



**PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE
DE LA CONSOMMATION ET DES TROUBLES LIÉS À
LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES**

Mars 2017

PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DE LA CONSOMMATION ET DES TROUBLES LIES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Le présent Protocole est réalisé à l'initiative du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers le PNLTA dirigé par le Docteur Ernest ZOTOUA.

Collaboration :

- 1 Association Saint Camille (ONG avec quatre centres d'accueil)
- 2 Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE)
- 3 Centre Régional de Formation à la Lutte contre la Drogue (CRFLD)
- 4 Comité Interministériel de lutte Anti Drogue (CILAD)
- 5 Croix Bleue
- 6 Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire (DMOSS)
- 7 Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP)
- 8 Direction des Services de Santé de la Police Nationale (DSSPN)
- 9 Direction des Services de Santé et de l'Action Sociale des Armées (DSSASA)
- 10 Direction Générale de la Santé (DGS)
- 11 Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique (MENET)
- 12 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD)
- 13 Office de Sécurité Routière (OSER)
- 14 Programme National de Santé Mentale (PNSM)
- 15 Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)
- 16 Service de Communication et des Relations Publiques (SCR) du MSL
- 17 Société Ivoirienne de Gastro Entérologie et Endoscopie digestive (SIGED)
- 18 Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicales d'Abidjan (UFR SMA)

GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail se compose comme suit :

Nom et Prénoms	Titre et Provenance
1. Pr. KONE Drissa	Professeur titulaire de Psychiatrie à l'UFR Sciences Médicales, Département du Système Nerveux et de Réadaptation, Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville, Tel : (+225) 05 05 73 56 / Email : k.drissa@hotmail.fr
2. Dr. IPOU Yves Stéphane	Maitre-assistant en Psychiatrie, Hôpital Psychiatrique de Bingerville, UFR Sciences Médicales d'Abidjan, Département du Système Nerveux et de Réadaptation. Chef du Service Prévention et Prise en Charge du PNLTA. Tel : (+225) 05 03 79 64 / Email : ystephipou@yahoo.fr
3. Dr KOBENAN Fieny Ambroise	Médecin au Service Prévention et Prise en Charge du PNLTA. Economiste de la Santé, Médecin de Santé Publique. Tel : (+225) 07 28 37 36 / Email : fienykob@yahoo.fr

REMERCIEMENTS :

Ce Protocole a été finalisé avec la collaboration de collègues et d'experts qui nous ont fait part de leurs suggestions et qui l'ont enrichi grâce à leur expérience d'enseignant et/ou de responsable engagé dans la lutte contre le tabagisme.

Ce sont :

Mme KOUASSI Emma ;
Mr KOFFI Gnamien Eric ;
Mr IRIE BI BOUYE Raphael ;
Dr. AKA Boni Roger ;
Dr. DJE BI Samedi ;
Mr GUESSAN BI Kouamé Joseph ;
Mr KADJO Anselme Eric ;
Médecin Capitaine SORO Abdoulaye ;
Commissaire Divisionnaire Major KROUMA Mamadou ;
Dr. N'GUESSAN Badou Roger ;
Mr FOFANA Inza ;
Mr AKOTO Olivier ;
Dr. ODJE Claude Evariste ;
Dr. DAHIE Okou Laurent ;
Dr. DENOMAN Jean ;
Pr. ASSI Constant ;
Médecin Commissaire NOGBOU Agrey ;
Mr CHECKE Yapi Vincent ;
Médecin Commissaire Principal KOFFI Brou Jean Claude ;
Dr. ZOTOUA Ernest ;
Dr. COULIBALY Oumar ;
Dr. KOFFI Nestor ;
Dr. ATSE Innocent ;
Dr. DIE Jean Jacques Kouamé ;
Mme LORKA Valérie ;
Mme SADIA Yolande Epse BOE.

Partenaires :

C'est l'occasion pour nous d'adresser des remerciements sincères à nos partenaires, notamment, à l'Organisation Mondiale de la Santé pour leur contribution à l'élaboration de ce Protocole. Que tous les experts nationaux ayant participé à l'élaboration de ce Protocole trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

GROUPE DE TRAVAIL	3
REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	12
I. FACTEURS INCRIMINES.....	12
II. DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES	12
III. ASPECTS LEGISLATIFS.....	14
IV. APPROCHE INSTITUTIONNELLE : RESEAUX DE PRISE EN CHARGE	14
DEUXIEME PARTIE : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE ALCOOLISME	16
I. PROTOCOLE POUR LA PRISE EN CHARGE	16
I.1. DEFINITION DE CONCEPTS	16
I.2. LE REPERAGE	17
I.2.1. Pourquoi les repérer ?.....	17
I.2.2. Où les repérer ? (Difficultés à les repérer)	17
I.2.3. Différents niveaux de repérage	17
I.3. LE DEPISTAGE	18
I.3.1 Les 4 étapes du dépistage	18
I.3.2 LE déroulement du dépistage	19
I.3.3 Les questionnaires d'auto évaluation	20
I.3.4. LES EXAMENS BIOLOGIQUES	20
I.4. LES MOYENS	20
I.4.1. Psychothérapie motivationnelle	20
I.4.2. Psychothérapie cognitivo-comportementale	20
I.4.3. Psychothérapies psychanalytiques	21
I.4.4. Psychothérapies de groupe	21
I.4.5. Appui familial et environnemental.....	21
I.4.6. Groupes d'auto support ou groupe d'anciens consommateurs.....	21
I.4.7 Les médicaments	21
I.4.6. Autres molécules	22
I.5 LA PREVENTION	22
I.5.1. Prévention primaire	22
I.5.2. Prévention secondaire	22
I.5.3. Prévention tertiaire	22
I.6. STRATEGIE THERAPEUTIQUE	23
I.6.1 La maladie alcoolique (en cas d'usage nocif d'alcool ou d'alcoololo dépendance)	23
I.6.2 Quels en sont les principes généraux ?.....	23

I.6.3 Objectifs thérapeutiques	23
I.6.4 Le régime du traitement	23
I.6.5 Stratégie d'agencement	24
I.6.7. Autres conduites à tenir selon les moments et les formes	25
I.6.7.2. Autres complications justiciables d'un traitement spécifique ou symptomatique	25
I.6.8. Indications	26
DIRECTIVES PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SUJETTES A	27
CONSOMMATION ET TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL	27
I. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU PERIPHERIQUE	27
I.1 Objectif général :	27
I.2 Objectifs spécifiques :	27
II. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU INTERMEDIAIRE (CHR,).....	31
II.1. Objectif général.....	31
II.2. Objectifs spécifiques :	31
III. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU TERTIAIRE	36
III.1 Objectif général	36
III.2 Objectifs spécifiques.....	36
IV. ANNEXES.....	41
IV.1 INFORMATION IMPORTANTE POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE.....	41
IV.2 CONSEILS SPECIFIQUES POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE	41
TROISIEME PARTIE : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE	43
DROGUES	43
I. PROTOCOLE POUR LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES	43
I.1. DEFINITION DE CONCEPTS	43
I.1.1. La toxicomanie.....	43
I.1.2. L'overdose.....	43
I.1.3. Le sevrage	43
I.1.5. La réinsertion.....	43
I.2. LE REPERAGE	44
I.2.1 Cannabis	44
I.2.2. Cocaïne.....	45
I.2.3. Amphétamines.....	45
I.2.4. Opiacés	45
I.3. LE DEPISTAGE	46
I.3.1 L'entretien	46
I.3.3. Les Examens Biologiques	46
I.4.4. Les complications liées à l'usage de drogues.....	46
I.4.4.6. Autres complications.....	47

I.4.5. Les Complications Psychiatriques	48
I.5. LES MOYENS	49
I.6. LA PREVENTION	49
I.6.1. La prévention primaire	49
I.6.2. La prévention secondaire	49
I.6.3. La prévention tertiaire	49
I.6. LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE	50
I.6.1. L'élaboration du projet thérapeutique	50
I.6.2. Le bilan.....	50
I.6.4. Le traitement	51
I.6.5. Le Traitement psychothérapique	52
I.6.6. La réhabilitation psychosociale	52
QUATRIEME PARTIE : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES	54
SUJETTES DE CONSOMMATION ET DE TROUBLE LIES	54
A LA CONSOMMATION DE DROGUES.....	54
I. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU PERIPHERIQUE	54
I.1. Objectif général :	54
1.2. Objectifs spécifiques :	54
II. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU INTERMEDIAIRE (CHR,)	57
II.1 Objectif général :	57
II.2. Objectifs spécifiques :	57
III. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE EN MILIEU SPECIALISE (NIVEAU TERTIAIRE)	62
III.1. Objectif général :	62
III.2. Objectifs spécifiques :	62
CONSULTATION DE SPECIALISTES	65
IV. ANNEXES.....	67
IV.1. INFORMATION IMPORTANTE POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE.....	67
IV.1. CONSEILS POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE	67
CINQUIEME PARTIE : LES OUTILS DE GESTION	68
I. LES INDICATEURS	68
I.2. Les Indicateurs de résultats	68
I.2.2. Pour la prise en charge communautaire :	68
I.3. Les Indicateurs de fonctionnement	68
I.4. Les Indicateurs d'impact	68
II. LA COLLECTE DE DONNÉES.....	69
II.1. Les outils et les supports	69
II.2. La périodicité	69

SIXIEME PARTIE : LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	70
I. LE BUT DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE ET DE LA	70
REINSERTION	70
II. LA DUREE DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE	70
III. LES DIFFERENTS TYPES DE COMMUNAUTE.....	71
I.....	72
V. LES MÉTHODES, LES ACTIVITÉS ET LES MOYENS DE RÉINSERTION	72
V.1. Les méthodes	72
V.1. Les activités	72
V.2. les moyens	73
CONCLUSION.....	74

ABREVIATIONS

AOMI	: Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ARV	: Anti-Rétroviraux
BPCO	: Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CACB	: Centre d'Accueil de la Croix Bleue
CCLAT	: Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac
CDC	: Centers for Disease Control
CFRLD	: Centre de Formation et de Recherche pour la Lutte anti Drogue
CILAD	: Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogue
CM	: Conseil Minimal
COSCI	: Conseil des Organisations intervenant du domaine du Sida en Côte d'Ivoire
HTA	: Hypertension Artérielle
IDM	: Infarctus du Myocarde
INHP	: Institut National d'Hygiène Publique
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MSLS	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA
MTTJPDC	: Modèle Trans-théorique de J. Prochaska et Di Clemente
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUDD	: Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
PLS-PHV	: Programme National de Lutte contre le SIDA pour les Populations Hautement Vulnérables
PN :	: Protocole National
PND	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLTA	: Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions
PSP	: Pharmacie de la Santé Publique
PUD	: Personnes Usagères de Drogues
TSN	: Traitement par Substitution Nicotinique

PREAMBULE

Les problématiques de l'alcoolisme et de la toxicomanie sont de plus en plus préoccupantes dans le monde.

Sur le continent africain, elles constituent des défis majeurs auxquels les pays doivent faire face, et la Côte d'Ivoire n'en est pas épargnée. En effet, la consommation de l'alcool et des drogues de tout genre, prend de l'ampleur dans notre pays, surtout depuis les années de crises sociopolitiques partant de 2000. On dénombre une multitude de débits de boissons où des personnes de tous âges, jeunes et adultes, hommes et femmes s'adonnent à cœur joie, au vu et au su de tous y a une prolifération des fumoirs, où assez régulièrement forces de l'ordre vont traquer les consommateurs de drogues.

Ces deux types d'addictions constituent des phénomènes nouveaux, certainement en rapport avec l'urbanisation de notre pays et qui ont certainement connu un coup d'accélérateur pendant les années de crises.

Vu les conséquences de l'alcool et des drogues sur la santé et le psychisme des personnes qui en sont victimes ; les répercussions sur leur vie, sur leur famille et leur carrières professionnelles ; les dommages que cela peut causer à la société entière, notamment : en matière de santé publique, avec l'émergence de pathologies chroniques, (MNT : HTA, cardiopathies, diabète, Maladies mentales, etc.), de maladies infectieuses ; d'insécurité (homicides, braquages) et des accidents de la voie publique, le Gouvernement ivoirien, a élargi depuis 2008 les responsabilités du programme de lutte contre le Tabagisme, en lui conférant, également la charge d'organiser la prévention et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

C'est dans ce cadre que le PNLTA, élabore le présent document qui constitue une première en matière de directives nationales pour la prise en charge des personnes victimes d'alcoolisme ou de toxicomanie, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Les agents de santé sont invités à utiliser ces protocoles, selon le niveau où ils exercent et de référer les patients à l'échelle supérieure en cas de nécessité. C'est à ce prix que notre pays enregistrera des progrès et pourra circonscrire l'avancée à grand pas de ces fléaux.

Le PNLTA en s'appuyant sur les experts et les prescriptions régionales et internationales, assurera la coordination de la lutte dans son ensemble et veillera à l'application des dispositions réglementaires nationales, dont font partie les présents protocoles.

Docteur Raymonde Goudou Coffie
Ministre de la Santé et de l'hygiène Publique

INTRODUCTION

La volonté du Gouvernement ivoirien de lutter contre le Tabagisme, l'alcoolisme, les drogues et les autres addictions, par la réduction, le contrôle de l'offre et de la demande sur son territoire, s'est affirmée davantage en 2008, avec d'une part la création du CILAD et d'autre part la création d'un programme national chargé d'organiser et de mener la lutte contre lesdites addictions, le PNLTA. Depuis cette date, des actes majeurs ont été posés au nombre desquels, la prise du décret portant interdiction de fumer dans les lieux publics et transports en commun.

A côté du volet sensibilisation, prévention et répression de la stratégie globale de lutte, la question de la prise en charge des personnes déjà prises dans l'engrenage desdites addictions se pose avec acuité.

C'est pourquoi le présent document, dit Protocole National de Prise en Charge de la consommation et des troubles liés à la consommation de l'alcool et des drogues a été élaboré par un groupe d'experts, à l'initiative du PNLTA. Il détermine les mesures préventives et curatives en termes de directives à appliquer à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le but visé est de réduire la demande de substances psychotropes (alcool et drogues) dans un cadre de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I. FACTEURS INCRIMINES

Trois paramètres sont évoqués dans la consommation et les troubles liés à la consommation de l'alcool et des drogues : la substance, l'individu et l'environnement socio-culturel :

les facteurs associés à la **substance** notamment ses propriétés chimiques elles sont réparties en trois catégories, les dépresseurs, les stimulants et les perturbateurs.

l'individu est le deuxième paramètre. Si un type particulier de personnalité n'est pas prouvé, l'assuétude à un psychotrope entre souvent dans le cadre global d'une stratégie d'adaptation. Il a aussi été décrit chez les sujets de forts sentiments d'anxiété, d'insécurité ; d'impulsivité, d'instabilité émotionnelle et affective, une co-morbidité psychiatrique ou des attitudes antisociales.

l'environnement socio-culturel avec les problèmes familiaux (perte, violence, conflits, abandon, problèmes d'autorité par exemple), la disponibilité, l'accessibilité, le prix pour l'alcool, la recherche de performances professionnelles, scolaires ou sportives, la recherche d'intégration.

II. DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

Le terme **psychotrope** désigne toute substance dont l'une des actions principales s'exerce sur le système nerveux central entraînant des modifications du psychisme et du comportement.

Il existe 3 groupes :

Les dépresseurs du système nerveux : Ils ralentissent les processus normaux de l'organisme. Ils offrent des propriétés sédatives et anxiolytiques

Les perturbateurs du système nerveux : Ils altèrent spécifiquement les perceptions, les émotions et l'ensemble des processus psychologiques. Ils ont un effet hallucinogène.

Les stimulants : Ils augmentent ou accélèrent les processus normaux de l'organisme. Ils maintiennent l'individu en état d'éveil et, secondairement réduisent la faim tout en procurant un état de bien-être ou d'euphorie.

▪ Addiction

De nombreuses définitions ont été proposées à partir de différentes disciplines allant de la biologie et la psychologie jusqu'à la sociologie en passant par le cognitivo-comportementalisme, la psychopathologie, la psychanalyse, la psychiatrie, etc. La plus rigoureuse reste celle d'A. Goodman. Selon Goodman (1990), l'addiction est :

« Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

- **Usage simple**

L'usage simple est caractérisé par une consommation de drogue qui n'entraîne ni complication médicale pour lui-même ni dommage pour son entourage. Il n'y a pas de dépendance. Cette consommation peut être régulière ou non.

Les seules complications de l'usage simple sont d'ordre pénal, liées à la consommation de substances illicites.

- **Usage abusif**

L'usage abusif de substances est un mode de consommation dommageable pour la santé. Le dommage peut être physique (comme dans le cas des infections liées à la consommation de drogues), mental (épisodes dépressifs par exemple).

Elle est souvent associée à des conséquences sociales (problèmes familiaux, juridiques ou professionnels par exemple).

- **La Dépendance OMS 1975**

Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un produit et un organisme vivant, caractérisée par des réponses comportementales ou autres qui comporte toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance peut être présente ou non.

- ✓ **Dépendance psychique**

C'est la manifestation d'un besoin irrépressible de consommer le produit et ce en dépit des conséquences familiaux, professionnels, financier

- ✓ **Dépendance physique**

C'est la conséquence de l'interaction entre l'organisme et une substance psychoactive qui entraîne le besoin physique de consommer le produit. L'**arrêt brutal** de la consommation provoque des **manifestations physiques**.

- ✓ **Le syndrome de manque**

Ou syndrome de sevrage se définit comme un ensemble de signes physiques ou psychique liés à un arrêt brutal de l'usage de substances habituelles auxquelles l'individu est dépendant.

NB: Il peut s'observer dans les addictions sans substance mais à un moindre degré.

- ✓ **La Tolérance**

C'est l'épuisement progressif des effets d'un toxique qui conduit à en augmenter régulièrement les doses ou le nombre de prises pour avoir l'effet escompté.

- ✓ **La dépendance**

Elle regroupe un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs dans lesquels la consommation de drogues devient une priorité, bien plus importante pour le sujet que tout.

✓ **L'intoxication alcoolique aiguë**

C'est une affection transitoire faisant suite à une prise d'alcool entraînant des troubles de la conscience, de la perception, du comportement ainsi que des troubles cognitifs et affectifs.

III. ASPECTS LEGISLATIFS

La Côte d'Ivoire s'est dotée d'une loi N°88-686 du 22 juillet 1988 portant sur la répression du trafic et de l'usage illicites des stupéfiants, des substances psychotropes et des substances vénéneuses. D'autres lois sont relatives à l'alcool dont la dernière est la loi N° 99-437 du 6 juillet 1999.

IV. APPROCHE INSTITUTIONNELLE : RESEAUX DE PRISE EN CHARGE

- ✓ **Trois types d'institutions existent** : les services sanitaires y compris les services de santé scolaires et universitaires, les centres sociaux, les complexes socio-éducatifs.
- ✓ **Deux types d'activités sont recensés** : les activités en ambulatoires et les activités en hospitalisation [**un programme de substitution à la méthadone (?)**]
- ✓ **Les centres spécialisés (hôpitaux psychiatriques)** : hospitalisation volontaire ou à la demande d'un tiers, sevrage, diagnostic et traitement des co-morbidités psychiatriques et somatiques, traitement des situations de crise, consultations ambulatoires, consultations avec des psychologues, psychothérapie comportementale et cognitive.
- ✓ **Consultations ambulatoires** : consultations avec des psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés, intervention d'assistante sociale, intervention lors des crises, thérapie de soutien, diagnostic et traitement des co-morbidités psychiatriques et somatiques, entretien réseau ? Ces interventions offrent une prévention, des traitements aux patients et aux familles.
- ✓ **Hôpitaux de jour** : offrent accueil, suivi de patients pas entièrement stabilisés. Les prises en charge proposées sont des thérapies individuelles (affirmation de soi, contact avec les autres, régulation des émotions et contrôle de soi-même, gestion de stress), de groupes.

ALCOOLISME

L'alcoolisme est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Il touche toutes les couches socio-professionnelles. La Prévalence des sujets dépendants est importante : 200 millions de personnes.

Les conséquences en terme de mortalité prématurée et de morbidité tant au plan physique, psychique que social sont importantes.

- ✓ C'est la troisième cause d'invalidité au monde et la première cause d'HTA chez le sujet jeune.
- ✓ En 2006 selon l'enquête STEPS-OMS, 71% de personnes avaient consommé au moins une fois l'alcool en Côte d'Ivoire les douze mois précédents.

- ✓ Les bénéfices d'un repérage précoce : identifier et informer les consommateurs en général, des risques de la consommation excessive les consommateurs à problèmes avant l'apparition d'une dépendance sévère.
- ✓ Les soucis avec l'alcool constituent le motif de consultation le plus fréquent dans le service d'hépto-gastro entérologie.
- ✓ Une nouvelle forme d'alcoolisation est représentée par les alcoolisations aiguës, parfois appelées *binge drinking* (*biture express*). Elles sont le fait de patients dépendants ou quelquefois d'adolescents ou d'adultes jeunes expérimentant l'alcool dans un contexte festif.
 - Environ 70 % des patients vus dans un service d'accueil des urgences et ayant un usage excessif de l'alcool consomment également du tabac,
 - Et 10 % d'entre eux consomment du cannabis.
- ✓ Une comorbidité entre plusieurs addictions est habituellement retrouvée

DROGUES

Généralités contexte des drogues (aperçu monde, sous régional et national)

- ✗ **Le recueil des données épidémiologiques est fortement influencé par le statut illégal des drogues si bien que les données disponibles sont approximatives**
- ✗ entre 155 et 250 millions de la population âgée de 18 à 24 ans ont consommé des substances illicites au moins une fois en 2008 (entre 16 et 38 millions d'usagers problématiques c'est-à-dire les sujets dépendants et les usagers de drogues injectables)

L'OMS remarque également que faute de données, la connaissance du problème de la toxicomanie reste limitée dans de nombreux pays, notamment en Afrique.

Dans le monde le cannabis est la drogue illicite la plus consommée. Cela se vérifie en CI. Les données disponibles dans notre pays sont parcellaires :

4% des hospitalisations en psychiatrie,

8% d'UD chez les élèves de Bingerville (2005).

DEUXIEME PARTIE : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE ALCOOLISME

I. PROTOCOLE POUR LA PRISE EN CHARGE

I.1. DEFINITION DE CONCEPTS

Pour cerner la question, plusieurs classifications ont été proposées tels que celles de Fouquet, Radouco-Thomas, Cloninger...

L'OMS énumère 3 grandes catégories.

- ✓ Le **Non-usage** : absence de consommation de boissons alcoolisées
- ✓ L'**Usage**, qui se décline en :
 - **Usage ponctuel**, pas plus de quatre verres par occasion
 - **Usage régulier**, pas plus de vingt et un verres par semaine (quatorze verres pour la femme). Etant entendu que le verre standard est fixée à 10g d'alcool pur par verre,

- ✓ Le **Mésusage**, qui se décline en :

- **Usage à risque**

Il s'agit de toute conduite d'alcoolisation ponctuelle ou régulière qui assure une consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS, non encore associé à un dommage médical, psychologique, ou social et/ou une dépendance mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme.

- **Usage nocif**

Toute conduite d'alcoolisation qui associe l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychologique ou social induit par l'alcool sans dépendance.

- **Usage avec dépendance**

Toute conduite d'alcoolisation qui est caractérisée par une perte de la maîtrise de la consommation.

- **L'alcool**

L'alcool éthylique est un composé organique de formule C_2H_5OH

- **L'alcoolisme**

Elle se définit comme l'intoxication aiguë ou chronique à l'alcool

I.2. LE REPERAGE

I.2.1. Pourquoi les repérer ?

La plupart des buveurs à risque n'ont pas tendance à révéler leur consommation et les problèmes liés à celle-ci (absence de culpabilité, consommation vécue comme « normale ») Une demande de soins en relation avec un "problème d'alcool" est rarement un motif de consultation (pression entourage++).

- ✓ Motiver les personnes à changer de comportement vis-à-vis de l'alcool, et améliorer le bien-être des personnes touchées et de leur famille.
- ✓ Faire une intervention brève chez les consommateurs excessifs non encore dépendants, car 10% à 50% des « buveurs à risque » modifient leur consommation après une intervention brève.
- ✓ Donner aux médecins généralistes une place de choix dans le dispositif de prise en charge des malades de l'alcool
- ✓ Manquer régulièrement de temps pour évaluer plus spécifiquement la présence ou l'importance de l'abus ou de la dépendance à l'alcool.
- ✓ Permettre un dépistage systématique pour le repérage et le traitement de patients non motivés pour un suivi addictologique.

Les conséquences socioéconomiques de la dépendance peuvent amener les patients à s'exclure des circuits de soins programmés, et les services d'accueil des urgences leur apparaissent souvent plus faciles d'accès et peu coûteux.

I.2.2. Où les repérer ? (Difficultés à les repérer)

- ✓ Plusieurs études ont montré la faisabilité et la pertinence du repérage des malades de l'alcool par le médecin généraliste et notamment les médecins du travail, les urgentistes, les gynécologues, les sages-femmes
- ✓ Forte prévalence de patients ayant un trouble lié à la consommation d'alcool dans les services d'accueil des urgences.
- ✓ Les services où la prévalence de patients ayant une consommation
- ✓ inadaptée d'alcool est la plus importante sont les services d'urgences

I.2.3. Différents niveaux de repérage

Approche opportuniste: devant des signaux d'alerte évocateurs, tels :

- ✓ une ivresse
- ✓ une perche tendue par le patient
- ✓ les campagnes de sensibilisation

- **Par défaut**

- ✓ Suspicion sur l'apparence : oui, mais danger!
- ✓ Biologie : oui, mais mauvaise sensibilité
- ✓ Ivresse : oui, mais non spécifique de la dépendance
- ✓ Pathologie en rapport avec l'alcool diagnostic ?

- ✓ Consommation déclarée d'alcool (CDA) : problème du déni
- ✓ Intervention de l'entourage : comment s'en servir?
- ✓ Signes physiques de sevrage : seuls 10 à 20% des alcoolo- dépendants en ont
- ✓ Déclaration spontanée des patients : oui, mais rare
- ✓ L'approche systématique pour un large repérage se fait à l'aide d'un questionnaire pour tous les patients.

I.3. LE DEPISTAGE

I.3.1 Les 4 étapes du dépistage

Etape 1: Demander à chaque patient quelle est son utilisation actuelle de l'alcool en y incluant la consommation déclarée d'alcool (CDA) et le type de boissons consommées:

- ✓ Quelles sortes de boissons alcoolisées buvez-vous habituellement ?
- ✓ Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool ?
- ✓ Quelle quantité buvez-vous dans une journée ordinaire ?
- ✓ Vous arrive-t-il souvent de boire plus que cette quantité habituelle ?
- ✓ Buvez-vous seul ?

Évaluation de la consommation déclarée d'alcool (CDA)

Type de boissons consommées

- ✓ Nombre de jours de consommation par semaine ;
- ✓ Nombre de verres standards par jour ;
- ✓ Caractère régulier ou non de la consommation ;
- ✓ Si la consommation et l'utilisation de l'alcool n'apparaissent pas ; problématiques, on peut arrêter là le dépistage.

Etape 2: Interroger sur l'histoire de l'alcoolisation

- ✓ Date de début
- ✓ Comment y est-il entré ?
- ✓ Y a-t-il eu des tentatives d'arrêt ? Si oui, quelle fut la tentative la plus longue et quand ?
- ✓ Est-il en abstinence ce jour ?

Etape 3: Rechercher l'existence ou non de signes de dépendance en incluant les questions CAGE-DETA dans le reste de l'entretien clinique :

- ✓ Existence d'une perte de contrôle ;
- ✓ de signes de sevrage matinaux ;
- ✓ envies de boire répétées dans la journée ;
- ✓ échecs répétés pour réduire ou contrôler la consommation.

A la suite de cette recherche soit la dépendance apparaît faible ou nulle et le patient est donc un consommateur excessif, soit la dépendance est présente et le patient est un alcoolo-dépendant. Dans les cas douteux un test de SMAST(voir annexes) peut être proposé.

Etape 4: Evaluer les conséquences de l'alcoolisation par la recherche de complications somatiques, psychologiques et sociales.

A ce stade, on peut s'aider de l'examen clinique et des examens de laboratoire pour terminer l'évaluation et poser un diagnostic. Le repérage des malades de l'alcool nécessite la connaissance des différents types de consommation ainsi que les outils disponibles pour le praticien. Il est important de parler d'alcool avec tout nouveau patient comme des autres facteurs de risque. L'entraînement au dépistage permettra un repérage plus précoce des malades et par là une intervention thérapeutique moins lourde et de meilleur pronostic.

I.3.2 LE déroulement du dépistage

De nombreux outils de repérage et de diagnostic ont été testés. Les plus courants sont :

- ✓ l'entretien ;
- ✓ l'examen physique ;
- ✓ les questionnaires standardisés ;
- ✓ les examens de laboratoire.

Lorsqu'un médecin "découvre" un patient pour la première fois, il doit prendre l'habitude de quantifier la consommation d'alcool hebdomadaire ce qui permettra de distinguer les consommateurs réguliers des consommateurs épisodiques

Parmi les consommateurs réguliers il faudra poursuivre l'interrogatoire

- **Des indicateurs souvent associés au mésusage**

- ✓ Accidents, traumatismes,
- ✓ Troubles comportementaux, relationnels et sociaux ;
- ✓ Troubles du sommeil, fatigue, irritabilité, nervosité, humeur dépressive, poly-addiction.

- **L'examen clinique**

Peu pertinent au début de l'addiction. Intérêt en cas d'usage nocif et au stade de la dépendance.

Signes cliniques connus :

- ✓ Plaintes somatiques (gastralgies, pyrosis, diarrhées, crampes, palpitations...).
- ✓ Cutanés : visage bouffi, congestionné, télangiectasies des pommettes et des ailes du nez, cicatrices témoignant de traumatismes et d'actes de violence, maladie de Dupuytren, ...
- ✓ Endocriniens : gynécomastie bilatérale, hypertrophie parotidienne, ...
- ✓ Nerveux: tremblements des extrémités, démarche ébrieuse, perte de l'équilibre

- **D'autres signes**

Une hypertension artérielle, un élargissement du triangle de sustentation ou encore une hépatomégalie.

I.3.3 Les questionnaires d'auto évaluation

I.3.3.1 CAGE/DETA (Test de dépendance à l'alcool)

I.3.3.2. Le Questionnaire AUDIT

I.3.3.3. Le questionnaire MAST Michigan Alcoholism Screening Test

I.3.3.4. L'assist v3.0 /OMS (voir annexe)

I.3.3.4 DSMIV et CIM 10

I.3.4. LES EXAMENS BIOLOGIQUES

Trois marqueurs biologiques sont intéressants pour repérer les conséquences biologiques d'une consommation chronique excessive d'alcool :

- ✓ Les Gammaglutamyl Transférase (γ GT) ;
- ✓ Le Volume Globulaire Moyen (VGM) ;
- ✓ la Transferrine Déficiante en Carbohydate (CDT).

Ces marqueurs sont le témoin d'une alcoolisation excessive chronique et non d'une alcoolodépendance.

- ✓ La sensibilité du VGM est médiocre (30 à 40%) ; sa spécificité est plus élevée (90%).

NB : L'association γ GT-VGM a une sensibilité de 90% environ.

- ✓ Le CDT, d'un usage plus récent mais rare.

Sa sensibilité équivaut celle de la γ GT ; la spécificité est généralement meilleure (80%).

I.4. LES MOYENS

I.4.1. Psychothérapie motivationnelle

Les stades de motivation de Pochaska permettent de déterminer la situation du patient vis-à-vis de sa dépendance. Ils fournissent aussi un guide d'abord psychothérapeutique. A chacun des stades, une réponse relationnelle personnalisée peut être proposée.

Au cours du sevrage, la psychothérapie de soutien consiste à valoriser les effets du sevrage, à renforcer les bénéfices, à en appréhender avec le sujet des difficultés réelles.

Au cours du suivi à long terme, il sera utile de faire une psychothérapie de soutien dont l'objectif est le renforcement de la motivation du patient à rester abstiné.

I.4.2. Psychothérapie cognitivo-comportementale

Le comportement d'alcoolisation peut être déclenché par des phénomènes de l'ordre du conditionnement. Les psychothérapies comportementales aident les alcooliques à évaluer leur

envie d'alcool et leur apprennent à résister aux situations ou émotions qui déclenchent l'alcoolisation.

L'aspect cognitif consiste à lutter contre les fausses croyances présentes chez les personnes alcooliques.

I.4.3. Psychothérapies psychanalytiques

Les techniques psychanalytiques appliquées à l'alcoolisme portent sur « la portion non alcoolique du moi ». Elles ont pour objectif de renforcer la vie sociale, les émotions et l'investissement du patient dans tout ce qui ne concerne pas sa relation à l'alcool.

I.4.4. Psychothérapies de groupe

Les psychothérapies de groupe sont utilisées particulièrement chez les sujets présentant une conduite de dépendance à l'alcool.

Certains groupes impliquent la participation d'un psychothérapeute. D'autres sont des groupes d'entraide de sujets alcooliques, anciens et actuels. Ces groupes sont fondés sur une dynamique d'encouragement collectif et d'identification aux anciens alcooliques guéris qui apparaissent comme des modèles et des leaders.

I.4.5. Appui familial et environnemental

En matière d'addictologie, la cellule familiale (sa structuration et ses réalités) pouvant être la cause plus ou moins lointaine du comportement il convient en conséquence qu'une part importante de la prise en charge globale lui incombe.

I.4.6. Groupes d'auto support ou groupe d'anciens consommateurs

Association d'anciens buveurs, autre soutien de groupe de quelque nature apportent un réconfort à l'individu, lui montre des exemples de cas de guérison (témoignages).

I.4.7 Les médicaments

✓ vitaminothérapie B1

Elle a pour but de prévenir les complications neurologiques. La posologie recommandée est de 300 mg à 1g par jour, de préférence;

Correction des désordres hydro-électrolytiques ;

✓ Benzodiazépines

Elles réduisent la sévérité des symptômes de sevrage et l'apparition de convulsions et du delirium. La molécule de référence est le diazépam, à cause de sa demi-vie qui est longue.

La posologie est de 10mg toutes les 6 heures, pendant 7 à 10 jours, avec arrêt progressif dès que le sevrage est obtenu.

En cas de pathologie hépatique, il est préférable de prescrire de l'oxazépam, qui a une demi-vie plus courte et s'accumule beaucoup moins dans le foie.

I.4.6. Autres molécules

La carbamazépine, les bêta-bloquants et la clonidine diminuent aussi les phénomènes de sevrage, mais sans avoir une efficacité prouvée sur le delirium et les crises comitiales.

En cas de symptômes psychotiques (délire, hallucinations), des neuroleptiques peuvent être utilisés : **Tiaprïde** (300 mg par jour) ou halopéridol (5 à 10 mg par jour).

Remarque

Le delirium tremens qui est une complication grave du sevrage est une urgence médicale, imposant des mesures de réhydratation (3 à 6 l /jour) et un traitement sédatif (benzodiazépines ou neuroleptiques).

✓ L'acamprosate

Il diminue l'envie de boire ou craving et favorise la compliance. Il est donné à une posologie moyenne de 2 comprimés 3 fois par jour pendant 1 an au minimum. Il est conseillé sa prescription dès le début du sevrage.

✓ La naletrexone

C'est un antagoniste des récepteurs opioïdes : ces derniers sont associés au plaisir à consommer de l'alcool et à l'euphorie qui s'ensuit. Il a été observé notamment qu'en cas de reprise ponctuelle de l'alcool, un retour à la dépendance est moins fréquent. La posologie requise est de 50 mg en une prise par jour pendant 6 mois.

✓ Le disulfiram

C'est un médicament provoquant une réaction aiguë désagréable lorsqu'il est associé à l'alcool. Le traitement se fait en milieu hospitalier chez des sujets motivés, peu impulsifs, ayant un bon niveau éducationnel et ayant un environnement socio-familial stable. C'est un traitement à risque qui ne doit pas être sans une information préalable claire et sans accord du patient après une information détaillée. Il est administré une fois par jour et ce après exploration clinique et para-clinique pré-thérapeutique.

I.5 LA PREVENTION

I.5.1. Prévention primaire

Elle concerne les sujets naïfs, non encore en contact avec l'alcool.

Le message est dirigé envers le grand public avec une note particulière à l'endroit des populations à risque (élèves et adolescents, personnel manutentionnaire, personnes détenues...).

I.5.2. Prévention secondaire

C'est la prévention des complications. Elle intéresse les personnes pour qui l'alcool est un facteur de risque soit en raison des dispositions génétiques ou du fait d'une tare ou encore d'une pathologie sous-jacente dont l'alcool serait un facteur aggravant (hépatopathies).

I.5.3. Prévention tertiaire

C'est la réduction des risques. C'est l'ensemble de toutes les dispositions prises dans le sens d'une réduction de risque. La démarche est rare en pratique alcoolique

I.6. STRATEGIE THERAPEUTIQUE

La stratégie thérapeutique repose sur le **sevrage**, concerne en priorité la maladie alcoolique puis les autres formes cliniques à traiter.

I.6.1 La maladie alcoolique (en cas d'usage nocif d'alcool ou d'alcoolodépendance)

Les principaux temps du traitement de l'alcoolisme chronique sont le dépistage, l'évaluation, le projet thérapeutique, comprenant la prise en charge de l'abus ou de la dépendance et le suivi à long terme. Organiser un suivi par une structure spécialisée dans la prise en charge des problèmes d'alcool en ambulatoire.

I.6.2 Quels en sont les principes généraux ?

- ✓ La demande de soins doit être formulée par le patient lui-même s'il est majeur ou par les parents ou le tuteur légal chez le mineur ;
- ✓ La prise en charge commence par une culture de la motivation ;
- ✓ La prise en charge associe obligatoirement les volets médico-psycho-social ;
- ✓ Elle fait un bilan des comorbidités anxio-dépressives et des co-addictions ;
- ✓ L'instauration d'un traitement spécifique avec un suivi au long cours.

I.6.3 Objectifs thérapeutiques

- ✓ Vise en premier lieu le sevrage et l'abstinence ;
- ✓ vise Secondairement très rarement et seulement chez les patients non dépendants, la réduction des quantités consommées ;
- ✓ vise la prévention des rechutes, la réinsertion professionnelle et l'amélioration de la qualité de vie.

I.6.4 Le régime du traitement

Le sevrage d'alcool doit être réalisé dans un lieu qui permette une évaluation clinique fréquente. Il peut se réaliser en ambulatoire pour les patients à faible risque de complications de sevrage. Les indications d'une prise en charge intra-hospitalière sont :

- ✓ La nécessité de rupture avec le milieu familial dans certains cas ;
- ✓ Les antécédents de crises convulsives ou de *delirium tremens* ;
- ✓ Le risque d'auto ou d'hétéro-agressivité ;
- ✓ Les dépendances à l'alcool associées à d'autres conduites de dépendance (drogues illicites) ;
- ✓ L'association à une pathologie somatique et/ou psychiatrique caractérisée ;
- ✓ L'échec de la prise en charge ambulatoire.

Patient motivé : préparation d'un projet thérapeutique comprenant le sevrage et la prévention de la reprise de la consommation

Patient réticent : éviter la confrontation et proposer une nouvelle évaluation alcoologique.

I.6.5 Stratégie d'agencement

I.6.5.1. La pré-cure

Objectif : Préparer le patient

Cela correspond à l'entretien motivationnel dès qu'un problème d'alcool est dépisté, une information doit être systématiquement délivrée au patient.

L'information doit être didactique, accessible, non culpabilisante : elle porte sur la consommation d'alcool, sa nocivité potentielle ou réelle, ses complications, le caractère réversible de l'évolution du comportement alcoolique, les possibilités de traitement. Elle s'adresse au patient et à son entourage familial.

Avant de commencer la cure, le thérapeute doit établir une relation de confiance pour susciter la reconnaissance du problème avec l'alcool et le situer sur le modèle de Prochaska (MTTJPDC)

L'approche Phares (5 étapes) peut être utilisée.

I.6.5.2. La Cure : sevrage

Objectif : Obtenir l'abstinence chez le patient en prévenant le syndrome de manque

C'est le sevrage, il associe :

- ✓ Hospitalisation dans bien des cas ;
- ✓ L'arrêt de l'alcool ;
- ✓ Disulfirame +/- ;
- ✓ Psychothérapie ;
- ✓ Vitamines (B1-B6 nicotinamides action folique) ;
- ✓ Anxiolytique +/- Antidépresseur ;
- ✓ Réhydratation ;

I.6.5.3. La Post-cure

Objectif : Prévenir les rechutes

Il s'agit d'établir une relation thérapeutique stable impliquant un soutien.

Le thérapeute devra :

- ✓ Etre disponible, pour faire face aux réactions de découragement et de désespoir fréquentes chez le patient alcoolique ;
- ✓ l'Orienter éventuellement vers des structures ou thérapeutes adaptés aux besoins du moment ;
- ✓ Proposer le cas échéant un traitement médicamenteux d'aide au maintien de l'abstinence tel que l'Acamprosate ou le Naltrexone.

I.6.7. Autres conduites à tenir selon les moments et les formes

I.6.7.1 Consommation en l'absence d'éléments de gravité

Intervention ultra-brève

- ✓ Feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- ✓ Explication au patient de la notion « un verre standard ou unité alcool » ;
- ✓ Explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool ;
- ✓ Encouragement du patient à rester en dessous de ces limites ;
- ✓ Remise au patient d'un livret d'aide.

I.6.7.2. L'ivresse alcoolique simple

Surveiller et ne rien faire

I.6.7.3. Coma éthylique

Il faut mettre en œuvre des mesures générales :

- ✓ Assurer la liberté des voies aériennes ;
- ✓ Mettre en place d'une canule, faire une oxygénothérapie ;
- ✓ mettre un cathéter veineux pour effectuer des prélèvements en vue de réaliser des examens (Groupe Rhésus, hémogramme, ionogramme, glycémie, urée sanguine, crase sanguine) ;
- ✓ Hydrater le sujet à raison de 3 à 4 l/j ;
- ✓ Prévoir des macromolécules en cas de choc.

Il faut rapidement dépister et traiter les complications :

- ✓ Corriger l'hypoglycémie ;
- ✓ Mettre en place une vitaminothérapie B1 injectable en cas d'acidose métabolique (exploration par gazométrie, traitement par perfusion de bicarbonate).

I.6.7.2. Autres complications justiciables d'un traitement spécifique ou symptomatique

- ✓ Stéatose ;
- ✓ Hépatite alcoolique aiguë ;
- ✓ Cirrhose ;
- ✓ Crises convulsives ;
- ✓ Déshydratation aiguë.

I.6.7.3. Syndrome de manque, description et prise en charge

Le sevrage alcoolique dure environ sept jours. Ses symptômes les plus aigus surviennent six à douze heures après la dernière prise d'alcool.

Ils consistent :

Au niveau physique :

- ✓ hyperactivité sympathique ;
- ✓ augmentation de la transpiration (déshydratation) ;
- ✓ Tachycardie ;
- ✓ Trémulations (tremblement des extrémités) ;
- ✓ Nausées ou des vomissements ;
- ✓ Elévation des chiffres tensionnels ;
- ✓ Parfois crise comitiale (épilepsie) ;
- ✓ Hallucinations visuelles, tactiles ou auditives.

C'est le delirium tremens dans sa forme la plus sévère

Au niveau psychique

- ✓ Anxiété ;
- ✓ Insomnies ;
- ✓ Pensées obsédantes autour du produit ;
- ✓ Etat dépressif.

La prise en charge du syndrome de manque se fait selon le score de cushmann et le protocole ciwar. (Voir en annexe)

I.6.8. Indications

- ✓ Selon les cas ;
- ✓ Selon les moments et les réactions à l'imprégnation ;
- ✓ Selon le MTTJPD I ;
- ✓ Selon les complications ;
- ✓ Selon les comorbidités anxio-dépressives.

DIRECTIVES PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SUJETTES A CONSOMMATION ET TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL

I. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU PERIPHERIQUE

(Préciser les structures sanitaires selon la pyramide)

I.1 Objectif général :

Contribuer à la prise en charge de la personne consommant l'alcool de façon abusive.

I.2 Objectifs spécifiques :

- ✓ Reconnaître chez une personne des signes de consommation d'alcool ou des effets liés à la consommation abusive d'alcool
- ✓ Evaluer chez une personne le niveau d'imprégnation à l'alcool et des signes de gravité
- ✓ Assurer les premiers soins à une personne chez laquelle on a décelé des signes de consommation abusive d'alcool

Tableau 1 / Synoptique des directives

Etapes de la prise en charge	Activités / Tâches	Observations
A- ACCUEIL	✓ Saluer ✓ Installer ✓ Rassurer	✓ Ne pas stigmatiser, ✓ Montrer de l'empathie
B- MOTIF DE CONSULTATION	Identifier un ou plusieurs signes d'appel ou autres facteurs incriminants : 1. Signes d'appel : ✓ Humeur triste, dépressive ; ✓ Anxiété, nervosité ; ✓ Troubles du sommeil (dort trop, ne dort pas assez) ✓ Transpiration, tremblements, malaise matinal, ✓ Hallucinations (entendre des voix, des bruits ou voir des choses qui n'existent pas).	✓ Ne pas stigmatiser, ✓ Montrer de l'empathie

Etapas de la prise en charge		Activités / Tâches	Observations
		2. Autres facteurs : ✓ Problème légaux ou sociaux dus à la consommation d'alcool (problèmes conjugaux, absences au travail etc.) ; ✓ La famille consulte avant le patient (parce que ce dernier est irritable à la maison ou souvent absent à son travail).	
C- EXAMEN CLINIQUE	C1- INTOXICATION AIGUE	RECHERCHER : ✓ Si l'haleine sent l'alcool ; ✓ Un trouble de l'élocution ; ✓ Un comportement désinhibé. EVALUER : ✓ Le degré de conscience ; ✓ Le degré de cognition et de perception. ✓ La respiration.	✓ Mettre la personne en position latérale de sécurité (décubitus latéral gauche); ✓ Mettre en observation ou évacuer le cas échéant
	C 2- SYNDROME DE SEVRAGE	RECHERCHER : ✓ Un tremblement des mains ; ✓ Des sueurs ; ✓ Des vomissements ; ✓ Une accélération du pouls et une augmentation de la tension artérielle ; ✓ Une agitation. DEMANDER SI LA PERSONNE A : ✓ Des céphalées ; ✓ Des nausées ; ✓ Des angoisses ;	✓ faire boire le patient diazépam 10 mg par voie orale ✓ Référer en urgence

Etapas de la prise en charge		Activités / Tâches	Observations
		✓ Antécédents d'alcoolisme ✓ D'autres problèmes médicaux ; ✓ Des épisodes antérieurs.	
	C3- CONSOMMATION NOCIVE	DEMANDER : ✓ Si la personne consomme de l'alcool ; ✓ Boit de grandes quantités d'alcool ; ✓ Continue à boire malgré la présence de problèmes physiques (maladie de foie, saignements digestifs) ou de conséquences sociales (perte d'emploi, départ du conjoint(e)). SI OUI : ✓ Préciser la quantité et la fréquence de la consommation : en nombre de verres standard	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur
	C 4- DÉPENDANCE ALCOOLIQUE	DEMANDER : ✓ Difficulté à limiter la consommation ; ✓ Désir irrésistible de boire ; ✓ Boit de grandes quantités d'alcool sans paraître ivre (tolérance) ; RECHERCHER Un syndrome de sevrage alcoolique	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur
	C 5- IMPREGNATION PAR ALCOOL	RECHERCHER ✓ Dépigmentation des lèvres, ✓ Tremblement des mains ✓ Yeux rouges, ✓ Varicosité des pommettes ✓ Visage « lunaire » ou embonpoint	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur

Etapes de la prise en charge	Activités / Tâches	Observations
D- INFORMATIONS EDUCATION POUR LA SANTE	Informier et éduquer le patient et sa famille sur les méfaits de l'alcool	Donner des conseils au patient et à sa famille ainsi que des brochures
E- SUIVI	RECHERCHER les signes en faveur d'une diminution de la consommation d'alcool	✓ Revoir le patient ✓ Visites à domicile
F- REFERENCE	PRENDRE CONTACT avec la structure de référence REDIGER un rapport de référence et le bulletin de liaison	✓ S'assurer que le patient est arrivé à la structure de référence. ✓ Veiller à la contre référence

II. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU INTERMEDIAIRE (CHR,)

II.1. Objectif général

Contribuer à la prise en charge de la personne consommant l'alcool de façon abusive.

II.2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Diagnostiquer une personne présentant des signes d'intoxication alcoolique ;
- ✓ Assurer les soins aux personnes diagnostiquées et/ou référées ;
- ✓ Intégrer le malade dans un réseau de prise en charge psycho-sociale.

Tableau 2 : Synoptique des directives

Etapas de la prise en charge		Activités / Tâches	Observations
A. ACCUEIL		✓ Saluer ✓ Installer ✓ Rassurer	✓ Ne pas stigmatiser, ✓ Montrer de l'empathie
B. MOTIF DE CONSULTATION		Identifier un ou plusieurs signes d'appel ou autres facteurs incriminants 3. Signes d'appel : ✓ Humeur triste, dépressive ; ✓ Anxiété, nervosité ; ✓ Troubles du sommeil (dort trop, ne dort pas assez) ✓ Paresthésies, multinévrites, polynévrites ✓ Transpiration, tremblements, malaise matinal, ✓ Hallucinations (entendre des voix, des bruits ou voir des choses qui n'existent pas); ✓ Signes digestifs (douleur abdominale, vomissement) ✓ Ictère 4. Autres facteurs : ✓ Problème légaux ou sociaux dus à la consommation d'alcool (problèmes conjugaux, absences au travail etc.) ; ✓ La famille consulte avant le patient (parce que ce dernier est irritable à la maison ou souvent absent à son travail).	✓ Ne pas stigmatiser, ✓ Montrer de l'empathie
C- EXAMEN CLINIQUE	C1- INTOXICATION AIGUE	RECHERCHER : ✓ Si l'haleine sent l'alcool ; ✓ Un trouble de l'élocution ; ✓ Un comportement désinhibé. EVALUER : ✓ Le degré de conscience ; ✓ Le degré de cognition et de perception. ✓ La respiration.	✓ Mettre la personne en position latérale de sécurité (décubitus latéral gauche); ✓ Mettre en observation ou évacuer le cas échéant

	C 2- SYNDROME DE SEVRAGE	RECHERCHER : ✓ Un tremblement des mains ; ✓ Des sueurs ; ✓ Des vomissements ; ✓ Une accélération du pouls et une augmentation de la tension artérielle ; ✓ Une agitation. DEMANDER SI LA PERSONNE A : ✓ Des céphalées ; ✓ Des nausées ; ✓ Des angoisses ; ✓ Antécédents d'alcoolisme ✓ D'autres problèmes médicaux ; ✓ Des épisodes antérieurs.	✓ Traiter immédiatement par le diazépam (20 à 40mg/j) pendant 3 à 5 jours et de la thiamine (100 mg par jour voie parentérale) pendant 5 jours ; ✓ Veiller à un apport liquidien suffisant (en fonction de l'état du malade) ; ✓ assurer un environnement calme ; ✓ Songer à traiter d'autres problèmes médicaux ; si delirium avis de spécialiste.
	C3- CONSOMMATION NOCIVE	DEMANDER : ✓ Si la personne consomme de l'alcool ; ✓ Boit de grandes quantités d'alcool ; ✓ Continue à boire malgré la présence de problèmes physiques (maladie de foie, saignements digestifs) ou de conséquences sociales (perte d'emploi, départ du conjoint(e)). SI OUI : ✓ Préciser la quantité et la fréquence de la consommation : a consommé au moins 5 boissons standard (ou 60g d'alcool) au cours des 12 derniers mois ; ✓ Consomme 2 boissons alcoolisées par jour ; ✓ Consomme tous les jours de la semaine.	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur

	C 4- DÉPENDANCE ALCOOLIQUE	DEMANDER : ✓ Difficulté à limiter la consommation ; ✓ Désir irrésistible de boire ; Boite de grandes quantités d'alcool sans paraître ivre (tolérance). RECHERCHER un syndrome de sevrage alcoolique	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur
	C 5- IMPREGNATION PAR ALCOOL	RECHERCHER ✓ Dépigmentation des lèvres ; ✓ Tremblement des mains ; ✓ Yeux rouges ; ✓ Varicosité des pommettes ; ✓ Visage « lunaire » ou embonpoint.	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur
D- EXAMENS PARACLINIQUES		BIOLOGIQUES Enzymes hépatiques (transaminases)	Rechercher de complications
		AUTRES ✓ Imagerie médicale ✓ Endoscopie digestive	
E- SOINS		MEDICAMENTEUX ✓ Anxiolytiques (ex : 0,5 à 2 mg de Lorazépam jusqu'à 3 fois par jour) ✓ Le Disulfirame	✓ L'arrêt de la consommation d'alcool (sevrage alcoolique) ✓ La prise de médicaments en dehors de l'hôpital doit être surveillée de près.

	PSYCHO-SOCIAUX ✓ Psychothérapies ✓ Psychoéducation ✓ Accompagnement social	
F- INFORMATIONS EDUCATION POUR LA SANTE	Informer et éduquer le patient et sa famille sur les méfaits de l'alcool	Donner des conseils au patient et à sa famille ainsi que des brochures
G- SUIVI	RECHERCHER les signes en faveur d'une diminution de la consommation d'alcool	✓ Revoir le patient ✓ Visites à domicile
H- REFERENCE	PRENDRE CONTACT avec la structure de référence REDIGER un rapport de référence et le bulletin de liaison	✓ S'assurer que le patient est arrivé à la structure de référence. ✓ Veiller à la contre référence

III. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU TERTIAIRE

III.1 Objectif général : contribuer à la prise en charge de la personne consommant l'alcool de façon abusive.

III.2 Objectifs spécifiques :

- ✓ Diagnostiquer une personne présentant des signes d'intoxication alcoolique ;
- ✓ Assurer les soins aux personnes diagnostiquées et/ou référées ;
- ✓ Intégrer le malade dans un réseau de prise en charge psycho-sociale ;

Tableau 3 / Synoptique des directives

Etapas de la prise en charge	Activités / Tâches	Observations
A- ACCUEIL	✓ Saluer ✓ Installer ✓ Rassurer	- Ne pas stigmatiser, - Montrer de l'empathie
B-MOTIF DE CONSULTATION	Identifier un ou plusieurs signes d'appel ou autres facteurs incriminants 5. Signes d'appel : ✓ Humeur triste, dépressive ; ✓ Anxiété, nervosité ; ✓ Troubles du sommeil (dort trop, ne dort pas assez) ✓ Paresthésies, multinévrites, polynévrites ✓ Transpiration, tremblements, malaise matinal, ✓ Hallucinations (entendre des voix, des bruits ou voir des choses qui n'existent pas); ✓ Signes digestifs (douleur abdominale, vomissement) ✓ Ictère 6. Autres facteurs : ✓ Problème légaux ou sociaux dus à la consommation d'alcool (problèmes conjugaux, absences au travail etc.) ; ✓ La famille consulte avant le patient (parce que ce dernier est irritable à la maison ou souvent absent à son travail).	✓ Ne pas stigmatiser, ✓ Montrer de l'empathie

C- EXAMEN CLINIQUE	C1- INTOXICATION AIGUE	RECHERCHER : ✓ Si l'haleine sent l'alcool ; ✓ Un trouble de l'élocution ; ✓ Un comportement désinhibé. EVALUER : ✓ Le degré de conscience ; ✓ Le degré de cognition et de perception. ✓ La respiration.	✓ Mettre la personne en position latérale de sécurité (décubitus latéral gauche); ✓ Mettre en observation ou évacuer le cas échéant
	C 2- SYNDROME DE SEVRAGE	RECHERCHER : ✓ Un tremblement des mains ; ✓ Des sueurs ; ✓ Des vomissements ; ✓ Une accélération du pouls et une augmentation de la tension artérielle ; ✓ Une agitation. DEMANDER SI LA PERSONNE A : ✓ Des céphalées ; ✓ Des nausées ; ✓ Des angoisses ; ✓ Antécédents d'alcoolisme ✓ D'autres problèmes médicaux ; ✓ Des épisodes antérieurs.	✓ Traiter immédiatement par le diazépam (20 à 40mg/j) pendant 3 à 5 jours et de la thiamine (100 mg par jour voie parentérale) pendant 5 jours ; ✓ Veiller à un apport liquidien suffisant (en fonction de l'état du malade) ; ✓ Assurer un environnement calme ; ✓ Songer à traiter d'autres problèmes médicaux ; ✓ Si delirium avis de spécialiste.
	C3- CONSOMMATION NOCIVE	DEMANDER : ✓ Si la personne consomme de l'alcool ; ✓ Boit de grandes quantités d'alcool ;	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures

		✓ Continue à boire malgré la présence de problèmes physiques (maladie de foie, saignements digestifs) ou de conséquences sociales (perte d'emploi, départ du conjoint(e)). SI OUI : ✓ Préciser la quantité et la fréquence de la consommation : a consommé au moins 5 boissons standard (ou 60g d'alcool) au cours des 12 derniers mois ; ✓ Consomme 2 boissons alcoolisées par jour ; ✓ Consomme tous les jours de la semaine.	✓ Référer au niveau supérieur
	C 4- DÉPENDANCE ALCOOLIQUE	DEMANDER : ✓ Difficulté à limiter la consommation ; ✓ Désir irrésistible de boire ; ✓ Boit de grandes quantités d'alcool sans paraître ivre (tolérance) ; RECHERCHER Un syndrome de sevrage alcoolique	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur
	C 5- IMPREGNATION PAR ALCOOL	RECHERCHER ✓ Dépigmentation des lèvres, ✓ Tremblement des mains ✓ Yeux rouges, ✓ Varicosité des pommettes ✓ Visage « lunaire » ou embonpoint	✓ Donner des conseils au patient et sa famille ainsi que des brochures ✓ Référer au niveau supérieur
D- EXAMENS PARACLINIQUES		BIOLOGIQUES Enzymes hépatiques (transaminases)	Rechercher de complications

	AUTRES ✓ Imagerie médicale ✓ Endoscopie digestive	
E- SOINS	MEDICAMENTEUX ✓ Anxiolytiques (ex : 0,5 à 2 mg de Lorazépam jusqu'à 3 fois par jour) ✓ Le Disulfirame	L'arrêt de la consommation d'alcool (sevrage alcoolique) la prise de médicaments en dehors de l'hôpital doit être surveillée de près.
	PSYCHO-SOCIAUX ✓ Psychothérapies ✓ Psychoéductions ✓ Accompagnement social	
F- INFORMATIONS EDUCATION POUR LA SANTE	Informier et éduquer le patient et sa famille sur les méfaits de l'alcool	Donner des conseils au patient et à sa famille ainsi que des brochures
G- SUIVI	RECHERCHER les signes en faveur d'une diminution de la consommation d'alcool	Revoir le patient Visites à domicile
H-CONSULTATION DE SPECIALISTES	RECHERCHER ✓ Des troubles graves à l'arrêt d'alcool (entendre des voix, des bruits ou voir des choses qui n'existent pas; ✓ Transpiration abondante, ✓ Palpitations	✓ Hospitalisation ✓ Recours à des doses plus importantes d'anxiolytiques.

NB : Une consommation importante d'alcool peut s'accompagner de symptômes anxieux ou dépressifs. Quand ces derniers persistent après une période sans prise d'alcool (abstinence), il faut apprécier une : - dépression ; - anxiété généralisée.

IV. ANNEXES

IV.1 INFORMATION IMPORTANTE POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE

- ✓ L'alcoolisme dans la famille peut entraîner des conséquences négatives pour les conjoints et les enfants ;
- ✓ La dépendance alcoolique constitue une maladie grave. L'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool entraîne des effets psychiques ou physiques ;
- ✓ La consommation d'alcool pendant la grossesse peut être nuisible pour le bébé à naître ;
- ✓ En cas de dépendance à l'alcool, le but à atteindre est l'arrêt ;
- ✓ Dans certains cas d'utilisation nocive pour la santé mais sans dépendance, le but peut consister à limiter ou réduire la consommation d'alcool ;
- ✓ L'alcoolisme peut être secondaire à d'autres problèmes.

IV.2 CONSEILS SPECIFIQUES POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE

On peut s'adresser **aux services de santé même si on pense à une cause surnaturelle** des troubles (sort, envoûtement, attaque des sorciers, et) ;

Si le patient accepte d'arrêter tout de suite la consommation :

- ✓ Fixer un jour précis où il va le faire ;
- ✓ L'aider à trouver des moyens pour éviter ou maîtriser les situations où il risque de recommencer à boire (ex : situations sociales, événements difficiles) ;
- ✓ Prévoir des moyens spécifiques pour éviter de recommencer à boire (ex: comment maîtriser les événements difficiles sans boire ou comment se comporter avec des amis qui continuent à boire) ;
- ✓ Trouver des parents ou amis qui pourront aider le patient à ne plus boire ;

Si la réduction de la consommation paraît suffisante (ou si le patient n'accepte pas d'arrêter complètement) :

- ✓ Discuter avec lui des moyens précis pour diminuer sa consommation (ex : boire au maximum deux verres par jour et ne pas boire du tout d'alcool pendant deux jours par semaine) ;
- ✓ L'aider à trouver des moyens pour éviter ou maîtriser les situations où il risque de boire (ex : situations sociales, événements difficiles) ;
- ✓ Proposer des moyens permettant de mieux maîtriser sa consommation (ex : réduire le temps consacré à boire, boire lentement).

Si le patient n'accepte pas d'arrêter ou de réduire sa consommation dans l'immédiat :

- ✓ ne pas le rejeter ou le critiquer ;
- ✓ Insister sur les problèmes médicaux et sociaux liés à l'alcool ;
- ✓ Proposer un nouveau rendez-vous pour rediscuter le problème,
- ✓ Contacter un groupe d'entraide (ex : Alcooliques Anonymes) s'avère souvent bénéfique ;
- ✓ Rechercher toutes les causes d'insomnies avant de prendre indéfiniment des somnifères.

TROISIEME PARTIE : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES

I. PROTOCOLE POUR LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES

I.1. DEFINITION DE CONCEPTS

I.1.1. La toxicomanie

Elle est caractérisée par :

- ✓ Un invincible désir ou besoin de consommer une substance psychoactive et de se la procurer par tous les moyens ;
- ✓ A tendance à augmenter les doses ou une difficulté à en contrôler les Prises ;
- ✓ Une dépendance physique et psychique et des effets nuisibles à l'individu et à la société.
- ✓ La vie du sujet appelé « **usager de drogues** » s'organise autour de la drogue.

I.1.2. L'overdose

Terme anglosaxon équivalent au surdosage qui, dans le langage courant, désigne une issue fatale due à l'excès de consommation d'une drogue.

I.1.3. Le sevrage

C'est l'arrêt brutal de la consommation d'une substance psychoactive qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez un sujet dépendant.

Le sevrage thérapeutique vise à limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque

I.1.4. La communauté

Est un groupe d'individus ou un ensemble de personnes qui ont en commun un certain nombre de caractéristiques (morale, religieuse, géographique, culturelle, sportive, historique, professionnelle, etc.).

Le terme **communautaire** est le substantif dérivant de communauté

I.1.5. La réinsertion

C'est l'intégration à nouveau une personne ou un individu dans une communauté ou entité donnée.

La prise en charge communautaire et la réinsertion d'un usager de drogues sont l'ensemble des activités et des actions d'appui, de soutien, d'accompagnement et d'aide multiformes et variées menées par un groupe ayant en commun un certain nombre de caractéristiques à l'endroit d'un consommateur de substances psychoactives et de son environnement (scolaire, professionnel, familial...), le tout dans un processus de réhabilitation dudit usager en vue de sa réintégration dans la communauté.

I.2. LE REPERAGE

Le repérage des usagers de drogues illicites peut se faire dans plusieurs circonstances.

Le caractère illicite entraîne des difficultés spécifiques.

Il peut y avoir suspicion, en fonction de l'aspect du sujet.

Il faut profiter de l'entretien pour rechercher une co-addiction.

Il faut interroger les sujets vulnérables et/ou exposés sur une éventuelle consommation :

Ceux qui n'ont pas consommé de drogue mais qui se trouvent dans des conditions susceptibles de favoriser un premier contact avec celle-ci.

Parmi les sujets vulnérables et/ou exposés, on peut citer :

- ✓ Les enfants et les adolescents en difficulté, (les enfants de la rue, enfants en conflit avec la famille, etc.) ;
- ✓ Les professionnels du sexe, les professionnels des arts et des spectacles, etc.
- ✓ Les routiers, les travailleurs de l'automobile;
- ✓ Les personnes exerçant une activité de veille : les agents de défense et de sécurité ;
- ✓ Les personnes en situation de détresse socio affective : chômage, deuil, rupture sentimentale, précarité, etc.

Caractériser le type de consommation du patient (**usage simple ou mésusage**)

- ✓ Utiliser des questionnaires spécifiques d'évaluation et restituer les résultats ;
- ✓ Savoir repérer les signes d'une consommation excessive de produit ;
- ✓ Savoir évaluer les dommages (physiques, psychiques, sociaux) liés à une consommation à risque répétée ;
- ✓ Rechercher des facteurs de risque d'installation d'une conduite addictive.

I.2.1 Cannabis

- ✓ Le cannabis existe sous 3 formes : résine, herbe, huile.
- ✓ Le delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ -9-THC) et le cannabidiol (CBD), les 2 principaux composants de la plante de *Cannabis Sativa*, ont des effets symptomatiques et comportementaux distincts.
- ✓ Le Δ -9-THC est considéré comme le principal agent responsable des symptômes cognitifs, psychotiques, anxieux, et addictifs
- ✓ Le cannabis est généralement mélangé à du tabac et fumé dans des « joints » ou dans des dispositifs artisanaux de type pipe à eau.
- ✓ La concentration de Δ 9-THC dans les différentes présentations du cannabis (résine, herbe, huile) est proportionnelle à l'intensité de ses effets toxiques

I.2.2. Cocaïne

Drogue stimulante, existe sous différentes formes :

- ✓ Chlorhydrate de cocaïne (sous forme de poudre), d'apparence physique sous forme de poudre blanche floconneuse et cristalline, peu soluble dans l'eau et de saveur amère, avec de nombreux produits de coupe (phénacétine, paracétamol, lidocaïne, sucre, laxatifs...), dont les voies d'administration sont intranasale (sniff), intraveineuse.
- ✓ Cocaïne base (crack ou freebase), obtenue par la transformation du chlorhydrate de sous forme de poudre mélangée avec du bicarbonate de soude (Crack) ou avec de l'ammoniaque (freebase). Sous forme de bloc de cailloux (galettes), elle est fumée. Les effets pharmacologiques sont très rapides avec une « descente » très rapide. Solubilisée, la cocaïne base peut être injecté par voie intraveineuse

I.2.3. Amphétamines

- ✓ Il s'agit des amphétamines (speed, pilule, pill, pilou, peanut), de la méthamphétamine (speed, meth, crystal meth, ice, tina, yaba) et de la MDMA ou l'ecstasy
- ✓ Ce sont des drogues stimulantes et entactogènes (facilitant le contact), synthétisées en laboratoire, souvent consommées avec du cannabis et/ou de l'alcool, ou d'autres drogues
- ✓ Les amphétamines et l'ecstasy sont le plus souvent consommés sous forme de comprimés à avaler.
- ✓ L'amphétamine, la MDMA existent également sous forme de poudre à sniffer (plus fréquent)
- ✓ La méthamphétamine (drogue de synthèse, amphéminique, hallucinogène aux effets extrêmement puissants, inodore et sans saveur, de forme cristallisée ou en poudre) se consomme le plus souvent par voie inhalée (fumée) ou par voie intraveineuse

I.2.4. Opiacés

Les opiacés naturels ou semi-synthétiques sont issus du pavot dont le latex séché est l'opium et les alcaloïdes la morphine, la codéine ou méthyl-morphine, la codéthyline. L'héroïne ou diacétyl-morphine est un dérivé semi-synthétique. Mélangée à la cocaïne, on parle de « speedball » (**langage de consommateurs**). Les sulfates de morphine, médicaments antalgiques, entrent dans cette classe. Leur administration est essentiellement intra-nasale ou intraveineuse, parfois pulmonaire, voire digestive.

Il existe 2 classes d'opiacés de synthèse

- ✓ Les antalgiques opiacés (oxycodone par exemple) ;
- ✓ Les traitements de substitution opiacés comme la buprénorphine (agoniste antagoniste opiacé ou agoniste partiel) pouvant faire l'objet d'un détournement d'usage (voie intraveineuse ou intra-nasale) ou la méthadone (agoniste opiacé) (détournement d'usage dans des proportions moindres).

I.3. LE DEPISTAGE

Il se fait dans le cadre de l'intoxication aiguë ou de l'intoxication chronique (en rapport avec le type d'usage)

I.3.1 L'entretien

Quand l'usager n'est pas directement à l'origine de cette demande, il faut être vigilant à ne pas sortir de son rôle de professionnel de santé et à ne pas tenter de s'impliquer dans les éventuels différents au sein de la famille. L'empathie, l'écoute et le respect paraissent les meilleures attitudes à adopter dans le cadre de la consultation dont les objectifs sont relatifs à des enjeux de santé et non, a priori, de maintien de l'ordre familial ou social. Il faut en effet éviter que l'usager ne se sente mis en danger par un médecin intrusif et juge de ses comportements de consommation d'un produit illicite mais il faut de même éviter que l'entourage ne se sente disqualifié dans ses inquiétudes.

I.3.2. L'examen physique

- ✓ Insister sur les appareils cutanés, pleuro-pulmonaire, cardio-vasculaire, hépato-gastro-entérologique, neurologique ;
- ✓ les questionnaires standardisés.

Ils sont dévolus à la recherche d'une ou de plusieurs substances :

- ✓ Questionnaire ASSIST de l'OMS ;
- ✓ Cannabis Abuse Screening Test (CAST) ;
- ✓ Les examens de laboratoire.

I.3.3. Les Examens Biologiques

L'examen le plus facile à réaliser est l'examen toxicologique des urines. Il permet de détecter la consommation de substances. Chaque substance à un seuil de dépistage en fonction de la date de la dernière consommation.

I.4.4. Les complications liées à l'usage de drogues

I.4.4.1. Les complications médicales

Liées aux drogues mais aussi souvent à leurs modalités d'emploi (asepsie, solubilité des produits, etc.), elles mettent parfois en jeu le pronostic vital.

I.4.4.2. Les complications somatiques

I.4.4.2.1 Altération de l'état général avec :

- ✓ Asthénie importante, déshydratation;
- ✓ Amaigrissement important, cachexie;
- ✓ Diminution des défenses immunitaires et sensibilité aux infections des caries évolutives, des abcès dentaires.

I.4.4.2.2. Atteintes liées à l'utilisation de la voie veineuse

Il s'agit de toutes les complications liées à l'utilisation de matériel souillé :

- ✓ SIDA, hépatites ;
- ✓ Infections bactériennes, paludisme, etc ;
- ✓ Infections du cœur, des poumons, des os, des muscles;
- ✓ Lésions cutanées : abcès, ulcérations, oedèmes de la main ;
- ✓ Traces d'injection (bras, jambes, aines, organes génitaux,...).

En cas de prises répétées d'héroïne, de cocaïne ou de solvants organiques par voie nasale, on observe :

- ✓ Une érosion des muqueuses nasales ;
- ✓ Une perforation des cloisons nasales.

I.4.4.2. Complications infectieuses

- ✓ Infection au VIH, hépatite virale ;
- ✓ Septicémie, endocardite à staphylocoques ;
- ✓ Phlébite suppurée, ostéomyélite.

I.4.4.3. Complications pulmonaires et respiratoires

- ✓ Œdème Aigu du Poumon, pneumopathie ;
- ✓ Tuberculose ;
- ✓ Granulome, embolie septique ;
- ✓ Crises d'asthme, encombrement bronchique ;
- ✓ Dépression respiratoire.

I.4.4.4. Complications obstétricales

- ✓ prématurité, mortalité périnatale ;
- ✓ syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

I.4.4.5. Complications cardiovasculaires

- ✓ Hypertension artérielle ;
- ✓ Thromboses artérielles ;
- ✓ Endocardites ;
- ✓ Troubles du rythme et de la conduction cardiaques
- ✓ Angéite nécrosante ;
- ✓ Accident Vasculaire Cérébral, AVC.

I.4.4.6. Autres complications

- ✓ Aménorrhée, impuissance et frigidité ;
- ✓ Chocs anaphylactiques (produits associés) ;
- ✓ Abdomen aigu (constipation) ;
- ✓ Atteintes neurologiques et rénales ;
- ✓ Crises convulsives ;
- ✓ Pertes de connaissance pouvant aller jusqu'au coma.

I.4.5. Les Complications Psychiatriques

Elles sont nombreuses et mettent en jeu la vie relationnelle :

- ✓ Troubles du sommeil chronique (insomnies)
- ✓ États confusionnels
- ✓ Excitation psychomotrice récurrente
- ✓ Hétéro agressivité, voire auto agressivité
- ✓ **Effet paranoïde (« Effet parano »)** avec un délire
- ✓ Pharmacopsychoses
- ✓ Syndrome amotivationnel
- ✓ **Syndrome déficitaire** : inertie psychique et physique, apragmatisme, ralentissement et appauvrissement intellectuel, indifférence émotionnelle, schizophrénie déficitaire
- ✓ Instabilité de l'humeur
- ✓ Passages à l'acte suicidaire
- ✓ Dysarthrie
- ✓ Troubles de l'équilibre et maladresse motrice
- ✓ Ralentissement psychique, lenteur intellectuelle, baisse de l'efficacité intellectuelle
- ✓ Troubles de la mémoire, troubles de l'attention, troubles de la vigilance

I.4.5.1 Les complications sociales

Les complications citées plus haut aboutissent à la désinsertion socioprofessionnelle et aux conduites sociopathiques:

- ✓ absentéisme, chômage, etc.
- ✓ échecs, retard scolaire, déscolarisation
- ✓ délinquance et criminalité : vols, deal, hétéro et auto agressivité
- ✓ prostitution
- ✓ destruction de la cellule familiale

I.5. LES MOYENS

Plusieurs méthodes et stratégies, le plus souvent associées sont utilisées dans la prise en charge médicale :

- ✓ La chimiothérapie
- ✓ Les psychothérapies (groupes d'entraide, pairs conseillers, etc.)
- ✓ les interventions sociales (visites à domicile, démarches, entretiens, activités socio-éducatives)
- ✓ L'ergothérapie, art- thérapie, etc.
- ✓ L'information et sensibilisation
- ✓ Implication des familles et de l'entourage dans la prise en charge
- ✓ Le soutien spirituel
- ✓ L'approche culturelle
- ✓ La mise en œuvre de programmes éducatifs

I.6. LA PREVENTION

I.6.1. La prévention primaire

Consiste à intervenir à un stade où le sujet n'est encore entré en contact avec la drogue. Elle concerne les sujets vulnérables, susceptibles d'avoir un contact avec la drogue. Il s'agit en particulier des enfants et jeunes en situation de difficulté pour lesquels la consommation de drogue est perçue comme un soulagement ou une solution à leurs difficultés.

La prévention primaire est constituée par :

- ✓ l'éducation à la santé ;
- ✓ l'identification et la prise en charge des facteurs de vulnérabilité.

Elle nécessite de la part des intervenants disponibilité et attention.

I.6.2. La prévention secondaire

Vise à prévenir l'aggravation d'une situation plus ou moins nocive. Elle s'adresse à des personnes ayant usé de drogues de façon occasionnelle ou abusive.

I.6.3. La prévention tertiaire

Concerne les sujets dépendants.

I.6. LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

I.6.1. L'élaboration du projet thérapeutique

Elle permet à l'utilisateur de prendre la pleine mesure de la prise en charge et de s'y engager. Cela passe par :

- ✓ L'information de l'utilisateur (et de son entourage si nécessaire) sur la prise en charge ;
- ✓ La formulation des objectifs de sa prise en charge ;
- ✓ L'adoption d'un contrat de prise en charge.

I.6.2. Le bilan

C'est l'étape d'évaluation initiale. Il comporte :

Un bilan clinique et paraclinique (examens radiologiques, biologiques et électriques).

Il apprécie l'état physique de l'utilisateur et recherche les complications somatiques liées à la consommation de drogues.

Un bilan psychopathologique

Il est constitué par :

- ✓ L'identification de ou des drogues utilisées, la fréquence de la consommation
- ✓ L'évaluation de la personnalité et de la motivation, et la recherche de pathologies psychiatriques sous-jacentes.

Un bilan toxicologique

Permet de déterminer le profil pharmacologique de la ou des substances utilisée(s) et constitue un point de référence pour un suivi toxicologique.

Une évaluation sociale à travers :

- ✓ L'état des lieux des relations de l'utilisateur avec sa famille et avec son entourage et l'impact de la consommation de drogues sur ceux-ci ;
- ✓ L'organisation de sa vie sociale autour de la drogue ;
- ✓ La situation économique de l'utilisateur et de sa famille.

Une évaluation des risques liés à la consommation de drogue :

- ✓ rapports avec la Justice : antécédents judiciaires, criminalité, délinquance, etc.
- ✓ comportements à risques (VIH/SIDA, prostitution, etc.).

I.6.3. Diagnostic

L'analyse des données recueillies lors du bilan initial permettent de poser un diagnostic :

Diagnostic positif

Précise le type d'usager (drogue utilisée, fréquence de consommation, durée de l'intoxication, complications, impacts et risques)

Diagnostic étiologique

Révèle les causes du recours à la drogue : facteurs individuels, familiaux, environnementaux, etc.

I.6.4. Le traitement

I.6.4.1 sevrage

Le sevrage est adapté aux toxiques et au type de consommation (mono ou poly toxicomanie). Il comprend deux temps :

- ✓ **la désintoxication physique**
- ✓ **le sevrage psychologique** qui représente le long travail psychologique de l'individu qui doit remplacer les drogues par d'autres investissements

Le sevrage doit être réalisé en hospitalisation dans les structures médicales spécialisées de prise en charge des usagers de drogue.

Le sevrage associe la chimiothérapie et la psychothérapie

I.6.4.2 traitement des troubles comorbides

Son déroulement prend en compte :

Traitement d'une urgence :

- ✓ Manifestations psychiatriques aiguës,
- ✓ Intoxications aiguës
- ✓ Surdosage

Le traitement des complications somatiques

Le traitement des complications psychiatriques

La chimiothérapie doit tenir compte des interactions médicamenteuses.

I.6.4.3. La réduction des risques

Elle vise à prévenir la survenue des affections liées à:

- ✓ Soit à la voie d'administration de la drogue et aux objets utilisés
- ✓ Soit à des comportements induits par la consommation de drogues, etc.

I.6.4.4. Le traitement de la dépendance

L'objectif est la diminution et/ou l'arrêt de la consommation par différentes méthodes, selon la substance utilisée :

- ✓ Soit par le renforcement d'une abstinence
- ✓ Soit par la méthode de substitution

I.6.5. Le Traitement psychothérapique

Il vise à consolider la motivation du client et/ou à restructurer la personnalité et permet également l'amélioration des relations interpersonnelles. Il concerne l'utilisateur, sa famille et son entourage. Ce traitement fait appel à plusieurs types de thérapies.

I.6.6. La réhabilitation psychosociale

Elle prépare le sujet à un réinvestissement affectif et à une meilleure réinsertion socio familiale. La prise en charge psychosociale est l'ensemble des actions, des mesures et des démarches psychologiques et sociales visant à :

- ✓ Aider l'utilisateur de drogues à sortir de son état de dépendance ou à arrêter la consommation ;
- ✓ de substances psychoactives ;
- ✓ pouvoir s'insérer dans son milieu familial et sa communauté ;
- ✓ Prévenir l'usage de drogues ;
- ✓ Assurer également la gestion des conséquences de la toxicomanie.

La prise en charge psychosociale est basée sur la négociation qui doit obéir à l'adhésion des parents et/ou du toxicomane à se faire aider.

En outre, elle doit garantir la confidentialité, assurer une sécurisation du toxicomane et respecter ses souhaits.

La prise en charge psychosociale précède et complète la prise en charge médicale.

La prise en charge psychosociale est effectuée par des spécialistes de la relation d'aide que sont :

- ✓ Les psychologues ;
- ✓ Les travailleurs sociaux (Éducateurs spécialisés, assistants sociaux).

D'autres compétences peuvent contribuer à la prise en charge psychosociale :

- ✓ Les religieux ;
- ✓ Les travailleurs de l'éducation : les conseillers, les éducateurs, les enseignants ;
- ✓ Les agents de santé

Les bénéficiaires de cette prise en charge sont l'utilisateur de drogues, sa famille et les divers groupes auxquels il appartient (âge, associations, professionnel, etc.).

Les activités sont diverses et concernent l'utilisateur, sa famille et les communautés. Il s'agit :

- ✓ Des écoutes et des entretiens ;
- ✓ Des visites à domicile, des enquêtes sociales ;
- ✓ Des médiations familiales et communautaires ;
- ✓ Des jeux de rôles ;
- ✓ De l'animation des groupes (rôles, pairs) ;
- ✓ Des activités de sensibilisation (CCC, CIP) ;
- ✓ Des activités socio-éducatives ;
- ✓ Expression et création (peinture, modelage, etc.) ;
- ✓ Jeux de société ;
- ✓ Activités sportives ;
- ✓ Activités d'apprentissage, alphabétisation, etc.

La prise en charge psychosociale peut être réalisée dans tous les lieux où se trouve l'utilisateur :

- ✓ Les services socio-sanitaires non spécialisés et spécialisés ;
- ✓ Le milieu familial ;
- ✓ Le milieu professionnel, scolaire, de formation, etc.) ;
- ✓ Les communautés ;
- ✓ Les milieux ouverts (rues, quartiers précaires, etc.).

I.6.7. l'évaluation thérapeutique et la prévention des rechutes

Cette étape permet de :

- ✓ Apprécier l'évolution du sujet et l'état de sa motivation ;
- ✓ Adapter les méthodes et les moyens thérapeutiques.
- ✓ Identifier les facteurs personnels et extérieurs capables d'influencer la prise en charge ;

**QUATRIEME PARTIE : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
SUJETTES DE CONSOMMATION ET DE TROUBLE LIES
A LA CONSOMMATION DE DROGUES**

I. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU PERIPHERIQUE

(préciser les structures sanitaires selon la pyramide)

I.1. Objectif général :

Contribuer à la prise en charge de la personne consommant de la drogue

1.2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Reconnaître chez une personne des signes de consommation de drogues ou des effets liés à cette consommation ;
- ✓ Evaluer chez une personne le niveau d'imprégnation à l'alcool et des signes de gravité ;
- ✓ Assurer les premiers soins à une personne chez laquelle on a décelé des signes de consommation de drogue.

Tableau 4/ Synoptique des directives

Etapas de la prise en charge	Activités / Tâches	Observations
A- ACCUEIL	✓ Saluer ✓ Installer ✓ Rassurer	Ne pas stigmatiser
B- MOTIF DE CONSULTATION	Identifier un ou plusieurs signes d'appel ou autres facteurs incriminants : 1- Signes d'appel : ✓ Humeur triste, dépressive ; ✓ Anxiété, nervosité ; ✓ Insomnie, problème de sommeil ; ✓ Troubles physiques liés à la prise de drogues (ex : abcès liés à l'utilisation de seringue, perte de poids) ; 2- Autres facteurs : ✓ Accidents ou blessures dus à la prise de drogues (pour le patient ou autrui) ; ✓ Problèmes légaux et sociaux dus à l'utilisation de drogues ; ✓ Comportement inhabituel ; ✓ Le patient peut demander une prescription d'opiacés ou d'autres médicaments ; Signes en faveur d'un arrêt brutal (syndrome de sevrage aux drogues) : ✓ opiacés (ex : héroïne) : nausées, transpiration, tremblements ; ✓ sédatifs (ex : tranquillisants) : anxiété, tremblements, hallucinations ; ✓ stimulants (ex : amphétamines, cocaïne) : dépression, humeur changeante. La famille ou l'entourage peut consulter avant de présenter le patient (parce que ce dernier est irritable à la maison ou est souvent absent à son travail ou se désintéresse de l'école).	Ne pas stigmatiser,

Etapas de la prise en charge	Activités / Tâches	Observations
C- EXAMEN CLINIQUE	RECHERCHER, SI LE PATIENT ✓ Se drogue beaucoup et souvent ; ✓ Continue à se droguer malgré la présence manifeste de problèmes physiques (ex : se blesse pendant une intoxication) ou de conséquences sociales (ex : perte d'emploi) ; ✓ Difficulté à limiter l'utilisation de drogues ; ✓ Désir irrésistible de se droguer ; ✓ Prend de grandes quantités de drogues sans paraître intoxiqué (tolérance) ; ✓ malaises dus au manque de drogue (syndrome de sevrage).	Ne pas stigmatiser,
D- REFERENCE	PRENDRE CONTACT avec la structure de référence REDIGER un rapport de référence et le bulletin de liaison	✓ S'assurer que le patient est arrivé à la structure de référence. ✓ Veiller à la contre référence

II. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU INTERMEDIAIRE (CHR,)

II.1 Objectif général :

Contribuer à la prise en charge de la personne consommant de la drogue.

II.2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Diagnostiquer une personne présentant des signes de consommation de drogues ;
- ✓ Assurer les soins aux personnes diagnostiquées et/ou référées ;
- ✓ Intégrer le patient dans un réseau de prise en charge psycho-sociale.

Tableau 5/ Synoptique des directives

Etapes de la prise en charge	Activités / Tâches	Observations
A- ACCUEIL	✓ Saluer ✓ Installer ✓ Rassurer	- Ne pas stigmatiser, - Montrer de l'empathie
B- MOTIF DE CONSULTATION	Identifier un ou plusieurs signes d'appel ou autres facteurs incriminants : 1- Signes d'appel : ✓ Humeur triste, dépressive ; ✓ Anxiété, nervosité ; ✓ Insomnie, problème de sommeil ; ✓ Troubles physiques liés à la prise de drogues (ex : abcès liés à l'utilisation de seringue, perte de poids) ; 2- Autres facteurs : ✓ Accidents ou blessures dus à la prise de drogues (pour le patient ou autrui) ; ✓ Problèmes légaux et sociaux dus à l'utilisation de drogues ; ✓ Comportement inhabituel ; ✓ Le patient peut demander une prescription d'opiacés ou d'autres médicaments	- Ne pas stigmatiser,

		Signes en faveur d'un arrêt brutal (syndrome de sevrage aux drogues) : ✓ opiacés (ex : héroïne) : nausées, transpiration, tremblements ; ✓ sédatifs (ex : tranquillisants) : anxiété, tremblements, hallucinations ; ✓ stimulants (ex : amphétamines, cocaïne) : dépression, humeur changeante. La famille ou l'entourage peut consulter avant de présenter le patient (parce ce que ce dernier est irritable à la maison ou est souvent absent à son travail ou se désintéresse de l'école).	
C - EXAMEN CLINIQUE	EN CAS DE CONSOMMATION NOCIVE	DEMANDER : ✓ Le niveau et le mode de consommation et les conduites associées ; ✓ Comment a commencé à se développer la consommation par rapport aux autres secteurs ou événements de sa vie ; ✓ Les effets nocifs (blessures, accidents, conduite auto sous substances, problèmes juridiques, financiers, sexualité) ; ✓ Vérifier la dépendance (désir irrésistible de se droguer). ✓ RECHERCHER : ✓ Rechercher des signes d'injection (pli du coude ou de l'aîne) ; ✓ Présence d'une intoxication ou de signes de sevrage ; ✓ aspect physique (capacité à s'occuper de soi-même). ✓ Apprécier l'état mental. ✓ Rechercher les complications sanitaires : ✓ hépatite B, C ; VIH/SIDA ; autres (dentition, parasitoses, malnutrition, infection sexuellement transmissible). INTERVENIR : ✓ Indiquer clairement les résultats de l'évaluation ; ✓ Expliquer les liens entre le degré de consommation, les problèmes de santé et les risques à court et long terme ; ✓ Rechercher les raisons qui font que la personne se drogue ; ✓ Eviter la polémique ; ✓ Indiquer qu'il est recommandé d'arrêter et notre volonté de l'aider ;	poser des questions sur la consommation sans porter de jugement

		✓ Si la personne veut arrêter, discuter des objectifs et la manière d'y parvenir ; ✓ Si ce n'est pas le cas, l'encourager à réduire et revenir pour discuter.	
D- EXAMEN PARACLINIQUES		ANALYSER ✓ Urine à la recherche de substances psycho actives ; ✓ Sérologie à transmission hématogène (VIH ; hépatites B et C) ; ✓ Examen des expectorations (tuberculose).	
E- EXAMEN CLINIQUE	EN CAS DE DEPENDANCE	RECHERCHER : ✓ Un désir irrépressible ou compulsif de prendre de la drogue ; ✓ des difficultés à contrôler sa consommation : début, fin, niveau, mode ; ✓ Preuve d'un épuisement d'effet (tolérance) ; ✓ Négligence progressive d'autres plaisirs ou intérêts ; ✓ Consommation persistante, malgré des signes manifestes de conséquences nocives ; ✓ Un état de sevrage physiologique lorsque la consommation a cessé. si 3 signes sont présents, il s'agit de pharmaco-dependance ✓ Indiquer clairement le diagnostic ✓ Informer des risques d'effets dommageables à court et à long terme ; ✓ Analyser les raisons ; ✓ Conseiller d'arrêter totalement et notre disponibilité à l'accompagner ; ✓ Demander si la personne est prête. Pour le cannabis et les stimulants : ✓ Prévoir 3 séances d'intervention brève (discussion sur sa consommation, avantages, effets nocifs, encouragement à arrêter ou à réduire) ; ✓ Traiter les symptômes de sevrage ; ✓ Groupe d'entraide ;	.

		✓ Soutien aux familles ; ✓ Organiser un sevrage si nécessaire ; ✓ Discuter avec un psychiatre /psychologue. Pour les opiacés : ✓ Evaluer la gravité de la dépendance ; ✓ Rechercher un programme ; ✓ Entreprendre un sevrage en milieu spécialisé.	
F- EXAMENS PARACLINIQUES	BIOLOGIQUES ✓ Urine à la recherche de substances psycho actives ; ✓ Sérologie à transmission hématogène (VIH ; hépatites B et C).		
	AUTRES ✓ Imagerie médicale ; ✓ Examen des expectorations (tuberculose).		
G- SOINS	MEDICAMENTEUX Pour les opiacés les, traitements substitutifs sont essentiellement : ✓ La buprénorphine (en sublinguale : 4 à 16 mg par jour pendant 3 à 14 jours) ; ✓ La méthadone 15 à 20 mg /voie orale ; ✓ La clonidine 0,1 à 0,15 mg 03 fois par jour ; surveillance de la TA.		
	PSYCHO-SOCIAUX ✓ Psychothérapies ✓ Psychoéductions ✓ Accompagnement social		
F- INFORMATIONS EDUCATION POUR LA SANTE		Informier et éduquer le patient et sa famille sur les méfaits de la drogue	Donner des conseils au patient et à sa famille ainsi que des brochures

G- SUIVI	RECHERCHER les signes en faveur d'une diminution de la consommation de drogue	Revoir le patient Visites à domicile
H- REFERENCE	PRENDRE CONTACT avec la structure de référence REDIGER un rapport de référence et le bulletin de liaison	✓ S'assurer que le patient est arrivé à la structure de référence. ✓ Veiller à la contre référence

III. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE EN MILIEU SPECIALISE (NIVEAU TERTIAIRE)

III.1. Objectif général :

Contribuer à la prise en charge de la personne consommant de la drogue

III.2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Diagnostiquer une personne présentant des signes de consommation de drogues
- ✓ Assurer les soins aux personnes diagnostiquées et/ou référées
- ✓ Intégrer le patient dans un réseau de prise en charge psycho-sociale

Tableau 6/ Synoptique des directives

Etapas de la prise en charge	Activités / Tâches	Observations
C- ACCUEIL	✓ Saluer ✓ Installer ✓ Rassurer	✓ Ne pas stigmatiser, ✓ Montrer de l'empathie
D- MOTIF DE CONSULTATION	Identifier un ou plusieurs signes d'appel ou autres facteurs incriminants : 1. Signes d'appel : ✓ Humeur triste, dépressive ; ✓ Anxiété, nervosité ; ✓ Insomnie, problème de sommeil ; ✓ Troubles physiques liés à la prise de drogues (ex : abcès liés à l'utilisation de seringue, perte de poids). 3- Autres facteurs : ✓ Accidents ou blessures dus à la prise de drogues (pour le patient ou autrui) ; ✓ Problèmes légaux et sociaux dus à l'utilisation de drogues ; ✓ Comportement inhabituel ; ✓ Le patient peut demander une prescription d'opiacés ou d'autres médicaments.	Ne pas stigmatiser,

		Signes en faveur d'un arrêt brutal (syndrome de sevrage aux drogues) : ✓ Opiacés (ex : héroïne) : nausées, transpiration, tremblements ; ✓ Sédatifs (ex : tranquillisants) : anxiété, tremblements, hallucinations ; ✓ Stimulants (ex : amphétamines, cocaïne) : dépression, humeur changeante. La famille ou l'entourage peut consulter avant de présenter le patient (parce ce que ce dernier est irritable à la maison ou est souvent absent à son travail ou se désintéresse de l'école).	
C - EXAMEN CLINIQUE	EN CAS DE CONSOMMATION NOCIVE	DEMANDER : ✓ Le niveau et le mode de consommation et les conduites associées ; ✓ Comment a commencé à se développer la consommation par rapport aux autres secteurs ou événements de sa vie ; ✓ Les effets nocifs (blessures, accidents, conduite auto sous substances, problèmes juridiques, financiers, sexualité) ; ✓ Vérifier la dépendance (désir irrésistible de se droguer). RECHERCHER: ✓ Rechercher des signes d'injection (pli du coude ou de l'aîne) ; ✓ Présence d'une intoxication ou de signes de sevrage ; ✓ Aspect physique (capacité à s'occuper de soi-même). ✓ Apprécier l'état mental. ✓ Rechercher les complications sanitaires : hépatite B, C ; VIH/SIDA ; autres (dentition, parasitoses, malnutrition, infection sexuellement transmissible). INTERVENIR : ✓ Indiquer clairement les résultats de l'évaluation ; ✓ Expliquer les liens entre le degré de consommation, les problèmes de santé et les risques à court et long terme ; ✓ Rechercher les raisons qui font que la personne se drogue ; ✓ Eviter la polémique ;	poser des questions sur la consommation sans porter de jugement

		✓ indiquer qu'il est recommandé d'arrêter et notre volonté de l'aider ; ✓ si la personne veut arrêter, discuter des objectifs et la manière d'y parvenir ; si ce n'est pas le cas, l'encourager à réduire et revenir pour discuter	
F- EXAMEN PARACLINIQUES		ANALYSER ✓ Urine à la recherche de substances psycho-actives ; ✓ Sérologie à transmission hématogène (VIH ; hépatites B et C) ; ✓ Examen des expectorations (tuberculose).	
G- EXAMEN CLINIQUE	EN CAS DE DEPENDANCE	RECHERCHER : ✓ Un désir irrésistible ou compulsif de prendre de la drogue ; ✓ Des difficultés à contrôler sa consommation : début, fin, niveau, mode ; ✓ Preuve d'un épuisement d'effet (tolérance) ; ✓ Négligence progressive d'autres plaisirs ou intérêts ; ✓ Consommation persistante, malgré des signes manifestes de ✓ Conséquences nocives ; ✓ Un état de sevrage physiologique lorsque la consommation a cessé. si 3 signes sont présents, il s'agit de pharmacodépendance ✓ Indiquer clairement le diagnostic ✓ Informer des risques d'effets dommageables à court et à long terme ; ✓ Analyser les raisons ; ✓ Conseiller d'arrêter totalement et notre disponibilité à l'accompagner ; ✓ Demander si la personne est prête. Pour le cannabis et les stimulants : ✓ Prévoir 3 séances d'intervention brève (discussion sur sa consommation, avantages, effets nocifs, encouragement à arrêter ou à réduire) ;	.

		✓ Traiter les symptômes de sevrage ; ✓ Groupe d'entraide ; ✓ Soutien aux familles ; ✓ Organiser un sevrage si nécessaire ; ✓ Discuter avec un psychiatre /psychologue. Pour les opiacés : ✓ Evaluer la gravité de la dépendance ; ✓ Rechercher un programme ; ✓ Entreprendre un sevrage en milieu spécialisé.	
F- EXAMENS PARACLINIQUES		BIOLOGIQUES ✓ Urine à la recherche de substances psycho actives ; ✓ Sérologie à transmission hématogène (VIH ; hépatites B et C).	
		AUTRES ✓ Imagerie médicale ; ✓ Examen des expectorations (tuberculose).	
G- SOINS		MEDICAMENTEUX Pour les opiacés ✓ La buprénorphine (en sub linguale : 4 à 16 mg par jour pendant 3 à 14 jours) ; ✓ La méthadone 15 à 20 mg /voie orale ; ✓ La clonidine 0,1 à 0,15 mg 03 fois par jour ; surveillance de la TA. ✓ le sevrage aux sédatifs peut nécessiter la prescription d'anxiolytiques (ex 0,5 à 2 mg de Lorazépam jusqu'à 3 fois par jour) mais la prise de médicaments en dehors de l'hôpital doit être surveillée de près.	CONSULTATION DE SPECIALISTES Les troubles graves à l'arrêt de la prise de drogue (entendre des voix, des bruits ou voir des choses qui n'existent pas : transpiration abondante, palpitations cardiaques etc.) peuvent nécessiter une hospitalisation et le recours à des doses plus importantes d'anxiolytiques.

	✓ Le sevrage aux stimulants, à la cocaïne, ou aux opiacés peut être à l'origine d'un sentiment de détresse, mais il ne présente que rarement un danger. ✓ Les hallucinogènes le cannabis n'entraînent pas de syndrome de sevrage physique.	NB : le traitement d'entretien exige un cadre approprié
	PSYCHO-SOCIAUX ✓ Psychothérapies ✓ Psychoéductions ✓ accompagnement social	
F- INFORMATIONS EDUCATION POUR LA SANTE	Informier et éduquer le patient et sa famille sur les méfaits de la drogue	Donner des conseils au patient et à sa famille ainsi que des brochures
G- SUIVI	RECHERCHER les signes en faveur d'une diminution de la consommation de drogue	Revoir le patient Visites à domicile
H- REFERENCE	PRENDRE CONTACT avec la structure de référence REDIGER un rapport de référence et le bulletin de liaison	✓ S'assurer que le patient est arrivé à la structure de référence. ✓ Veiller à la contre référence

NB : Une utilisation importante de drogue peut s'accompagner de symptômes anxieux ou dépressifs. Quand ces derniers persistent après une période d'arrêt discuter une :

- ✓ dépression ;
- ✓ anxiété généralisée ;
- ✓ troubles psychotiques chroniques ;
- ✓ troubles liés à l'utilisation de drogue (s).

IV. ANNEXES

IV.1. INFORMATION IMPORTANTE POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE

- ✓ L'utilisation de drogues peut créer des comportements qui ressemblent à la folie ;
- ✓ L'arrêt ou la réduction de la consommation de drogues entraîne des effets psychiques et Physiques ;
- ✓ La prise de drogues pendant la grossesse sera nuisible pour le bébé à naître;
- ✓ Le but à atteindre est l'arrêt, le patient et sa famille doivent poursuivre ce but ;
- ✓ Si le patient se fait des injections intraveineuses, l'informer qu'il risque de s'infecter
- ✓ au VIH, à l'hépatite et de transmettre le virus à quelqu'un d'autre.

IV.1. CONSEILS POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE

On peut s'adresser aux services de santé même si on pense à une cause surnaturelle des troubles (sort, envoûtement, attaque de sorciers, etc.)

Si le patient accepte d'arrêter tout de suite la consommation :

- ✓ Fixer un jour précis où il va le faire ;
- ✓ F'aider à trouver des moyens pour éviter ou maîtriser les situations où il risque de recommencer à se droguer (ex : situation sociale, événements difficiles) ;
- ✓ Prévoir des moyens spécifiques pour éviter de recommencer à se droguer (ex : comment faire face aux événements difficiles sans se droguer, comment faire avec des amis qui continuent à se droguer) ;
- ✓ Trouver des parents ou amis qui pourront aider le patient à ne plus se droguer.

Si le patient n'accepte pas d'arrêter complètement :

- ✓ Discuter avec lui des moyens précis pour diminuer sa consommation (ex : laisser un intervalle d'au moins trois jours entre deux prises) ;
- ✓ L'aider à trouver des moyens pour éviter ou maîtriser les situations où il risque de se droguer (ex : situations sociales, événements difficiles) ;
- ✓ Proposer des moyens permettant de mieux maîtriser sa consommation (ex : réduire le temps consacré à la prise de drogue, utilisation de doses moins importantes).

Si le patient n'accepte pas d'arrêter ou de réduire sa consommation dans l'immédiat :

- ✓ Ne pas le rejeter ou le critiquer ;
- ✓ Insister sur les problèmes médicaux et sociaux liés à la drogue ;
- ✓ Proposer un nouveau rendez-vous pour discuter le problème.

Contacter un groupe d'entraide s'avère souvent bénéfique.

CINQUIEME PARTIE : LES OUTILS DE GESTION

I. LES INDICATEURS

I.2. Les Indicateurs de résultats

I.2.1. Pour la prise en charge médicale et psychosociale :

- ✓ Nombre et type d'usagers de drogues reçus dans les différentes structures ;
- ✓ Nombre d'usagers de drogues par type de drogue utilisée ;
- ✓ Nombre et type d'usagers de drogues ayant été suivis dans les différentes structures ;
- ✓ Nombre et type d'usagers de drogues ayant été référés et contre référés par les différentes structures ;
- ✓ Nombre et types de risques liés à l'usage des drogues répertoriés ;
- ✓ Taux de comorbidité ;
- ✓ Durée du suivi des usagers de drogues par structure ;
- ✓ Nombre de rechutes par type d'usagers de drogues ;
- ✓ Nombre et type d'usagers de drogues réinsérés ;
- ✓ Nombre et type d'usagers de drogues ayant rompu la prise en charge.

I.2.2. Pour la prise en charge communautaire :

- ✓ Nombre et type d'usagers de drogues réinsérés dans les communautés ;
- ✓ Nombre et type d'usagers de drogues bénéficiant des activités de réinsertion.

I.3. Les Indicateurs de fonctionnement

- ✓ Nombre et type de structures et de communautés intervenant dans la prise en charge et la réinsertion équipées et fonctionnelles
- ✓ Nombre et type d'activités réalisées dans le cadre de la prise en charge et la réinsertion
- ✓ Nombre, qualité et répartition des intervenants dans les différentes actions de prise en charge et de réinsertion

I.4. Les Indicateurs d'impact

L'impact de la prise en charge et de la réinsertion des usagers sur le phénomène de la drogue et ses risques sera évalué à travers des enquêtes sur :

- ✓ Les comportements/connaissances, attitudes et pratiques face à la drogue ;
- ✓ L'évolution de la consommation de drogue pendant une période de prise en charge donnée ;
- ✓ Taux de poursuites judiciaires liées à la drogue ;
- ✓ Évolution des consultations liées à l'usage de la drogue.

II. LA COLLECTE DE DONNÉES

II.1. Les outils et les supports

- ✓ Dossiers/fiches d'identification et de suivi/Registres ;
- ✓ Rapports et fiches d'activités ;
- ✓ La saisie des données devra être informatisée.

II.2. La périodicité

Des rapports périodiques seront produits par mois, par trimestre et par an.

SIXIEME PARTIE : LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

I. LE BUT DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE ET DE LA REINSERTION

La prise en charge communautaire se fait à travers des actions directes et indirectes en vue de redonner à l'ex usager de drogues sa dignité perdue par sa réhabilitation et sa réinsertion dans la communauté.

Le processus de réinsertion aboutit à la réhabilitation, à la resocialisation de l'ex usager de drogues favorisant ainsi son bien-être et son autonomie.

II. LA DUREE DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE

La prise en charge communautaire de l'usager de drogues se fait dès le dépistage ou en cas de rechute dans les communautés et les centres spécialisés. Elle se poursuit jusqu'à la réinsertion totale de l'ex-usager de drogues.

La communauté, en tant qu'entité sociale avec des valeurs déterminées, doit s'impliquer dans la réinsertion du toxicomane à travers différentes actions telles que : l'écoute, l'orientation, la motivation, le suivi, la sensibilisation, la mise en place de structures spécialisées et cela tout au long du processus de prise en charge.

III. LES DIFFERENTS TYPES DE COMMUNAUTE

Plusieurs communautés ont été identifiées selon leurs méthodes et activités dans le tableau suivant :

Communauté	Méthodes	Activités
Famille biologique	Soutien affectif	✓ Écoute ✓ Conseils ✓ Orientations vers structures de référence
Famille religieuse	Soutien spirituel	✓ Écoute ✓ Prières ✓ -Conseils
Groupe ethnique	Soutien affectif, financier, matériel	✓ Écoute ✓ Conseils ✓ Orientations vers structures de référence
Groupe professionnel	Soutien affectif, financier et matériel	✓ Écoute ✓ Conseils ✓ Orientations vers structures de référence
Associations et Mouvements	Soutien financier et matériel	✓ Écoute ✓ Conseils ✓ Orientations vers structures de référence
ONG	Accompagnement Appui sur association de quartier Approche paire éducatrice	✓ Écoute
Maîtres artisans formateurs	Informations sur les lieux de travail	Signalement des cas de toxicomanie
Mutuelles des ressortissants	Soutien affectif	Soutien financier
Pairs à pairs	Encadrement accompagnement	✓ Conseils ✓ Informations, formation
Classes d'âges	Soutien affectif	Appui financier et matériel

IV. LES MODALITES ET LES SECTEURS DE LA RÉINSERTION

On distingue :

- ✓ La réinsertion familiale et sociale ;
- ✓ La réinsertion scolaire, universitaire et professionnelle ;
- ✓ La réinsertion spirituelle.

La réinsertion peut se faire selon la démarche suivante :

- ✓ Préparer psychologiquement l'usager de drogues et sa famille à la réinsertion ;
- ✓ Assurer une formation, un emploi ou une activité pour son autonomie ;
- ✓ Favoriser son installation.

La réinsertion peut être assurée par les différentes communautés ou par les spécialistes. Quelque soit le type de rapport de l'usager de drogues (en rupture ou non) avec la communauté, les actes de sa réinsertion doivent se faire tout au long du processus de prise en charge. Elle peut se faire soit dans les communautés, soit dans les structures spécialisées ou éventuellement dans des familles de substitution.

Dans le cas où la réinsertion dans le milieu d'origine présenterait des dangers pour l'ex usager de drogues, l'insertion dans un autre milieu serait une solution à envisager.

L'ex usager de drogues peut être réinséré dans tous les secteurs d'activités économiques. Cependant, cette réinsertion devra prendre en compte certains facteurs susceptibles de favoriser la rechute et tenir compte de la personnalité de l'individu.

V. LES MÉTHODES, LES ACTIVITÉS ET LES MOYENS DE RÉINSERTION

V.1. Les méthodes

- ✓ Soutien spirituel ;
- ✓ Soutien psychologique ;
- ✓ Soutien affectif ;
- ✓ Différentes thérapies ;
- ✓ Stimulation de la motivation.

V.1. Les activités

- ✓ Informations IEC/CCC ;
- ✓ Écoute, médiation ;
- ✓ Orientation ;
- ✓ Suivi ;
- ✓ Formation ;
- ✓ Jeux, sports, loisirs.

V.2. les moyens

Matériels

- ✓ Jeux de société
- ✓ Appareil de photographie
- ✓ Magnétoscope
- ✓ Lecteur CD
- ✓ Caméoscope
- ✓ Livres, revues, etc.
- ✓ Vidéo projecteur, rétroprojecteur...

CONCLUSION

Le présent protocole se veut être un instrument incontournable dans l'offre de soins à l'intention des usagers de drogues. Il vise la standardisation et la décentralisation de la prise en charge pour soigner, accompagner et réhabiliter cette cible vulnérable. Tous les intervenants doivent se l'approprier et se mettre dans la perspective de la constitution de réseaux de prise en charge globale, multidimensionnel et multisectoriel.