REPUBLIQUE DU BENIN
****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
****
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE
****

ANNEE : 2023 No : 2549

ASPECTS CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL EN MILIEU HOSPITALIER A COTONOU ET A PARAKOU EN 2022

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
Par

Charesse Sègnon ASSANGBE
Née le 12 Juin 1997 à Cotonou (République du Bénin)

DIRECTEUR DE THESE :

Pr Dismand HOUINATO

Professeur titulaire en Neurologie

CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr ROBIN SACCA Hélène

Pharmacien Santé Publique

MEMBRES DU JURY

Président : Pr Dismand HOUINATO
Membres : Pr GANSOU Magloire
Pr AYELO Paul
MCA SEIDOU Falilatou

Année académique 2021-2022

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

Scanné avec CamScanner

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21. Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22. Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24. Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib.....	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

Scanné avec CamScanner

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

Scanné avec CamScanner

ACTION DE GRACE

A Dieu le Père Tout Puissant et Miséricordieux pour sa grâce infinie tout au long de ma formation et lors de la réalisation de ce travail. Pour avoir été un guide, un refuge et un appui à chaque étape.

Puissent ton Esprit et ta Grâce guider éternellement mes pas tout au long de mon existence.

Donne-moi la force, le courage et l'abnégation nécessaires afin d'atteindre mes objectifs.

Gloire et honneur te soient rendus pour les siècles des siècles,

Amen !

DEDICACES

- A mes parents, ASSANGBE Achille et BEHETON Pierrette

Je ne saurais suffisamment vous exprimer mon amour et ma gratitude. Vos soins, vos sacrifices, vos prières et votre soutien permanents m'ont permis d'avancer et d'en arriver là. Merci d'être les meilleurs parents du monde. Que ce travail, puisse couronner toutes ces années de labeur et de persévérance au cours desquelles vous étiez présents jour après jour, prêts à m'épauler et me pousser vers l'avant.

J'espère avoir exaucé vos rêves de me voir médecin et avoir été à la hauteur de vos attentes.

Je prie Dieu, le Tout Puissant, de vous protéger et de vous procurer la santé, le bonheur et une longue vie.

Votre fille vous aime !

- A mes sœurs, Priscille ASSANGBE et Ruth ASSANGBE

Rien ne saurait me rendre plus heureuse que de mener à bien mon devoir en tant que grande sœur à votre égard. Puisse l'Eternel nous bénir et nous aider à demeurer unies.

Je vous aime

- A mon grand-père, Julien BEHETON (in memoriam)

Je sais que ton rêve était de me voir devenir médecin, mais tu as dû partir trop tôt. J'espère que de là ou tu es, tu es fier de moi. Repose en paix, grand homme.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à tous ceux et celles qui ont de près ou de loin, participé à la réalisation de ce travail et qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours. En particulier,

- **A Dr Raoul HOUNSSOUVO**

Pour votre dévouement envers ce travail, votre accompagnement et tous les conseils que vous me prodiguez.

- **A Dr de SOUZA Freeman**

Pour les conseils et l'accompagnement tout au long de mon parcours.

- **A Dr BOSSA Claudel**

Merci pour la disponibilité, la sollicitude dont vous avez fait preuve.

- **A Rousland ATIHOU,**

Mon chéri, merci pour l'amour profond que tu me portes et pour tous les soins dont tu m'entoures. Puisse l'Éternel te bénir au-delà de tes espoirs. Je suis reconnaissante de t'avoir dans ma vie.

- **Au couple ATIHOU Blaise et Agathe,**

Pour tout ce que vous avez fait pour moi et pour tout votre soutien durant cette formation. Je ne cesserai d'être reconnaissante envers Dieu de vous avoir dans ma vie.

Puisse le Seigneur vous bénir incessamment !

- **Au couple AMOUSSOU Koffi Justin et Armelle,**

Pour votre amour et votre soutien. Il n'y a que le Seigneur qui puisse vous récompenser pour votre sollicitude.

- **Au personnel de la clinique Ste GERARDA**

Dieu vous bénisse !

- A l'équipe du laboratoire d'épidémiologie, des maladies chroniques et neurologie (**LEMACEN**) : Dr Hélène, Térence, Richard, Barnabé, Fabrice, Fidèle, Madame Jeannette

Profonde gratitude !

- **A mes amies et collègues** : Foumilayo, Astride, Merquide, Kelomey, Vénérose, Marlyse,

Vous êtes si chères à mon cœur. Merci pour tous ces merveilleux moments passés ensemble. Allons conquérir le monde !!

- A la **quarante-quatrième promotion** de médecine de la Faculté des Sciences de la Santé

Brillante carrière !

- A mon **groupe de stage interné** :

AMOUSSOU Robert, AMOUSSOU Mariano, ATIHOU Rousland, AGO Wilfried, DEHOUMON Foumilayo, DENAKPO Merquide, HOUNSSOSSOU Marlyse, FAGNON Kelomey, EZIN Vénérose, FINKPON Astride, FANOU TOSSE Davy, AMOU Franck, DADI Raïssa, TCHIAKPE Riccardo, TOSSENOU Modeste, BOCCO Yasmine, DJINADOU Youchaou

Brillante carrière !

HOMMAGES

- **A tous nos Maitres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

Vous nous avez appris tout au long de ces années d'étude la rigueur au travail, l'amour du travail bien fait et l'importance de soigner notre travail car son enjeu est d'ordre vital. Vous nous avez enseigné tout ce que nous savons.

Hommages respectueux !

- **A notre Maitre et Directeur de thèse, le Professeur Dismand HOUINATO, Professeur Titulaire de Neurologie à la Faculté des sciences de la santé.**

Cher Maître,

Votre sens de la responsabilité, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait et bien accompli ont été une source d'inspiration tout au long de la rédaction de cette thèse. Nous avons été séduits par votre méthode de travail et votre rigueur. Malgré vos multiples obligations, vous vous êtes comporté comme un père pour nous et vous avez accepté diriger ce travail et nous conduire sur les pas de la recherche. Profonde est notre gratitude pour les sacrifices consentis. Que Dieu vous bénisse !

- **A notre Maitre et co-directeur de thèse, Docteur ROBIN SACCA Hélène**

Cher Maître, vous avez accepté de participer à ce travail de recherche avec une grande spontanéité. Nous sommes reconnaissants de la manière dont vous vous êtes impliqué pour l'élaboration de ce document final.

Trouvez ici l'expression de nos profonds remerciements.

Hommages respectueux !

- **A notre Président du jury**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos qualités scientifiques, intellectuelles et humaines suscitent beaucoup d'admiration et nous sommes heureux d'être l'un de vos apprenants. C'est un honneur. Cher Maitre, soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre vive admiration.

Hommages respectueux !

- **Aux honorables membres du jury**

Chers Maitres, nous sommes très honorés de vous savoir juges de ce travail que vos contributions nous aideront à améliorer. L'opportunité nous est donnée de vous faire part de notre grande admiration. Trouvez ici chers Maitres, le sentiment de notre reconnaissance.

Hommages respectueux !

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Acétyl CoA	**:**	Acétytl Co-enzymeA
ADH	**:**	Acétate Déshydrogénase
ALDH	**:**	Acétaldéhyde Déshydrogénase
AVC	**:**	Accident Vasculaire Cérébral
BREF	**:**	Batterie Rapide d'Evaluation Frontale
CHD	**:**	Centre Hospitalier Départemental
CNHU-HKM	**:**	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CNHUPC	**:**	Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie de Cotonou
DSM	**:**	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental disorders
EEG	**:**	Electroencéphalogramme
EVA		Echelle Visuelle Analogique
g	**:**	gramme
GABA	**:**	Acide Gamma Amino Butyrique
H	**:**	Heure
HARS	**:**	Hamilton Anxiety Rating Scale
HDRS	**:**	Hamilton Depression Rating Scale
IRM	**:**	Imagerie Par Résonnance Magnétique
IV	**:**	Intraveineuse
L	**:**	Litre
LSD	**:**	Diéthylamide de l'acide lysergique
MEOS	**:**	Microsomial Ethanol Oxidizing System
MINI	**:**	Mini International Neuropsychiatric Interview
NMDA	**:**	N-méthyl-D-aspartate
OMS	**:**	Organisation Mondiale de la Santé
THC	**:**	Tétrahydrocannabinol

TLFB	**:**	Time Line Follow Back
TUA	**:**	Trouble de l'Usage de l'Alcool
TUS	**:**	Trouble de l'Usage de Substances

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Synapse et neurotransmetteur [12] 6

Figure 2: Anatomie du système limbique (Collège romand de médecine de l'addiction et al., 2009) 8

Figure 3: Systèmes dopaminergique, noradrénergique et sérotoninergique [16] 10

Figure 4: Métabolisation hépatique de l'alcool au niveau cytoplasmique par la voie de l'alcool déshydrogénase (ADH) et par le MEOS [29]. 18

Figure 5: Niveau d'étude au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022 49

Figure 6: Répartition des patients TUA selon leur indice de masse corporelle au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022 51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Trouble de l'usage de substances selon le DSM-V [10].....40

Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques des patients souffrant de TUA au CNHU-HKM, au CNHUPC et au CHUD-B/A en 2022.....48

Tableau III*:* Prévalence des antécédents neurologiques chez les patients TUA au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022 50

Tableau IV: Répartition des patients selon l'importance de leur craving 52

Tableau V: Répartition des patients selon leurs comorbidités psychiatriques 53

Tableau VI: Répartition des patients selon leur usage d'autres substances autre que l'alcool.....54

Tableau VII: Répartition des patients selon le nombre de verres consommés (TLFB).....55

Tableau VIII: Répartition des patients selon leur niveau d'anxiété.....56

Tableau IX: Répartition des patients selon leur niveau de dépression.....56

Tableau X: Répartition des patients selon leur atteinte frontale.....57

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

1 . GENERALITES.....4

2 . CADRE ET METHODES D'ETUDE.....33

3 . RESULTATS.....46

4 . DISCUSSION.....58

CONCLUSION.....68

ET SUGGESTIONS.....68

REFERENCES.....71

ANNEXES.....A

TABLE DES MATIERES.....W

INTRODUCTION

La consommation de substances psychoactives est un problème de santé publique dans le monde [1]. L'addiction à cette consommation est un comportement présentant certaines caractéristiques spécifiques qui contribuent à sa définition par le National Institute of Drug Abuse comme étant « une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives » [2]. Le Trouble d'Usage de l'Alcool (TUA) est l'une de ces affections faisant partie du groupe des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Il fait partie des principales causes d'années vécues avec une incapacité dans le monde [3]. Les troubles d'usage de l'alcool (TUA) sont encore sous diagnostiqués partout dans le monde, précisément en Afrique sub-saharienne et au Bénin, et peuvent être associés à différentes comorbidités.

Le National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism définit le Trouble d'Usage de l'Alcool (TUA) comme une affection médicale caractérisée par une altération de la capacité à arrêter ou à contrôler la consommation d'alcool malgré des conséquences négatives sur le plan social, professionnel ou sur la santé [4]. Cette définition englobe les affections que nous désignons comme l'abus d'alcool, la dépendance à l'alcool, l'addiction à l'alcool et le terme courant, l'alcoolisme [4]. La compréhension des pathologies mentales de façon globale et du TUA de façon spécifique passe par une vision globale de plusieurs aspects, notamment l'étude de déterminants socio-démographiques, des facteurs et comorbidités associées.

Nos travaux visent donc à mieux comprendre le TUA, en utilisant des approches variées et combinées, dans l'objectif d'identifier les facteurs diagnostiques (socio-démographiques et cliniques, ainsi que les comorbidités associés) des personnes atteintes de TUA au Bénin. Les moyens utilisés consistent en une caractérisation phénotypique des populations étudiées par des évaluations cliniques, psychologiques et socio anthropologiques.

Notre objectif général était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques des patients souffrant du Trouble de l'Usage de l'Alcool en milieu hospitalier à Cotonou et à Parakou en 2022.

Et plus spécifiquement, il s'agissait de :

- Décrire les aspects épidémiologiques des personnes souffrant de TUA au CNHU, au CNHU-P Jacquot et au CHUD-Borgou/Alibori au Bénin en 2022 ;
- Décrire les aspects cliniques (craving et comorbidités psychiatriques) des personnes souffrant de TUA au CNHU, au CNHU-P Jacquot et au CHUD-Borgou/Alibori au Bénin en 2022 ;

1. GENERALITES

1.1 Définition de concepts

1.1.1 Addiction

Elle est définie comme une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives [5].

C'est aussi un asservissement plus ou moins aliénant à une activité ou à un comportement [6].

1.1.2 Substance psychoactive

Une substance psychoactive est une substance qui agit sur le cerveau en modifiant certaines de ses fonctions, avec comme conséquences :

- des changements au niveau de la perception sensorielle (visuelle, auditive, tactile, olfactive), de l'humeur, de la conscience, du comportement ;
- des effets physiques et psychiques variables en nature et en intensité selon les substances, les doses ingérées et/ou les associations de produits.

Une substance psychoactive peut être :

- d'origine naturelle (extraite d'une plante ou d'un champignon, à l'état quasi brut ou retraitée chimiquement) ou synthétique (totalement fabriquée en laboratoire à partir d'autres produits chimiques) ;
- licite (usage et vente autorisés par la loi mais réglementés) ou illicite (usage et trafic interdits par la loi) [8].

1.1.3 Addiction aux substances

Défini dans le DSM IV, l'abus d'une drogue ou de l'alcool renvoie à un mode de consommation inapproprié entraînant des conséquences indésirables, récurrentes et importantes. Il s'agit d'un profil de consommation dans des situations dangereuses qui conduisent l'individu à négliger ses obligations socio-professionnelles et familiales [9].

1.1.4 Alcoolisme

L'alcoolisme est défini comme une maladie chronique caractérisée par une addiction à l'alcool et une consommation incontrôlée. L'alcoolisme est l'incapacité à maîtriser sa consommation d'alcool en raison d'une dépendance à la fois physique et émotionnelle aux boissons alcoolisées [4].

1.1.5 Neurotransmetteur

Un neurotransmetteur est une substance chimique qui permet la transmission d'informations d'un neurone à un autre dans notre système nerveux à travers des espaces appelés synapses [11].

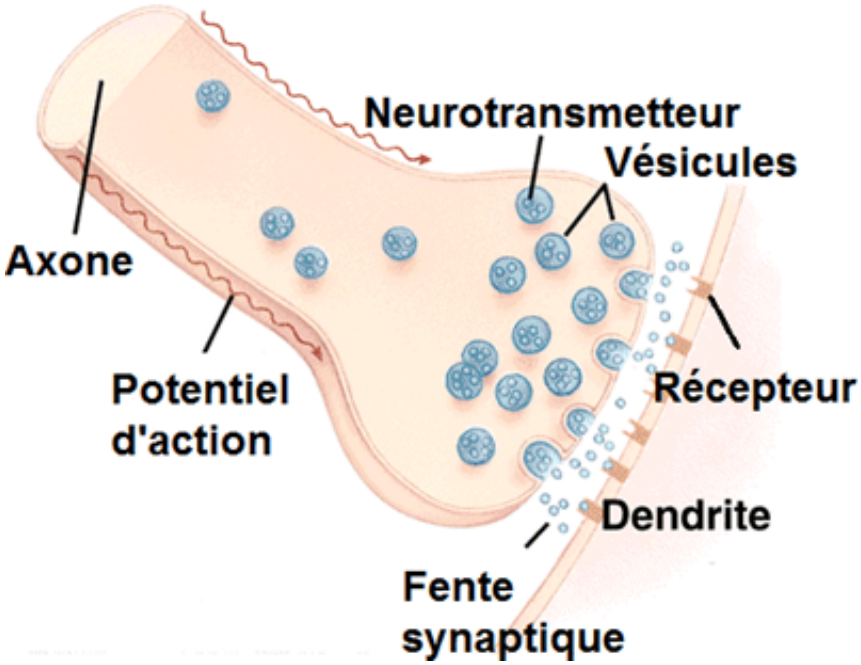


Figure 1: Synapse et neurotransmetteur [12]

1.2 Neurobiologie des addictions

La neurobiologie des addictions comprend schématiquement trois grands systèmes : un système de récompense, principalement localisé au niveau du cortex mésolimbique ; un

système de stress, principalement localisé au niveau du système hypothalamo-cortico-surrénalien et un système de contrôle, principalement localisé au niveau des cortex frontaux et préfrontaux [13].

1.2.1 Système de récompense dopaminergique

L'évolution de l'imagerie fonctionnelle et de la biologie moléculaire ont pu mettre en évidence que la régulation des comportements, les processus de motivation, les systèmes de récompense sont régulés par un neurotransmetteur du système nerveux central : la dopamine [14]. La dopamine agit au niveau du système limbique. Ce dernier est un réseau de voies nerveuses sur lequel vont agir les drogues ; il joue un rôle primordial à la fois pour la survie de l'individu mais aussi de l'espèce [14]. Le système limbique comprend différentes structures formant un anneau situé en profondeur dans les lobes temporaux dont les principales sont :

- l'hippocampe, qui intervient dans l'apprentissage et le stockage d'une information en mémoire à long terme, dans la mémorisation de souvenirs liés à une expérience.
- le corps mamillaire.
- l'amygdale ou noyau amygdalien, qui joue un rôle dans l'agressivité, la colère, la peur, l'anxiété et la mémoire émotionnelle.
- le cortex limbique (gyrus cingulaire, cingulum, insula et gyrus parahippocampique) qui intervient dans le contrôle du comportement.
- le septum.
- le fornix

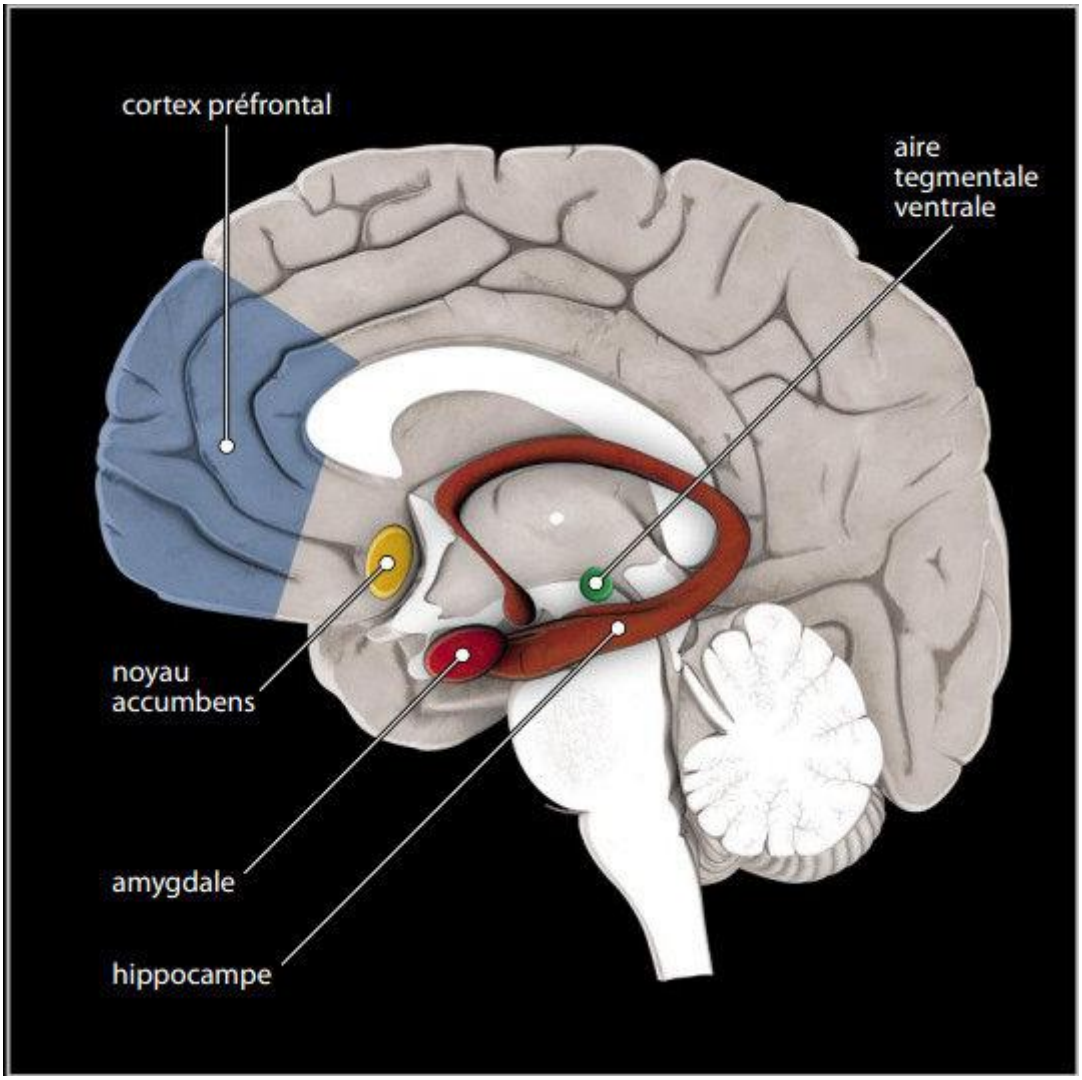


Figure 2: Anatomie du système limbique (Collège romand de médecine de l'addiction et al., 2009)

Le système limbique est fortement lié à :

- L'hypothalamus qui joue un rôle primordial dans les régulations du système végétatif (cycle circadien, température, alimentation etc.).
- Le cortex préfrontal qui assure les fonctions cognitives, la planification, la motivation et la prise de décision.

Ainsi, de par ses structures et ses connexions, le système limbique joue un rôle important dans la régulation du système endocrinien, du système nerveux autonome et contribue à l'homéostasie.

Le système limbique fait partie intégrante du système de récompense. Ce dernier a pour but de repérer et de renforcer les actions et les comportements qui procurent du plaisir pour

l'individu, afin que ces actions puissent être renouvelées dans l'avenir dans le même contexte [15]. Ce système de récompense comprend en plus du système limbique :

- l'aire tegmentale ventrale située dans le mésencéphale, qui va projeter des neurones à dopamine principalement vers le noyau accumbens, mais aussi vers l'amygdale, le septum et le cortex préfrontal.
- le noyau accumbens reçoit les informations délivrées par l'aire tegmentale ventrale. Toutes ces régions sont reliées par le faisceau mésocorticolimbique dont le neurotransmetteur est donc la dopamine. En schématisant, le fonctionnement du système de récompense fonctionne comme suit : L'arrivée d'un signal annonçant une récompense augmente l'activité de l'aire tegmentale ventrale (ATV). Celle-ci libère alors de la dopamine dans le noyau accumbens mais aussi dans le septum, l'amygdale et le cortex préfrontal avec mise en mémoire du comportement ayant entrainé cette récompense[15]. La dopamine libérée par le cerveau sert de signal d'apprentissage lorsqu'un comportement aboutit à des sensations inattendues et positives afin que ce comportement puisse être répété par la suite [15].

Les phénomènes de dépendance (addictions aux drogues, à la nicotine, à l'alcool...) sont liés à un dérèglement du circuit de la récompense. En ce sens que les drogues peuvent stimuler la libération de dopamine. Par exemple, les amphétamines, la cocaïne, la morphine, l'héroïne, le cannabis augmentent la libération de dopamine dans le noyau accumbens. Les drogues modifient la production de dopamine et produisent une sensation de satisfaction qui conduit le toxicomane à devenir dépendant.

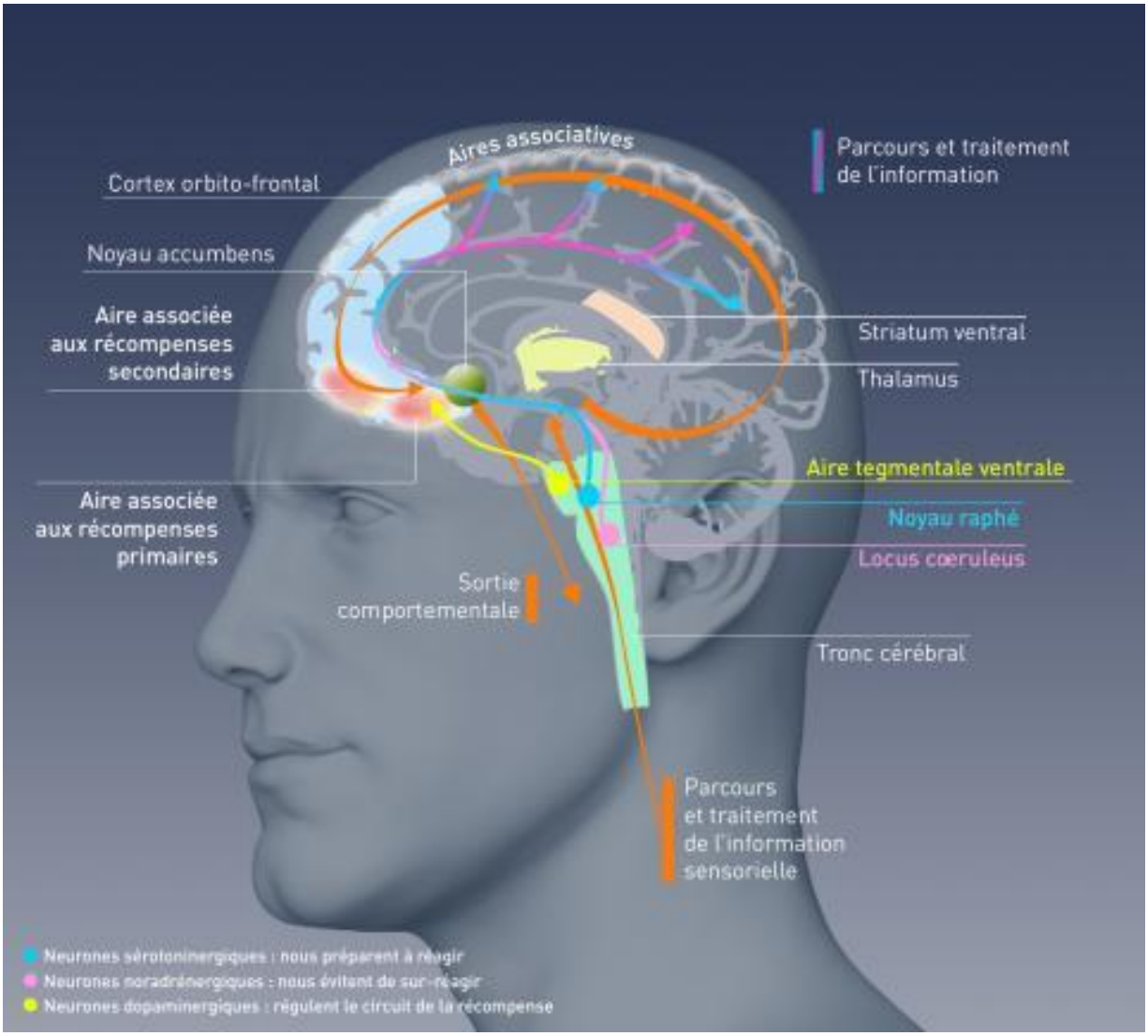


Figure 3: Systèmes dopaminergique, noradrénergique et sérotoninergique [16]

1.2.2 Découplage sérotonine-noradrénaline

D'autres neurotransmetteurs jouent également un rôle dans les phénomènes d'addiction, en particulier la sérotonine et la noradrénaline (figure 3). La noradrénaline est un neurotransmetteur impliqué dans l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage. La noradrénaline est aussi libérée comme une hormone dans le sang où elle contracte les vaisseaux sanguins et augmente la fréquence cardiaque. La sérotonine quant à elle contribue à diverses fonctions comme la régulation de la température, le sommeil, l'humeur, l'appétit et la douleur [16]. Les systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques permettent donc à l'individu de percevoir le monde extérieur et de s'en protéger [16]. Les systèmes noradrénaline et sérotonine sont des systèmes opposants au système

dopaminergique. La réponse neuronale ne dure donc que quelques instants lors d'une récompense naturelle. En situation normale les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques s'inhibent mutuellement lors de la stimulation de leurs récepteurs. Par contre la prise répétée de substances psychoactives crée un découplage entre les deux systèmes[16]. Ce découplage noradrénaline sérotonine conduit à une sensibilisation exagérée des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques, qui deviennent hyper réactifs et inhibent le système dopaminergique. L'hyper réactivité de ces deux systèmes ne serait alors soulagée temporairement que par la reprise de la substance psychoactive créant de fait un recoupage artificiel et par conséquent une désinhibition du système dopaminergique créant la sensation de récompense et de plaisir. Ainsi le découplage sérotonine noradrénaline provoquerait, non pas l'apprentissage du plaisir qui est le rôle du système dopaminergique, mais l'incapacité a contrôlé les impulsions quelles qu'en soient les conséquences [16].

1.2.3 Autres neurotransmetteurs et mécanisme des substances psychoactives

L'étude de l'effet des substances psychoactives sur le système nerveux central ont permis de découvrir de nombreuses autres molécules et neurotransmetteurs et leurs modes d'action [15]. Bien que les mécanismes d'action diffèrent, le résultat sera toujours une augmentation du taux de dopamine dans le système nerveux central. Certaines substances imitent les neuromédiateurs naturels, se substituant à eux au niveau de leurs récepteurs :

- La morphine s'installe dans les récepteurs à endorphine (mu, delta et kappa)
- La nicotine se fixe à la place de l'acétylcholine sur les récepteurs nicotiniques cholinergiques
- Le delta 9 tétrahydrocannabinol (THC), principe actif du cannabis, agit sur les récepteurs aux cannabinoïdes CB1 surtout.

D'autres substances augmentent la sécrétion d'un neuromédiateur naturel :

- La cocaïne augmente notamment la présence de dopamine dans les synapses en inhibant les transporteurs de sa recapture,
- L'ecstasy augmente la sécrétion de la sérotonine
- La mescaline, la prilocaïne et le LSD augmentent la sécrétion de sérotonine.

- L'alcool bloque les récepteurs NMDA (récepteurs au glutamate) principal système activateur du cerveau, mais il potentialise également l'effet du GABA (action inhibitrice). Ces substances peuvent agir également à plusieurs niveaux.

Par ailleurs, pour illustrer la grande diversité des neurotransmetteurs en jeu dans les phénomènes d'addiction, des chercheurs ont récemment démontré le rôle important du glutamate [17]. Le glutamate contribue à réguler la libération de dopamine dans le noyau accumbens. Les chercheurs ont découvert que les neurones dans le noyau accumbens qui synthétisent l'acétylcholine sont aussi capables de synthétiser le glutamate [17]. Ces neurones peuvent ainsi permettre à la fois d'activer via l'acétylcholine la sécrétion de dopamine et d'inhiber via le glutamate cette même sécrétion. Un déséquilibre de la balance entre l'acétylcholine et le glutamate favoriserait donc le risque d'addiction en rendant l'individu plus sensible aux effets stimulants de la drogue en augmentant la libération de dopamine[17].

1.2.4 Rôle du cortex préfrontal

Comme nous l'avons vu le système limbique et le système de récompense sont fortement liés au cortex préfrontal. Ce dernier joue le rôle de contrôle inhibiteur sur ces deux systèmes. Il permettrait donc à la raison de mieux contrôler les phases impulsives liées au système de récompense. Or la prise répétée de substances psychoactives altère ce contrôle inhibiteur facilitant les conduites impulsives ou compulsives. Dans une telle situation l'individu ne sera guidé que par le seul désir irrépressible de consommer la substance psychoactive en jeu quelles qu'en soient les conséquences. Goldstein et Volkov ont montré dans leur étude une dysfonction généralisée du cortex préfrontal chez les toxicomanes[18]. Ils ont pu conclure que la perturbation du cortex préfrontal dans la dépendance est à la base de la prise de drogue compulsive et de l'érosion du libre arbitre. L'addiction peut donc être perçue comme une maladie neurologique du fait de la perturbation du cortex préfrontal[18].

1.2.5 Mécanismes et aspects psycho-sociaux de la dépendance

Pour les théoriciens des modèles psychosociaux ou biopsychosociaux, les comportements addictifs ne peuvent pas se concevoir et s'expliquer sous le seul angle pharmacologique, mais doivent aussi être envisagés sous celui de la personnalité dans son contexte socio-

environnemental. Les facteurs d'apparition et de gravité d'une addiction sont ainsi liés au produit, à la personnalité et à l'environnement. Il s'agit dès lors d'une interaction entre un individu, un produit et ses caractéristiques [19] (tant au niveau pharmacologique qu'au niveau des conséquences médicales et sociales, avec une certaine représentation sociale), et un contexte socio-environnemental. Pour le psychologue américain Stanton Peele, l'addiction est un ajustement de l'individu à son environnement. Certaines personnes deviennent dépendantes d'une expérience et non pas d'une substance chimique. La conduite addictive a une fonction d'évitement de situations anxiogènes créées par la société [20]. Le caractère répétitif de la conduite addictive, son déroulement prévisible car maintes fois vécues combleraient l'incertitude des relations humaines, l'incertitude dans les interactions entre l'individu et la société ; incertitude source d'anxiété. Selon le modèle de Peele, les dimensions sociales et culturelles dans lesquelles évolue l'individu sont au premier plan dans le développement de l'addiction. L'addiction sert à apaiser une détresse sociale, un mal de vivre, dans une société où il se sent inadapté. C'est une stratégie pour faire face à un sentiment d'échec, pour fuir le doute de réussite personnelle et sociale. Dans un même temps la conduite addictive diminue le sentiment d'estime de soi, augmente le sentiment de culpabilité et d'inadaptation sociale, ce qui pousse à répéter le comportement addictif afin d'apaiser cette vision négative. Le comportement addictif va permettre d'organiser et de remplir la vie de l'individu, comportement déjà connu donc réconfortant. Toute situation de stress, de conflit, d'isolement social à une période difficile de la vie va être un facteur précipitant vers l'addiction [20]. A contrario, pour Peele, les valeurs protectrices face à l'addiction sont le contrôle de soi, l'estime de soi, la possibilité de s'accomplir, de développer des compétences. Son accomplissement dans la société pourrait permettre à l'individu d'échapper à l'addiction qui perd ainsi son caractère inéluctable [20]. Marvin Zuckerman, quant à lui, a tenté dès 1964 une approche biopsychologique de l'addiction centrée sur la recherche de sensations. Il a défini les caractéristiques du trait de personnalité lié à la recherche de sensation. Zuckerman établit un lien entre les phénomènes d'activation psychique et la recherche de sensations, qui correspondent à un besoin d'expériences nouvelles, variées et intenses, consistant à prendre des risques physiques et sociaux dans le but d'obtenir un niveau optimal d'activation cérébrale et de maintenir ce niveau [21]. La

prise de substances psychoactives, ou l'accomplissement de comportement à risque, a pour but de ressentir de nouvelles sensations. Il existerait donc selon lui une corrélation entre le trait de personnalité lié à la recherche de sensations et la consommation de drogues, de tabac ou d'alcool ainsi que chez les joueurs pathologiques et les addicts sexuels [21]. Les modèles sont nombreux pour tenter d'expliquer et de comprendre le phénomène d'addiction ; le modèle du psychiatre français Claude Olievenstein permet d'appréhender l'approche médicale, psychologique et sociologique. C'est un modèle biopsychosocial [22]. Selon Olivenstein ≪ La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité. Ce sont les trois dimensions également constitutives. ≫ Le contexte y est mis en évidence et est constitué par tous les aspects socio-environnementaux influençant directement ou indirectement la consommation : aspects culturels, législatifs, environnementaux [23]. Dans ce cadre, la pression du groupe, de l'environnement de travail, la valorisation de l'usage dans un groupe particulier ou au niveau de la société, l'usage social et festif ou solitaire peuvent être pris en compte pour saisir le sens de la consommation d'une personne [23].

Les facteurs de risque d'entrée dans l'addiction sont donc de trois ordres comme présenté ci-après.

1.2.6 Facteurs de risques

1.2.6.1 Facteurs individuels[19]

Tous les individus ne sont pas tous égaux face au risque de développer une addiction et sont plus ou moins vulnérables. Parmi les facteurs de risque individuels, on retrouve ainsi :

- Les traits de personnalité et le tempérament, à savoir :
    - La faible estime de soi et/ou la timidité.
    - La difficulté à faire face à des situations, à établir des relations stables et satisfaisantes.
    - Le trait de personnalité lié à la recherche de sensations
    - Les états d'hyperactivité, la forte impulsivité.
    - Les réactions émotionnelles excessives, la trop forte sensibilité au stress.

- Les comorbidités psychiatriques, à savoir :
    - Les troubles psychopathologiques durant l'enfance et l'adolescence tels que l'instabilité, la non intolérance aux frustrations, l'agressivité, l'impulsivité, les conduites antisociales.
    - Le syndrome anxiodépressif, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur.
    - Les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles des conduites.
    - Les troubles de déficit de l'attention / hyperactivité.
    - Les troubles des conduites alimentaires.
    - La notion de facteurs génétiques : l'héritabilité est généralement estimée entre 40 et 60% pour les troubles addictifs. L'addiction a une hérédité multigénique. Elle se déclare lorsqu'une combinaison d'allèles spécifiques de vulnérabilité rencontre des facteurs environnementaux propices.

Ainsi une personne dépendante à une substance a sept fois plus de risque de devenir dépendante à une autre substance qu'une personne non dépendante. Une personne ayant un antécédent familial d'alcoolisme a trois fois plus de risque de développer une addiction à l'alcool mais aussi à d'autres produits.

1.2.6.2 Facteurs liés au produit de consommation

Plusieurs caractéristiques liées au produit consommé entrent en jeu dans le développement d'une dépendance à ce dernier. Il s'agit entre autres de :

- Le type de substances : le risque addictif est variable selon la substance et son pouvoir addictif. Ainsi parmi les substances psychoactives les plus répandues le tabac et l'héroïne ont le plus fort pouvoir addictif, suivis par la cocaïne et l'alcool. La voie d'administration de la substance peut jouer un rôle également avec une certaine ritualisation de l'acte d'injection par exemple [24].
- La précocité de la consommation : plus le sujet expérimente et consomme tôt dans sa vie plus le risque addictif augmente, surtout si la consommation est régulière. Le système neurobiologique est immature chez le sujet jeune augmentant ainsi le risque d'addiction et de comorbidités psychiques et physiques [24].

- Les modalités de consommation :
    - La consommation auto-thérapeutique à la recherche d'un effet anxiolytique, antidépresseur, ou contre l'ennui est un facteur de risque car elle suggère une vulnérabilité psychopathologique chez le sujet.
    - La consommation à la recherche d'ivresse, de ≪ défonce ≫, à la recherche de sensations, d'anesthésie est également à risque, pouvant suggérer des traits de personnalité spécifiques.
    - La perte de contrôle est d'autant plus favorisée lors des poly consommations, et lorsque l'intensité et la fréquence de celles-ci augmentent.

1.2.6.3 Facteurs socio-environnementaux[19]

Ils jouent également un rôle important dans le développement des addictions. Ainsi :

- L'environnement familial joue un rôle de par son fonctionnement et des habitudes de consommation au sein de la famille. L'intégration ou la marginalisation de la famille au sein de la société modifie les comportements. Ainsi une situation de départ défavorable sur le plan social telle une famille dysfonctionnelle, des problèmes d'addiction dans la famille vont augmenter les risques d'addiction pour un sujet de cette famille. L'absence d'un lien fort entre les jeunes et leurs parents, une carence éducative, l'échec scolaire et l'absence d'investissement parental constituent également un risque chez le sujet jeune [25].
- La société et la représentation qu'elle a d'une substance psychoactive, induit également le fait que cette dernière soit légale ou non, plus ou moins disponible. S'en rapproche la banalisation du produit ou du comportement, et sa valorisation par les pairs. Le rapport de l'individu et de ses pairs à la société peut définir le produit comme un acte de révolte ou de marginalisation.

1.3 Absorption et métabolisme de l'alcool

Le terme alcool désigne au sens strict une famille de molécules organiques comprenant un groupement hydroxyle (-OH). Mais de façon plus populaire, il est synonyme d'alcool

éthylique ou éthanol. La molécule d'éthanol est rapidement absorbée par diffusion passive au niveau de la muqueuse digestive de l'estomac, de l'intestin grêle et du colon du fait de sa petite taille et de sa solubilité aqueuse et elle est distribuée librement dans l'eau corporelle et les différents tissus de l'organisme [26]. La concentration d'alcool dans le cerveau atteint rapidement celle du sang. L'absorption de l'alcool au niveau de la peau est, en revanche, négligeable. L'éthanol est presque entièrement absorbé dans le tractus digestif (20 % dans l'estomac et 80 % par l'intestin grêle). En général, seulement 2 % de l'alcool ingéré sont éliminés par les reins ou les poumons en conditions normales. A jeun, 80 à 90 % de l'alcool ingéré sont absorbés dans les 30 à 60 minutes qui suivent sa consommation [26]. L'alcoolémie maximale est normalement obtenue dans les 45 à 60 minutes. Le volume, le type et la concentration d'alcool, en plus de la présence ou non d'aliments (facteur influençant la vidange gastrique) et du temps pris pour ingérer la boisson, sont les facteurs principaux qui influencent la vidange gastrique. La vitesse de la vidange gastrique dans l'intestin grêle est considérée comme le facteur majeur déterminant le taux d'absorption de l'alcool ingéré entre les individus dans différentes circonstances [26].

Deux voies contribuent à l'élimination de l'éthanol :

- l'oxydation enzymatique qui est responsable de plus de 90 % de l'élimination)
- l'excrétion telle quelle au niveau de l'air expiré, des urines et de la sueur.

On estime l'élimination de l'alcool à 0,15 g/L/h (ce qui correspond à une élimination de 7 g d'éthanol par heure). Il faut donc une heure pour perdre 0,15 g d'alcool. Cependant, la pharmacocinétique de l'éthanol peut être modifiée par de nombreux facteurs tels que la consommation chronique d'alcool, l'absorption de nourriture ou de médicaments, mais aussi par l'âge et le sexe. L'essentiel du métabolisme de l'éthanol a lieu dans le foie ; l'alcool est d'abord transformé en acétaldéhyde par essentiellement deux voies.

- Une première, contrôlée par une alcool déshydrogénase (ADH). Cette voie métabolique cytoplasmique est prépondérante car activée pour des concentrations très basses d'alcool.
- Une deuxième, contrôlée par le MEOS [27] (« Microsomial Ethanol Oxidizing System ») situé dans le réticulum endoplasmique qui est un

système complexe comprenant, entre autres, un cytochrome P450. Ce système est inductible, en particulier en cas d'alcoolisation chronique. De plus, le MEOS est impliqué dans la détoxification d'autres drogues ou médicaments avec une compétition entre l'alcool et ces substances au niveau de ce système enzymatique, pouvant conduire à une augmentation des concentrations circulantes et à des niveaux toxiques de ces drogues suite à une consommation concomitante d'alcool.

L'acétaldéhyde est ensuite transformé en acétate (grâce à une acétaldéhyde déshydrogénase, ALDH), acétate qui quitte en bonne partie le foie pour être converti en acétyl-CoA dans d'autres tissus. D'autres tissus que le foie, tels que le rein ou le tissu adipeux, contiennent une ADH, mais en petite quantité et contribuent aussi mais dans une moindre mesure au processus de détoxification. L'ADH est aussi présente dans la muqueuse gastrique, mais son activité est, chez la femme, environ 60 % inférieure à celle des hommes.

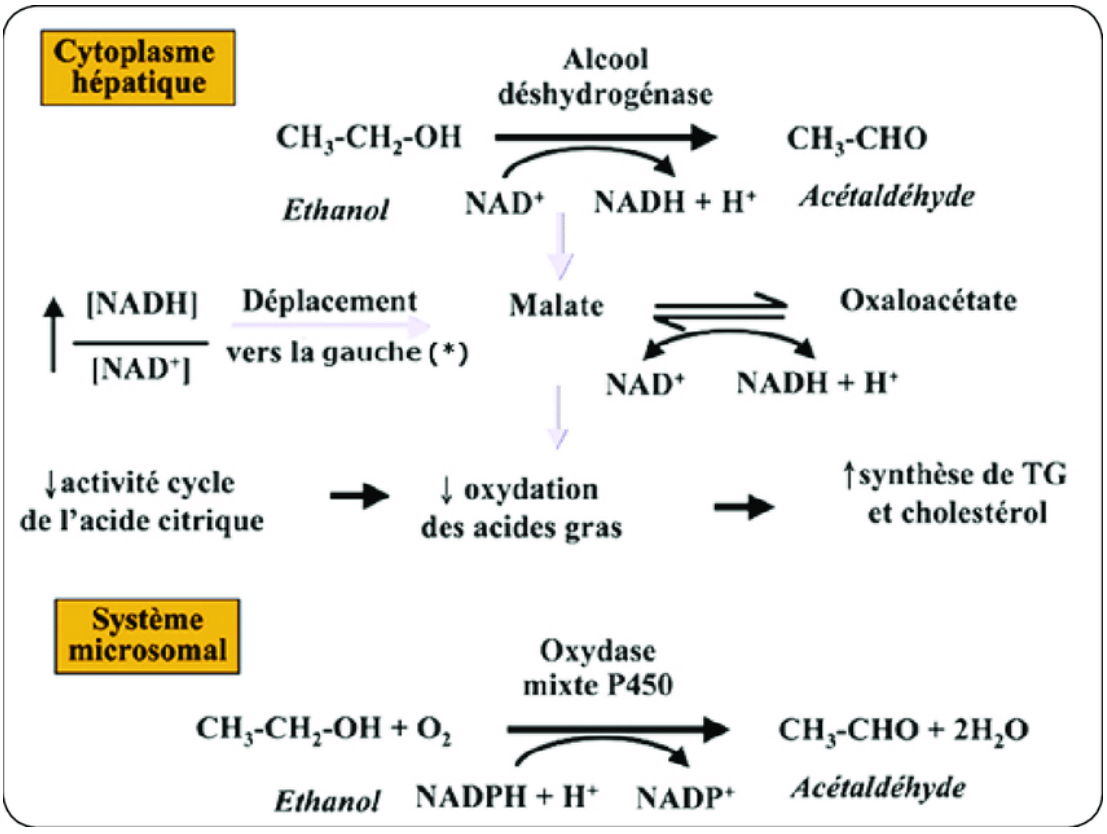


Figure 4: Métabolisation hépatique de l'alcool au niveau cytoplasmique par la voie de l'alcool déshydrogénase (ADH) et par le MEOS [29].

1.4 Mesure de l'alcoolémie

L'alcoolémie désigne la teneur en alcool du sang. Une fois ingéré, l'alcool diffuse en effet très rapidement dans l'organisme du sujet, passant de son appareil digestif (intestin) à son système circulatoire où il se trouve véhiculé par le sang. Il existe un rapport direct entre le taux d'alcoolémie et la quantité d'alcool contenue dans l'air expiré : ainsi, une teneur en alcool de 0,25 mg par litre d'air expiré équivaut à un taux d'alcoolémie de 0,5 g/L par exemple. C'est pourquoi l'alcoolémie d'une personne s'évalue :

- soit par analyse de l'air expiré à l'aide d'un éthylomètre (mesure électronique / aspect quantitatif) ou d'un éthylotest (coloration d'un réactif chimique / aspect qualitatif et semi quantitatif)
- soit par dosage sanguin : la prise de sang

L'alcoolémie peut être calculée par la formule de Widmark : p/(P*c) avec p le poids d'alcool pur ingéré exprimé en grammes ; P le poids du sujet exprimé en kilogrammes ; c un coefficient qui représente la fraction du corps apte à jouer le rôle de solvant de l'alcool. Il est variable suivant les individus (car les tissus s'imprègnent d'alcool de façon différente suivant leur constitution), il vaut en moyenne chez l'homme 0,7 et chez la femme il vaut 0,6 [28].

1.5 Diagnostic de trouble d'usage de l'alcool

Le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool est relativement simple mais est souvent posé tardivement dans nos contextes, surtout à la phase de complications. Il repose sur :

1.5.1 Selon le DSM-5

La façon d'utiliser l'alcool, menant à des dysfonctionnements cliniquement significatifs ou à de la détresse psychique, se manifeste par au moins deux des critères suivants, durant les 12 derniers mois [10]

1- L'alcool est souvent consommé en quantité supérieure ou plus longtemps que prévu
2- Il existe un désir persistant, ou des efforts infructueux de diminuer ou de contrôler l'usage de l'alcool

3- Beaucoup de temps est passé dans les activités nécessaires à obtenir de l'alcool ou à récupérer de ses effets
4- Il existe un craving, un fort désir ou une urgence à consommer de l'alcool
5- Un usage récurrent d'alcool résultant en l'impossibilité d'assumer ses obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile
6- L'usage d'alcool se poursuit malgré la survenue de problèmes récurrents et persistants sociaux ou interpersonnels causés ou exacerbés par l'alcool
7- Les activités sociales, occupationnelles importantes ou récréatives sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'alcool
8- L'usage récurrent d'alcool dans des situations à risques physiques
9- L'usage d'alcool est maintenu malgré le fait d'être au courant de problèmes persistants et récurrents, physiques ou psychologiques, qui sont probablement causés ou exacerbés par l'alcool
10- La tolérance, définie comme l'un des critères suivants :
    i) Un besoin marqué d'augmenter les quantités d'alcool pour parvenir à l'intoxication ou aux effets désirés
    ii) Des effets diminués significativement avec l'usage continuel de la même quantité d'alcool
11- Le sevrage, manifesté par l'un des critères suivants :
    i) Les caractéristiques des syndromes de manque d'alcool
    ii) De l'alcool (ou une substance similaire telle les benzodiazépines) est consommé pour soulager ou éviter des symptômes

1.5.2 A la clinique

- Les signes fonctionnels

Il s'agit essentiellement des plaintes de l'entourage immédiat du patient et moins souvent des plaintes du patient lui-même : haleine éthylique, anorexie, absentéisme, labilité de l'humeur et du comportement

- Les signes physiques
    - Les signes cutanéo-phanériens à savoir : le faciès érythrosique, congestif, les conjonctives injectées, la couperose, l'haleine œnolique, le rhinophéma
    - Les signes endocriniens à savoir essentiellement la baisse de la libido, la gynécomastie, le dysfonctionnement érectile
    - Les signes neurologiques dont les tremblements fins des extrémités et de la langue, l'hypersudation, la dysarthrie.

1.5.3 Diagnostic des complications

1.5.3.1 Complications neurologiques aiguës de l'intoxication alcoolique aigue

- Ivresse simple :

Elle est la conséquence de l'action de l'alcool notamment sur la substance réticulée du tronc cérébral, les noyaux vestibulaires, le cervelet et le cortex. L'ivresse simple associe jovialité, hypomanie (parfois tristesse), propos incohérents et dysarthrie, une logorrhée avec ou sans incohérence, troubles cérébelleux et vertiges [29].

Le diagnostic repose sur la mesure de l'alcoolémie.

La première phase est caractérisée par une excitation intellectuelle et psychique et la deuxième phase par l'ébriété. Le patient manifestera donc les signes suivants : une incoordination motrice, traduisant un syndrome cérébelleux statique et dynamique, une confusion, une logorrhée avec ou sans incohérence, une dysarthrie. La troisième phase est caractérisée par une anesthésie et un sommeil profond.

- Ivresse aiguë [29]

Il s'agit d'une ingestion récente d'alcool avec la présence d'une haleine alcoolisée, des changements comportementaux et psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs, ayant été développés pendant ou après l'ingestion avec la présence d'au moins un des signes suivants : un discours bredouillant, une incoordination motrice, une démarche ébrieuse, un nystagmus, une altération de l'attention et/ou de la mémoire, la stupeur ou le coma. Ces

symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, ou ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

- Ivresse pathologique :

Elle présente quatre formes : excitomotrice, maniaque ou dépressive, délirante à thèmes (mégalomaniaque, persécution, surtout jalousie) et hallucinatoire (hallucinations visuelles surtout). La forme hallucinatoire est proche du délirium tremens, mais il n'y a pas de notion de sevrage.

A la clinique, il s'agit le plus souvent de sujets prédisposés, à risque de récidive, présentant des troubles de la personnalité (antisociale, borderline). Elle est de durée prolongée, avec un sommeil profond et une amnésie totale, parfois une excitation psychomotrice, une hétéro-agressivité, des hallucinations visuelles et/ou auditives [29].

- Comas
  - Le coma éthylique :

Il est calme, hypotonique et aréflexique ; présente une faible mortalité, le risque de fausses routes est cependant très présent.

En cas d'absorption massive d'alcool, une encéphalopathie peut s'installer sous la forme d'une phase d'obnubilation puis de stupeur, enfin de coma éthylique qui peut comporter des signes de gravité (aréactivité, mydriase, hypotonie, dépression respiratoire, hypothermie, hypotension) engageant le pronostic vital et nécessitant alors le transfert en réanimation où seront prévenues les complications.

  - Le coma hypoglycémique

Il survient souvent lorsque la glycémie du patient passe en dessous de 0,5g/l [30].

  - Le coma dû à l'hyponatrémie

Elle devra également être recherchée, surtout chez les gros buveurs de bière. Une fois diagnostiquée, elle devra ne pas être corrigée trop rapidement pour éviter la survenue d'une myélinolyse centro-pontique

1.5.3.2 Complications neurologiques aigues du sevrage alcoolique aigue[29]

L'alcool agit comme agoniste des récepteurs GABA (fonction inhibitrice). Le sevrage entraîne une diminution de la transmission gabaergique, avec pour conséquence une hyperexcitabilité. Le sevrage correspond à un arrêt complet ou à une diminution de la consommation. Il est souvent contemporain d'une affection intercurrente (pathologie infectieuse, traumatisme) qu'il importe d'identifier et de traiter [29].

- Crise d'épilepsie

Elle survient surtout chez un patient encore jeune, stade où les autres complications neurologiques sont encore rares.

Il s'agit le plus souvent d'une crise généralisée tonicoclonique, unique. Mais des états de mal peuvent survenir dans 5 % des cas dans les 12 à 24 heures du sevrage. L'EEG est le plus souvent normal, des anomalies paroxystiques à la stimulation lumineuse intermittente sont possibles. Une première crise nécessite une imagerie cérébrale, car elle peut révéler une pathologie associée.

Il n'y a pas d'indication à un traitement antiépileptique mais on peut utiliser ponctuellement des benzodiazépines, afin de diminuer les autres symptômes de sevrage.

- Delirium tremens

Les signes de début (« pré-delirium tremens ») doivent être dépistés : inversion du rythme nycthéméral, cauchemars, irritabilité, anxiété, sueurs, tremblement postural des mains. Ces signes de début nécessitent d'urgence :

- Une hydratation par voie orale avec vitaminothérapie (B1, B6 et PP)
- Les benzodiazépines per os (diazépam, clonazépam) ou par voie parentérale (diazépam) en cas d'agitation plus importante, imposant une surveillance cardiorespiratoire. Ce traitement a un double intérêt à savoir la prise en charge symptomatique de l'agitation et la prévention de l'évolution vers un delirium tremens avéré.

En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers un delirium tremens qui est un syndrome confuso-onirique avec propos incohérents, agitation, hallucinations multiples surtout visuelles avec zoopsie et scènes d'agression, causes d'agressivité et de réactions de frayeur. Le syndrome physique associe fièvre, sueurs, trémulations, parfois signes de déshydratation, modification de la pression artérielle, tachycardie, troubles du rythme. Des crises d'épilepsie, voire un état de mal, peuvent survenir.

Le délirium tremens est une urgence médicale dont le traitement associe :

- hydratation adaptée au bilan électrolytique qui doit être répété, avec surveillance de la diurèse, apport vitaminique (B1, B6, PP), correction de l'hypokaliémie ;
- benzodiazépines IV (dose de charge par diazépam 10 mg par heure). Il est souhaitable de disposer de moyens de réanimation et d'un antidote des benzodiazépines (flumazénil). En cas d'insuffisance hépatocellulaire, on privilégiera des benzodiazépines métabolisées par conjugaison (plutôt que par oxydation), telles que le lorazépam ;
- correction de l'hyperthermie (antipyrétiques) ;
- recours prudent aux neuroleptiques (surveillance, diminution rapide de la posologie, uniquement si les hallucinations persistent malgré les benzodiazépines) ;
- sans oublier le traitement des facteurs favorisants ou aggravants (infection pulmonaire, traumatisme, par exemple).

1.5.3.3 Complications neurologiques de l'intoxication alcoolique chronique

- Encéphalopathies
  - Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (ou de Wernicke-Korsakoff)

C'est une encéphalopathie carentielle (carence en vitamine B1). Elle est secondaire à des lésions bilatérales et symétriques des tubercules mamillaires. La perfusion de glucose sans substitution en vitamines est souvent le facteur déclenchant de cette encéphalopathie. Les autres étiologies possibles sont les causes de dénutrition et l'alimentation parentérale.

Le tableau clinique est constitué de signes neurologiques (état confuso-onirique avec inversion du rythme nycthéméral, syndrome pyramidal avec hypertonie oppositionnelle, syndrome cérébelleux, crises d'épilepsie généralisées, paralysies oculaires : nystagmus, paralysie du VI, du III extrinsèque, paralysie de convergence, de verticalité et de latéralité ,ophtalmoplégie internucléaire antérieure, ophtalmoplégie complète respectant l'innervation intrinsèque) ; de signes végétatifs (tachycardie, hypotension, dysrégulation thermique) [31].

Le traitement, urgent, repose sur la vitamine B1 en IV sans attendre les résultats des dosages. Il est surtout préventif : supplémentation systématique en vitamine B1 de tout patient alcoolique chronique dénutri, prescription systématique de vitamine B1 lors d'un apport glucosé chez un patient dénutri ou éthylique.

- Encéphalopathie pellagreuse

Due à une carence en vitamine PP, elle associe confusion mentale et hypertonie extrapyramidale ; les troubles digestifs et les signes cutanéomuqueux (glossite, desquamation) sont très inconstants. Le traitement repose sur la vitamine PP parentérale (500 mg par jour). Il est surtout préventif : prescription systématique de vitamine PP à tout patient alcoolique dénutri [31].

- Encéphalopathie hépatique

Secondaire à l'insuffisance hépatique (cirrhose), elle comporte une confusion mentale associée à un astérixis (flapping tremor), fait de myoclonies dites négatives (correspondant à une chute transitoire du tonus responsable de mouvements de flexion brusque puis extension des poignets lors de la manœuvre de Barré) avec, parfois, des signes extrapyramidaux et des crises d'épilepsie.

Au stade de coma, des myoclonies, des signes focaux, des mouvements de décérébration sont possibles. L'EEG montrera des signes (non spécifiques) évocateurs d'une encéphalopathie : ralentissement et diffusion du rythme de base, ondes triphasiques. L'évolution dépend du stade de la maladie, du traitement des facteurs déclenchants :

saignement, apport protidique trop important, une prise de benzodiazépines, infection, trouble métabolique [29].

Le traitement curatif associe lactulose et néomycine (par sonde nasogastrique ou lavement). Le traitement préventif est celui des facteurs déclenchants.

- Troubles cognitifs
    - Liés à l'alcool

Les troubles cognitifs liés à l'alcool mais non liés à la maladie de Marchiafava-Bignami ou au syndrome de Korsakoff font toujours l'objet d'une certaine controverse. En effet, de nombreux facteurs peuvent être impliqués : effet toxique propre, carences vitaminiques, hépatopathies, traumatismes crâniens répétés, accidents vasculaires cérébraux, effet du vieillissement, possible pathologie dégénérative associée [31].

Bien que des critères diagnostiques aient été proposés, ils reposent pour l'essentiel sur des durées de consommation et de sevrage, ainsi que sur des quantités d'alcool absorbées. Le tableau clinique reste en effet imprécis ; les troubles dysexécutifs (y compris comportementaux, comme apathie et bradypsychie) sont les plus fréquents, associés aux troubles mnésiques (mémoire épisodique verbale et de travail). Les troubles du langage sont inhabituels et doivent orienter vers une autre étiologie.

- Syndrome de Korsakoff

Il est le plus souvent la conséquence d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke mal ou non traitée ; plus rarement, il apparaît d'emblée, sans phase encéphalopathique préalable. Il traduit l'atteinte des corps mamillaires, des noyaux dorsomédians du thalamus, du trigone, du gyrus cingulaire. Cette lésion du circuit hippocampo-mamillo-thalamique (circuit de Papez) et l'atteinte frontale associée sont responsables du syndrome amnésique combiné à des signes dysexécutifs.

L'amnésie est principalement antérograde (avec au maximum un « oubli à mesure »), classiquement associée à des fausses reconnaissances et fabulations.

Le traitement vitaminique parentéral est nécessaire, parfois partiellement efficace. Les conséquences sociales sont majeures, avec la présence constante d'une tierce personne ou la nécessité d'un placement en institution, ce qui n'est jamais aisé avec des sujets souvent jeunes.

- Maladie de Marchiafava-Bignami

La maladie de Marchiafava-Bignami se caractérise par une démyélinisation du corps calleux, parfois plus étendue latéralement.

La présentation clinique est aspécifique : démence avec mutisme akinétique, troubles de la marche (astasie-abasie), dysarthrie, hypertonie. Les signes de dysconnexion calleuse sont souvent mis en évidence a posteriori. Plus rarement, le tableau est celui d'une encéphalopathie avec confusion puis coma.

- Épilepsie

L'éthylisme chronique est une des causes les plus fréquentes d'épilepsie tardive : les crises surviennent de façon aléatoire après de nombreuses années d'intoxication mais indépendamment du rythme d'ingestion.

L'épilepsie peut revêtir tous les types de crises, mais elle est le plus souvent généralisée, et peut continuer à se manifester après le sevrage en cas de lésions cérébrales irréversibles dues à l'alcool.

- Neuropathies
  - Neuropathie optique alcoolo-tabagique

La neuropathie optique alcoolotabagique se manifeste par une baisse bilatérale de l'acuité visuelle avec dyschromatopsie, scotome central, pâleur papillaire tardive. Favorisée par l'association à une consommation tabagique, son traitement repose principalement sur la vitamino-thérapie B et l'arrêt de l'alcoolotabagisme.

- Polyneuropathie longueur dépendante
  - Forme chronique

Due à la toxicité directe de l'alcool, la polyneuropathie longueur-dépendante s'associe aux conséquences de la carence en vitamine B1 et en folates. La neuropathie toxique alcoolique touche surtout les petites fibres sensitives (véhiculant la sensibilité thermoalgique). La neuropathie carentielle en vitamine B1 a préférentiellement des conséquences motrices, parfois aiguës. Les signes de début comportent : crampes nocturnes, fatigue à la marche avec douleur à la pression des mollets, hypoesthésie douloureuse et aréflexie achilléenne. Le traitement repose sur l'arrêt de l'intoxication éthylique. La recharge vitaminique n'est utile qu'en cas de carence. Il convient de chercher une ou d'autres causes intriquées éventuelles (diabète, médicaments neurotoxiques, gammapathie monoclonale, insuffisance rénale).

À un stade évolué, il existe des douleurs (brûlure, étau, hyperesthésie au contact), une anesthésie distale symétrique « en chaussettes », un steppage et des signes trophiques en rapport avec une neuropathie autonome distale (dépilation, troubles de la sudation, impuissance, parfois maux perforants plantaires) et cardiaque, source d'une augmentation de la mortalité.

Le traitement associe, outre le sevrage alcoolique, vitaminothérapie et renutrition en cas de carence, antalgiques (antiépileptiques et/ou tricycliques), soins locaux, rééducation, orthèses. La récupération est lente et souvent incomplète.

  - Forme aiguë

Rare, essentiellement en rapport avec une carence en vitamine B1 favorisée par une dénutrition, elle évoque parfois un syndrome de Guillain-Barré. Elle s'associe souvent à une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Le tableau est celui d'une paraparésie douloureuse amyotrophiante, flasque et aréflexique, s'installant en 24 heures. La prise en charge impose la recharge en vitamine B1 parentérale et les mesures d'accompagnement.

- Neuropathies focales

Des neuropathies focales sont favorisées par l'amaigrissement, source de compressions nerveuses.

- Syndrome de Marchiafava-Bignami :

Il survient le plus souvent après une intoxication aiguë chez un alcoolique chronique (l'étiologie est souvent inconnue). Deux tableaux cliniques sont possibles :

- Coma stuporeux avec hypertonie et crises convulsives. La mort est quasi systématique.
- Un tableau de démence frontale associé à des signes de déconnexion interhémisphérique, une apraxie idéomotrice, une pseudo-astéréognosie, une agraphie et anomie de la main gauche. Il existe aussi des signes pyramidaux et une akinésie. L'évolution se fait soit vers la mort, soit vers une démence irréversible.

- Sevrage [32]

Il s'agit de signes végétatifs à type de tremblements fins des mains et de la langue, de tachycardie, sueurs profuses, vertiges, nausées, vomissements, anorexie ; de troubles psychiques à type d'anxiété, irritabilité, dysphorie, symptômes dépressifs, troubles mnésiques, insomnie, déshydratation, fièvre avec sueurs abondantes, soif intense, tachycardie, tension artérielle instable, diarrhée ;

Le risque de crises d'épilepsie est important. Le délai d'apparition est de 12 à 36 heures après la dernière prise d'alcool.

Ces signes mineurs peuvent évoluer vers le delirium tremens.

1.5.3.4 Autres complications

- Hépatocellulaires

On retrouve l'hépatite chronique (le plus souvent cholestatique, la stéatose, la cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire pouvant évoluer vers un carcinome hépatocellulaire, des modifications du métabolisme hépatique (blocage de la néoglucogenèse, hyperproduction de triglycérides, induction enzymatique, modifications des hormones stéroïdes, interactions médicamenteuses).

- Gastro-intestinales

On retrouve essentiellement la gastrite aiguë ou chronique, la pancréatite chronique (calcifiante), la malabsorption, les ulcères gastro-duodénaux, les varices œsophagiennes (secondaires à l'hypertension portale).

- Cardio-vasculaires

Il s'agit essentiellement de :

- Une augmentation de la fréquence, du débit cardiaque et de la pression systolique
- Une altération de l'histologie cardiaque (cardiomyopathie dilatée).
- Une hypertriglycéridémie
- Une augmentation du cholestérol HDL

- Hématologiques

Parmi les complications hématologiques, les plus fréquentes sont :

- Les troubles de l'hémostase pouvant être dues à une carence en vitamine K, une baisse de la synthèse du facteur V) ; la coagulation intravasculaire disséminée ; la fibrinolyse primaire.
- Les anémies : macrocytaire par carence en acide folique ou par toxicité médullaire de l'alcool ; microcytaire par carence en fer (malabsorption, ulcère gastro-intestinal, varices œsophagiennes) ou mixte. La normalisation du volume globulaire moyen demande plusieurs mois de sevrage.
- La thrombopénie.
- La leucopénie ou hyperleucocytose lors des hépatites aiguës.

- Métaboliques et endocriniennes

Il s'agit en grande partie des affections suivantes :

- Le diabète par pancréatite chronique calcifiante
- L'acidocétose souvent due à la déprivation alimentaire

- D'une perturbation du métabolisme hydrosodé : diminution de la sécrétion de l'ADH.
- L'hypokaliémie.
- L'hyperuricémie.
- Du métabolisme perturbé des lipides : hypertriglycéridémie, hypocholestérolémie (augmentation de la synthèse des HDL), hyperlipidémie mixte par diminution de la synthèse hépatique des lipoprotéines (insuffisance hépatocellulaire).
- L'hyperprolactinémie.
- L'hypercorticisme.
- L'hypogonadisme.
- La diminution de la production des facteurs de croissance.

- Grossesse
  - La prématurité.
  - L'hypotrophie
  - L'hématome rétro placentaire.
  - L'encéphalopathie carentielle ou de sevrage chez le nouveau-né (surtout si intoxication médicamenteuse chronique associée).
- Alcool et carcinogenèse

L'alcool potentialise l'effet cancérigène du tabac dans la genèse des cancers ORL et du carcinome hépatocellulaire.

- Socioprofessionnelles

L'isolement socioprofessionnel (perte d'emploi, actes médico-légaux, violence contre l'entourage) des patients a pour conséquence une marginalisation, une restriction de l'accès aux soins et potentialise l'intoxication chronique.

1.6 Épidémiologie du Trouble de l'Usage de l'alcool

Il existe une quantité de données sur les troubles mentaux en général et le TUA de façon spécifique, très variable en fonction des régions du monde. Très peu de données sont

disponibles en Afrique sub-saharienne et au Bénin en particulier où les troubles mentaux sont encore considérés comme un mythe par la population en général.

Selon l'OMS, 2,3milliards de personnes consommeraient des boissons alcoolisées dans le monde. Toujours selon l'OMS, 283 millions de personnes âgées de 15 ans et plus – 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes – souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool, soit 5,1 % de la population adulte mondiale. La dépendance à l'alcool, en tant que forme la plus grave des troubles liés à la consommation d'alcool, touche 2,6 % des adultes dans le monde, soit 144 millions de personnes. L'abus d'alcool représente plus de 5 % de la charge de morbidité au niveau mondial (0MS 2018).

Selon le rapport mondial des Nations Unies sur les drogues publié en 2012, la proportion des décès liés à la consommation de ces substances chez les sujets de 15 à 64 ans en Afrique se situe entre 22,9 et 73,5 pour un million de personnes du même groupe d'âge. La prévalence de l'usage du cannabis la plus élevée au monde est constatée en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, et cette drogue reste la substance illicite la plus populaire de la planète.

Dans une étude menée par Grant *et al* de l'association médicale américaine, publiée en 2015 sur l'épidémiologie des troubles d'usage de l'alcool, il a été retrouvé que les sujets âgés de 30 à 44 ans représentaient 25,7% des sujets[33], la tranche la plus fréquence de leur étude était celle de 45 à 64 ans avec une proportion de 35%. Cette même étude montre que le TUA est plus retrouvé chez les hommes que chez les femmes.

2. CADRE ET METHODES D’ETUDE

2.1 Cadre d'étude

2.1.1 CNHU HKM

Situé dans la capitale économique de la République du Bénin, le CNHU-HKM est l'hôpital de référence dans la pyramide sanitaire du pays.

Il a été créé le 30 octobre 1962 par la loi N°62-36 sous le nom « Hôpital Hubert MAGA » ou vulgairement appelé « hôpital 350 lits ». Par le décret n° 490 du 21 Décembre 1966, il change de statut et devient le centre national hospitalier. Avec la création de l'université par le décret n°70-217/CP/MEN le 21 Août 1970, il devient centre national hospitalier et universitaire de Cotonou.

En novembre 2001, à l'inauguration de l'unité de scannographie et dans le but d'immortaliser la mémoire du Président MAGA, l'hôpital devient le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM).

Il est limité :

- Au nord par le camp militaire GUEZO
- Au sud par la Présidence de la République, de laquelle elle est séparée par l'avenue Jean-Paul II
- A l'Ouest par le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique et la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou

Le CNHU-HKM a pour vocation :

- d'offrir une meilleure qualité de soins aux usagers,
- d'assurer la formation pratique des agents de santé (médecins spécialistes, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers…)
- d'assurer l'enseignement et la recherche fondamentale et opérationnelle en médecine en liaison avec la faculté des sciences de la santé.

Le CNHU-HKM est organisé en plusieurs départements :

- Le département des urgences médico-chirurgicales, comportant :
    - La Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences ;

- Le département de chirurgie et spécialités chirurgicales, comportant :
    - La Clinique Universitaire de Traumatologie, Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR),
    - La Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique,
    - Les Cliniques Universitaires de Chirurgie Viscérale A et B,
    - La Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie,
    - L'Unité des grands brûlés,
    - Les services chirurgicaux communs qui comprennent le bloc opératoire central, la stérilisation et la chirurgie externe,
    - Le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF),
    - Le service d'ophtalmologie ;
- Le département de Médecine et Spécialités médicales, comportant :
    - Le service de Médecine Interne,
    - Le service de Rhumatologie,
    - Le service de Néphrologie auquel est rattachée une unité de dialyse,
    - Le service d'Hépato-Gastro-Entérologie,
    - Le service des Maladies endocriniennes et métaboliques,
    - Le service de Neurologie,
    - Le service polyvalent d'Anesthésie et Réanimation (SPAR),
    - Le service des Maladies du sang (SMAS),
    - L'Unité de Soins et de Recherche en Cardiologie (USERC),
    - Le service de Dermatologie-Vénérologie,
    - Le service de Psychiatrie,
    - La Clinique Universitaire de Médecine Physique et de Réadaptation fonctionnelle
- Le département de santé maternelle et infantile, comportant :
    - Le service de Pédiatrie et Génétique Médicale auquel est rattachée une unité de Néonatologie,

- La Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique ;
- Le département de santé publique ;
- Le département des services médico-techniques ;
- Le département des pharmacies et laboratoires.

2.1.2 CNHU-P

Au départ, l'actuel CNHUPC était appelé CNHP (Centre national Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou) ; il a été créé par le Décret n° 90-348 du 14 Novembre 1990 portant attribution, organisation et fonctionnement. Il est érigé en Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou par le Décret n° 2014-527 du 25 Aout 2014.

En tant que seul hôpital universitaire publique spécialisé en Psychiatrie au Bénin, le CNHUP de Cotonou a pour attribution, le traitement à travers les soins, la réinsertion sociale des malades mentaux et des toxicomanes, la formation et la recherche en santé mentale. Installé sur une superficie de plus de deux (02) hectares, le centre est constitué : d'un service des urgences, de deux unités de soins à savoir l'Unité de Soins d'Urgence Psychiatrique (USUP) et de l'Unité de Soins en Toxicomanie (UST), de cinq (05) blocs d'hospitalisation, des services administratifs, de l'économat, du service social, d'un laboratoire et d'une unité d'électroencéphalogramme.

Différents acteurs interviennent dans le processus de prises en charge des patients. Il s'agit des médecins psychiatres, des psychologues, des techniciens supérieurs en santé mentale, des infirmiers et des assistants sociaux. Notons également l'aide des médecins en spécialisation et des étudiants stagiaires en médecine, psychologie, éducation spécialisée.

2.1.3 CHD- PARAKOU

Le CHUD-B/A placé sous la tutelle du Ministère de la Santé est un établissement pluridisciplinaire de référence de deuxième niveau situé au quartier de Banikanni à l'extrême Est de la ville de Parakou et de façon plus spécifique sur le tronçon marché international Arzèkè-Université de Parakou. Créé le 19 janvier 1959 sous le nom de ' Grand Endémie (Centre Hospitalier Provincial'), il était le poste médical de la circonscription de

Parakou dans le cadre du programme de lutte pour le bien-être de la population du Bénin en général et particulièrement celle du Borgou et de l'Alibori (en veillant ainsi à assurer l'accessibilité géographique de ladite population aux soins de qualités. Avec l'avènement de l'école de médecine à l'université de Parakou, il a intégré l'espace Hospitalier Universitaire du Bénin par le décret N°2014-524 du 25aout 2014 portantes érections du centre Hospitalier Départemental Borgou en Centre Hospitalier Universitaire. Il est doté de services médicaux et médico-techniques, services cliniques (ORL-chirurgie-cervico-faciale ; Neurologie ; Pédiatrie ; Dermatologie ; Gynéco-obstétrique ; Cardiologie ; Psychiatrie ; Ophtalmologie…), d'une direction de l'administration et des finances. Le service impliqué dans notre étude était le service de psychiatrie.

Il faut noter que notre étude est partie intégrante d'une étude plus grande et plus complète et que nos résultats ne sont qu'une petite partie des résultats définitifs. Ces derniers ne seront pas présentés dans nos résultats.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive analytique avec collecte prospective des données.

2.2.2 Période de collecte

L'étude a couvert une période de 08 mois au total :08 avril au 31 décembre 2022.

2.2.3 Population d'étude

La population d'étude était constituée des patients hospitalisés au CNHU HKM, au CNHUP et CHUD B/A durant cette période.

2.2.4 Critères d'éligibilité

- Inclusion

Ont été inclus dans l'étude toute personne âgée de 18 ans et plus :

- Ayant donné un consentement libre et éclairé
- ayant présenté un TUA selon les critères DSM-5
- Et hospitalisé durant la période d'étude.

- Exclusion

Ont été exclus de cette étude, tout sujet présentant un/une :

- Difficulté de compréhension de l'étude et des questionnaires
- Maladie grave engageant le pronostic vital
- Syndrome démentiel diagnostiqué
- Mesure de protection (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice)
- Schizophrénie et troubles apparentés diagnostiqués selon le MINI
- Addiction à des substances autres que tabac et cannabis diagnostiqués selon le MINI
- Femme enceinte
- Participation à une autre recherche impliquant la personne humaine pouvant interférer avec les objectifs de l'étude de l'avis de l'investigateur

2.2.5 Echantillonnage

2.2.5.1 Technique d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage était non probabiliste et a consisté à un recrutement exhaustif de tous les patients répondant à nos critères d'inclusion pendant la période de collecte.

2.2.5.2 Taille de l'échantillon

Pendant la période d'étude, 40 patients ont été vus.

2.2.6 Collecte des données

2.2.6.1 Technique de collecte

Les données ont été recueillies par entretien face à face avec les enquêtés suivant un questionnaire digitalisé.

2.2.6.2 Outils de collecte

Il s'est agi d'un questionnaire spécifique digitalisé (KoboCollect®). Cet outil a été digitalisé à partir de la plateforme "KoboToolBox1" et l'enregistrement électronique a été fait à travers son application "Kobocollect" installée sur notre smartphone.

Le questionnaire était un questionnaire composite contenant des échelles psychologiques standardisés notamment le MINI standard utilisé pour rechercher d'éventuelles comorbidités psychiatriques. Les autres échelles permettant de renseigner sur les caractéristiques cliniques étaient la mesure de la dépression (HDRS) et de l'anxiété (HARS). Le (BREF) : la batterie rapide d'évaluation frontale qui a été réalisé pour une évaluation pratique de la cognition à médiation frontale.

- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : le MINI est un entretien diagnostique structuré de 10 à 25 minutes permettant d'explorer de façon standardisée chacun des critères nécessaires à l'établissement des 17 principaux diagnostics psychiatriques du DSM (DSM-5, 1994 American Psychiatric Association) + le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. La validité, sensibilité et fiabilité de cet instrument ont été démontrées.

Pour cette étude, nous avons utilisé une adaptation à partir de la version 5.0.0, mise au point par l'équipe Addiction SANPSY CNRS USR 3413.

- Le DSM-5 : Selon le DSM-5, l'addiction est un un trouble caractérisé par une consommation répétée de substance psychoactive associée à une dépendance physiologique s'accompagnant de signes de tolérance et/ou de sevrage, d'un craving (envie irrépressible de consommer), d'une perte de contrôle, d'un déni et de la recherche de la substance malgré les risques médicaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux encourus et connus [10].

- **Tableau I:** Trouble de l'usage de substances selon le DSM-V [10]

Le trouble de l'usage de substances (TUS) est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance

3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets

4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance

5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison

6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance

7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : syndrome de sevrage caractérisé à la substance ; la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La notion d'intensité du trouble de l'usage de substance est cotée et définie par un score :

• Score < 2 : absence de TUS

•Score de 2 à 3 : intensité légère

• Score de 4 à 5 : intensité modérée

• Score ≥ 6 : intensité sévère

- L'Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) : L'HDRS est utilisée dans la pratique clinique courante et constitue un élément d'inclusion dans la mesure où elle permet de caractériser l'intensité de la dépression à partir de seuils. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire administré par un clinicien formé. L'échelle de dépression comporte 17 items cotés de 0 à 2 ou de 0 à 4. La note totale va de 0 à 52.

Les notes seuils-repères pour la dépression, proposées par Bech en 1989, sont les suivantes :

- note globale jusqu'à 7 : absence de dépression
- note globale de 8 à 15 : dépression mineure
- note globale de 16 ou plus : dépression majeure.

- L'Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) : L'HARS comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire, viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive. A chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemples et aboutissant à leur définition par extension. Ils sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante (score de 0 à 4). La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique item 7 à 13). Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20. La cotation du score total est la suivante :
    - score total inférieur ou égal à 12 : anxiété dite « normale »,
    - score total inférieur ou égal à 20 : anxiété légère,
    - score total inférieur ou égal à 25 : anxiété modérée,
    - score total supérieur à 25 : anxiété grave à sévère.

- L'échelle Rapide d'efficience frontal (BREF) : La BREF permet une évaluation globale des fonctions exécutives. Ce test évalue rapidement la présence ou non d'un syndrome dysexécutif cognitif ou comportemental. L'échelle est divisée en six subtests et est cotée sur 18 :
    - similitudes : évalue la conceptualisation et l'intelligence cristallisée (sur 3 points), ce subtest dépend du niveau socioculturel du sujet.
    - évocation lexicale : évalue la flexibilité mentale, la mémoire sémantique et les capacités langagières (sur 3 points).
    - séquence motrice : évalue la programmation (sur 3 points).
    - consignes contradictoires : évalue la sensibilité du sujet à l'interférence (sur 3 points).
    - Go - No Go : évalue le contrôle inhibiteur moteur (sur 3 points).
    - compréhension de préhension : évalue l'autonomie environnementale (sur 3 points).

Score Total /18 ; seuil = 16/18 (si CEP ou plus) ; 15/18 (si absence de diplôme)

- L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) pour le craving : comme utilisé dans la prise en charge de la douleur, l'auto-évaluation par EVA consiste à demander directement au patient au moment de l'entretien le niveau de son craving, qui se trouve représenté à l'aide d'une réglette graduée seulement en son dos. Le sujet positionne le curseur mobile sur la réglette, la position à gauche étant l'absence de d'envie (« Pas du tout envie ») et la position à droite une envie maximale (« Envie très importante »). Le résultat est relevé au dos de la réglette à partir d'une graduation comprise entre 0 et 10. 0 correspondant à « pas du tout envie » et 10 correspondants à « envie très importante ».

- Time Line Follow Back (TLFB) : La consommation déclarée d'alcool est déterminée à partir du TLFB permettant d'évaluer la consommation quotidienne d'alcool. Le principe est de reporter la consommation en verres sur le calendrier, en indiquant 0 s'il n'y a eu aucune consommation. Ce calendrier est rempli avec le participant au cours de l'entretien.

2.2.7 Déroulement de la collecte

La collecte des données a été réalisée par des enquêteurs expérimentés (épidémiologistes ou médecin) formés par un épidémiologiste et un psychiatre. Le questionnaire a été proposé à toute personne hospitalisée ou suivie pour TUA. L'information était délivrée par le médecin référent ou bien par investigateurs associés, Les participants ont disposé de 24 heures de délai de réflexion. S'ils acceptaient, l'équipe de recherche les recontactait et un rendez-vous était pris avec l'enquêteur pour effectuer une seule visite de l'étude, qui permettait la signature du consentement. Une fois le patient ayant répondu au questionnaire dans sa totalité, celui-ci était envoyé sur le serveur KoboCollect.

2.2.8 Variables

Les variables étudiées au cours de l'étude étaient :

- Variables sociodémographiques
    - L'âge
    - Le sexe
    - Le milieu de vie
    - L'habitat
    - La profession
    - La situation matrimoniale

- Variables cliniques
    - Les antécédents neurologiques
    - Les comorbidités psychiatriques liées au TUA
    - L'atteinte frontale
    - Le nombre de verres consommés par les patients sur un mois
    - L'anxiété
    - La dépression

2.2.9 Analyse des données

Les données collectées ont été traitées et analysées avec le logiciel STATA version 15. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquence et celles quantitatives sous forme de moyenne et écart-type.

Les tableaux et figures ont été conçus dans le logiciel EXCEL 2021.

2.2.10 Considérations éthiques et déontologiques

Cette étude a été approuvée par le COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE de l'université de Parakou (CLERB-UP) qui s'est réuni en sa session le 27 janvier 2022 (Voir annexe).

Nous avons obtenu les autorisations auprès des autorités compétentes du CNHU-HKM, du CNHUP et du CHD B/A ainsi que des différents médecins-chefs services des cliniques universitaires impliquées dans l'étude.

La confidentialité des informations des patients a été respectée et protégée. Les données recueillies ont été numérisées et stockées sur un serveur, protégé par un nom d'utilisateur et un mot de passe. L'accès à la base de données était strictement réservé à l'équipe de collecte.

- **Difficultés rencontrées**

Le recrutement des patients a été difficile du fait de la cherté de l'hospitalisation pour les patients sans prise en charge médicale.

3. RESULTATS

3.1 DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS

Les quarante (40) patients inclus dans l'étude étaient répartis en trente-sept (37) patients de sexe masculin (92,5%) et trois (3) patients de sexe féminin (7,5%) ; soit un sex ratio de 12,33.

L'âge moyen des patients était de 36+/-11,95 ans.

Plus de quatre (4) sujets sur 5 (85%) vivaient en milieu urbain et plus de 2 sujets sur 3 étaient professionnellement actifs.

Le tableau II et la figure 5 résument la description des autres variables sociodémographiques.

Les patients âgés de 30 à 40ans étaient les plus représentés. Plus de 3 patients sur 5 vivaient dans un habitat collectif. Les patients vivant en couple sans enfant et les patients vivants seuls avec enfants représentaient chacun 37,5%. Trois patients sur quatre étaient de religion chrétienne.

Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques des patients souffrant de TUA au CNHU-HKM, au CNHUPC et au CHUD-B/A en 2022.

	Effectif N=40	Pourcentage
Groupe d'âge		
20-29ans	8	20,0
30-40ans	18	45,0
41-50ans	7	17,5
51-60ans	3	7,5
61-70ans	4	10,0
Habitat		
Individuel	11	27,5
Individuel isolé	4	10,0
Collectif	25	62,5
Situation familiale		
Chez les parents/en famille	15	37,5
Seul	5	12,5
Seul sans enfants	3	7,5
En couple avec enfants	2	5,0
En couple sans enfants	15	37,5
Religion		
Chrétien	30	75,0
Musulman	7	17,5
Endogène	2	5,0
Autres	1	2,5

La figure 5 montre la répartition des patients selon leur niveau d'étude. Plus d'un patient sur deux avait atteint le niveau d'étude secondaire (57,5%).

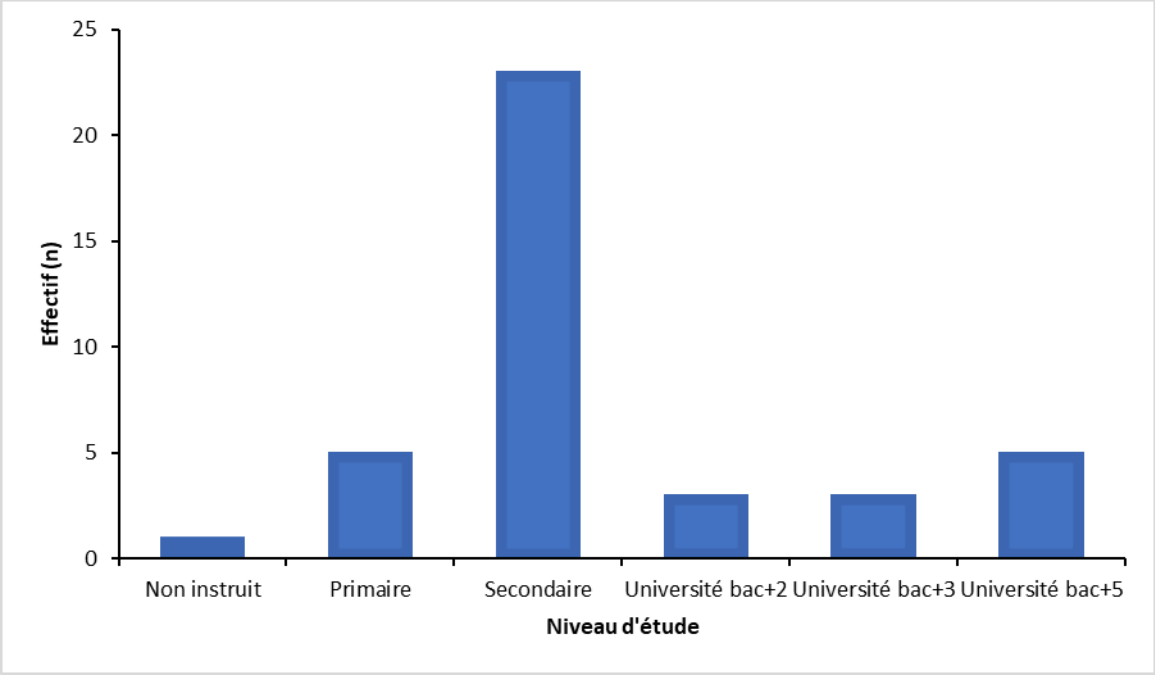


Figure 5: Niveau d'étude au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022

3.2 CARACTERISTIQUES CLINIQUES

3.2.1 Répartition des patients selon leurs antécédents

La répartition des patients selon leurs antécédents médicaux est résumée dans le tableau ci-dessous. Plus de trois patients sur cinq n'avaient aucun antécédent.

Tableau III*:* Prévalence des antécédents neurologiques chez les patients TUA au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022

	Effectif	Pourcentage (%)
AVC	1	2,5
Traumatisme crânien	2	5,0
Épilepsie	1	2,5
Aucun antécédent	31	77,5
Autres	6	15,0
Total	40	100,0

3.2.2 Répartition des patients selon leur indice de masse corporelle (IMC)

Parmi les 40 patients, 30 avaient un IMC normal (75%). Les informations relatives à la répartition des patients selon leur IMC est résumée dans la figure suivante.

Notons que l'IMC est interprétée de la manière suivante :

Dénutrition : IMC inférieur à 18,5

IMC normal : IMC compris entre 18,5 et 25

Surpoids : IMC compris entre 25 et 30

Obésité : IMC supérieur à 30

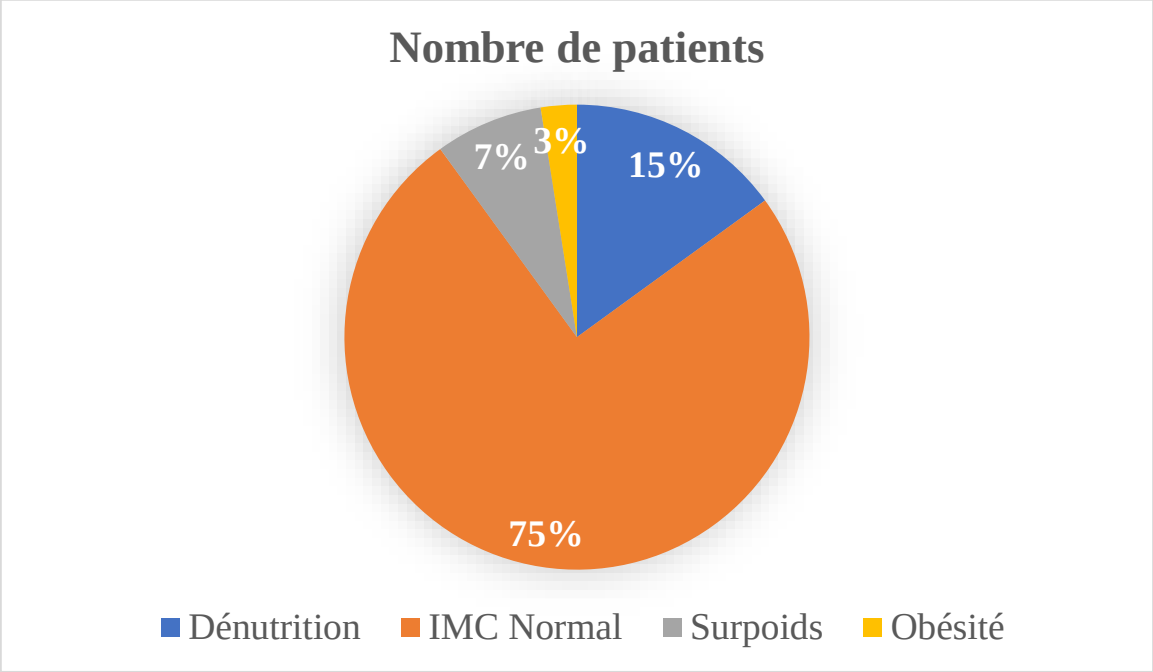


Figure 6: Répartition des patients TUA selon leur indice de masse corporelle au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022

3.2.3 Evaluation du craving des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022

En résumé, plus de deux patients sur cinq (42,5% des patients) avaient un craving au moins à 8/10. Le craving moyen était de 6,6+/- 2,15. Les informations relatives à l'évaluation du craving chez les patients sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau IV: Répartition des patients selon l'importance de leur craving

	Effectif	Pourcentage
0	1	2,5
1	0	0
2	0	0
3	1	2,5
4	5	12,5
5	6	15,0
6	5	12,5
7	5	12,5
8	11	27,5
9	3	7,5
10	3	7,5
Total	40	100,0

3.2.4 Prévalence des comorbidités psychiatriques chez les patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022

Quinze (15) patients présentaient un épisode dépressif majeur actuel (37,5%). Le risque suicidaire était présent chez 6 patients (Tableau V)

Tableau V: Répartition des patients selon leurs comorbidités psychiatriques

Comorbidités psychiatriques		Effectif N=40	Pourcentage (%)
Épisode dépressif majeur	Passé	22	55,0
	Actuel	15	37,5
	Récurrent	3	7,5
Risque suicidaire	Absent	34	85,0
	Léger	3	7,5
	Moyen	1	2,5
	Élevé	2	5,0

3.2.5 Substances psychoactives consommées par les patients TUA au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022

Le tableau VI montre la répartition des patients selon leur usage d'autres substances autres que l'alcool.

Environ un patient sur trois consommaient du tabac en même temps que l'alcool

Les autres substances psychoactives consommées par les patients TUA étaient principalement les opiacés, le cannabis, la cocaïne, les stimulants, les hallucinogènes, les inhalants et le tabac. Aucun trouble du comportement n'a été retrouvé chez ces patients

Tableau VI: Répartition des patients selon leur usage d'autres substances autre que l'alcool

		Effectif N=40	Pourcentage (%)
Opiacés	Passé	1	2,5
	Actuel	0	0,0
Cocaïne	Passé	2	5,0
	Actuel	1	2,5
Cannabis	Passé	3	7,5
	Actuel	3	7,5
Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques		0	0,0
Stimulants	Passé	1	2,5
	Actuel	0	0,0
Hallucinogènes	Passé	1	2,5
	Actuel	0	0,0
Inhalants	Passé	0	0,0
	Actuel	1	2,5
Tabac	Passé	16	40,0
	Actuel	13	32,5
Jeux d'argents		0	0,0
Jeux vidéo		0	0,0
Trouble lié à un comportement		0	0,0

3.2.6 Consommation d'alcool des patients TUA 7 jours et un mois avant la passation du questionnaire au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A

Trois patients sur cinq des patients avaient consommé plus de 6 verres au cours des 7 derniers jours et plus de 12 verres au cours du dernier mois. Cette consommation est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau VII: Répartition des patients selon le nombre de verres consommés (TLFB)

	Effectif n=40	Pourcentage (%)
Sept derniers jours		
Aucune consommation	15	37,5
1-3 verres	0	0
4-6 verres	1	2,5
Plus de 6 verres	24	60,0
Au cours du mois dernier		
Aucune consommation	3	7,5
1-6 verres	10	25,0
7-12 verres	3	7,5
Plus de 12 verres	24	60,0

3.2.7 Niveau d'anxiété des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A

Au total 38 patients sur 40, soit 95% des patients présentaient une anxiété légère. La répartition du nombre de patients en fonction du niveau d'anxiété est résumée dans le tableau suivant.

Tableau VIII: Répartition des patients selon leur niveau d'anxiété

	Effectif	Pourcentage (%)
Anxiété légère	38	95,0
Anxiété modérée	1	2,5
Anxiété sévère	1	2,5
Total	40	100,0

3.2.8 Niveau de dépression des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A

Notre étude nous a permis de retrouver chez les patients souffrant de troubles de l'usage de l'alcool, 25 patients n'ayant pas de dépression, 13 patients présentant une dépression légère, 2 patients présentant une dépression modérée et aucun patient ne présentant une dépression sévère, soit 15 patients ayant une dépression (37,5% des patients) (Tableau IX).

Tableau IX: Répartition des patients selon leur niveau de dépression

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Pas de dépression	25	62,5
Dépression légère	13	32,5
Dépression modérée	2	5,0
Dépression sévère	0	0,0
Total	40	100,0

3.2.9 Atteinte frontale des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A

Nous avons retrouvé au cours de notre étude 34 patients sur 40 qui présentaient une atteinte frontale cognitive soit et 6 qui ne présentaient pas d'atteinte frontale (tableau X).

Tableau X: Répartition des patients selon leur atteinte frontale

	Effectif	Pourcentage (%)
Anormal	34	85,0
Normal	6	15,0
Total	40	100,0

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude sur la caractérisation du trouble de l'usage de l'alcool en milieu hospitalier au Bénin en 2022 comporte 03 axes :

- L'atteinte des objectifs de l'étude ;
- La validité interne des résultats ;
- La comparaison avec les autres auteurs.

4.1 Atteinte des objectifs

Au terme de notre étude, les objectifs définis ont été atteints. En effet, nous avons pu enquêter 40 patients. L'analyse des différentes données collectées lors de cette enquête nous a permis d'observer :

- un sex ratio de 12,33 (37 hommes et 3 femmes).
- Un âge moyen de 36ans avec un écart type de 11,95 ans ;
- Une prédominance des patients âgés de 30 à 40ans
- Aucun antécédent médical chez plus de 3 patients sur 5
- Une surcharge pondérale chez 17,5% des patients
- Un craving au moins à 8/10 chez plus de 2 patients sur 5. Le craving moyen était de 6,6+/- 2,15.
- La présence d'un épisode dépressif majeur actuel chez plus d'un patient sur trois (37,5% des patients). Le risque suicidaire était présent chez 6 patients
- Que parmi les autres substances, le tabac était la plus consommée
- Que trois patients sur cinq des patients avaient consommé plus de 6 verres au cours des 7 derniers jours et plus de 12 verres au cours du dernier mois.
- Que 38 patients sur 40, soit 95% des patients présentaient une anxiété légère
- Que 15 patients sur 40 avaient une dépression

4.2 La validité interne des résultats

Notre objectif principal était d'identifier chez des personnes atteintes de TUA au Bénin, les facteurs diagnostiques socio-démographiques, cliniques et sensoriels. Nous avons donc réalisé une étude transversale descriptive. Les différentes données collectées et les

conclusions découlant de leur analyse permettra de mieux aborder les TUA au Bénin. Cependant, il existe certains facteurs pouvant constituer des limites de notre étude :

- Biais de sélection : tous les patients recrutés dans cette étude sont des patients capables de payer eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation pour ceux qui ne disposent pas d'une prise en charge. Cet état de chose a fait exclure de l'étude tous les patients n'ayant pas les moyens. Nous n'avons aucune certitude que la situation sociodémographique et clinique serait exactement les mêmes chez ceux qui n'ont pas pu participer à l'étude
- Biais de subjectivité : les paramètres socio-démographiques tels que l'âge, la mode de vie, la profession, la situation matrimoniale étaient basés uniquement sur les déclarations des enquêtés. Il pourrait donc exister des biais de déclaration par rapport à ces paramètres.

4.3 Comparaison des résultats à ceux des autres auteurs

4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

4.3.1.1 Age

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 36 ans avec des extrêmes de 20 ans et 66 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 30 à 40 ans avec une proportion de 45%. Cette proportion représente près de la moitié des patients pris en compte. Cela montre que les troubles d'usage de l'alcool concernent beaucoup plus le sujet jeune que les personnes âgées. Les sujets jeunes consommeraient donc plus d'alcool que les personnes âgées. Cette affirmation est mise en exergue dans une étude de Quigley *et al*[25] aux États-Unis en 1996. En effet, il y a été démontré que les adultes jeunes ont une consommation d'alcool beaucoup plus élevée que n'importe quel autre groupe d'âge.

Dans une étude menée par Grant *et al* de l'association médicale américaine, publiée en 2015 aux Etats-Unis sur l'épidémiologie des troubles d'usage de l'alcool, il a été rapporté que les sujets âgés de 30 à 44 ans représentaient 25,7% des sujets [33], ce qui est inférieur à notre résultat. La tranche la plus fréquente de leur étude était celle de 45 à 64 ans avec une proportion de 35%.

Dans une autre étude menée par Reynaud *et al* en France dans 53 hôpitaux sur les troubles d'usage de l'alcool, il a été rapporté que la tranche d'âge de 36 à 45 ans était la plus représentée 33% [34]. Cette différence avec nos résultats pourrait s'expliquer par la tranche d'âge considérée, bien qu'étant plus proche que le résultat trouvé par Grant *et al*. Nous constatons qu'il existe une disparité dans ces résultats. En effet, dans ces études, les tranches d'âge sont non seulement différentes, mais aussi pour l'étude de Reynaud, les enfants de 15 ans et plus étaient pris en compte. Néanmoins, toutes ces études montrent que les sujets adultes jeunes sont les plus concernés par les troubles d'usage de l'alcool.

4.3.1.2 Sexe

La prédominance masculine observée dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont peu nombreuses à être concernées par les troubles d'usage de l'alcool. Beck *et al* ont fait le même constat dans une étude faite en France sur la consommation d'alcool. C'était le cas quelle que soit la tranche d'âge [35].

Dans l'étude de Grant *et al*, les valeurs absolues du nombre d'hommes et de femmes atteints de troubles d'usage de l'alcool ne sont pas données, ce qui ne nous permet pas de calculer le sex-ratio [33]. Néanmoins, il y est bien illustré que ces troubles sont beaucoup plus retrouvés chez les hommes que chez les femmes. La même tendance a été retrouvée dans l'étude de Reynaud *et al* dans une étude réalisé dans un centre hospitalier de Paris sur les TUA en 1997 [34].

D'autre part, cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par notre contexte socio-culturel dans lequel la consommation d'alcool par les femmes est mal vue.

4.3.1.3 Niveau d'étude

Nous avons observé que 98% des patients souffrant de TUA étaient instruits, avec 86% qui avaient au moins le niveau secondaire. On pourrait l'expliquer par le fait que la nécessité de payer les frais d'hospitalisation a fait que la plupart des patients interrogés étaient des fonctionnaires, donc des personnes instruites. Ils sont donc pour la plupart conscients de l'impact de l'excès de consommation d'alcool sur leur santé.

Nous n'avons pas trouvé d'études sur les troubles d'usage de l'alcool mettant en exergue le niveau d'étude des patients. Néanmoins, une étude menée par Gisle en 2008 sur la consommation d'alcool en Belgique a montré que la proportion de consommateurs d'alcool augmente de manière progressive avec le niveau d'éducation. C'est donc ainsi que 64% des personnes issues des milieux les moins scolarisés consomment de l'alcool et ce taux augmente jusqu'à 88% dans les milieux les plus instruits [36].

Une autre étude a été menée par Crum *et al* dans cinq régions métropolitaines sur le niveau d'éducation et l'alcoolo-dépendance. Elle a montré que les individus ayant arrêté l'école au secondaire avaient plus de chance de développer des troubles d'usage de l'alcool que ceux qui ont dépassé ce niveau scolaire [37].

4.3.1.4 Situation familiale

Les personnes vivant en couple sont les plus représentées de notre série. Ils sont au nombre de 17, soit 42,5% de l'effectif. Ce résultat contraste avec celui de Herttua *et al* [38] dans leur étude faite en Finlande sur la mortalité relative à la consommation d'alcool chez les individus vivant seuls. Ils ont montré que les troubles d'usage de l'alcool ayant conduit à un décès étaient moins fréquents chez les individus en couple ou mariés. Ce contraste entre nos résultats peut s'expliquer car nos échantillons de patients sont très différents (18246 dans leur étude contre 40 dans la nôtre). Aussi, leur étude a considéré uniquement les cas de troubles d'usage de l'alcool qui ont conduit au décès du patient.

4.3.1.5 Milieu de vie

Les patients vivant en milieu urbain étaient les plus nombreux, représentant 85% de l'effectif.

Une étude a été menée en Finlande, publiée en 2007 par Joutsenniemi *et al* sur les modes de vie, la forte consommation et la dépendance à l'alcool. Il y a été mis en évidence que 81,05% des patients vivaient en milieu urbain ou semi urbain[39] , ce qui est superposable à notre résultat (85%). Une autre étude allant dans le même sens, faite par Gutierrez *et al* au Mexique sur la consommation d'alcool chez les adolescents en milieu scolaire a montré que

100% des adolescents ayant un trouble de la consommation d'alcool vivaient en zone urbaine [40].

4.3.1.6 Religion

Nous avons noté que dans notre série, 75% des patients étaient de religion chrétienne. Les autres religions étaient représentées par les musulmans et les pratiquants de religion endogène. En effet, les pratiquants de religions chrétiennes sont les plus nombreux en république du Bénin. D'après une publication de Rieucau en 2020, les chrétiens représenteraient 43% de la population béninoise, contre 27% de musulmans et 18% d'adeptes de religions traditionnelles[41] .

Dans une étude faite par Barros *et al* sur la prévalence de l'abus d'alcool et les facteurs associés dans le sud-est du Brésil, les patients les plus nombreux étaient également des chrétiens [42]. Ils représentaient 87,60% de l'effectif (445 sur 508 patients). Les autres religions étaient représentées par les spiritualistes et ceux qui ne pratiquent aucune religion.

Le faible taux de patients musulmans retrouvés dans notre série (17,5%) s'expliquerait par le fait que dans la religion musulmane, la consommation d'alcool est interdite.

4.3.2 Aspects cliniques

4.3.2.1 Craving

Nous avons retrouvé que 17 patients (42,5% des patients) avaient un craving au moins à 8. Cette échelle d'évaluation permettant d'apprécier le besoin irrésistible de consommer de l'alcool, on peut donc dire près de la moitié ressent un besoin incontrôlé d'en consommer. Le craving moyen était de 6,6. Nous n'avons pas retrouvé d'étude sur les troubles d'usage de l'alcool mettant en exergue l'évaluation du craving avec un effectif pour chaque pallier. Néanmoins, une étude menée par Browne *et al* en 2016 aux Etats-Unis au sujet de la dépendance à l'alcool avait révélé que les patients avaient un craving moyen de 7,68 [43]. Cependant, une comparaison n'est pas possible avec notre résultat car dans leur étude, le craving a été évalué simultanément avec trois questions et une échelle visuelle analogique allant de 0 à 8, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Plusieurs études faites dans le même sens ont également évalué le craving chez des patients ayant un trouble d'usage de l'alcool,

mais en utilisant des échelles différentes. C'est le cas entre autres de l'étude réalisée par Di nicola *et al* à Rome en 2014 sur l'évaluation de la survenue des addictions chez les patients ayant un trouble d'usage de l'alcool [44].

4.3.2.2 Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses. Dans notre étude, nous avons observé que tous les patients en avaient. Les comorbidités rencontrées étaient les épisodes dépressifs majeurs et les risques suicidaires.

Dans une étude faite par Asharani *et al* sur la prévalence et la corrélation des comorbidités psychiatriques dans les troubles d'usage de l'alcool, ils ont retrouvé une proportion de 48,51% des patients ayant des comorbidités psychiatriques associées[45], ce qui est largement inférieur à notre résultat (100%). Les troubles associés les plus représentés dans leur étude étaient les troubles dépressifs (31,68% des patients) et le stress post-traumatique (12,87%). Dans notre étude, 38 patients présentaient un épisode dépressif majeur (soit 95%). Ce contraste entre les résultats peut s'expliquer par le fait que les échantillons de patients des deux études sont nettement différents (40 patients dans notre étude contre 101 dans la leur).

Une autre étude réalisée par Amin-Esmaeili *et al* en 2017 en Iran a révélé que les troubles de l'humeur (29,7%) et les troubles anxieux (28,2%) étaient les comorbidités psychiatriques les plus représentées [46]. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de cas de troubles de l'humeur. Retenons tout de même que les comorbidités psychiatriques qu'on retrouve chez les individus ayant des troubles d'usage de l'alcool varient énormément sans primauté d'une d'entre elles en particulier.

Des comorbidités psychiatriques comme la dysthymie, les troubles paniques, le stress post-traumatique et beaucoup d'autres n'ont pas été retrouvées dans cette étude. Cela peut être dû à notre échantillon de patients qui est de petite taille (n=40).

4.3.2.3 Troubles d'usage d'autres substances autres que l'alcool

Les troubles d'usage de l'alcool peuvent être accompagné de troubles d'usage de plusieurs autres substances, notamment les opiacés, les stupéfiants ou toute substance psychoactive. Parmi ces substances, le tabac et le cannabis sont les plus représentés de notre série. Nous avons recensé 16 patients ayant un trouble d'usage du tabac (soit 40%) et 3 patients ayant un trouble d'usage du cannabis (soit 7,5%). Les autres substances ne sont pas très représentées. En effet, le tabac est généralement d'accès facile. Cette primauté du trouble d'usage du tabac ne se retrouve pas dans toutes les études.

Une étude faite par Burns *et al* en Australie en 2002 sur les troubles d'usage de l'alcool, les comorbidités associées et les troubles d'usage des drogues a révélé que le trouble d'usage de stimulants était le plus fréquents chez les patients ayant un trouble d'usage de l'alcool. Dans leur étude, l'usage du tabac n'était pas représenté. Par contre l'usage du cannabis était représenté avec une proportion de 10,5% des cas[47] . Ce résultat est proche du nôtre (7,5%).

Une autre étude menée par Saha *et al* sur les troubles d'usage concomitants d'alcool et des drogues aux Etats-Unis en 2018 a mis en évidence que le trouble d'usage du tabac était le plus associé au trouble d'usage de l'alcool avec une proportion de 21,6% des patients [48] , ce qui est proche de notre résultat. L'usage de cannabis était représenté 3,7% ce qui est inférieur à notre résultat. Nous mettons tout de même l'accent sur le fait que ces deux études, comme la nôtre on retrouve une proportion non négligeable de troubles d'usage du cannabis associé aux troubles d'usage de l'alcool.

4.3.2.4 Évaluation de l'anxiété

Tous les patients de cette étude présentent une anxiété. Parmi eux, 95% ont une anxiété classée légère.

Il est courant pour quelqu'un de boire un verre ou deux après une dure journée pour atténuer le stress. Cependant, lorsque cette personne souffre d'un trouble anxieux, il est facile que cette boisson se transforme en trois ou cinq alors qu'elle essaie de faire taire son esprit. Cette automédication du problème les rend plus susceptibles de développer une accoutumance et éventuellement une dépendance [49].

D'autre part, il n'est pas rare qu'une personne devenue dépendante à l'alcool développe des symptômes d'anxiété. Cela peut se produire en raison des effets que l'abus d'alcool peut avoir sur le corps de la personne, ou du sevrage s'il reste trop longtemps sans boire. Il est difficile pour ceux qui ont développé à la fois des symptômes d'alcoolisme et d'anxiété de se souvenir vraiment de ce qui est arrivé en premier, mais comprendre cela peut être une étape monumentale dans leur rétablissement [49].

Allant dans le même sens, plusieurs études ont également mis en évidence des troubles anxieux chez les individus ayant des troubles d'usage de l'alcool. C'est le cas de l'étude réalisée par chou *et al* sur les troubles d'usage de l'alcool et l'anxiété aux Etats-Unis et en Corée du Sud en 2011. Ils ont retrouvé que 17,3% des américains ayant un trouble d'usage de l'alcool présentent une anxiété, qu'elle soit légère, modérée ou sévère. Il n'y avait pas de spécificité sur le niveau de l'anxiété. On retrouvait une proportion moins élevée (6,6%) chez les Sud-coréens [50].

4.3.2.5 Évaluation de la dépression

Contrairement à l'anxiété qui était retrouvée chez tous les patients, la dépression l'a été chez 15 patients (soit une proportion de 37,5%). La dépression est significativement liée à l'ensemble des conduites addictives qu'il s'agisse de l'alcoolisme, de la dépendance à d'autres substances psychoactives, du jeu pathologique, de la boulimie et de l'addiction sexuelle. De nombreux modèles psychopathologiques, biologiques et génétiques ont été développés pour rendre compte de l'association entre alcoolisme et dépression. Une question se pose encore aujourd'hui. Il s'agit du lien de cause à effet entre la dépression et les troubles d'usage de l'alcool. Les troubles d'usage de l'alcool peuvent être à l'origine d'une dépression, mais cette dernière peut par ricochet être à l'origine de troubles d'usage de l'alcool [51].

Plusieurs études ont été faites dans ce sens notamment celle de Balhara *et al* en 2017 qui traitait de la coexistence de la dépression et des troubles d'usage de l'alcool au sud-est de l'Asie. En effet, ils ont retrouvé que la proportion de patients déprimés parmi ceux qui avaient des troubles d'usage de l'alcool était de 35% [52]. Ce résultat se rapproche

suffisamment du nôtre. Une autre étude a également été faite par Lejoyeux *et al* en 2010 dans dix pays. Cette étude portait sur les troubles d'usage de l'alcool et la dépression. Elle a retrouvé que 33,4% des patients avec des troubles d'usage de l'alcool étaient aussi déprimés. Ce résultat qu'ils ont trouvé est proche de celui de Balhara *et al*, mais inférieur au nôtre. Cette similarité de résultats montre quand-même que la dépression est très fréquente chez les personnes ayant des troubles d'usage de l'alcool.

CONCLUSION
ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Le Trouble d'Usage de l'Alcool (TUA) est une pathologie mentale chronique assez répandue et encore mal diagnostiquée au Bénin. Ses déterminants et ses facteurs associés ainsi que ses comorbidités ont été abordées au fil des années de différentes façons. Notre étude, tout en allant dans le même sens, jette un regard nouveau sur la façon de diagnostiquer ce trouble et ses différentes comorbidités en prenant en compte aussi bien les facteurs sociodémographiques que les facteurs environnementaux. Cette étude nous a permis d'identifier les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients souffrant de TUA en milieu hospitalier au Bénin. Le sujet souffrant de trouble d'usage de l'alcool est généralement un sujet jeune de sexe masculin sans antécédents médicaux particuliers et développant des troubles d'usage d'autres substances (principalement le tabac) ainsi que des comorbidités associés (principalement la dépression et le risque suicidaire).

Une action dirigée contre les déterminants et les comorbidités du TUA permettra de réduire la charge de cette pathologie mentale au niveau du Bénin.

SUGGESTIONS

Les faits que nous avons remarqués suite à cette étude nous permettent de faire les suggestions suivantes :

- A l'endroit de nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou
  - Organiser des séminaires ou des formations continus à l'endroit du personnel soignant sur le diagnostic et la prise en charge du TUA et de ses comorbidités
- Aux autorités compétentes des différents centres nationaux hospitaliers
  - Démystifier les troubles mentaux chez la population en général en sensibilisant les accompagnants des patients
  - Aider à repérer précocement les patients à risque suicidaire
  - Aider à la réinsertion des patients après le sevrage
- Aux autorités politiques
  - Mettre en place un système de prise en charge sponsorisé par l'État, des patients atteints de troubles d'usage des substances psychoactives en général et du trouble d'usage de l'alcool en particulier ;
  - Organiser des séances de sensibilisation pour les parents, les encadreurs à différents niveaux pour informer les adolescents sur la consommation de substances psychoactives et leurs conséquences ;
  - Diminuer l'offre de l'alcool en augmentant les taxes et le prix des boissons alcoolisées

REFERENCES

1. OMS 2017. Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique. 27 mars 2017; Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_29-fr.pdf

2. Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction

3. Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? Bhutta ZA, éditeur. PLoS ONE. 24 juin 2013;8(6):e65514.

4. National Institute of Alcohol abuse and aAlcoholism. Comprendre le trouble de l'usage de l'alcool. mai 2021;1.

5. National institute of drug abuse. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction#:~:text=L'Institut%20Nord%2DAm%C3%A9ricain%20des,connaissance%20de%20ses%20cons%C3%A9quences%20nocives.%22

6. Définition d'addiction. Toupidictionnaire [Internet]. Disponible sur: https://www.toupie.org/Dictionnaire/Addiction.htm

7. Institut National de Prevention et d'Education pour la Sante. Drogues et conduites addictives. INPES MILDECA. 2015;228 pages.

8. OMS. International statistical classification of diseases and related health problems. 2016; Disponible sur: https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/substance-psychoactive.html

9. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. Addiction. mai 2011;106(5):866-7.

10. Karila L, Benyamina A. Addictions. Rev Mal Respir. févr 2019;36(2):233-40.

11. Bedard MA. Chapitre 13. Neurotransmetteurs et neuropsychologie. In: Traité de neuropsychologie clinique [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008. p. 153-81. (Neurosciences & cognition). Disponible sur: https://www.cairn.info/traite-de-neuropsychologie-clinique--9782804156787-p-153.htm

12. La transmission de l'information nerveuse et le fonctionnement synaptique [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: https://methradar-89.webself.net/blog/2019/01/17/la-transmission-de-linformation-nerveuse-et-le-fonctionnement-synaptique

13. Dervaux A. 2. Neurobiologie des addictions. In: Pratiques cliniques en addictologie [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2017. p. 8-15. (Les Précis). Disponible sur: https://www.cairn.info/pratiques-cliniques-en-addictologie--9782257206749-p-8.htm

14. STAMM. Neurosciences de l'addiction [Internet]. COROMA; 2009. Disponible sur: https://www.ssam-sapp.ch/fileadmin/user_upload/Neurosciences_de_l_addiction.pdf

15. Feltenstein MW, See RE. The neurocircuitry of addiction: an overview: Neurocircuitry of addiction. Br J Pharmacol. mai 2008;154(2):261-74.

16. TASSIN JP. Psychotropes. Propos Un Modè Neurobiol Addict. 2008;14:11-28.

17. Sakae DY, Marti F, Lecca S, Vorspan F, Martín-García E, Morel LJ, et al. The absence of VGLUT3 predisposes to cocaine abuse by increasing dopamine and glutamate signaling in the nucleus accumbens. Mol Psychiatry. nov 2015;20(11):1448-59.

18. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. Nat Rev Neurosci. nov 2011;12(11):652-69.

19. Facteurs de risque, facteurs de protection | MILDECA [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection

20. Stanton Peele. Love and addiction [Internet]. Taplinger Pub; 1975. Disponible sur: https://peele.net/lib/laa4.html

21. Zuckerman M. Psychological factors and addiction: Personality. In: APA addiction syndrome handbook, Vol 1: Foundations, influences, and expressions of addiction. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2012. p. 175-94. (APA handbooks in psychology®).

22. Claude Olievestein. L'enfance du toxicomane [Internet]. Paris; 1982 [cité 22 févr 2023]. P11-33 p. (La vie du toxicomane). Disponible sur: https://www.grea.ch/dossiers/addiction?page=2

23. Goodman A. Addiction: definition and implications. Addiction. nov 1990;85(11):1403-8.

24. Définition et facteurs favorisant l'addiction [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants

25. Quigley LA, Marlatt GA. Drinking Among Young Adults: Prevalence, Patterns, and Consequences. Alcohol Health Res World. 1996;20(3):185-91.

26. Paquot N. [The metabolism of alcohol]. Rev Med Liege. mai 2019;74(5-6):265-7.

28. HACCP. Comment calculer le taux d'alcoolémie ? [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: https://www.permis-de-exploitation.com/1142-l-taux-d-alcoolemie.html

29. Addiction à l'alcool – Complications neurologiques de l'alcoolisme [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/addiction-lalcool-complications-neurologiques-lalcoolisme

30. Menon E, Ribeiro C. Les comas diabétiques. 2011; Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les_comas_diabetiques.pdf

31. Ewenczyk C. Complications neurologiques de l'alcool. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2010;5(3):1-8.

32. Essé Sylvestre Tsogli. Complications neurologiques de l'alcoolisme chronique : physiopathologie et implications thérapeutiques. Médecine Thérapeutique. 1 janv 2019;25(1):65-73.

33. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of *DSM-5* Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. JAMA Psychiatry. 1 août 2015;72(8):757.

34. Reynaud M, Leleu X, Bernoux A, Meyer L, Lery JF, Ruch C. Alcohol use disorders in french hospital patients.. Alcohol Alcohol. 1 nov 1997;32(6):769-75.

35. Beck F, Richard JB. La consommation d'alcool en France. Presse Médicale. 1 oct 2014;43(10, Part 1):1067-79.

36. Gisle L. La consommation d'alcool [Internet]. 2008. (Enquête de santé par interview). Disponible sur: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r2/7.la%20consommation%20d'alcool_r2.pdf

37. Crum RM, Helzer JE, Anthony JC. Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. Am J Public Health. juin 1993;83(6):830-7.

38. Herttua K, Martikainen P, Vahtera J, Kivimäki M. Living alone and alcohol-related mortality: a population-based cohort study from Finland. PLoS Med. sept 2011;8(9):e1001094.

39. Joutsenniemi K, Martelin T, Kestila L, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen S. Living arrangements, heavy drinking and alcohol dependence. Alcohol Alcohol. 16 févr 2007;42(5):480-91.

40. Guitierrez et al. Alcohol Consumption among Middle School Adolescents in Rural and Urban Areas. Disponible sur: https://clinmedjournals.org/articles/iasar/international-archives-of-substance-abuse-and-rehabilitation-iasar-3-011.php?jid=iasar

41. Rieucau J. Image à la une. Ouidah, centre spirituel du Bénin, capitale mondiale du vaudou. Disponible sur: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/a-la-une/image-a-la-une/ouidah

42. Barros. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v41n4/5829.pdf

43. Browne KC, Wray TB, Stappenbeck CA, Krenek M, Simpson TL. Alcohol Consumption, Craving, and Craving Control Efforts Assessed Daily in the Context of Readiness to Change Among Individuals with Alcohol Dependence and PTSD. J Subst Abuse Treat. févr 2016;61:34-41.

44. Di Nicola M, Tedeschi D, De Risio L, Pettorruso M, Martinotti G, Ruggeri F, et al. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. Drug Alcohol Depend. mars 2015;148:118-25.

45. AshaRani PV, Karuvetil MZ, Brian TYW, Satghare P, Roystonn K, Peizhi W, et al. Prevalence and Correlates of Physical Comorbidities in Alcohol Use Disorder (AUD): a Pilot Study in Treatment-Seeking Population. Int J Ment Health Addict. 23 janv 2022;1-18.

46. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hajebi A, Mojtabai R, Radgoodarzi R, et al. Alcohol use disorders in Iran: Prevalence, symptoms, correlates, and comorbidity. Drug Alcohol Depend. juill 2017;176:48-54.

47. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Drug Alcohol Depend. déc 2002;68(3):299-307.

48. Saha TD, Grant BF, Chou SP, Kerridge BT, Pickering RP, Ruan WJ. Concurrent use of alcohol with other drugs and DSM-5 alcohol use disorder comorbid with other drug use disorders: Sociodemographic characteristics, severity, and psychopathology. Drug Alcohol Depend. juin 2018;187:261-9.

49. Alcohol and anxiety. Disponible sur: https://www.alcoholrehabguide.org/resources/dual-diagnosis/alcohol-and-anxiety/

50. Chou SP, Lee HK, Cho MJ, Park JI, Dawson DA, Grant BF. Alcohol Use Disorders, Nicotine Dependence, and Co-Occurring Mood and Anxiety Disorders in the United States and South Korea-A Cross-National Comparison: ALCOHOL USE DISORDERS, NICOTINE DEPENDENCE, AND CO-OCCURRING MOOD AND ANXIETY DISORDERS. Alcohol Clin Exp Res. avr 2012;36(4):654-62.

51. Szprync M, Lejoyeux M. 32. Alcoolisme et dépression. In: Les états dépressifs [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2010. p. 283-7. (Psychiatrie). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-p-283.htm

52. Yatan Pal Singh Balhara. Co-occurring depression and alcohol-use disorders in South-East Asia: A narrative review. 2017;6:50-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

CARACTERISATION DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL : APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE

Cahier d'Observations

NUMERO DOSSIER

Nom du centre	**nom**	**prénom**	**numéro d'inclusion**
Bénin	2 premières lettres	2 premières lettres	
I__I	I__I__I	I__I__I	I__I__I__I

Date de l'information ..... I__I__I I__I__I I_2_I_0_I__I__I

Signature du consentement le ..... I__I__I I__I__I I_2_I_0_I__I__I

Critères d'inclusion :

Diagnostic de Trouble de l'usage de l'alcool (critères DSM-5) ☐ oui non ☐

Age > 18 ans oui non ☐ ☐

Si un « non » coché, ne pas compléter la suite

Critères de non inclusion : aucune case « oui » ne doit être cochée

Age < 18 ans	☐ oui	☐ non
Difficulté de compréhension de l'étude et des questionnaires	☐ oui	☐ non
Maladie grave engageant le pronostic vital	☐ oui	☐ non

Syndrome démentiel diagnostiqué	☐ oui	☐ non
Mesure de protection (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice)	☐ oui	☐ non
Schizophrénie et troubles apparentés	☐ oui	☐ non
Addiction à des substances autres que tabac et cannabis	☐ oui	☐ non
Femme enceinte	☐ oui	☐ non
Participation à une autre recherche impliquant la personne humaine pouvant interférer avec les objectifs de l'étude de l'avis de l'investigateur	☐ oui	☐ non

Si une case « oui » cochée, ne pas poursuivre le remplissage du dossier

Date ..... Praticien référent ..... Unité Fonctionnelle .....

Diagnostique du trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-5

La façon d'utiliser l'alcool, menant à des dysfonctionnements cliniquement significatifs ou à de la détresse psychique, se manifeste par au moins deux des critères suivants, durant les 12 derniers mois

(1) L'alcool est souvent consommé en quantité supérieure ou plus longtemps que prévu

(2) Il existe un désir persistant, ou des efforts infructueux de diminuer ou de contrôler l'usage de l'alcool

(3) Beaucoup de temps est passé dans des activités nécessaires à obtenir de l'alcool ou à récupérer de ses effets

(4) Il existe un craving, un fort désir ou une urgence à consommer de l'alcool

(5) Un usage récurrent d'alcool résultant en l'impossibilité d'assumer ses obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile

(6) L'usage d'alcool se poursuit malgré la survenue de problèmes récurrents et persistants sociaux ou interpersonnels causés ou exacerbés par l'alcool

(7) Les activités sociales, occupationnelles importantes ou récréatives sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'alcool

(8) L'usage récurrent d'alcool dans des situations à risques physiques

(9) L'usage d'alcool est maintenu malgré le fait d'etre au courant de problemes persistants et récurrents, physiques ou psychologiques, qui sont probablement causés ou exacerbés par l'alcool 10) La tolérance, définie comme l'un des critères suivants :

a. Un besoin marqué d'augmenter les quantités d'alcool pour parvenir à l'intoxication ou aux effets désirés

b. Des effets diminués significativement avec l'usage continuel de la meme quantité d'alcool 11) Le sevrage, manifesté par l'un des critères suivants :

a. Les caracteristiques des syndromes de manque d'alcool (mentionnés)

b. De l'alcool (ou une substance similaire telle les benzodiazépines) est consommé pour soulager ou éviter des symptomes

Trouble de l'usage de l'alcool

- ☐ Oui
- ☐ Non

Données socio-démographique

Age I___I___I **Sexe** ☐ F ☐ M

Profession Actif ☐
Non actif ☐

Habitat :
☐ Collectif
☐ Individuel
☐ Individuel isolé

Milieu de vie Urbain ☐
Rural ☐

Situation familiale :
☐ Chez les parents ou famille
☐ Seul
☐ Seul avec enfant(s)
☐ En couple sans enfant
☐ En couple avec enfant(s)
☐ Sans information

Religion:

Données paracliniques

Date de diagnostic du TUA (mois / année) I___I___I I___I___I___I___I

Nombre de sevrages antérieurs (plus de deux semaines, chez soi ou à l'hôpital) :

Nombre d'hospitalisations antérieures pour prise en charge du TUA :

Antécédents neurologiques (Exemple : AVC, trauma crâniens, épilepsie) :

Poids :
Taille :
IMC :

TimeLine Follow Back (TLFB)

1 verre standard équivaut à



une canette/ bouteille de bière de 33 cl



un verre de vin 4 cl ordinaire (12°) rhum, cl



d'alcool fort (ex. : vodka, whisky) de 15



4 cl d'alcool fort, sec ou sous forme de cocktail

Résumé :

Nombre total de jours de consommation :

Nombre total de verres :

Jour	Nombre de verres
J1 :	
J2 :	
J3 :	
J4 :	
J5 :	
J6 :	
J7 :	
J8 :	
J9 :	
J10 :	
J11 :	
J12 :	
J13 :	
J14 :	
J15 :	
J16 :	
J17 :	
J18 :	
J19 :	
J20 :	
J21 :	
J22 :	
J23 :	
J24 :	
J25 :	
J26 :	
J27 :	
J28 :	
J29 :	
J30 :	
J31 :	

Consignes : Une fois identifiés, griser les week-ends ou jours fériés.

Echelle d'évaluation du craving



Absente

Extrêmement importante

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

HARS ***Hamilton Anxiety Rating Scale***	Date :

Cotation : 0=rien 1=faible 2=modérée 3=forte 4=très forte

		0	**1**	**2**	**3**	**4**
1	**HUMEUR ANXIEUSE** Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité					

2	**TENSION** Sensations de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réactions de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensations d'être incapable de rester en place	☐☐ ☐ ☐ ☐
3	**PEURS** Du noir - Des gens qu'on ne connaît pas - D'être abandonné seul - Des gros animaux, etc. - De la circulation - De la foule	☐☐ ☐ ☐ ☐
4	**INSOMNIE** Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars - Terreurs nocturnes	☐☐ ☐ ☐ ☐
5	**FONCTIONS INTELLECTUELLES (COGNITIVES)** Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire	☐☐ ☐ ☐ ☐
6	**HUMEUR DEPRESSIVE** Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Dépression - Insomnie du matin - Variations de l'humeur dans la journée	☐☐ ☐ ☐ ☐
7	**SYMPTOMES SOMATIQUES GENERAUX (MUSCULAIRES)** Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Secousses cloniques - Grincements des dents - Voix mal assurée	☐☐ ☐ ☐ ☐
8	**SYMPTOMES SOMATIQUES GENERAUX (SENSORIELS)** Tintement d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de picotements	☐☐ ☐ ☐ ☐
9	**SYMPTOMES CARDIOVASCULAIRES** Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extrasystoles	☐☐ ☐ ☐ ☐
10	**SYMPTOMES RESPIRATOIRES** Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée	☐☐ ☐ ☐ ☐
11	**SYMPTOMES GASTRO-INTESTINAUX** Difficultés pour avaler - Vents - Dyspepsie - Douleur avant/après le repas - Sensations de brûlure - Ballonnements - Pyrosis - Nausées - Vomissements - Creux à l'estomac - Coliques abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation	☐☐ ☐ ☐ ☐
12	**SYMPTOMES GENITO-URINAIRES** Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidité - Mictions fréquentes - Urgence de la miction - Ejaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance	☐☐ ☐ ☐ ☐
13	**SYMPTOMES DU SYSTEME NERVEUX AUTONOME** Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation	☐☐ ☐ ☐ ☐
14	**COMPORTEMENT LORS DE L'ENTRETIEN** (GENERAL) : Tendu, non à son aise - Agitation nerveuse des mains - Tripote ses doigts - Serre les poings - Tics - Serre son mouchoir - Instabilité va-et-vient - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale (PHYSIOLOGIQUE) : Avale sa salive - Eructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexes tendineux vifs - Tremblement - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières	☐☐ ☐ ☐ ☐

HDRS - Echelle de dépression dr Hamilton *traduction française révisée par j.d. guelfi*

INSTRUCTIONS : Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante.

1 - Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)		**1**	
✦ Absent	☐		0
✦ Ces états affectifs ne sont signalés que si on interroge le sujet	☐		1
✦ Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément	☐		2

✦ Le sujet communique ces états affectifs non verbalement par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer. ✦ Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales			3 4
2 - Sentiments de culpabilité ✦ Absent ✦ S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens ✦ Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables ✦ La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité ✦ Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes		**2**	0 1 2 3 4
3 - Suicide ✦ Absent ✦ A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ✦ Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même ✦ Idées ou geste de suicide ✦ Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse)		**3**	0 1 2 3 4
4 - Insomnie du début de la nuit ✦ Pas de difficulté à s'endormir ✦ Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'un demi-heure ✦ Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir		**4**	0 1 2
5 - Insomnie du milieu de la nuit ✦ Pas de difficulté ✦ Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit ✦ Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit - sauf si c'est pour uriner)		**5**	0 1 2
6 - Insomnie du matin ✦ Pas de difficulté ✦ Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort ✦ Incapable de se rendormir s'il se lève		**6**	0 1 2
7 - Travail et activités ✦ Pas de difficulté ✦ Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente ✦ Perte d'intérêt pour les activités professionnelle ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque). ✦ Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle). ✦ A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé		**7**	0 1 2 3 4
8 - Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice) ✦ Langage et pensée normaux ✦ Léger ralentissement à l'entretien		**8**	0 1

✦ Ralentissement manifeste à l'entretien ✦ Entretien difficile ✦ stupeur			2 3 4
9 - Agitation ✦ Aucune ✦ Crispations, secousses musculaires ✦ Joue avec ses mains, ses cheveux, etc… ✦ Bouge, ne peut rester assis tranquille ✦ Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvre		**9**	0 1 2 3 4
10 - Anxiété psychique ✦ Aucun trouble ✦ Tension subjective et irritabilité ✦ Se fait du souci à propos de problèmes mineurs ✦ Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage ✦ Peurs exprimées sans qu'on pose de questions		**10**	0 1 2 3 4

11 - Anxiété somatique Concomitants physiques de l'anxiété tels que : Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations) ; Cardiovasculaires (palpitations, céphalées) ; Respiratoires (hyperventilation, soupirs) ; Pollakiurie ; Transpiration ✦ Absente ✦ Discrète ✦ Moyenne ✦ Grave ✦ Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle		**11**	0 1 2 3 4

12 - Symptômes somatiques gastro-intestinaux ✦ Aucun ✦ Perte d'appétit mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale. ✦ A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques	☐ ☐ ☐	**12**	0 1 2
13 - Symptômes somatiques généraux ✦ Aucun ✦ Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité ✦ Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net	☐ ☐	**13**	0 1 2
14 - Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels ✦ Absents ✦ Légers ✦ Graves		**14**	0 1 2
15 - Hypocondrie ✦ Absente ✦ Attention concentrée sur son propre corps ✦ Préoccupations sur sa santé ✦ Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc ✦ Idées délirantes hypochondriaques		**15**	0 1 2 3 4
16 - Perte de poids - coter A (d'après les dires du malade) **ou B (**appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées) **A** ✦ Pas de perte de poids ✦ Perte de poids probable liée à la maladie actuelle ✦ Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet) **B** ✦ Moins de 500 g de perte de poids par semaine ✦ Plus de 500 g de perte de poids par semaine ✦ Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine	☐ ☐ ☐	**16**	0 1 2 0 1 2
17 - Prise de conscience ✦ Reconnaît qu'il est déprimé et malade ✦ Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc ✦ Nie qu'il est malade		**17**	0 1 2
TOTAL			

Batterie Rapide d'Evaluation Frontale (BREF) *Dubois et Pillon*

1 Similitudes (élaboration conceptuelle)

En quoi se ressemblent :

▶ Une **banane** et une **orange** ☐1

aider le patient en cas d'échec total : « elles ne se ressemblent pas »
ou partiel : « elles ont toutes les deux une peau »,
en disant : « une orange et une banane sont toutes les deux des… » ;
ne pas aider le patient pour les 2 itemps suivants

▶ une **table** et une **chaise** ? ☐1

▶ une **tulipe**, une **rose** et une **marguerite** ? ☐1

SCORE ☐ **/3**

cotation : Seules les réponses catégorielles (fruits, meubles, fleurs) sont considérées comme correctes,

3 réponses correctes = 3
2 réponses correctes = 2 1 réponse correcte = 1 aucune réponse correcte = 0

2 Evocation lexicale (flexibilité mentale)

▶ **Nommez le plus possible de mots différents, par exemple des animaux, des plantes, des objets, mais ni prénoms, ni noms propres, commençant par la lettre « S »**

▶ Si le patient ne donne aucune réponse pendant les 5 premières secondes, lui dire : « **par exemple serpent** ». Si le patient fait des pauses de plus de 10 secondes, le stimuler après chaque pause en lui disant **« n'importe quel mot commençant par la lettre S** ».

cotation
Le temps de passation est de 60 secondes ; les répétitions de mots, les variations sur un même mot (sifflet, sifflement), les noms et prénoms ne sont pas comtpés comme des réponses correctes.

Plus de 10 mots = 3 ☐3
de 6 à 10 mots = 2 ☐2
de 3 à 5 mots = 1 ☐1
moins de 3 mots = 0 ☐0

SCORE ☐ **/3**

3 Comportement de préhension (autonomie environnementale)

▶ L'examinateur est assis en face du patient dont les mains reposent sur les genoux, paumes ouvertes vers le haut

▶ L'examinateur approche doucement les mains et touche celles du patient, pour voir s'il va saisir spontanément

▶ Si le patient les prend, lui demander : « **maintenant, ne prenez plus mes mains** »

cotation

Le patient ne prend pas les mains de l'examinateur = 3 ☐3
Le patient hésite ou demande ce qu'il doit faire = 2 ☐2
Le patient prend les mains sans hésitation = 1 ☐1

	Le patient prend les mains de l'examinateur, après que celui-ci lui ait demandé de ne pas le faire = 0	☐0	
	SCORE		**/3**

4 Séquences motrices (programmation)

▶ « **Regardez attentivement ce que je fais** »
L'examinateur assis en face du patient exécute seul trois fois avec sa main gauche la séquence de Luria « **tranchepoing-paume** »

▶ « **Maintenant, vous allez exécuter avec votre main droite cette séquence, d'abord en même temps que moi, puis seul** »

▶ L'examinateur effectue alors trois fois la séquence avec sa main gauche en même temps que le patient, puis lui dit : « **continuez** ».

cotation	Le patient exécute seul 6 séquences consécutives correctes = 3	☐3	
	Le patient exécute seul au moins 3 séquences consécutives correctes = 2	☐2	
	Le patient exécute seul mais exécute 3 séquences consécutives correctes en même temps que l'examinateur = 1	☐1	
	Le patient ne peut exécuter 3 séquences consécutives correctes, même avec l'examinateur = 0	☐0	
	SCORE		**/3**

5 Consignes conflictuelles (sensibilité à l'interférence)

▶ « **Lorsque je tape une fois, vous devez taper deux fois** »
Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 1-1-1

▶ « Lorsque je tape deux fois, vous devez taper une fois »
Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 2-2-2. La séquence proposée est la suivante : 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

cotation	Aucune erreur = 3	☐3	
	1 ou 2 erreurs = 2	☐2	
	plus de 2 erreurs = 1	☐1	
	Le patient tape le même nombre de coups que l'examinateur au moins 4 fois consécutives = 0	☐0	
	SCORE		**/3**

6 Go – No Go (contrôle inhibiteur)

▶ « Lorsque je tape une fois, vous devez taper une fois »
Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 1-1-1

▶ « Lorsque je tape deux fois, vous ne devez pas taper »
Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 2-2-2. La séquence proposée est la suivante : 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

cotation	Aucune erreur = 3	☐3	

= 0	1 ou 2 erreurs = 2 plus de 2 erreurs = 1 Le patient tape le même nombre de coups que l'examinateur au moins 4 fois consécutives	☐2 ☐1 ☐0	
	SCORE		**/3**

TOTAL		**/18**

A. ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

(➡ SIGNIFIE : ALLEZ À LA CASE DE DIAGNOSTIC, ENTOUREZ **NON** ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

A1	a	Vous est-il déjà arrivé de vous sentir déprimé(e) ou abattu(e), ou triste, vide ou sans espoir presque toute la journée, presque tous les jours, pendant une période de deux semaines ?	NON	OUI
		SI NON, COTEZ NON À **A1b** ; SI **OUI**, DEMANDEZ :		
	b	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou abattu(e), ou triste, vide ou sans espoir, presque toute la journée, presque tous les jours ?	NON	OUI
A2	a	Vous êtes-vous déjà senti(e), pendant une période de deux semaines, nettement moins intéressé(e) par la plupart des choses ou nettement moins capable d'apprécier les choses que vous appréciez habituellement ?	NON	OUI
		SI NON, COTEZ NON À **A2b** ; SI **OUI**, DEMANDEZ :		
	b	Au cours des deux dernières semaines, étiez-vous nettement moins intéressé(e) par la plupart des choses ou nettement moins capable d'apprécier les choses que vous appréciez habituellement ?	NON	OUI
		A1a OU **A2a** SONT-ELLES COTÉES **OUI** ?	➡ NON	OUI

A3 SI **A1b** OU **A2b** = **OUI** : EXPLOREZ L'ÉPISODE **ACTUEL** ET L'ÉPISODE **PASSÉ** LE PLUS SYMPTOMATIQUE, SINON
SI **A1b** ET **A2b** = **NON**, EXPLOREZ **SEULEMENT** L'ÉPISODE **PASSÉ** LE PLUS SYMPTOMATIQUE

Au cours de cette période de deux semaines pendant laquelle vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses :

			2 dernières semaines		Épisode passé	
	a	Aviez-vous soit plus d'appétit, soit moins d'appétit que d'habitude, et ce presque tous les jours ? Avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention (variation au cours du mois de ±5 %, c.-à-d. ± **3,5 kg** pour une personne de **70 kg**) ? COTER **OUI** SI **OUI** À L'UNE OU L'AUTRE	NON	OUI	NON	OUI
	b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (difficulté à s'endormir, réveils au milieu de la nuit ou plus tôt que prévu, ou dormir trop) ?	NON	OUI	NON	OUI
	c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude ou, au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ? Quelqu'un l'a-t-il remarqué ?	NON	OUI	NON	OUI
	d	Vous sentiez-vous fatigué(e) ou sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	NON	OUI
	e	Vous sentiez-vous bon(ne) à rien ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	NON	OUI
	f	Aviez-vous du mal à vous concentrer, à réfléchir ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	NON	OUI
	g	Avez-vous pensé à plusieurs reprises à la mort (**LA PEUR DE MOURIR NE COMPTE PAS DANS CE CAS**), ou l'idée de vous suicider vous a-t-elle traversé l'esprit, ou aviez-vous l'intention ou le projet de vous suicider ? Avez-vous tenté de vous suicider ? **COTER OUI SI OUI À L'UNE OU L'AUTRE.**	NON	OUI	NON	OUI
A4		Ces symptômes ont-ils entraîné des difficultés ou des problèmes significatifs à la maison, au travail, à l'école, socialement, dans vos relations avec les autres ou d'une autre manière significative, et représentent-ils un changement par rapport à votre mode de fonctionnement antérieur ?	➡ NON	OUI	➡ NON	OUI

M.I.N.I. –Adaptation à partir de la version 5.0.0,
Equipe Addiction SANPSY CNRS USR 3413 – version du 1 août 2019

A7	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, par la prise de médicaments ou de substances?	NON	➡ OUI	NON	➡ OUI
A5	Entre 2 épisodes de dépression, avez-vous déjà eu un intervalle d'au moins deux mois sans aucune dépression significative ni perte d'intérêt significative ?	N/A		NON	OUI

Y A-T-IL AU MOINS 5 RÉPONSES COTÉES **OUI (ENTRE A1 ET A3)**?

PRÉCISEZ SI L'ÉPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSÉ.

SI **A5** EST COTÉE **OUI,** COTER **OUI** POUR RÉCURRENT.

NON	**OUI**
ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR	
ACTUEL	☐
PASSÉ	☐
RÉCURRENT	☐

A6 a Combien d'épisodes de dépression avez-vous eu dans votre vie ? _____

Les épisodes doivent être entrecoupés de périodes d'au moins 2 mois sans dépression significative.

A6 c Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? /__/__/ ans (Première fois)

A6 d Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ? /__/__/ ans (Dernière fois)

M.I.N.I. –Adaptation à partir de la version 5.0.0,
Equipe Addiction SANPSY CNRS USR 3413 – version du 1 août 2019

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI
C6	**Au cours de votre vie,** Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI

Y A-T-IL AU MOINS **UN** OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	☐
MOYEN	☐
ELEVE	☐

M.I.N.I. –Adaptation à partir de la version 5.0.0,
Equipe Addiction SANPSY CNRS USR 3413 – version du 1 août 2019

Y A-T-IL AU MOINS **4** RÉPONSES **J2** COTÉES **OUI** ?

NON	OUI

TROUBLE LIE AU JEU D'ARGENT

PASSÉ ❑
ACTUEL ❑

DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ:

LÉGER = **4-5** DES SYMPTÔMES **J2**
MODÉRÉ = **6-7** DES SYMPTÔMES **J2**
SÉVÈRE = **8-9** OU PLUS DES SYMPTÔMES **J2**

EN RÉMISSION PRÉCOCE = CRITÈRES NON REMPLIS DEPUIS 3 À 12 MOIS.
EN RÉMISSION DURABLE = CRITÈRES NON REMPLIS DEPUIS 12 MOIS OU PLUS

PRÉCISEZ SI :

LÉGER ❑
MODÉRÉ ❑
SÉVÈRE ❑

EN RÉMISSION PRÉCOCE ❑
EN RÉMISSION DURABLE ❑

J3a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous jouiez et aviez les problèmes dont nous venons de parler ? /__/__/ ans (Première fois)

J3B Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ? /__/__/ ans (Dernière fois)

M.I.N.I. –Adaptation à partir de la version 5.0.0,
Equipe Addiction SANPSY CNRS USR 3413 – version du 1 août 2019

i	Avez-vous été dans l'incapacité de remplir vos responsabilités au travail, à l'école ou à la maison parce que vous pratiquiez (*préciser le comportement*) de façon répétée ?	NON	OUI	NON	OUI	*pb*
j	Vous est-il arrivé plus d'une fois de pratiquer *(préciser le comportement)* dans une situation où cela était physiquement risqué pour vous ou pour d'autres personnes (ex. comme conduire une voiture ou une moto, utiliser une machine, faire du bateau, etc.) ?	NON	OUI	NON	OUI	*pb*
k	Avez-vous continué à pratiquer *(préciser le comportement)*, même si cela entraînait des problèmes avec votre famille ou d'autres personnes ?	NON	OUI	NON	OUI	*pb*

Y A-T-IL AU MOINS **2** RÉPONSES **J2** COTÉES **OUI** ?
(**J2b1** ET **J2b2** NE FONT QU'UN PARMI CES CHOIX)

NON	**OUI**

TROUBLE DE L'USAGE D'UN COMPORTEMENT

PASSÉ ❒
ACTUEL ❒

DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ DU TROUBLE LIÉ À UN COMPORTEMENT :

LÉGER = **2-3** DES SYMPTÔMES **J2**
MODÉRÉ = **4-5** DES SYMPTÔMES **J2**
SÉVÈRE = **6** OU PLUS DES SYMPTÔMES **J2**

EN RÉMISSION PRÉCOCE = CRITÈRES NON REMPLIS DEPUIS 3 À 12 MOIS.
EN RÉMISSION DURABLE = CRITÈRES NON REMPLIS DEPUIS 12 MOIS OU PLUS (DANS LES DEUX CAS, À L'EXCEPTION DU **CRITÈRE h.** [ENVIE IRRÉPRESSIBLE] CI-DESSUS).

PRÉCISEZ SI :

LÉGER ❒
MODÉRÉ ❒
SÉVÈRE ❒

EN RÉMISSION PRÉCOCE ❒
EN RÉMISSION DURABLE ❒

J3a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous aviez pratiqué ce comportement et aviez les problèmes dont nous venons de parler ? /__/__/ ans (Première fois)

J3B Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ? /__/__/ ans (Dernière fois)

Préciser si problème rencontré :
.....
.....
.....

M.I.N.I. –Adaptation à partir de la version 5.0.0,
Equipe Addiction SANPSY CNRS USR 3413 – version du 1 août 2019

REFERENCES

1. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. J. Clin Psychiatry, 1998;59 (suppl 20): 22-33.

2. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. European Psychiatry. 1997; 12:232-241.

3. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. European Psychiatry. 1997; 12: 224-231.

4. Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. European Psychiatry. 1998; 13:26-34.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author wishes to acknowledge the valuable contributions made to the earlier versions of the MINI for DSM III-R and DSM IV by:

1. Yves Lecrubier, my close collaborator (now deceased) on the initial development of the MINI for DSM III-R, the DSM IV and ICD-10.
2. Juris Janavs, Emanuelle Weiller, Christer Allgulander, Kathy Harnett-Sheehan, Roxy Baker, Michael Sheehan, Chris Gray, Thierry Hergueta, N. Kadri, David Baldwin, Christian Even, Rosario Hidalgo, Marelli Soto-Colon, Ossama Osman.
3. Patricia Amorim for her extensive work on the development of the expanded version of the Psychotic Disorders Module and algorithms for DSM III-R. We have evolved her model further in the MINI for Psychotic Disorders 7 and in the MINI Plus 7 for DSM-5.
4. Executive Scientific committee for the MINI 6.0.0 for DSM-IV:
   Christer Allgulander, Stockholm, Sweden
   A. Carlo Altamura, Milano, Italy
   Cyril Hoschl, Praha, Czech Republic
   George Papadimitriou, Athens, Greece
   Hans Ågren, Göteborg, Sweden
   Hans-Jürgen Möller, München, Germany
   Hans-Ulrich Wittchen, Dresden, Germany
   István Bitter, Budapest, Hungary
   Jean-Pierre Lépine, Paris, France
   Jules Angst, Zurich, Switzerland
   Julio Bobes, Oviedo, Spain
   Luciano Conti, Pisa, Italy
   Marelli Colon-Soto MD, Puerto Rico, United States
   Michael Van Ameringen MD, Toronto, Canada
   Rosario Hidalgo MD, Tampa, United States
   Siegfried Kasper, Vienna, Austria
   Thomas Schlaepfer, Bonn, Germany
5. Mapi and the many academic translation teams internationally who collaborated in ensuring that quality translations became available in over 70 languages or language variants. Mapi (http://www. mapigroup. com) is now the official translation and linguistic validation service for all variants of the MINI.
6. Individual clinicians and patients who over the years made countless suggestions to help improve the accuracy and clinical value to the MINI: JM Giddens for her advice on the MINI 7 version of the Suicidality Disorders Module, Dr. Michael Van Ameringen for assistance with the ADHD module, and Dr Pauline Powers for her advice on the modules on Anorexia Nervosa and Bulimia.
7. Validation studies of the MINI were made possible, in part, by grants from SmithKlineBeecham and the European Commission.

Annexe 2 : Autorisation du comité d'étique

UNIVERSITE DE PARAKOU

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE

(CLERB-UP)

Parakou le 27 janvier 2022

REF:0503./CLERB-UP/P/SP/R/SA

AVIS ETHIQUE

Le COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) s'est réunie en sa session du 27 janvier 2022. Il a étudié le dossier du projet d'étude « **Caractérisation du Trouble de l'Usage de l'Alcool : Approche bio-psycho-sociale 'ALCOTRANS'** ».

Ledit projet d'étude est soumis par Mr **Thibaut GELLE** doctorant Sciences, Biologie et Santé.

Après étude et clarification, ledit projet tel que présenté est conforme et respecte les principes éthiques fondamentaux (respect de la dignité et de la liberté des personnes, respect du principe de bienfaisance et de non malfaisance).

En conséquence le CLERB-UP déclare que ce projet respecte les principes éthiques et en donne un avis favorable.

Pour le CLERB-UP, le Secrétaire Permanent, P.O.

Comité Local d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de Parakou – Secrétaire Permanent

Professeur Thierry ADOUKONOU

NOTE IMPORTANTE : Les avis du CLERB-UP ne constituent que des avis et la responsabilité du CLERB-UP ne peut nullement être engagée dans le déroulement et la conduite des projets qui lui sont soumis. Cet avis n'est valable que pour ce projet.

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE DE L'UNIVERSITE DE PARAKOU (CLERB-UP), BP 123 Parakou, Faculté de Médecine

TABLE DES MATIERES

ACTION DE GRACE I

DEDICACES III

REMERCIEMENTS V

HOMMAGES IX

SOMMAIRE XVIII

INTRODUCTION 1

1 . GENERALITES 4

1.1 Définition de concepts 5

1.1.1 Addiction 5

1.1.2 Substance psychoactive 5

1.1.3 Addiction aux substances 5

1.1.4 Alcoolisme 6

1.1.5 Neurotransmetteur 6

1.2 Neurobiologie des addictions 6

1.2.1 Système de récompense dopaminergique 7

1.2.2 Découplage sérotonine-noradrénaline 10

1.2.3 Autres neurotransmetteurs et mécanisme des substances psychoactives 11

1.2.4 Rôle du cortex préfrontal 12

1.2.5 Mécanismes et aspects psycho-sociaux de la dépendance 12

1.2.6 Facteurs de risques 14

1.2.6.1 Facteurs individuels[19] 14

1.2.6.2 Facteurs liés au produit de consommation 15

1.2.6.3 Facteurs socio-environnementaux[19] 16

1.3 Absorption et métabolisme de l'alcool 16

1.4 Mesure de l'alcoolémie 19

1.5 Diagnostic de trouble d'usage de l'alcool 19

1.5.1 Selon le DSM-5 19
1.5.2 A la clinique 20
1.5.3 Diagnostic des complications 21
1.5.3.1 Complications neurologiques aiguës de l'intoxication alcoolique aigue 21
1.5.3.2 Complications neurologiques aigues du sevrage alcoolique aigue[29]23
1.5.3.3 Complications neurologiques de l'intoxication alcoolique chronique 24
1.5.3.4 Autres complications 29
1.6 Épidémiologie du Trouble de l'Usage de l'alcool 31
2 . CADRE ET METHODES D'ETUDE 33
2.1 Cadre d'étude 34
2.1.1 CNHU HKM 34
2.1.2 CNHU-P 36
2.1.3 CHD- PARAKOU 36
2.2 Méthode d'étude 37
2.2.1 Type d'étude 37
2.2.2 Période de collecte 37
2.2.3 Population d'étude 37
2.2.4 Critères d'éligibilité 37
2.2.5 Echantillonnage 38
2.2.5.1 Technique d'échantillonnage 38
2.2.5.2 Taille de l'échantillon 38
2.2.6 Collecte des données 38
2.2.6.1 Technique de collecte 38
2.2.6.2 Outils de collecte 39
2.2.7 Déroulement de la collecte 43
2.2.8 Variables 43
2.2.9 Analyse des données 44

2.2.10 Considérations éthiques et déontologiques 44
- **Difficultés rencontrées** 45
3 . RESULTATS 46
3.1 DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS 47
3.2 CARACTERISTIQUES CLINIQUES 49
3.2.1 Répartition des patients selon leurs antécédents 49
3.2.2 Répartition des patients selon leur indice de masse corporelle (IMC) 50
3.2.3 Evaluation du craving des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022 51
3.2.4 Prévalence des comorbidités psychiatriques chez les patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022 52
3.2.5 Substances psychoactives consommées par les patients TUA au CNHU HKM, au CNHUP et au CHD B/A en 2022 53
3.2.6 Consommation d'alcool des patients TUA 7 jours et un mois avant la passation du questionnaire au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A 54
3.2.7 Niveau d'anxiété des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A 55
3.2.8 Niveau de dépression des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A 56
3.2.9 Atteinte frontale des patients TUA au CNHU-HKM, au CNHUP et au CHD B/A 56
4 . DISCUSSION 58
4.1 Atteinte des objectifs 59
4.2 La validité interne des résultats 59
4.3 Comparaison des résultats à ceux des autres auteurs 60
4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques 60
4.3.1.1 Age 60
4.3.1.2 Sexe 61
4.3.1.3 Niveau d'étude 61

4.3.1.4 Situation familiale 62
4.3.1.5 Milieu de vie 62
4.3.1.6 Religion 63
4.3.2 Aspects cliniques 63
4.3.2.1 Craving 63
4.3.2.2 Comorbidités psychiatriques 64
4.3.2.3 Troubles d'usage d'autres substances autres que l'alcool 65
4.3.2.4 Évaluation de l'anxiété 65
4.3.2.5 Évaluation de la dépression 66
CONCLUSION 68
ET SUGGESTIONS 68
REFERENCES 71
ANNEXES ..... A
TABLE DES MATIERES ..... W

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

Résumé

Introduction : La consommation de substances psychoactives dont le trouble de l'Usage de l'Alcool (TUA) constitue un problème de santé publique dans le monde. En Afrique et dans le monde, ces troubles sont encore sous diagnostiqués et peuvent être associés à différentes comorbidités. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques et épidémiologiques du Trouble d'Usage de l'Alcool en milieu hospitalier à Cotonou et à Parakou en 2022.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 08 Avril 2022 au 31 Décembre 2022, dans 3 centres hospitaliers universitaires du Bénin. Elle a porté sur 40 patients sélectionnés TUA selon le DSM V. Les données ont été collectées par entretien face à face grâce à un questionnaire digitalisé contenant des échelles psychologiques standardisés.

Résultats : Nous avons retrouvé 37 patients de sexe masculin 3 de sexe féminin soit une sex-ratio H/F de 12,33. Plus de la moitié des patients était instruite, professionnellement active et vivait en milieu urbain. Soixante-dix-sept pour cent des patients n'avaient pas d'antécédents médicaux particuliers. Aussi, 75% des patients questionnés avaient un IMC normal. L'évaluation du craving chez les patients interrogés a permis de constater que 42,5% avaient un craving à au moins 8. Le craving moyen retrouvé était de 6,6 Les principales comorbidités psychiatriques retrouvées étaient l'épisode dépressif majeur et le risque suicidaire. La principale substance consommée à part l'alcool était le tabac.

Conclusion : Le Trouble d'Usage de l'Alcool (TUA) est une pathologie mentale chronique assez répandue et encore mal diagnostiquée au Bénin. Il est caractérisé au Bénin par une prédominance masculine et chez les adultes jeunes. La prise en charge des déterminant du TUA et de ses comorbidités pourra réduire le poids de cette pathologie mentale au Bénin.

Mots clés : Trouble d'usage de l'alcool, comorbidités psychiatriques, atteinte frontale, CNHU-HKM, CNHU-P, CHU-D Alibori-Borgou

Abstract

Introduction: The use of psychoactive substances, including alcohol use disorders (AUD), is a public health problem worldwide. In Africa and worldwide, these disorders are still under-diagnosed and may be associated with different comorbidities. The objective of this study was to investigate the clinical and epidemiological aspects of alcohol use disorders in hospitals in Cotonou and Parakou in 2022.

Method: This was a descriptive cross-sectional study that took place from April 8, 2022 to December 31, 2022, in 3 university hospitals in Benin. It included 40 patients selected as TUA according to the DSM V. Data were collected by face-to-face interview using a digitalized questionnaire containing standardized psychological scales.

Results: We found 37 male patients and 3 female patients, i.e. a sex ratio of 12.33. More than half of the patients were educated, professionally active and lived in urban areas. Seventy-seven percent of the patients had no specific medical history. Also, 75% of the patients surveyed had a normal BMI. The assessment of craving in the patients interviewed showed that 42.5% had a craving of at least 8. The average craving found was 6.6. The main psychiatric comorbidities found were major depressive episode and suicidal risk. The main substance used, apart from alcohol, was tobacco.

Conclusion: Alcohol Use Disorder (AUD) is a chronic mental illness that is widespread and still poorly diagnosed in Benin. It is characterized in Benin by a predominance of males and young adults. The management of the determinants of AUR and its comorbidities could reduce the burden of this mental pathology in Benin.

Key words: Alcohol use disorder, psychiatric comorbidities, frontal involvement, CNHU-HKM, CNHU-P, CHU-D Alibori-Borgou