

Mise en évidence d'une modification des habitudes de consommation de substances psychoactives au travers du suivi d'une activité d'urgence psychiatrique

Evidence of a modification of the profile of addictive drugs consumption through the study of patients consulting a psychiatric emergency room

P. Minner, L. From et P. Verbanck

Institut de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, C.H.U. Brugmann

RESUME

La consommation de substances psychoactives est une raison fréquente de fréquentation des services d'urgence psychiatrique. Nous présentons l'évolution, sur une période de plus de 10 ans, des substances mentionnées comme problématiques chez les patients consultant les urgences psychiatriques du C.H.U. Brugmann. De profondes modifications ont été observées au cours du temps. En particulier, la consommation problématique d'opiacés a été progressivement remplacée par celle de cannabis, de psychostimulants et récemment de drogues de synthèse. Nous pensons que ceci est le témoin d'une modification des habitudes de consommation dans la population générale, qui implique une modification des stratégies de prévention et d'intervention chez les personnes consommatrices de substances.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 5-10

ABSTRACT

The consumption of psychoactive drugs is frequently the reason of consultation in a psychiatric emergency unit. We present here the evolution over time of the consumption pattern of patients consulting the psychiatric emergency unit of the Brugmann University Hospital. Major modifications were observed during this period. Mainly, problematic consumption of opiates was progressively overwhelmed by this of cannabis, psychostimulants and recently synthesis drugs. We suggest that this reflects the situation of psychoactive drugs consumption in the general population. This implicates a modification of prevention and treatment attitudes in drug consuming persons.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 5-10

Key words : drugs, emergency unit, evolution, epidemiology

INTRODUCTION

L'usage de substances psychoactives est responsable d'une multitude de problèmes de santé, mais aussi souvent d'une importante détresse sur le plan social. Ceci a pour conséquence une très importante sollicitation des services médicaux par leurs consommateurs. Ceci concerne toutes les disciplines médicales, mais les interlocuteurs de première ligne pour ces patients sont le plus souvent les médecins généralistes et les urgences psychiatriques. La nature des motivations de telles consultations est d'une grande

diversité, et ne concerne parfois que très indirectement la prise de toxiques qui en est pourtant à l'origine. Des stratégies de dépistage et d'analyse des demandes de soins ont par conséquent été popularisées auprès des praticiens. Notons que, très logiquement, ces méthodes ont été le plus souvent développées en vue de dépister l'usage ou le mésusage des substances les plus fréquemment consommées comme l'alcool ou les opiacés. Toutefois, il n'est pas certain que ces méthodes d'intervention soient encore aujourd'hui les plus adéquates, surtout si on considère l'apparition croissante sur le marché de nouvelles drogues. Dans

le but d'éclaircir ce sujet, nous avons tenté d'évaluer l'évolution au cours du temps des *patterns* de consommation de toxiques parmi les patients fréquentant les structures de soins en Région bruxelloise. Nous rapportons ici notre observation sur plusieurs années des caractéristiques de consommation des patients fréquentant les urgences psychiatriques du C.H.U. Brugmann. Nous pensons que ces données peuvent nous donner des indications sur l'évolution de la situation non seulement dans ce secteur particulier, mais aussi dans la population générale ; cela permettrait d'actualiser les politiques de dépistage et de prise en charge des patients usagers de toxiques. Aucune étude en Belgique ne renseigne sur l'évolution de la consommation. Il faut souligner que les études épidémiologiques dénombrent entre 15.000 et 70.000 toxicomanes lourds en Belgique et l'épidémiologie sur les substances est défailante en Belgique¹. Aucune donnée épidémiologique ne renseigne sur la réalité des phénomènes de consommation de drogues mais uniquement sur sa visibilité.

Au Luxembourg, une étude multi-méthodes² indique que la prévalence absolue et le taux de prévalence de l'usage problématique de drogues HRC (*High Risk Consume*) augmentent depuis 1997 avec un tassement entre 1999 et 2000. Il y a une stabilisation de l'usage problématique d'héroïne et de l'usage intraveineux de toutes substances confondues entre 1999 et 2000.

Les addictions motivent par elles-mêmes des demandes de consultation et on sait qu'elles accompagnent fréquemment les pathologies psychiatriques, plus élevées (50 %) pour les psychoses schizophréniques et maniaques que pour les troubles anxieux et dépressifs (30 %)³.

METHODES

Depuis de nombreuses années, le C.H.U. Brugmann bénéficie, au sein du service des urgences, d'une équipe de garde spécialisée dans les soins psychiatriques. Un recueil systématique de données est réalisé par cette équipe lors de tout passage d'un patient qui lui est adressé. Signalons toutefois que les modalités d'enregistrement ont été modifiées durant la période concernée par la présente étude : de 1991 à 1997, les données étaient collationnées dans une " note de garde " avec en 1996 et 1997 une collation informatisée des notes de garde. Depuis 1998, une feuille d'encodage structurée a été développée et intégrée à une base de données informatisée. Durant l'ensemble de la période, des questions ont été posées de manière systématique sur la consommation de substances psychoactives.

Nous présentons dans cette étude la situation de consommation de patients signalant avoir des difficultés liées à leur consommation de substances. Cet aspect problématique de la consommation est variable suivant la substance considérée, le degré de dépendance

qu'elle induit, les pathologies psychiatriques et organiques associées à cet usage et la subjectivité de l'utilisateur et de son entourage. A cet égard, nous assistons à une augmentation des demandes d'aide liées à l'usage de cannabis dont la perception se modifie pour les soignants et les patients ou leur entourage.

Ce type de demande, malgré une consommation de haschich, n'existait pas il y a 10 ans.

Nous approchons la distinction entre consommation problématique et autre consommation par le ratio entre le diagnostic principal, c'est-à-dire le diagnostic qui motive directement la venue à la garde et l'ensemble des diagnostics d'abus et dépendance de substances que l'anamnèse a permis de retrouver. Une consommation problématique implique la consommation actuelle et répétée de substances à risque élevé, génératrice de nuisances médico-psychosociales pour le consommateur ou la collectivité avec une intégration socio-économique déficiente associée à une toxicodépendance ou une infraction.

Précisons toutefois que nous n'intégrerons pas, dans les résultats présentés, la consommation de tabac, fréquente, mais dont le relevé n'a pas été systématique.

RESULTATS

Les résultats sont résumés dans le Tableau 1 (1991-1995) et dans le Tableau 2 (1996-2004). Le nombre total de consultations psychiatriques en urgence fluctue pendant l'ensemble de la période autour d'environ 3.000 contacts-patients par an. L'âge moyen est de 37,40 (min. 37,21 et max. 38,57) avec 46 % de femmes. Le profil sociodémographique pour ces 2 paramètres est resté stable. De manière constante, à peu près la moitié de ces consultations concernent des patients présentant des problèmes liés en premier lieu à l'utilisation de produits psychoactifs.

Tableau 1 : Evolution du nombre de consultations en urgence de 1991 à 1995 (au total, puis concernant l'assuétude à un produit). A noter que les consommations de méthadone, d'ecstasy et de LSD n'ont pas été systématiquement explorées pendant les premières années (noté par -).

	1991	1992	1993	1994	1995
Nombre de consultations	3.414	3.655	2.819	3.034	3.045
Alcool	596	523	360	451	450
Héroïne	810	760	420	368	281
Méthadone	-	-	-	-	-
Cannabis	12	13	11	13	14
Cocaïne	10	12	16	18	20
Ecstasy	-	-	-	-	0
LSD	-	-	-	-	6

Tableau 2 : Evolution du nombre de consultation de 1996 à 2004. La méthadone prescrite a été distinguée de la méthadone illégale à partir de 1998.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Chi carré
Consultation	3.069	2.935	2.860	3.069	2.960	2.943	2.790	2.821	3.025	
Age moyen	37,41	37,24	37,33	37,26	37,21	37,39	36,99	36,98	38,57	
Femme	1.440	1.346	1.241	1.369	1.334	1.373	1.242	1.298	1.405	0,129
Alcool	607	708	989	949	840	976	872	896	899	0,000
Héroïne	190	160	142	127	76	85	94	96	72	0,000
Méthadone	66	72	99	65	67	68	66	42	75	0,000
Cannabis	28	105	194	180	255	301	250	280	303	0,000
Cocaïne	24	62	83	98	102	108	119	151	135	0,000
Ecstasy	0	17	20	21	36	44	22	17	12	0,000
LSD	1	2	6	3	8	15	7	9	2	0,015
Méthadone illégale	-	-	26	11	13	10	18	24	19	0,017
Méthadone traitement	-	-	73	54	54	58	48	18	60	0,000

Il faut remarquer que, si on observe une augmentation relative dans la prévalence des problèmes liés à l'alcool, on note parallèlement une modification spectaculaire des prévalences de problèmes liés à d'autres produits. Au début de la période d'observation, les problèmes liés aux opiacés, et en particulier à l'héroïne, étaient à l'avant-plan ; par contre, ils ont été progressivement supplantés par l'utilisation de cannabis, de cocaïne et de plus en plus de drogues de synthèse. Ceci est illustré par la Figure 1 (1996 à 2004 pour méthadone, cannabis, cocaïne, ecstasy et LSD) et par la Figure 2 (1991 à 2004 pour héroïne et alcool). La nature des produits se modifie mais l'usage simultané de plusieurs substances reste relativement constant bien que les chiffres ne permettent pas de remonter avant 1998 (Tableau 3). 34 % des consommateurs utilisent plus d'une substance et 10 % plus de 2. Les associations préférentielles de substances et les caractéristiques socio-démographiques et médicales des consommateurs font l'objet d'une étude actuellement en cours.

Nous avons également différencié le diagnostic motivant la consultation et la demande d'aide, de la présence avouée d'une consommation.

Des nuances existent pour chaque substance ; la consommation d'alcool banale sans dépendance ou abus (DSM IV) n'est jamais prise en compte.

Pour les autres substances, la diversité de type d'usage propre aux patients ne permet pas de trancher de manière catégorique entre consommation dangereuse ou non (Tableaux 4 et 5).

DISCUSSION

La prise en charge de patients souffrant

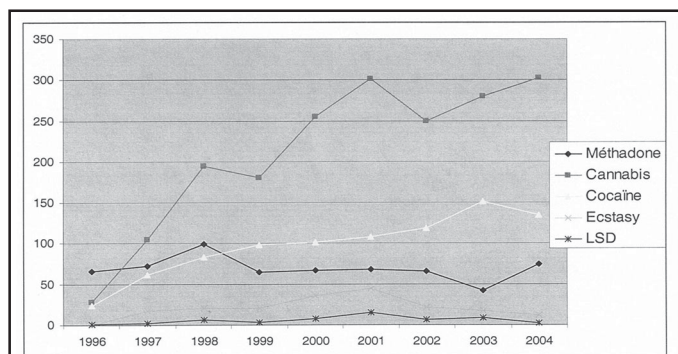


Figure 1 : Evolution des consultations en urgence avec usage de méthadone, cannabis, cocaïne, ecstasy, LSD de 1996 à 2004.

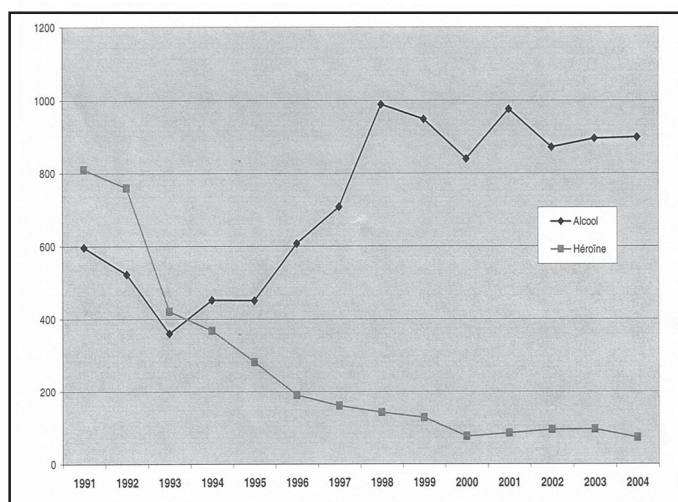


Figure 2 : Evolution des consultations en urgence avec présence d'usage d'héroïne et d'alcool de 1991 à 2004.

d'assuétudes apparaît comme une des activités principales d'une unité accueillant les urgences psychiatriques. Dans cette étude, il est même probable

Tableau 3 : Un tiers des patients utilisent plus d'une substance. Nombre de produits pour l'ensemble des patients utilisateurs de substances.

Nombre de produits	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
1	918	869	924	998	881	853	900	6.343
2	323	366	317	333	323	303	297	2.262
3	94	98	69	86	63	78	88	576
4	50	37	37	23	29	40	45	261
+ de 5	20	16	21	17	11	8	15	108
Total	1.405	1.386	1.368	1.457	1.307	1.282	1.345	9.550

Tableau 4 : La consultation ou le motif de la venue à la garde était directement en rapport avec une consommation problématique de la substance, c'est-à-dire que le diagnostic ayant motivé la consultation était en rapport avec le produit.

Substances principales en diagnostic	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Alcool	574	535	483	504	400	315	420
Héroïne	89	67	39	41	59	65	79
Cannabis	5	7	6	6	5	11	16
Cocaïne	3	14	5	21	8	11	20

Tableau 5 : Total diagnostic du motif de la consultation 1998-2004 et total emploi de la substance. Le ratio indique la proportion pour laquelle le patient demande spécifiquement une aide suite à son usage de la substance.

	Usage	Usage et motif de consultation		Ratio
Héroïne	692	439	692/439	1,58
Alcool	6.421	3.231	6.421/3.231	1,99
Cocaïne	796	82	796/82	9,7
Cannabis	1.763	56	1.763/56	31,5

que le problème soit sous-estimé, dans la mesure où les résultats reposent essentiellement sur l'anamnèse des patients et non pas sur un screening systématique à l'aide de tests biologiques de dépistage. Ceci traduit sans doute l'existence d'unités spécialisées permettant la prise en charge de tels patients au sein du C.H.U. Brugmann, mais met surtout en évidence la très importante prévalence de consommation de substances psychoactives en Région bruxelloise, tant parmi la population générale que chez les demandeurs de soin. En effet, il a été démontré de longue date qu'il existe une corrélation précise entre le nombre de consommateurs de produits psychoactifs et la prévalence des problèmes liés à leur usage. En particulier, il a été montré qu'il existait, en France, une corrélation significative entre la consommation de boissons alcoolisées par habitant et par an et l'incidence de décès par cirrhose⁴ ; nous avons fait des observations similaires sur la base de données belges délivrées par l'Institut National de Statistiques.

Toutefois, il faut remarquer que la nature des substances donnant lieu à abus s'est progressivement modifiée.

De manière globale, les problèmes liés aux opiacés ont spectaculairement diminué ; ceci est certainement une conséquence directe du changement de politique par rapport à l'usage de la méthadone comme produit de substitution. D'autre part, au cours des 10 dernières années, les structures spécialisées pour patients usagers de drogues se sont multipliées en Région bruxelloise. Beaucoup d'entre elles sont orientées de manière préférentielle vers les patients dépendant aux opiacés, ce qui explique sans doute aussi leur diminution de fréquentation des services d'urgence.

On ne peut pour autant affirmer que les problèmes de drogue sont en régression en Région bruxelloise, mais il faut prendre conscience du fait qu'ils ont changé de nature. De nouvelles habitudes de consommation sont actuellement à l'avant-plan.

En ce qui concerne le cannabis⁵, en Communauté française, la prévalence d'usage pour les 15-16 ans a régulièrement augmenté sur la période 1994-2000. L'ecstasy est actuellement en Belgique le 2^{ème} produit le plus utilisé après le cannabis. 4 % des 15-16 ans l'ont déjà utilisé (en 2000) et la proportion d'utilisateurs réguliers dans les consommateurs est passée de 34 à 45 % entre 1994 et 1998.

En premier lieu, il faut attirer l'attention sur la multiplication des patients consultant pour des problèmes liés à l'usage de cannabis ; ce dernier s'est

spectaculièrement développé au cours des dernières années, dans notre pays comme dans les pays limitrophes, et cela probablement en partie en raison de la grande disponibilité du produit et des messages confus délivrés par le pouvoir politique à son sujet. Beaucoup de personnes sont convaincues que son usage est légalisé, alors que les directives qui ont été édictées ne préconisent qu'une certaine souplesse dans le traitement des dossiers pénaux des personnes qui en sont détentrices.

Par ailleurs, les usagers de cocaïne sont 10 fois plus nombreux qu'il y a une dizaine d'années. L'étude *HBSC survey*⁶ a montré entre 1993 et 1999, une augmentation des demandes de traitement pour la cocaïne et une diminution des demandes pour l'héroïne. Cette spectaculaire augmentation est liée en particulier à une restructuration du marché de la drogue à la suite d'une réduction de l'utilisation d'héroïne due à la meilleure accessibilité à des programmes de substitution ou de désintoxication, ainsi qu'à la crainte d'une infection par le virus HIV. L'effondrement du prix de l'héroïne a été manifestement compensé par un meilleur marketing de produits à plus haute valeur ajoutée comme les psychostimulants.

Dans le même ordre d'idée, il faut mettre l'accent sur l'augmentation récente des drogues de synthèse comme l'ecstasy. Il est probable que, dans ce domaine, nous ne soyons qu'au début d'une épidémie, car la consommation de ces produits touche des sujets très jeunes qui ne seront vraisemblablement amenés à demander de l'aide que dans les années qui viendront.

Par contre, il faut remarquer que, dans notre échantillon de patients recrutés dans le contexte de soins d'urgences psychiatriques, très peu d'entre eux mentionnaient l'abus de médicaments, et en particulier de benzodiazépines, comme première raison de consultation. Ceci doit, à notre sens, s'interpréter à la fois comme un manque de perception qu'ont les personnes qui en consomment des difficultés entraînées par leur usage, mais aussi comme un témoin de la grande sécurité de ces médicaments, même si leur mésusage doit évidemment être décelé et prévenu.

Cette modification du profil de consommation de toxiques a des implications importantes sur le plan médical.

En premier lieu, l'archétype du toxicomane s'injectant de l'héroïne et marginalisé sur le plan social est en train de disparaître, remplacé par des situations cliniques et des profils de patients plus variés ; ceci a pour conséquence que le diagnostic d'abus de toxiques nécessite aujourd'hui une vigilance accrue et un interrogatoire systématique sur les habitudes de consommation. De plus, dans des situations d'urgence, il ne faut pas hésiter à faire appel à des examens biologiques permettant la détection d'un large panel de substances.

D'autre part, la consommation préférentielle d'autres produits que les opiacés ou l'alcool impose la recherche d'autres complications sur le plan somatique et psychiatrique. Par exemple, il faut être particulièrement attentif aux complications cardiovasculaires liées à la prise de psychostimulants⁷ et/ou de produits de synthèse, et aux affections respiratoires induites par l'utilisation de cannabis⁸. De même, les psychostimulants entraînent fréquemment des troubles de l'humeur et des troubles anxieux^{9,10}, alors que l'utilisation régulière de cannabis augmente de manière significative le risque de psychoses aiguës et chroniques¹¹⁻¹⁴.

Enfin, et même si ce n'est pas un facteur étudié dans notre travail, il est indispensable de prendre en considération la présence de plus en plus fréquente de polytoxicomanie, ou à tout le moins l'utilisation éventuellement problématique d'autres produits à d'autres moments de la vie du patient. Ceci crée des situations cliniques nouvelles ; en particulier, on rapporte dans tous les pays industrialisés une épidémie d'hépatite C chez les patients admis pour sevrage dans des unités d'alcoologie^{15,16}, y compris en Belgique*. Ceci reflète principalement des expériences antérieures de consommation de drogues illicites.

CONCLUSIONS

Dans ce travail étudiant l'évolution, au cours du temps, du profil de consommation de toxiques chez les patients fréquentant les soins d'urgences psychiatriques du C.H.U. Brugmann, nous avons mis en évidence une modification drastique des habitudes de consommation. La prévalence globale des problèmes liés à la consommation de toxiques n'a guère évolué ; par contre, nous avons constaté une modification spectaculaire de la représentation des produits dont la consommation problématique mène à consulter. Ainsi, la consommation d'opiacés a spectaculairement diminué, alors qu'une bonne partie de la stratégie d'intervention dans le domaine de la toxicomanie concerne encore de manière préférentielle la prise en charge de patients héroïnomanes. Par contre, nous avons constaté une augmentation spectaculaire des problèmes liés au cannabis et aux psychostimulants, et dans une moindre mesure ceux liés aux drogues de synthèse. Il est très vraisemblable que cette observation faite dans un secteur d'urgence soit le témoin d'une évolution générale des habitudes de consommation dans notre pays. Bien qu'il n'existe aucune étude nationale sur l'évolution de la toxicomanie, différents indicateurs vont dans le sens d'une diminution de la consommation d'héroïne au profit d'autres drogues. Ceci implique une vigilance accrue pour le diagnostic de ces consommations, et une meilleure connaissance tant des médecins urgentistes que des médecins généralistes des problèmes liés à l'utilisation et à l'abus de ces produits, en particulier lorsque plusieurs d'entre eux sont utilisés de manière conjointe.

* De Nutte N et Verbanck P, résultats non publiés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pelc I, De Ruyver B, Casselman J, Macquet C : Evaluation des maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues : rapport de synthèse globale, 2001. Bruxelles, SSTC, 2001
2. Origer A : Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique des drogues à risque élevé et d'acquisition illicite. Etude comparative multi-méthodes 1997-2000 - série de recherche n° 2. Point focal OEDT, CRP-santé, Luxembourg
3. Raskin VD, Miller NS : The epidemiology of the comorbidity of psychiatric and addictive disorders : a critical review. J Addict Dis 1993 ; 12 : 45-57
4. Lederman S : Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Paris, Presses Universitaires de France, 1956
5. Vanderveken M : Belgian national report on drugs. Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, 2001 : 191-6
6. HBSC survey 1999 : The health behavior in school-aged children : Health policy for children and adolescents, n° 4
7. Frishman WH, Del Vecchio A, Sanal S, Ismail A : Cardiovascular manifestations of substance abuse. Part 1 : cocaine. Heart Dis 2003 ; 5 : 187-201
7. Frishman WH, Del Vecchio A, Sanal S, Ismail A : Cardiovascular manifestations of substance abuse. Part 2 : alcohol, amphetamines, heroin, cannabis and caffeine. Heart Dis 2003 ; 5 : 253-71
8. Van Hoozen BE, Cross CK : Marijuana. Respiratory tract effects. Clin Rev Allergy Immunol 1997 ; 15 : 243-69
9. Majewska MD : Cocaine addiction as a neurological disorder : implication for treatment. NIDA Res Monogr 1996 ; 163 : 1-26
10. Skinstad AH, Swain A : Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. Am J Drug Alcohol Abuse 2001 ; 27 : 45-64
11. Arsenault L, Cannon M, Witton J, Murray RM : Causal association between cannabis and psychosis : examination of the evidence. Br J Psychiatry 2004 ; 184 : 110-7
12. Degenhardt L, Hall W : Cannabis and psychosis. Curr Psychiatry Rep 2002 ; 4 : 191-6
13. Smit F, Bolier L, Cuijpers P : Cannabis use and the risk of later schizophrenia : a review. Addiction 2004 ; 99 : 425-30
14. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G : Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia : Swedish conscripts of 1969 : historical cohort study. BMJ 2002 ; 325 : 1199
15. Lieber CS : Alcohol and hepatitis C. Alcohol Res Health 2001 ; 25 : 245-54
16. Rosman AS, Waraich A, Galvin K, Casiano J, Paronetto F, Lieber CS : Alcoholism is associated with hepatitis C but not hepatitis B in an urban population. Am J Gastroenterol 1996 ; 91 : 498-505

Correspondance et tirés à part :

P. MINNER
C.H.U. Brugmann
Institut de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles

Travail reçu le 29 juillet 2004 ; accepté dans sa version définitive le 17 novembre 2006.