictive parmi lesquels 81,8% avaient une addiction. 95,7% de ces patients addicts hospitalisés sont en pré-contemplation après un entretien motivationnel et ne constataient aucune répercussion de leur addiction sur la vie socioprofessionnelle malgré les difficultés relationnelles rapportées par leur proche.

Conclusion : Les conduites addictives sont fréquemment retrouvées chez les patients admis en milieu psychiatrique sous escorte policière. Elles demeurent un enjeu majeur dans la prise en charge, car la motivation au changement est faible. Il est important d'évaluer et d'intégrer les addictions dans la prise en charge des troubles psychiatriques auprès des patients vus sous escorte policière.

Keywords

Addictive
behaviors,
patients, police
escort,
psychiatry

Abstract

Introduction

Addiction is a public health problem. It is a frequent pathology in the psychiatric environment. Patients admitted to psychiatry with a police escort very often have addictive behavior;

Methodology: We conducted a cross-sectional study from January 1, 2015 to December 31, 2018. We designed and used a questionnaire to collect data.

Results: 256 patients were collected with a mean age of 31.95 years and a standard deviation of 7.97. We noted that 87.5% of patients taken to psychiatry with police escort

are male. 11.7% of these admitted patients had addictive behavior to alcohol alone. Frequent associations are 9.8% for alcohol-tobacco and 6.6% for alcohol cannabis. The addictive behaviors found in 74% concerned single patients. We found that 61.7% of patients with a history of mental disorder had addictive behavior. The study revealed that 82.5% of patients with psychomotor agitation have an associated addictive behavior. After the psychiatric interview, 77.3% of hospitalized patients had an addictive behavior among which 81.8% had an addiction. 95.7% of these hospitalized addict patients are in pre-contemplation after a motivational interview and did not notice any repercussions of their addiction on socio-professional life despite the relational difficulties reported by their loved one.

Conclusion: Addictive behaviors are frequently found in patients admitted to psychiatric facilities under police escort. They remain a major issue in care because the motivation to change is weak. It is important to assess and integrate addictions in the management of psychiatric disorders with patients seen under police escort.

Introduction

La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites), mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple) [1]. L'addiction est un fléau étendu sur toute la planète entière. Elle est constatée dans tous les pays et se présente sous diverses formes. Elle affecte énormément la santé, l'économie, la vie sociale et l'environnement des populations partout où elle sévit. Elle perturbe la qualité et éventuellement affecte l'espérance de vie des addicts ainsi que celle de leurs proches. Environ 275 millions de personnes dans le monde, soit environ 5,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, ont consommé des drogues au moins une fois en 2016. Quelque 31 millions de consommateurs de drogues souffrent de troubles liés à l'usage de drogues, c'est-à-dire que leur consommation est nocive à tel point qu'ils pourraient avoir besoin d'un traitement [2]. Parmi les substances psychoactives, le tabac est responsable d'un décès sur dix à travers le monde et constitue le seul produit au monde qui tue la moitié de ses consommateurs réguliers selon l'Organisation mondiale de la santé [3]. Sa consommation chez les usagers passe vite du plaisir au besoin entraînant une

addiction assez difficile à se défaire. Il en est autant pour les autres substances auxquelles l'on devient dépendant avec le temps. La prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie en Afrique subsaharienne semble être d'environ 12 % pour les adultes et d'un peu moins de 8 % pour les adolescents [4]. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement [5]. Le continent africain qui a longtemps été épargné par plusieurs de ces conduites addictives est à son tour atteint depuis quelques décennies par ses méfaits [6]. En Afrique, elle s'observe tant au sein de la jeunesse que des personnes âgées avec un risque dans les années à venir de multiplier le nombre de cas. Ainsi le Burkina Faso n'est pas une exception. Chez les jeunes scolaires, une étude de l'association burkinabé de santé publique révèle une consommation beaucoup plus importante de 22 à 23% d'élèves usagers dont une majorité fumait les cigarettes [7]. Cependant la consommation des autres substances se fait en

cacheette compte tenu de l'influence de la culture et l'éducation traditionnelle en Afrique et ses valeurs fondamentales [8]. Au Burkina Faso des centres de prise en charge ont été créés avec des politiques de lutte et de prévention. Il nous semble alors nécessaire de mener cette étude en milieu psychiatrique pour étayer les aspects épidémiologiques des conduites addictives chez les patients admis avec une intervention policière, afin de contribuer à l'amélioration de la santé de la population. L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, le type de consommations.

Matériels et Méthode

Cadre de l'étude

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'ouest. Il fait frontière avec six pays dont le Niger à l'Est, le Mali au Nord et à l'Ouest, le Bénin au Sud Est, le Ghana, le Togo et la Côte d'Ivoire au Sud. Sa superficie est de 274 200 Km² avec une altitude moyenne de 400m. Sa population générale est estimée à 20.244.080 habitants en 2018 [10]. La croissance démographique est de 3.42% par an et les femmes représentent 51.73% de la population. L'agriculture occupe la majorité de sa population en zone rurale [11]. Sur le plan sanitaire, le taux de mortalité générale est de 11,8‰, l'espérance de vie se situe à 56,7 ans et l'indice de développement humain est de 0,402. Les broncho-pneumopathies sont la deuxième cause de morbidité et de mortalité après le paludisme [12].

Ouagadougou est la capitale avec une superficie de 2.805 km² et compte six communes rurales, douze arrondissements urbains et cinquante-cinq secteurs avec une population de 2.854.356 habitants dont une majorité de jeunes [10].

Lieu et type et période d'étude

Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo constitue notre lieu d'étude. Il

s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive.

Population, critères d'inclusion, de non-inclusion, taille de l'échantillon de l'étude

Notre population d'étude est constituée des dossiers des patients admis durant la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2018. Etaient inclus dans cette étude tous les patients admis sous escorte policière. N'étaient pas inclus étude les patients admis sans escortés policiers. La taille de notre échantillon a été définie par le nombre de patients enregistrés de façon aléatoire.

Outils, procédure de collecte et traitement des données

Nous avons utilisé une fiche de collecte des données que nous avons élaborée sous la forme de questionnaire. Les renseignements ont été collectés avec la fiche de questionnaire à partir des renseignements reçus sur patients admis. Les fiches d'enquête ont été saisies et analysées sur support informatique dans le logiciel SPSS.

Considérations éthiques

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

Affiliations :

1. Hôpital national de Zinder, Université
André Salifou, Zinder, Niger
2. Hôpital national de Niamey, Niger
3. Centre hospitalier régional de Dori,
Burkina Faso
4. CHU Yalgado Ouédraogo, Université
Joseph Ki- ZERBO, Ouagadougou,
Burkina Faso
5. Hôpital National de Niamey, Université
Abdou Moumouni, Niamey, Niger

Auteur correspondant : MOUSSA Djibrilla

Téléphone : +227 90 08 20 09 ; Email :
djibrilla2007@gmail.com

Résultats

L'âge des patients admis

L'âge est compris entre 15 à 56 ans avec un âge moyen de 31,95 ans et un écart type de 7,97.

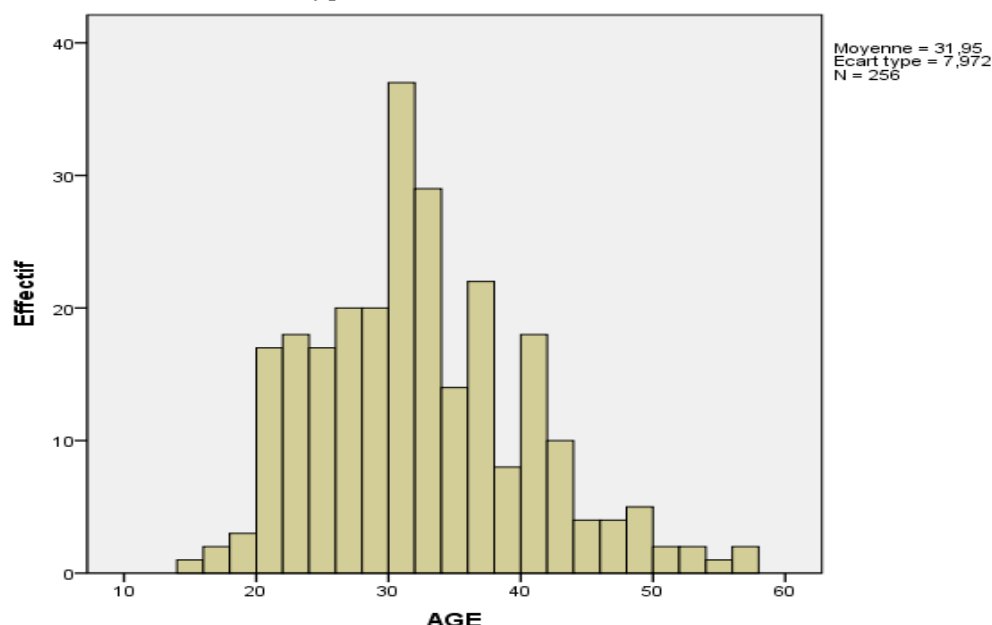


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge des patients

On notait que 60,2 % des patients conduits par l'escorte policière ont une conduite addictive. Notre résultat montrait que 87,5% des patients conduits par escorte policière étaient de sexe masculin dont 92,9% avaient déjà une conduite addictive (**Tableau I**).

La majorité des patients (93%) provenaient de Ouagadougou et que 96,1 % de ces patients admis rapportaient une conduite addictive. Les patients admis avaient un antécédent de trouble mental dans 55,5% des cas et 61,7% des patients avec antécédent de trouble mental ont une conduite addictive.

Les patients étaient peu coopérants lors de l'entretien dans 64,8% des cas et lors de cet entretien 67,5% des patients présentaient des symptômes et signes d'une conduite addictive. La majorité des patients admis (77,3%) avait été hospitalisés parmi lesquels 77,3% des patients hospitalisés avaient une conduite addictive (**Tableau I**).

Tableau I : Conduite addictive et sexe, résidence, antécédent (ATCD) psychiatrique, réaction à l'entretien et l'hospitalisation.

Variables	Conduite addictive		Total
	Oui	Non	
Sexe			
M	143	81	224
F	011	21	032
Résidence			
Ouagadougou	148	90	238
Hors Ouagadougou	006	12	018
ATCD			
psychiatrique	095	47	142
Oui	059	55	114
Non			
Réaction à l'admission			
Coopérant	050	40	090
Peu coopérant	104	62	166
Existence d'addiction			256
Hospitalisation			
Oui	119	79	198
Non	035	23	058

Parmi les substances consommées, 11,7% des patients admis ont une conduite addictive à l'alcool seul, 9,8% à l'alcool et au tabac, 6,6% à l'alcool et au cannabis (**Figure 2**). Parmi les substances consommées, 11,7% des patients admis ont une conduite addictive à l'alcool seul,

9,8% à l'alcool et au tabac, 6,6% à l'alcool et au cannabis (**Figure 2**). Nos résultats constataient que 68% des patients admis étaient des célibataires parmi lesquels 74% avaient des conduites addictives (**Tableau II**).

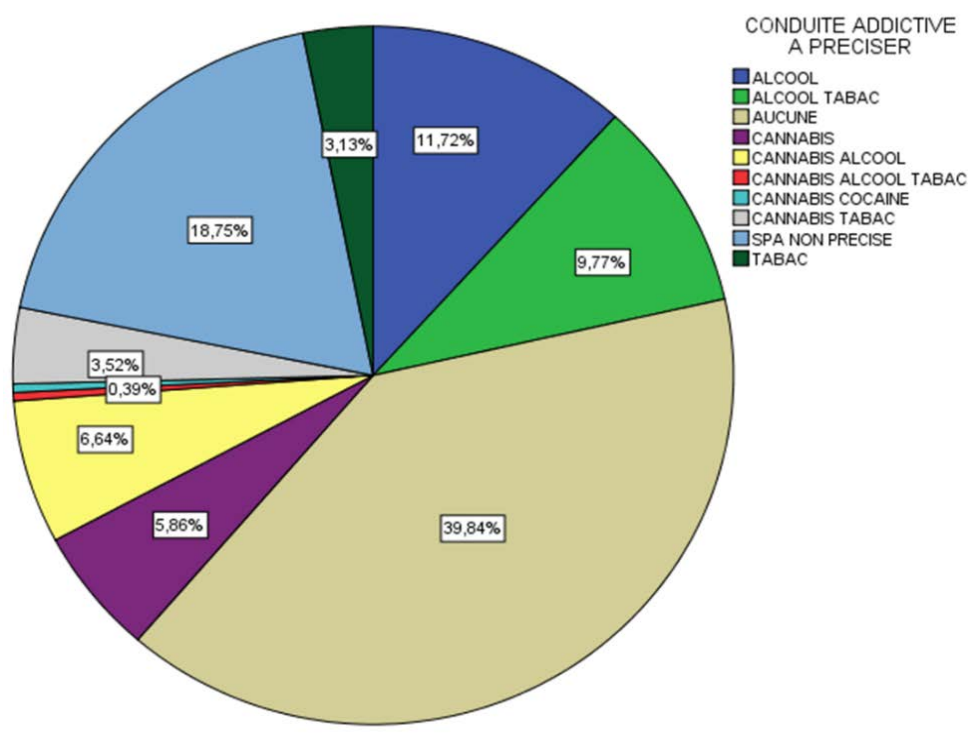


Figure 2 : Types des substances consommées

Tableau II : Conduite addictive et situation matrimoniale

Variables	Conduite addictive		Total
	oui	Non	
Statut matrimonial			
Célibataire	114	061	175
Concubinage	010	003	013
Divorcé	001	001	002
Marié	028	036	064
Séparé	001	001	002
Total	102	154	256

Au plan clinique, 73% des patients admis (187/256) avaient présenté un syndrome d'agitation psychomotrice et on remarquait que 82,5% (127/154) d'entre eux avaient une conduite addictive associée (**Tableau 3**).

Tableau III : Syndrome d'agitation psychomotrice observé

Variables	Conduite addictive		Total
	Oui	Non	
Syndrome			
Anxieux	002	002	004
APM	127	060	187
Délirant	024	023	047
Dépressif	000	008	008
Dissociatif	000	001	001
Hallucinatoire	001	001	002
Néant	000	007	007
Total	154	102	256
	60,20%	39,80%	100%

Discussion

L'âge des patients admis

Notre étude a rapporté un âge compris entre 15 à 56 ans avec un âge moyen de 31,95 ans (Figure 1), ce qui est similaire aux différentes études faites et retrouvées dans la littérature. Les parents étant plus investis dans leurs propres une perturbation de la perception de l'environnement, du temps et de l'espace, une plus grande sensibilité aux couleurs et aux sons et une confusion des sens [13].

Les effets ressentis par la consommation de substances psychoactives dépendront bien entendu de la substance consommée (type de drogue, quantité, qualité), mais aussi des caractéristiques de l'individu qui la consomme (sexe, âge, taille, poids, état de santé, etc.) et du contexte dans lequel cette substance sera consommée (seul, en groupe, lors d'une fête entre amis, suite à une peine d'amour).

Au-delà des effets ressentis à court terme, plusieurs conséquences, les plus souvent négatives, peuvent être associées à la

activités professionnelles et sont de moins en moins vigilants sur les agissements de leurs enfants préférant leur accorder plus de liberté. De plus avec la dégradation des mœurs et coutumes beaucoup d'adultes se refusent à corriger ou conseiller les jeunes qu'ils voient expérimenter des substances psychoactives ou faire des conduites dangereuses [6]. La dépendance est souvent débattue selon des critères moraux ou biologiques. La plupart des drogues exercent leurs effets de renforcement initiaux en induisant des poussées de dopamine dans les régions limbiques, affectant d'autres systèmes de neurotransmetteurs [13].

De façon générale, les substances psychoactives agissent sur le système nerveux central comme stimulants, perturbateurs ou dépresseurs. À court terme, les dépresseurs (alcool, gammahydroxybutyrate, héroïne, inhalant) entraînent une sensation de détente, de bien-être et de rêve ainsi qu'une perte d'inhibition. Les stimulants (cocaïne, amphétamines méthamphétamine, ecstasy) favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et masquent la fatigue. Ils induisent un sentiment d'assurance et de contrôle de soi. Les perturbateurs (cannabis, phéncyclidine, kétamine, champignon magique) provoquent

consommation de substances psychoactives. Elles sont principalement liées à la consommation régulière et prolongée ainsi qu'à la consommation excessive et à l'intoxication. D'autres auteurs sont aussi d'avis que plus le nombre de substances consommées est grand, plus les problèmes pouvant en découler risquent d'être nombreux. Mis à part la fréquence de consommation et le nombre de drogues consommées, les conséquences liées à l'intoxication sont aussi très importantes et souvent graves. Chez les jeunes, c'est d'ailleurs aux intoxications et non à la dépendance que sont associés les plus nombreux problèmes liés à la consommation de substances psychoactives [8,13]. La comorbidité des troubles de la

personnalité et des troubles liés à l'usage de substances est courante dans la pratique clinique [14]. Le principe actif du cannabis est le Δ^9 -tétrahydrocannabinol (THC), un agoniste partiel du récepteur endocannabinoïde CB1. De manière aiguë, le THC produisent toute des effets directs sur le systèmes neurocognitif, exécutif, émotionnel, la mémoire à travers des interactions directes avec le système endocannabinoïde et des effets indirects sur les systèmes glutamatergique, GABAergique et dopaminergique [15].

Le sexe des patients

L'essentielle des patients admis (87,5%) sont de sexe masculin. Ce résultat comparable à plusieurs études et explique souvent la nécessité de faire appel à la police [16].

Conduite addictive et résidence

On remarque que 96,1 % des patients avec une conduite addictive résident à Ouagadougou. Là la question d'accessibilité facile des substances psycho active dénote la forte résidence à Ouagadougou de nos patients. Les perceptions que l'individu a de la substance où l'objet est déterminant, quel qu'en soit le milieu. Celles-ci sont influencées par les informations reçues sur la substance ou l'objet, les sensations que l'on éprouve, mais aussi par les valeurs cultures de la société dans laquelle on vit. Plus on se représente la substance ou l'objet comme mauvais pour soi, mieux on prend conscience et cela éveille la prudence envers cette substance. En plus si l'usage de la substance ou l'objet est socialement dévalorisé, on est moins tenté de s'y accrocher. En revanche si l'on valorise l'usage et les effets de la substance ou objet et que l'on perçoit les risques comme négligeables cela affaiblit la capacité de s'en débarrasser et conduit à la répétition [15].

Conduite addictive et réaction à l'entretien

64,8 % des patients ont été peu coopérant lors de l'entretien et on note que 67,5% présente une conduite addictive.

En effet, certains des patients sont admis sous l'effet des substances d'où un entretien serait difficile pour un premier temps.

Existence d'une conduite addictive

Dans 60,2 % des cas, notre étude notait une conduite addictive chez nos patients (Tableau 1), ce qui aurait été étayé par la question de représentation et renforce le rôle du circuit de la récompense [15]. L'addiction est en effet une conséquence de diverses vulnérabilités. Sa genèse est donc dépendante de ces vulnérabilités, dont la communication et les représentations. Il est aussi important de prendre en compte le circuit de la récompense dans le concept addictif. Le circuit de la récompense est nécessaire à la survie, puisqu'il fournit la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de manières d'être adaptés, permettant de préserver l'individu et l'espèce. Le circuit de la récompense compose trois éléments : l'affective, qui correspond au plaisir par la « récompense », ou au déplaisir provoqué par la « punition » ; la motivationnelle, qui permet soit d'obtenir « récompense » soit d'éviter la « punition » ; et la composante cognitive, qui se rapporte aux apprentissages généralement réalisés par le conditionnement. Le circuit de la récompense possède un rôle essentiel dans la mise en place et le maintien d'une addiction. Trois systèmes de neurones (dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques) permettent de réguler le circuit : le dysfonctionnement de l'un d'entre eux peut provoquer l'addiction [9, 15].

En effet leur consommation se fait en association. Le tabac est le plus souvent en association avec le cannabis et les autres associations ont été rapportées comme dans la littérature [14,15].

Des actions de sensibilisation pourraient permettre une sensibilisation à travers une

communication pour un changement de comportement à travers les canaux de communication que tout le monde utilise de nos jours.

La communication est capitale pour renforcer les compétences personnelles de se débarrasser d'un comportement ou conduite. Elle débute essentiellement dans les familles à travers l'éducation quand la jeune personne commence à explorer le monde. L'étape cruciale dans la construction de l'identité, elle sert à inculquer des valeurs, des aptitudes qui aident à résister ultérieurement aux comportements à risque. Si on reçoit des informations bien adaptées par des sources influentes et fiables sur les substances en jeux, cela améliore les connaissances, suscite de la crainte et réduit l'attrait de cette substance. Alors que si l'on est exposé à la substance par des proches qui communiquent peu sur le sujet cela pourrait susciter de l'appétit pour celui-ci.

Conduite addictive et situation matrimoniale

68% des patients admis sont des célibataires et on note que dans les conduites addictives 74% des patients sont célibataires. Le célibat serait un facteur de risque pour nos patients [16,17].

Conduites addictives et antécédent de trouble mental

55,5% des patients admis ont un antécédent de trouble mental. On a 61,7% des patients avec antécédent de trouble mental ont une conduite addictive d'où la difficulté de faire un diagnostic différentiel entre les troubles induits et les troubles liés au premier entretien. Une consommation importante et répétée de cannabis, en particulier à l'adolescence, a été associée à des effets néfastes sur ces systèmes, qui augmentent le risque de maladies mentales, notamment de dépendance et de psychose [15].

Conduite addictive et syndrome retrouvé

73% des patients admis ont présenté un syndrome d'agitation psychomotrice et on remarque que 82,5% des patients avec agitation psychomotrice ont une conduite addictive associée. En effet, au vu de l'agitation l'action

de la police est nécessaire pour dissuader et conduire les patients en milieu psychiatrique.

Conduite addictive et décision d'hospitalisation

77,3% des patients admis ont été hospitalisés, on note que 77,3% des patients hospitalisés ont une conduite addictive (**Tableau 1**) et cela se justifie avec l'état pré morbide avec une éventuelle décompensation au vu des antécédents psychiatriques. Les conduites addictives présentent des risques de troubles mentaux, dont les psychoses [15].

Conclusion

Les conduites addictives sont observées et deviennent fréquentes en milieu psychiatrique et de plus en plus les patients sont admis sous escorte policière. Notre étude a rapporté que les conduites addictives sont diverses et touchent un grand nombre de la population jeune. Nous pensons que la communication doit être intensifiée et des outils de sensibilisation doivent être élaborés et adaptés au contexte social.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Shiels, M.S., Tatalovich, Z., Chen, Y., Haozous, E.A., Hartge, P., Nápoles A.M. et al. Trends in Mortality from Drug Poisonings, Suicide, and Alcohol-Induced Deaths in the United States from 2000 to 2017. JAMA Netw. Open 2020, 3.
2. Saunders KW, Von Korff M, Campbell CI, Banta-Green CJ, Sullivan MD, Merrill JO, et al. Concurrent use of alcohol and sedatives among persons prescribed chronic opioid therapy: prevalence and risk factors. J Pain. 2012;13(3):266–75.
3. Koski A, Ojanperä I, Vuori E. Interaction of alcohol and drugs in fatal poisonings. Hum Exp Toxicol. 2003;22(5):281–87.
4. Belete H, Mekonen T, Espinosa DC et al. Cannabis use in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. Addiction. 2023 Jul;118(7):1201-15.

5. Vigna-Taglianti F, Mehanović E, Alesina M, et al Nigeria Coordination Group. Effects of the "Unplugged" school-based substance use prevention program in Nigeria: A cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Nov 1;228:108966. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108966.
6. Association burkinabé de santé publique Enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire d'Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso : GYTS Mars 2003.24 P.
7. Soto C, West AE, Ramos GG et al. Substance and Behavioral Addictions among American Indian and Alaska Native Populations. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Mar 3;19 (5):2974. doi: 10.3390/ijerph19052974.
8. Kiedrowski, L.; Selya, A. Patterns of Polysubstance Use among Non-Hispanic White and American Indian/Alaska Native Adolescents: An Exploratory Analysis. *Prev. Chronic Dis.* 2019, 16, 180108.
9. Lucet C, Olié JP. Conduites addictives : faits cliniques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* 2020 Jun 1;204(6):551-60.
10. Institut National de la Statistique et de la Démographie Burkina Faso : Projections démographiques de 2007 à 2020. Aout 2009. 69 P.
11. Institut National de la Statistique et de la Démographie Burkina Faso : Annuaire statistique 2015. 398 P.
12. Ministère de la santé Burkina Faso : annuaire statistique 2017. Avril 2018. 386 P.
13. Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: The neurobiology of disrupted self-control. *Trends in Molecular Medicine*, 12(12), 559–66.
14. Parmar, A.; Kaloïya, G. Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian J. Psychol. Med.* 2018, 40, 517P.
15. Michael A.P., Chandni H., Sebastian F. G., Matthew B. W., Rachel L., Katherine P. et al The neuropsychopharmacology of cannabis: A review of human imaging studies *Pharmacology and Therapeutics* Vol 15 , March 2019, 132-61
16. Peter F. Omoluabi; A review of the incidence of nonprescription psychoactive substance use/misuse in Nigeria; *International Journal of the Addictions*; 1995 ;30(4) :445-58.
17. Jude U. Ohaeri, Olabisi A. Odejide; Admissions for drug and alcohol-related problems in Nigerian psychiatric care facilities in one year *Drug Alcohol Depend* ;1993 Jan;31(2):101-9.