

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE 1992

CONTRIBUTION A LA PREVENTION DE L'USAGE
ABUSIF DES DROGUES CHEZ LES SUJETS
DE 10 A 44 ANS DANS LE TROISIEME
ARRONDISSEMENT DE BANGUI
(REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE)

MEMOIRE

POUR LE CERTIFICAT D'ETUDES SPECIALES DE PSYCHIATRIE

Présenté et soutenu

le 20 Novembre 1992 par

André TABO

Né le 04 Mars 1958 à Tangbando
(République Centrafricaine)

Directeur de Mémoire :

M. le Professeur René Gualbert AHYI

RESUME

Après une étude d'épidémiologie descriptive sur le niveau, la forme et les mobiles de l'usage abusif des drogues au sein d'un échantillon de la population du troisième arrondissement de Bangui, l'auteur a fait des propositions en vue de l'approche communautaire de la prévention de ce phénomène.

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYEN : Professeur Eusèbe ALIHONOU

VICE-DOYEN : Professeur Nazaire PADONOU

SECRETAIRE PRINCIPAL : Monsieur Michel GOZO

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT 1991 - 1992

PROFESSEURS

1. Dr Vincent DAN	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
2. Dr Edouard GOUDOTE	ANATOMIE-CHIRURGIE
3. Dr Henry-Valère T. KINIFFO	PATHOLOGIE CHIRURGICALE
4. Dr Eusèbe Magloire ALIHONOU	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
5. Dr Benoît-Christophe SADELER	PARASITOLOGIE
6. Dr Honoré ODOULAMI	CHIRURGIE GENERALE
7. Dr Félix Adjai HAZOUME	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
8. Dr Alexis HOUNTONDI	MEDECINE INTERNE
9. Dr Bruno MONTEIRO	MEDECINE INTERNE
10. Dr Souleymane BASSABI	OPHTALMOLOGIE
11. Dr Léon Ayité MEDJI	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
12. Dr Nazaire PADONOU	CHIRURGIE GENERALE

PROFESSEURS AGREGES

13. Dr René Gualbert AHYI	PSYCHIATRIE
14. Dr Isidore Sossa ZOHOUN	HEMATOLOGIE
15. Dr César AKPO	UROLOGIE
16. Dr Yves Hilarion AGBOTON	SANTE PUBLIQUE
17. Dr Béatrice AGUESSY AHYI	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
18. Dr Théophile SODOGANDJI	PHARMACOLOGIE
19. Dr Hippolyte AGBOTON	CARDIOLOGIE
20. Dr Thérèse Ange A. AGOSSOU	PSYCHIATRIE
21. Dr Martin K. CHOBLI	ANESTHESIE-REANIMATION
22. Dr Barthélémy R. DARBOUX	BIOLOGIE HUMAINE
23. Dr Florencia PADONOU do ANGO	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
24. Dr René Xavier PERRIN	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
25. Dr Dominique S. ATCHADE	ANESTHESIE-REANIMATION
26. Dr Blaise AYIVI	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE

27. Dr Kémoko O. BAGNAN	CHIRURGIE GENERALE
28. Dr Martin GNINAFON	MEDECINE INTERNE
29. Dr Achille MASSOUGBODJI	PARASITOLOGIE
30. Dr Marina MASSOUGBODJI	CARDIOLOGIE
31. Dr Germain OUSSA	OPHTALMOLOGIE
32. Dr Théophile Kossi ZOHOUN	SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS-ASSISTANTS

1. Dr Comlan Théodore ADJIDO	PSYCHIATRIE
2. Dr Simon AKPONA	BIOCHIMIE
3. Dr Abdou Rahmann AGUEMON	ANESTHESIE-REANIMATION
4. Dr Coffi André BIGOT	HEMATOLOGIE
5. Dr Célestin Y. HOUNKPE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
6. Dr Nicolas KODJOH	MEDECINE INTERNE
7. Dr Jijoho PADONOU	CHIRURGIE
8. Dr Sémiou LATOUNDJJI	HEMATOLOGIE
9. Dr José de SOUZA	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
10. Dr Sogbadji VODOUHE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
11. Dr Karl Augustin A. VOYEME	ANATOMIE-CHIRURGIE
12. Dr Vénérand ATTOLOU	NEPHROLOGIE
13. Dr Benjamin FAYOMI	MEDECINE DU TRAVAIL
14. Dr François DJROLO	MEDECINE INTERNE
15. Dr Fabien HOUNGBE	MEDECINE INTERNE
16. Dr Josiane EZIN HOUNGBE	PSYCHIATRIE
17. Dr Prosper GANDAHO	PSYCHIATRIE
18. Dr René HODONOU	UROLOGIE
19. Dr Michel LAWSON	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
20. Dr Ambroise KOURA	CHIRURGIE
21. Dr Antoinette MEGNIGBETO OBEY	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
22. Dr Jean AKPOVI	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
23. Dr Sévérin ANAGONOU	BACTERIOLOGIE
24. Dr Martin AVIMADJE	RHUMATOLOGIE
25. Dr Gilbert Dossou AVODE	NEUROLOGIE
26. Dr Amidou BABA MOUSSA	SANTE PUBLIQUE
27. Dr Vincentia TOGNISSO-BOCO	RADIOLOGIE
28. Dr Vincent C. DJOSSOU	ODONTO-STOMATOLOGIE

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 29. Dr Claudia DOUTETIEN | OPHTALMOLOGIE |
| 30. Dr Sikiratou KOUMAKPAI | PEDIATRIE ET GENETIQUE
MEDICALE |
| 31. Dr Issifou TAKPARA | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| 32. Dr Hubert G. YEDOMON | DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE |
| 33. Dr Gervais M. HOUNNOU | ANATOMIE-CHIRURGIE |
| 34. Dr Cyrille AHOSSI | MICROBIOLOGIE |

COLLABORATEURS EXTERIEURS NATIONAUX

PROFESSEUR

- | | |
|---------------------------|---|
| Monsieur Jacques SETONDJI | BIOCHIMIE
Faculté des Sciences et
Techniques (FAST) |
|---------------------------|---|

MAITRES DE CONFERENCES

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Monsieur Georges ACCROMBESSI | CHIMIE ORGANIQUE
Faculté des Sciences et
Techniques (FAST) |
| 2. Monsieur Taofiki AMINOU | PHYSICO-CHIMIE GENERALE
Faculté des Sciences et
Techniques (FAST) |
| 3. Monsieur Ibrahim KORA | BIOCHIMIE
Faculté des Sciences et
Techniques (FAST) |

AUTRES INTERVENANTS

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. Monsieur Jacques YEHOUESSI | SOINS INFIRMIERS |
| 2. Dr Georges HAZOUME | PHARMACOLOGIE |
| 3. Madame Honoria AKOGBETO | SOINS INFIRMIERS |
| 4. Dr Joseph DAH ZOCLANCLOUNON | PHARMACOLOGIE |

COLLABORATEURS EXTERIEURS

(Mission d'Enseignement)

PROFESSEURS

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Dr Jacques BERTHET | PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain (Belgique) |
| 2. Dr Véronique DENEYS | IMMUNOLOGIE GENERALE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain (Belgique) |
| 3. Dr Philippe DEWITTE | PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain (Belgique) |
| 4. Dr Michel DUMAS | NEUROLOGIE
Faculté de Médecine
Université de Limoges (France) |
| 5. Dr A. HAUMONT | ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain (Belgique) |
| 6. Dr J. KOLANOWSKI | PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain (Belgique) |

7. Dr Jacques LLORY
BIOPHYSIQUE
Faculté de Médecine
Université de Montpellier (France)
8. Dr Antoine de MASCAREL
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Faculté de Médecine
Université de Bordeaux II (France)
9. Dr Henri MOURAY
BIOCHIMIE
U.E.R. de Médecine de Tours (France)
10. Dr Pierre WITTOUCK
PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain (Belgique)
11. Henri NOEL
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain (Belgique)

DEDICACES

AU GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Ma formation a constitué la première priorité de votre politique de mise en place des soins de santé mentale dans notre pays.

Recevez ici l'assurance de ma profonde gratitude et de mes sentiments patriotiques.

A MON PERE ET MA MERE

Vous m'avez toujours enseigné l'amour du travail.

Puisse ce travail témoigner de mon filial attachement.

A MES ONCLES J. MALE ET B. NDACKE

"In Memoriam"

A MES FRERES ET SOEURS, COUSINS ET COUSINES

Ce travail est votre légitime fierté.

Qu'il soit pour vous l'expression de ma profonde affection et qu'il resserre davantage nos liens de fraternité.

A LEONIE MELANIE ET AMBROISINE

Depuis plusieurs années et tout au long de ma formation, vous avez partagé avec moi mes peines et mes joies.

Permettez-moi de vous associer à la joie que j'éprouve à la fin de ce cursus et que ce travail soit pour vous l'expression de mon profond amour.

A MES ENFANTS PETULA G.L., M. OLIVE, E. PAMELLA, SONIA E.

et D. MIRABELLE

Votre chemin est long. Imprimez à votre vie simplicité, courage, persévérance, amour de l'autre. Faites mieux que moi. Affection paternelle.

REMERCIEMENTS

A L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Pour les énormes sacrifices financiers consentis pour notre formation.

Sincères remerciements.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DES SCIENCES
DE LA SANTE DE BANGUI

Bien que loin de nous, vous n'avez jamais cessé de nous encourager dans nos études. Ce travail est la première des victoires que nous vous avons promises.

Qu'il témoigne de notre reconnaissance.

A TOUT LE PERSONNEL

- DU BUREAU DE LA REPRESENTATION
DE L'OMS A COTONOU

- DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU

- DU SERVICE DE DOCUMENTATION DE L'INSTITUT REGIONAL
DE SANTE PUBLIQUE DE COTONOU

- DU SERVICE DE PSYCHIATRIE AU CNHU DE COTONOU

Votre disponibilité, votre courtoisie, votre franche collaboration et votre gentillesse nous ont beaucoup marqué.
Soyez-en tous remerciés.

A MONSIEUR K.S. DJATON DE L'INSTITUT NATIONAL
DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE

Sincères remerciements pour l'analyse statistique de nos résultats.

A J. SELGUETIA,
Au Docteur E. NGUEMBI,
A Madame A. TOUABONA-KETTE,
A Monsieur D. ZOUAKA,
A nos Enquêteurs
A Monsieur D. KENGUELEOUA

Pour votre concours combien précieux durant le recueil de nos données.

Profonde gratitude.

AUX AUTORITES POLITICO-ADMINISTRATIVES DU 3^e
ARRONDISSEMENT DE BANGUI

Pour toute votre disponibilité au cours de notre enquête.
Patriotique reconnaissance.

A NOTRE MAITRE Dr. T.C. ADJIDO

A NOS AINES LES Drs J. HOUNGBE, P. GANDAHO, G.D. AVODE

Vos conseils nous ont beaucoup illuminé. Ce travail est en partie le vôtre.

Vifs remerciements.

AU DOCTEUR K. GOURO

En souvenir des quatre années pleines d'émotions passées ensemble.

AUX DOCTEURS A. DJIDONOU, E. FIOSSI-KPADONOU et C. HOUSSOU
Beaucoup de courage pour parvenir au but poursuivi.

A TOUTE LA FAMILLE BAH

A TOUTE LA COLONIE CENTRAFRICAINE AU BENIN

A NOS AMIS ET A CEUX QUI NOUS ONT AIDE POUR CE TRAVAIL

Recevez ici le témoignage de notre amitié sincère et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Raymond M. JOHNSON.

Vous avez suscité notre vocation et guidé nos premiers pas en Psychiatrie.

Votre soutien moral ne nous a jamais manqué.

Déférente reconnaissance.

A Madame AHYI Philomène

Epouse de notre Maitre, collaboratrice, vous avez été aussi une mère pour nous. Puisse Dieu vous rendre le double de ce que vous nous avez donné.

A NOTRE MAITRE

Madame le Professeur Agrégé Thérèse A. A. AGOSSOU.

Votre rigueur et votre goût du travail bien fait sont des qualités qui, ajoutées à votre simplicité et votre savoir-faire, vous caractérisent et suscitent autour de vous respect et admiration.

Sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE MEMOIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR René G. AHYI, Coordonnateur du CES de Psychiatrie à la Faculté des Sciences de la Santé.

Que dirions-nous qui ne soit pas déjà dit avec de meilleures expressions par plusieurs générations d'étudiants qui nous ont précédé à vos côtés.

Votre rigueur intellectuelle et morale, tant pour vous-même que pour les autres n'a rien enlevé à la simplicité, à la modestie, au sacrifice de soi, à la tolérance.

Ces qualités humaines peu communes qui vous attirent respect et admiration.

Ce travail que vous avez accepté de diriger malgré vos multiples occupations est l'occasion de témoigner à votre famille et à vous-même de notre respectueuse reconnaissance.

AU PRESIDENT DE NOTRE JURY

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de mémoire.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Honorables et éminents Maîtres, nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail à sa juste valeur. Vos critiques et vos suggestions ne feront qu'en améliorer la qualité.

AU PERSONNEL DU PROJET MEPS

Pour le sérieux et les soins que vous avez mis dans la dactylographie de ce mémoire.

Sincères remerciements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I. Définitions - Historique - Classifications

II. Facteurs étiopathogéniques

III. Les produits fréquemment incriminés en Afrique et dans le monde

DEUXIEME PARTIE : CADRE, METHODE, SUJETS ET MATERIEL DE L'ETUDE

I. Le Cadre de l'étude

I.1. La ville de Bangui

I.2. Le troisième arrondissement

I.3. Raisons du choix du cadre

II. Méthodologie - Sujets et Matériel de l'étude

II.1. La taille de l'échantillon

II.2. Méthodologie de l'échantillonnage

II.3. La technique d'étude

II.4. La durée de l'étude

II.5. Choix et formation des enquêteurs

III. Difficultés rencontrées

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUETE

- Analyse des données

- Discussion et Revue de la littérature.

QUATRIEME PARTIE : LA PREVENTION

I. Inventaire des moyens de prévention

II. Propositions d'activités de prévention

INTRODUCTION

Les différentes franges de la société centrafricaine, notamment sa jeunesse, s'adaptent de moins en moins aux réalités liées aux profondes mutations sociales qui s'opèrent dans le pays.

Malgré l'absence d'enquête épidémiologique, nous avons constaté au cours des consultations et hospitalisations que les consommateurs des drogues de toutes sortes deviennent de plus en plus nombreux, surtout en milieu urbain centrafricain.

Jadis réservée exclusivement aux initiés qui ne s'en servaient que dans un but rituel, la drogue est actuellement utilisée dans presque toutes les classes d'âge de la société centrafricaine.

Les produits incriminés sont innombrables et divers, allant des licites aux illicites en passant par ceux détournés de leur usage habituel.

Poussés par l'irrésistible envie de se procurer la drogue, ces sujets commettent des actes médico-légaux (vol, coups et blessures, escroquerie, voire homicide, etc...).

Les répercussions socio-économiques et sanitaires sur ces consommateurs et leur entourage familial et professionnel sont nombreuses, alors que les moyens d'assistance sont limités voire pratiquement inexistantes à Bangui.

Il nous a donc paru nécessaire et urgent de réfléchir sur les différentes activités de prévention de l'usage abusif de drogues existantes ou à entreprendre à Bangui et surtout dans le troisième arrondissement. C'est pourquoi, sous la direction de notre Maître, le Professeur René Gualbert AHYI, nous avons décidé de faire une recherche sur le niveau, la forme et les mobiles de la consommation de drogues dans le troisième

arrondissement de la ville de Bangui et de proposer des solutions visant à y prévenir l'usage abusif des drogues.

Les objectifs spécifiques de notre travail sont les suivants :

- 1) Déterminer la prévalence de l'usage abusif des drogues ; au sein d'un échantillon de la population des deux sexes, âgée de 10 à 44 ans, résidant dans le troisième arrondissement de Bangui;
- X 2) Identifier les principaux facteurs psycho-sociaux incriminés dans l'usage abusif des drogues, ses répercussions socio-économiques et sanitaires sur les usagers et leur entourage familial et professionnel;
- 3) Recenser les différents moyens de prévention existants actuellement dans cet arrondissement;
- 4) Proposer à partir des résultats de notre enquête, des approches de solutions pour la prévention de l'usage abusif de drogues.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons adopté le plan ci-après.

Après l'introduction, nous parlerons dans la première partie de notre travail des généralités sur les drogues.

La seconde partie sera consacrée à la description du cadre, de la méthode, des sujets et du matériel de notre étude.

Dans la troisième partie, nous présenterons les résultats de notre enquête, que nous analyserons et discuterons.

La quatrième partie sera réservée à un inventaire de moyens de prévention du fléau existants actuellement dans le troisième arrondissement de Bangui.

Enfin, nous conclurons notre travail en faisant des propositions pour une meilleure prévention de la consommation abusive de drogues dans la zone de notre étude.

**PREMIERE PARTIE
GENERALITES**

I.1. LES DEFINITIONS

La question des usages de drogues est suffisamment complexe et délicate pour mériter qu'on apprenne à en parler avec précision.

L'unanimité n'est souvent pas faite sur les sens donnés aux différents termes utilisés en toxicomanie ; il nous paraît nécessaire de rappeler ici les définitions les plus courantes.

I.1.1. Les drogues

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) définit un médicament (ou drogue) comme "toute substance qui, introduite dans l'organisme vivant, modifie une ou plusieurs de ses fonctions. " (79).

Cette définition de l'O.M.S. généralement adoptée est vaste.

Elle le devient davantage lorsqu'il s'agit de sensations ou d'habitudes qui peuvent exercer un pouvoir irrésistible.

W. MODELL, en 1967, définissait une drogue comme une "substance qui, par sa composition chimique, peut modifier la structure ou le fonctionnement d'un organisme vivant...

La drogue exerce une action biologique d'ordre général..." (79).

Cette dénomination très générale désigne toutes substances psychotropes ou non, médicamenteuses ou non, licites ou illicites, n'entraînant pas toujours des abus ou une dépendance. Mais aujourd'hui, le mot "drogue", nom générique des matières utilisées pour les préparations pharmaceutiques, est plus souvent employé pour désigner les plantes, substances et produits dont l'usage habituel conduit à la toxicomanie, c'est-à-dire capables de modifier l'activité mentale de l'utilisateur, ses sensations et ses comportements.

En effet, la toxicomanie naît de la consommation abusive et/ou déviante de ces substances, plantes ou produits.

I.1.2. Les toxicomanies

Il n'existe pas de société qui n'ait connu au cours de son évolution certaines drogues, que celles-ci soient consommées en toute légalité, sous contrôle médical, ou bien illégalement, par des personnes qui les mastiquent, les prisent, inhalent, avalent, fument ou encore les administrent par voie parentérale (79).

D'abord intéressé aux effets thérapeutiques des substances chimiques, l'individu les a ensuite utilisées délibérément pour modifier l'état psychique, l'activité mentale et le comportement, de manière à échapper à l'ennui, à l'inquiétude, à l'insupportable réalité du quotidien, à l'emprise d'une société qu'il tient pour responsable de ses maux.

Entre l'homme et la drogue, s'établit alors une étrange complicité. Le recours à la drogue devient la source d'une énergie nouvelle ou d'une meilleure humeur (79).

Ce comportement pathologique de recours à l'usage et à l'abus des drogues reçut le nom de toxicomanie.

Le concept même de la toxicomanie date du début des années 20. Il a été utilisé largement par les médecins, les juristes et les sociologues, chacun essayant de le définir à sa manière, avec son savoir, ses techniques et son idéologie (13).

Et au fil des années, d'autres définitions apparurent toujours pour mieux cerner ce comportement (79).

Nous allons essayer de donner les plus fréquemment utilisées en sachant que celles-ci se modifient avec le temps.

Ainsi, pour A.M. POROT cité par SAGBO (79) c'est une "appétence anormale ou prolongée, manifestée par certains sujets pour des substances toxiques, ou des drogues, dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet sédatif, euphorique ou dynamisant, appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation progressive des doses."

La toxicomanie repose sur l'association nécessaire des trois critères suivants :

- l'invincible désir ou le besoin de continuer à consommer la drogue et à se la procurer par tous les moyens ;

- la tendance à augmenter les doses ;
- la dépendance d'ordre psychique et physique.

Mais très tôt, cette définition classique mais univoque de A.M. POROT devait être infirmée par les utilisations actuelles.

En 1950, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) avait suggéré une définition de la toxicomanie qui ajoutait aux trois critères de POROT un quatrième terme faisant état des effets nuisibles de la drogue à l'individu et à la société (13).

Aussi, dans ses rapports de 1952 et 1955, le Comité d'Experts de l'O.M.S. commença à distinguer la toxicomanie (assuétude ou "drug addiction") de l'accoutumance ("drug habituation").

I.1.3. Les autres définitions

I.1.3.1. L'assuétude est un état d'intoxication périodique d'origine chimique nuisible à l'individu et à la société.

Elle se caractérise par un état insurmontable, une tolérance (tendance à l'augmentation des doses), une dépendance physique (responsable d'un syndrome d'abstinence) et psychique nommée accoutumance.

I.1.3.2. L'accoutumance

L'accoutumance est un état résultant de la consommation répétée d'une drogue, qui se caractérise par le désir de continuer à en prendre pour retrouver la sensation de bien-être qu'elle engendre. Il n'existe pas ou peu de tendance à augmenter les doses. Il existe en revanche une dépendance psychique mais pas physique et les effets nuisibles ne concernent que le sujet.

Dans ses 13e et 14e rapports de 1965 et 1967, l'O.M.S. substitue la "dépendance" aux deux termes précédents car "il est devenu pratiquement impossible et scientifiquement inexact de s'en tenir à une seule définition pour toutes les formes de toxicomanies et/ou d'accoutumance. En 1969, l'O.M.S. introduit le concept de pharmacodépendance dans son 16e rapport (13).

I.1.3.3. La pharmacodépendance

Il s'agit d'un "état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue et périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation.

Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments" (13). L'intention de l'O.M.S. n'était pas de proposer un simple synonyme d'un terme plus ancien. Il s'agissait de reconnaître cette évidence : les divers types de drogues entraînent une accoutumance d'une nature et d'un degré variables, or le mot "toxicomanie" a trop tendance à suggérer une image extrême et stéréotypée du genre de celle qu'évoque l'usage de l'héroïne.

Donc pharmacodépendance, terme de portée générale, a l'avantage d'être applicable à tous les types d'usages abusifs de drogues sans préjuger en rien de l'ampleur du risque résultant de ces abus pour la santé individuelle ou publique.

Cette définition générale implique un certain nombre de sous-définitions à savoir :

- dépendance psychique
- dépendance physique
- tolérance

JAFFE cité par SAGBO (79) les définit en ces termes :

- La dépendance psychique est un état mental caractérisé par une impulsion qui requiert l'usage périodique ou continu d'une drogue dans le but de créer un plaisir ou d'annuler une tension.

- La dépendance physique correspond à une exigence de l'organisme nécessitant, pour conserver son éventuel équilibre, l'apport régulier d'une molécule chimique exogène.

Cette dépendance est objectivée par les symptômes physiques (et psychiques) constituant le "syndrome d'abstinence", et survenant lors du sevrage (privation de la substance toxicomanogène).

- La tolérance est un état d'adaptation de l'organisme à une substance, traduisant l'obligation pour le système nerveux de maintenir son homéostasie, et se manifestant par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.

I.1.4. Nouveau concept de toxicomanie

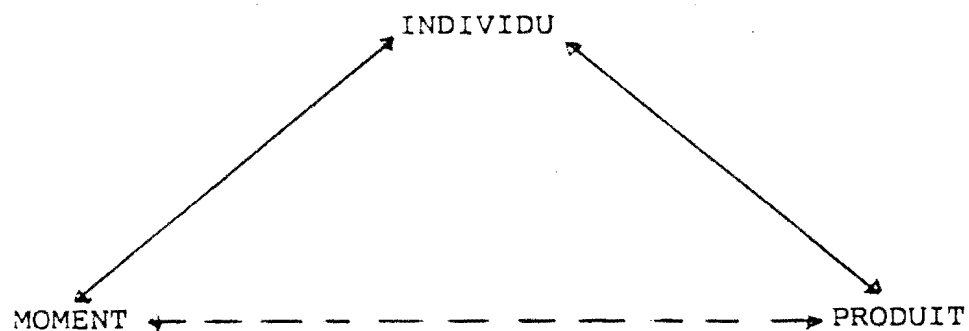
En 1978, la Mission d'Etude sur l'Ensemble des Problèmes de la Drogue caractérise cette fois-ci la toxicomanie par le besoin impérieux, répétitif, spécifique que le sujet éprouve à utiliser des substances psychotropes pour tenter de pallier à ses difficultés psychologiques ou de combler un manque dans l'organisation de sa personnalité quelle qu'en soit l'origine (13). Cette dernière définition apporte un élément nouveau dans la notion de toxicomanie.

Elle l'aborde, non plus à partir du produit utilisé sur lequel insistaient les précédents concepts, mais à partir du rapport que le sujet établit avec la drogue dans un environnement donné.

En effet, pour H. NOWLIS (65), l'utilisation licite ou non, médicale ou non, d'une drogue quelconque, fait intervenir trois éléments fondamentaux :

- a) la substance elle-même,
- b) l'individu qui l'utilise,
- c) le contexte social et culturel dans lequel se situe l'utilisation de la drogue en question.

Ce que vient corroborer C. OLIEVENSTEIN par ce schéma (79):



Ainsi, quelle que soit la façon d'aborder le problème des toxicomanies, il est nécessaire de tenir compte de ces trois facteurs.

Passer à l'action en retenant exclusivement l'un quelconque de ces éléments ne peut aboutir qu'à l'échec.

Cependant, de nos jours, d'après nos constatations, le produit tend à prendre une importance par rapport à la signification globale du comportement toxicomane (13)

Aussi, les travaux actuels ajoutent aux considérations ci-dessus les dimensions socio-culturelles et socio-économiques du problème, reléguant au second plan la dimension purement pharmacologique et médicale.

Ainsi, les toxicomanies sont étudiées et définies en tant que conduites spécifiquement humaines, quelle que soit la substance utilisée.

Thomas SZASZ, non sans pertinence, affirme :

"La toxicomanie est une question de convention et relève de fait de l'anthropologie et de la sociologie, de la religion et de la loi, de l'éthique et de la criminologie, mais certainement pas de la pharmacologie" (13).

Après ces différentes définitions permettant une uniformité de langage, il est utile de faire un rappel rapide de l'historique des toxicomanies.

I.2. HISTORIQUE

Les toxicomanies sont devenues de nos jours un phénomène de société répandu de par le monde.

Pourtant, il y a plusieurs décennies, ce fléau semblait inconnu pour le commun.

Les historiens ne sont pas de cet avis car les recherches portant sur les anciennes civilisations retrouvent les toxicomanies intimement liées à la vie de tous les peuples (77).

Les raisons de ces conduites ont varié au cours de l'histoire.

En effet, déjà les Sumériens, 5000 ans avant JESUS-CHRIST, semblent avoir employé l'opium qu'ils désignaient par un idéogramme, traduit par <<HUL>> signifiant <<joie>> ou <<se réjouir>>.

Les habitants des cités lacustres suisses, 2500 ans avant JESUS-CHRIST, utilisaient le pavot et son dérivé l'opium.

Le philosophe grec THEOPHRASTE rapporte également l'emploi de jus d'opium dans la Grèce antique, quelque 300 ans avant JESUS-CHRIST. Il est aussi très vraisemblable que l'opium était assez largement utilisé en Chine et en Orient dès l'an 1000 de notre ère (77).

Si la consommation de drogues dans le but de créer une <<autre réalité>> a existé de tout le temps, ses motivations ont beaucoup varié avec la période historique et le pays concerné.

On avait recours à la drogue comme médicament ou source d'énergie (pour le travail ou la guerre), ou encore pour oublier les soucis quotidiens (faim, froid, fatigue) ~~ou à l'usage thérapeutique.~~

Mais l'usage de la drogue était aussi lié à des pratiques religieuses et sacramentelles (baptême, funérailles, cérémonies d'initiation, fêtes populaires, rites thérapeutiques).

En Egypte, au temps des Pharaons, les médecins utilisaient aussi l'opium pour soulager des souffrances aiguës.

Ce savoir existait aussi en Persé* (actuel Iran), en Inde et en Chine. Des médecins de ce temps-là savaient que l'opium ne guérissait pas la maladie et ses causes ; ce produit avait même tendance à détériorer l'organisme.

Mais il présentait l'immense avantage de supprimer la douleur.

Il était donc aussi utilisé en vue d'un soulagement pour les mourants.

Vers l'an 400 après JESUS-CHRIST, les Indiens et les Aztèques (dans l'actuel Mexique) connaissaient une plante qu'ils appelaient peytol (qui donne des visions).

Ils utilisaient aussi certains champignons qui produisaient les mêmes effets hallucinogènes. Ils s'en servaient lors des cérémonies religieuses pour <<voir>> les esprits et les <<entendre>>. Souvent, ce n'étaient que les prêtres, devins et clairvoyants qui consommaient ces plantes.

Parfois, seuls les hommes adultes y avaient accès car on ne permettait pas aux femmes et aux enfants d'y recourir.

Les participants obtenaient ainsi l'état de transe nécessaire pour accomplir certains de leurs rites religieux.

Au 19^e siècle, au Moyen-Orient, des guerriers pillards se dopaient avant un combat en utilisant le haschich.

Ils étaient alors surexcités et tuaient avec frénésie ; c'est d'ailleurs de <<haschich>> que vient le mot <<assassin>>.

Ces différentes utilisations de la drogue (suppression de la souffrance, communication avec les esprits et état de transe) étaient connues de l'Afrique traditionnelle.

Lors des circoncisions ou des tatouages tribaux, on donnait parfois des plantes à mâcher aux jeunes initiés, pour qu'ils ressentent moins la douleur.

Lors de certaines fêtes, quelques hommes devaient se faire des mutilations (s'ouvrir le ventre, se lacérer les membres avec un sabre) ; là aussi, ils mâchaient des feuilles ou buvaient de l'eau dans laquelle certaines plantes avaient macéré. Avant de partir en guerre, on donnait à boire aux guerriers une <<potion magique>> qui ne les rendait pas invulnérables mais intrépides, inconscients du danger.

Cette potion était une décoction obtenue en faisant bouillir l'écorce de certains arbres. Enfin, les devins, clairvoyants et féticheurs connaissaient les herbes qui leur permettaient d'entrer en transe et de recevoir les messages des esprits qui leur révélaient les choses dites "invisibles de l'au-delà".

Hier, la société réglementait l'usage des drogues.

Aujourd'hui, les motifs de recours à la drogue se sont multipliés car les individus, parce qu'en face des difficultés, y recourent sans contrôle et en abusent.

Après cette historique, nous proposons les diverses classifications des toxicomanies.

I.3. CLASSIFICATIONS

Plusieurs classifications peuvent être proposées.

1°) Pour A.M. POROT en 1945 on distingue (79) :

- les toxicomanies majeures dues à l'opium et ses dérivés, à la cocaïne, à l'alcool et au cannabis ;

- les toxicomanies mineures dues au thé, au café, au tabac, à l'éther, aux médicaments (surtout barbituriques).

2°) D'autres auteurs séparent :

- les toxicomanies médicinales (opium et ses dérivés, cocaïne, psychotropes) ;

- les toxicomanies sociales (LSD25, cannabis, hallucinogènes, alcool).

3°) On distingue également :

- les toxicomanies dues aux drogues provoquant une dépendance psychique et physique (opiacés, solvants, barbituriques) ;

- les toxicomanies dues aux drogues provoquant une dépendance soit psychique (opiacés, solvants, barbituriques) soit physique seulement (cocaïne, tranquillisants, cannabis, psychostimulants, hallucinogènes).

4°) On peut aussi classer les toxicomanies selon les différents usages de drogues.

On parle alors de :

- l'usage expérimental où l'individu agit ponctuellement par curiosité, avec le désir de transgresser un interdit ou simplement sous l'influence de son entourage ;

- l'usage occasionnel qui est récréatif et s'effectue souvent pendant les fins de semaine (week-end) dans un groupe où intervient un phénomène de socialisation. La toxicomanie peut débiter au cours de ces deux situations. Mais, il en existe d'autres où elle s'installe à coup sûr. Il s'agit de :

- l'usage régulier où l'individu n'utilise plus le(s) produit(s) par simple curiosité mais pour faire face à ses problèmes ou au contraire pour les occulter.

Il y a dépendance ;

- l'usage à forte dose où la dépendance est si marquée que la vie du sujet reste dominée par la drogue.

5°) Enfin, la classification la plus fréquemment utilisée actuellement est celle que nous suivrons plus en détail lors de l'étude des produits dans le troisième chapitre.

II FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES

Le développement de l'usage abusif des drogues présuppose toujours l'action synergique de divers facteurs : biologiques, psychologiques et sociaux qui conditionnent l'évolution des toxicomanies.

Sur le plan de la prévention, il est nécessaire de cerner tous ces éléments pour mieux comprendre le phénomène "drogue".

Nous insisterons sur trois grands groupes de facteurs étiopathogéniques.

II. 1. Les facteurs biologiques

Certaines populations présentent naturellement une réaction d'hypersensibilité immédiate à l'alcool, la réaction "flush" ou "réaction orientale" qui est retrouvée chez les Orientaux, les Esquimaux et les Indiens d'Amérique (34).

L'hyperactivité spécifique de l'alcool déshydrogénase est peut-être un facteur génétique protecteur de l'alcoolisme.

Ceci crée une différence ethnique et inter-individuelle dans l'appétence à l'alcool. Le caractère familial de l'alcoolisme est établi avec certitude depuis les travaux de AMARK en 1951 et WINOKUR en 1970 (2).

C'est au sein des familles d'alcooliques que se recrutent le plus volontiers les alcooliques eux-mêmes.

Il existe des risques morbides élevés pour l'alcoolisme chez les pères, les frères et les petits-fils des éthyliques.

Les études faites sur les jumeaux, les demi-frères et les adoptés ont aussi montré ce risque élevé de morbidité (34).

A l'étape actuelle des connaissances scientifiques, les facteurs biologiques n'ont pas été mis en évidence pour les drogues autres que l'alcool.

II. 2. Les facteurs psychologiques

Une personnalité univoque ne peut résumer la personnalité du toxicomane. N'importe quel homme après contact avec les drogues ne devenant pas pharmacodépendant, la question se pose de savoir pourquoi certains individus vont-ils se limiter à un usage occasionnel et d'autres faire l'escalade ? (41)

La réponse à cette interrogation se trouverait dans les paragraphes suivants.

II.2.1. Stades du miroir brisé et de la démesure

OLIEVENSTEIN (67) pose comme hypothèse que le futur toxicomane subit le stade de miroir brisé à un moment précoce de son développement.

Il s'agit selon lui d'un traumatisme initial et initiatique qui lui a fait entre-apercevoir son identité pour la perdre immédiatement. De l'importance plus ou moins grande de cette brisure va naître un deuxième stade, celui de la démesure au cours duquel le sujet va explorer toutes les voies qui s'offrent à lui pour retrouver cette identité perdue : de la petite enfance à la rencontre avec le produit, on assiste à des troubles du caractère et du comportement dont chacun serait banal en soi s'il n'était pas vécu et agi avec démesure.

Le sujet fait des cauchemars, il a des troubles scolaires, une masturbation prolongée dans le temps et la répétition des conduites perverses...etc.

S'il y a rencontre avec le produit, une espèce de mutation fait qu'il devient toxicomane. Cette brisure du miroir a plusieurs origines entre autres les failles du système familial associées à des fissures du tissu social.

OLIEVENSTEIN pense que deux notions sont essentielles à la compréhension du phénomène toxicomane.

- la première serait la notion de la cinétique des événements psychiques. Tel ou tel événement sera facteur de brisure suivant la rapidité ou la force de chacun ou encore leur répétitivité ;

- la seconde est la notion de l'atmosphère dans laquelle se produit un évènement, atmosphère pouvant le rendre fécond ou non. Toutefois, cliniquement, les grands types de personnalité isolés sont les suivants :

II.2.2. Le déséquilibre psychopathique

C'est la personnalité la plus souvent rencontrée.

Tout prédispose un psychopathe à la toxicomanie. C'est un sujet instable, toujours en quête d'expériences et de plaisirs nouveaux, impulsif, dénué de sens prévisionnel, d'humeur labile, méconnaissant l'interdit, séduit par la marginalité et la transgression. La drogue apporte à sa prédisposition, les satisfactions originales qu'il recherche en permanence.

II.2.3. La structure psychotique

OLIEVENSTEIN (67) pense que contrairement à ce qui a été souvent dit, il n'existe pas de véritable toxicomanie chez les psychotiques. S'il est évident qu'ils utilisent la drogue, ils ne sont cependant pas liés dans les processus de la dépendance par le même lien qui fait de ces toxiques un mode essentiel d'existence au monde.

Les drogues sont utilisées comme un anesthésique et un neuroleptique.

Aussi, à la différence de vrais toxicomanes, peut-on noter un terme à leur utilisation ; terme d'abord intermittent puis définitif. L'arrêt de l'usage correspond à l'arrêt de la fonction thérapeutique des drogues, lorsque le morcellement devient trop important ainsi que l'envahissement de l'angoisse.

Pour résumer la situation, lorsque le psychotique décompense, il cesse d'être toxicomane. La relation avec le

produit n'est pas une relation de plaisir mais bien une relation autothérapeutique.

C'est pourquoi, ces sujets acceptent relativement facilement une substitution des neuroleptiques à un produit illégal.

C'est majoritairement ce type de patients que l'on voit dans les institutions psychiatriques traditionnelles et qui oriente trop souvent une conception étiopathologique de la toxicomanie.

D'autres auteurs parlent chez les psychotiques du phénomène de "l'oeuf et de la poule".

En effet, on se pose la question de savoir si c'est la drogue qui entraîne la psychose ou si le produit a réveillé une tare préexistante.

II.2.4. La structure névrotique

Elle se rencontre assez rarement dans les toxicomanies modernes. La situation des névrosés est radicalement différente de celle des autres structures. Chez eux, le produit donne incontestablement du plaisir, mais ce plaisir a une cinétique trop courte par rapport aux événements psychiques, pulsionnels, obsessionnels ou phobiques : les manifestations d'angoisse ne sont pas suffisamment anesthésiées par la drogue, et les névrosés trouvent beaucoup trop de bénéfices défensifs dans leurs symptômes pour se satisfaire d'un usage permanent de produits toxiques.

C'est dans cette catégorie que l'on retrouve beaucoup d'usages occasionnels ou semi-occasionnels. Comme leur rapport avec la loi a besoin d'être fort et consolidé, ils ne

retrouveront pas dans leur statut de toxicomane une position suffisamment commode pour qu'ils s'y installent.

En d'autres termes, les bénéfices qu'ils pourraient retirer d'une toxicomanie sont inférieurs, tant sur le plan structurel que sur le plan affectif ou même gustatif, à ce qu'ils trouvent dans l'organisation de leurs névroses.

Leur sollicitude narcissique, leur sens aigu de la réalité, l'anxiété qu'ils portent à leur santé physique, leur jugement prévisionnel les mettent plutôt à l'abri de l'aventure toxicomaniacale.

Néanmoins, certaines névroses graves de l'adolescence peuvent s'exprimer par des comportements toxicomaniacaux, mais n'est-on pas au seuil de la psychose ? (41)

II.2.5. Les pervers

On s'attendait assez à l'évidence à trouver chez les pervers le plus grand nombre de toxicomanes vrais, et, certes nous trouvons beaucoup d'éléments pervers dans la personnalité des usagers de drogues.

Beaucoup mais pas totalement car le pervers est quelqu'un qui trouve son plaisir dans un passage à l'acte sans fécondité. Il a l'obligation d'organiser une véritable mise en scène de son désir pour parvenir à la jouissance. La mise en scène de la toxicomanie est insuffisante, répétitive, sans inattendu ; le pervers vrai utilise le produit toxique. Le plaisir éprouvé est trop archaïque, et le plus souvent, après une phase de toxicomanie, le pervers ne peut accepter de vivre dans l'état de dépendance. Il passe à autre chose, notamment dans le domaine de la sexualité, se limitant à quelques essais de drogues.

II.2.6. Les "états-limites"

Ils représentent la structure d'accueil la plus favorable à engendrer cette structure instable que l'on appelle "la personnalité du toxicomane".

Ces personnalités-limites représentent des sujets dont l'habitat structurel comme le devenir sont incertains. Loin d'être stables, ils oscillent entre la compensation et la décompensation.

Leur activité psychique est constamment travaillée par des fulgurances, des modifications, des cahots. Un fond commun dépressif, des lambeaux épars des structures précédentes, l'impossibilité d'établir des défenses permanentes, placent le sujet en état de manque.

On trouve dans leurs antécédents tous les ingrédients qui constituent la "personnalité du toxicomane" : brisure du miroir, démesure, manque.

Lorsqu'ils rencontrent le produit, celui-ci réalise, dans une atmosphère de plaisir et d'initiation, une soudure qui leur manque. Lorsqu'ils veulent abandonner le produit, ils se retrouvent non seulement sans défense mais dans un état aggravé, car ils ont le souvenir enjolivé dans leur mémoire des effets du produit.

II.2.7. La structure toxicomaniaque

Cette structure a été isolée par certains auteurs (57) qui ont tiré leurs déductions des constatations qui suivent : chez certains toxicomanes il ne paraît exister aucun trouble psychopathologique, hormis le besoin impérieux de consommer une drogue.

Ces sujets peuvent rester bien insérés sur les plans affectif, familial et social.

Souvent, la rencontre avec le produit a été fortuite. Les toxicomanies d'origine thérapeutique se rangent dans ce groupe.

Selon H. LOO (57), la toxicomanie transcrit certaines perturbations psychologiques :

- une fixation ou une régression orale par le besoin impérieux de la satisfaction, l'intolérance à la frustration, l'érotisation de la prise toxique qui semble plus investie affectivement que la sexualité ;

- une agressivité pathologique tant vis-à-vis des autres que le toxicomane rejette et à l'égard desquels il reste provocateur par son comportement, que vis-à-vis de lui-même dont il compromet plus ou moins consciemment l'intégrité physique et psychique ;

- un état dépressif (la prise de drogue apaisant la douleur morale) ;

- une perversion instinctuelle : les sensations éprouvées par les prises toxiques supplantent la génitalité qui paraît désinvestie ;

- l'immaturité illustrée par l'impossibilité de sublimation, l'incapacité de subordonner le plaisir aux exigences de la réalité, le raccourci impulsif entre le besoin et la réalisation et l'inaptitude impérieuse à la différer.

II.2.8. Les points communs des traits psychologiques

Chez la plupart des toxicomanes on retrouve en commun un ensemble de traits de personnalité (41).

1 - L'oralité manifeste chez ces sujets en perpétuel état de demande, de manque et de besoin, qui donnent l'impression de dévorer tout ce qui se présente ou s'offre à eux, sans réussir à les éteindre ou satisfaire réellement.

2 - La régression : ses objets ne l'intéressent qu'en tant que "pourvoyeurs de nourriture" ou en tant que "caches temporaires du vide narcissique".

Cette régression aboutit à la destruction : on dit que c'est une mégalomanie renversée avec fatuité, insouciance, manque de bon sens et d'autocritique d'où admiration de soi-même, béate et injustifiée.

3 - Les zones érogènes préférentielles sont la bouche, la peau et l'intérieur du corps.

La sexualité génitale est pauvre. Les pulsions sexuelles sont déviées de leur but naturel, de leur objet.

On dit que la toxicomanie est un mode de perversion.

4 - Le désir d'auto-destruction

Le masochisme est une dimension fréquente de la toxicomanie. Les sujets toxicomanes semblent trop fragiles pour agresser autrui sur qui ils n'arrivent pas à décharger leurs pulsions hostiles. Ils vont alors s'en prendre à eux-mêmes par l'intermédiaire de la drogue.

5 - L'instabilité de l'humeur

On dit que les toxicomanes sont dysphoriques et dysthymiques. Ils ont une humeur oscillant rapidement entre les tendances expansives difficilement explicables et les sentiments dépressifs intenses.

6 - L'angoisse qui est au centre de leur existence subjective est rapidement abolie, comme dissoute par l'impulsivité.

Cette impulsivité irréversible est due à l'incapacité :

- à supporter l'angoisse née des conflits et frustrations internes et externes ;
- et à lui trouver une issue dans un comportement adapté.

7 - La marginalité

La personnalité du toxicomane est socialement marginale. Il conteste radicalement les systèmes de valeur du groupe social dont il s'exclut. Il adoptera alors une attitude soit de passivité, soit de révolte ou encore d'abandon.

Le groupe social adopte une attitude de réprobation morale et de rejet.

On ne peut pas limiter l'étiopathogénie de la toxicomanie à des facteurs uniquement psychopathologiques.

Les racines socio-culturelles du phénomène "drogue" ne peuvent être méconnues.

II.3. Les facteurs socio-culturels, environnementaux et économiques

Leur rôle est fondamental et varie selon les pays, les cultures et les classes sociales.

II.3.1. Les facteurs socio-culturels et environnementaux

La fonction psychotrope, anxiolytique, euphorisante, désinhibitrice, parfois libératrice des refoulements et des contraintes internes confère à la drogue une valeur mythique. L'usage de drogue dans une société dépend des facteurs

religieux, mythiques et socio-culturels. De nombreuses études faites sur les minorités culturelles ont noté que les problèmes affectifs de transplantation, d'isolement, de perte d'identité culturelle se surajoutent pour jouer au niveau de la façon de consommer la drogue et sur les modifications du comportement sous l'emprise du toxique. Dans certains groupes sociaux, consommer la drogue est un acte contraignant : celui qui prend distance à l'égard du mythe s'expose à des problèmes d'intégration. Pour d'autres, l'usage de drogue revêt un rôle initiatique au statut d'homme et d'adulte, favorise l'intégration au milieu professionnel par exemple.

Il existe des professions à risques : celles où le travail est particulièrement pénible (les ouvriers), celles qui imposent un contact régulier avec le public (hommes politiques, garçons de café, facteurs, représentants de commerce, etc).

Le caractère familial de la toxicomanie n'est pas démontré pour toutes les drogues (à l'exception de l'alcool). En revanche, l'environnement joue un rôle non négligeable. Beaucoup de toxicomanes ont souffert de désordres affectifs dans leur première enfance (deuil, divorce, manque d'affection des parents). Si l'un des éléments du couple parental est toxicomane, le fonctionnement de ce dernier en est perturbé avec des répercussions indéniables sur les enfants, souvent des troubles de l'identification sexuelle (dévalorisation de l'image paternelle surtout).

Il existe aussi des conduites toxicomaniaques souvent passagères et sans troubles primitifs majeurs de la personnalité.

Le déterminisme dominant de ces conduites est d'ordre socio-culturel ou circonstanciel. On donne dans ce cas un rôle important :

- . à la misère sociale, fréquente dans les pays africains, qui fait de la toxicomanie un comportement de compensation;
- . à l'influence et l'ignorance chez les adolescents et jeunes immatures :
- . à l'insatisfaction globale ;
- . à la curiosité et aux difficultés d'insertion sociale.

Ceci favorise l'agglomération des jeunes dans les groupes marginaux (la bande) dont le fonctionnement et les valeurs passent volontiers par la toxicomanie.

On peut également parler d'autres facteurs circonstanciels comme :

- . les affections douloureuses à l'origine de certaines toxicomanies "médicales" ;
- . le désir initial d'un doping physique ou intellectuel (sports de compétition, préparation des examens) ;
- . sans oublier les cures d'amaigrissement.

II.3.2. Les facteurs économiques

L'incitation économique à consommer les drogues surtout licites et les facilités d'accès à celles-ci favorisent les toxicomanies. On incrimine la publicité intempestive faite pour ces drogues licites, associée à leur prix modéré rendant l'accès facile.

Après ces notions d'étiopathogénie des toxicomanies, nous passerons en revue dans le chapitre suivant les produits fréquemment incriminés dans l'usage abusif de drogues dans le monde et en Afrique.

III - LES PRODUITS INCRIMINES

Ils sont nombreux et classés de diverses façons.

Nous adopterons la classification la plus récente qui reconnaît (41) :

- . les psycholeptiques sédatifs,
- . les psycho-analeptiques ou stimulants,
- . les psycho-dysleptiques
- . et un quatrième groupe constitué des autres produits.

Aussi, ce chapitre, loin d'être un cours de pharmacologie, se consacrera à donner de manière sommaire quelques propriétés pharmacologiques et cliniques des drogues fréquemment utilisées.

III - 1. LES PSYCHOLEPTIQUES SEDATIFS

Ils sont répartis en trois classes.

III.1.1. Les opiacés

III.1.1.1. L'opium et ses dérivés

Les propriétés médicinales de l'opium sont connues depuis au moins 2.500 ans.

HIPPOCRATE, HERODOTE et THEOPHRASTE ont décrit les propriétés analgésiques du produit. Au XVII^e siècle, Thomas SYDANHAM, médecin anglais met au point une préparation toujours utilisée à notre époque " le laudanum".

Au début du même siècle, un pharmacien anglais John JONES décrit les manifestations de manque qui surviennent lorsqu'un utilisateur chronique essaie d'interrompre la prise d'opium.

Si les autorités médicales ont reconnu depuis le siècle dernier, les bienfaits de cette substance ainsi que ses risques, l'utilisation de l'opium à des fins toxicomaniaques se généralise dans le monde entier.

Globalement, on considère l'opium comme étant analgésique, anti-diarrhéique, antitussif et antispasmodique. La constante stupéfiante lui est apportée par la morphine.

III.1.1.2. La morphine

Principal alcaloïde de l'opium, la morphine est extraite de la plante au début du XIX siècle. L'utilisation par voie parentérale du produit se fait au milieu du siècle. Sa teneur moyenne dans l'opium est d'environ 10 % .

Plus vite résorbée par voie parentérale que par voie buccale, elle diffuse dans tous les organes, mais surtout au niveau du système nerveux central.

Au début utilisée comme un anti-diarrhéique par son action sur les contractures musculaires lisses, elle fut rapidement employée comme analgésique, rôle qu'elle occupe actuellement dans la pharmacopée médicale.

Premier médicament de la douleur, la morphine est utilisée couramment pour traiter les douleurs aiguës de courte durée dues à des interventions chirurgicales, des fractures, des brûlures, du cancer. Elle est habituellement bien supportée chez un patient souffrant de douleur chronique et soulage rapidement le malade.

Chez un sujet sain, l'expérience n'est pas toujours agréable car elle peut s'accompagner de nausées et de vomissements qui peuvent empêcher une nouvelle expérience.

Après une courte phase d'excitation, le patient devient "ensucké", apathique, insensible aux stimuli extérieurs. Chez les ex-toxicomanes, le renouvellement de l'expérience est surtout marqué par un état d'euphorie, l'impression d'«ensuckement» étant beaucoup moins marquée. Ses effets sur l'organisme sont :

- la constriction des pupilles qui deviennent punctiformes,
- la dépression du centre respiratoire,
- l'impuissance avec l'impossibilité d'obtenir l'orgasme et le phénomène d'éjaculation précoce.

La morphine est inscrite au tableau B des substances vénéneuses. Elle entraîne plus que l'opium, mais moins que l'héroïne des phénomènes de tolérance puis de dépendance physique et psychique très dangereux. Pour des raisons économiques, l'usage de la morphine a pratiquement laissé sa place à l'héroïnomanie qui est plus répandue.

III.1.1.3. L'héroïne

Expérimentée à la fin du XIX^e siècle par les Allemands, cette substance, tirée de la morphine, considérée comme dépourvue de propriétés d'accoutumance, d'une manipulation très aisée, est présentée comme la seule thérapeutique capable de guérir rapidement les morphinomanes (42).

Dès 1905, les dangers de son utilisation ont commencé à apparaître et actuellement elle est l'une des substances les plus toxicomanogènes.

Elle se présente sous plusieurs formes :

. la blanche ou héroïne n°4 ou 0000 est une poudre fine blanche très pure, 70 à 90 % de principe actif.

Elle est fréquemment coupée par différents produits psychotropes (barbituriques, amphétamines) ou par le lactose.

Dans ce cas, sa teneur est de l'ordre de 2 à 5 % à la revente aux toxicomanes ;

. le "brown sugar" de couleur grise ou rose, ou héroïne n°3 ou 000 est moins pure que la blanche : 10 à 50 % de principe actif ;

. l'héroïne n°2 n'est rencontrée qu'en Asie. Elle est une forme intermédiaire avant transformation. Elle est de couleur beige ;

. le Fentonyl est 200 fois plus puissant que l'héroïne.

C'est un opioïde synthétique détourné de son but thérapeutique aux Etats-Unis.

L'héroïne est dissoute dans de l'eau chauffée, filtrée à l'aide de coton et injectée par voie intraveineuse.

L'héroïne se fume rarement.

Généralement, elle s'utilise par prise nasale «sniff» et par injection «fix» ou «shoot» après dilution avec une seringue hypodermique «shooteuse».

Les effets obtenus sont fonction de l'ancienneté de la toxicomanie et de la dose.

Au début, le toxicomane éprouve un état de bien-être et de détente.

L'héroïne provoque le "flash" décrit comme un orgasme de tout l'organisme et redonnant confiance en soi. Physiquement, les opiacés provoquent une dépression respiratoire, une cyanose, des nausées, ce qui parfois incite certains débutants à s'arrêter. Puis progressivement, on augmente la fréquence des prises et la quantité du produit.

On assiste alors à une dépendance psychique puis physique et le sujet devient anxieux, cyclothymique, agité, asthénique avec amaigrissement.

Plusieurs troubles apparaissent également : digestifs, cardiaques et endocriniens.

Au cours de son évolution vers la déchéance physique avec hypersensibilité à toutes les maladies et infections, le toxicomane s'expose à d'autres dangers au rang desquels nous citons :

- l'overdose ou le surdosage peut être volontaire ou non, dans le cas d'utilisation d'une poudre plus concentrée que celle habituellement utilisée par l'usager.

Il s'agit d'une intoxication aiguë entraînant une dépression respiratoire avec cyanose, bradycardie, hypotension, somnolence ou coma ;

- la "poussière" est due au passage de micro-impuretés dans le corps lors d'un "shoot" (injection).

Le malaise entraîné peut être mortel et le médecin est souvent impuissant devant cet état ;

- les complications somatiques, très nombreuses, sont à la fois dues à la drogue et au manque d'hygiène des toxicomanes ainsi qu'aux différents produits de coupage utilisés.

Elles sont dominées par les infections, l'hépatite virale et actuellement le SIDA ;

- le syndrome de manque fait partie de la vie du toxicomane.

Les premières manifestations du manque surviennent huit heures environ après la dernière administration, et l'intensité maximale s'observe 48 heures environ après.

Certains symptômes (douleurs abdominales, vomissements, diarrhées, impatiences musculaires intenses) traduisent la gravité du manque.

Outre la quantité d'héroïne consommée, la voie d'administration constitue un facteur déterminant de l'intensité du syndrome d'abstinence.

La très faible utilité de l'héroïne en médecine et les ravages provoqués par son abus ont conduit l'Organisation Mondiale de la Santé à l'exclure il y a quelques années des différentes pharmacopées nationales (70).

Néanmoins, son trafic illicite d'un pays à un autre continue. Pour le moment, la Centrafrique semble être exempte, compte tenu peut-être de sa situation géographique.

III.1.2. Les hypnotiques et les tranquillisants

III.1.2.1. Les hypnotiques

Dans ce groupe, nous avons les hypnotiques barbituriques et les hypnotiques non barbituriques.

III.1.2.1.1. Les hypnotiques barbituriques

Ce sont des dérivés de la malonylurée (acide barbiturique). Ils ont été synthétisés en 1903 à partir de l'urée et de l'acide malonique.

Actuellement, les barbituriques comptent parmi les médicaments les plus dangereux, largement prescrits et faisant l'objet d'un commerce illégal important.

Cause de nombreux décès, ils sont fréquemment utilisés dans les tentatives de suicide. Ils dépriment les tissus excitables en particulier le système nerveux. Ils sont classés en quatre catégories suivant leur durée d'action. Il y a :

- les barbituriques à longue durée d'action (8 heures à 12 heures).

Exemple : Phénobarbital = GARDENAL *

- les barbituriques à durée d'action intermédiaire (4 à 8 heures)

Exemple : Amobarbital = EUNOCAL*

- les barbituriques à courte durée d'action (1 à 4 heures)

Exemple : Sécobarbital = IMMENOCTAL*

- les anesthésiques (1/2 à 1 heure)

Exemple : PENTOTHAL*

Les toxicomanes préfèrent l'usage des barbituriques à courte durée d'action. Consommés de façon pluriquotidienne, ils perdent leur pouvoir sédatif, laissant place à un effet de stimulation psychique.

Le sujet est tantôt euphorique, tantôt agressif et dépressif.

Les barbituriques sont présentés sous forme de capsules, de suppositoires, de solutions injectables et de poudre.

Ils s'utilisent soit par voie orale surtout soit rarement par voie parentérale.

III.1.2.1.2. Les hypnotiques non barbituriques

Les hypnotiques non barbituriques sont dans l'ensemble moins toxicomanogènes, à l'exception de la méthaqualone (MANDRAX*, ISONOX*, QUAALUDE*) et de la mécloqualone (NUBARENE*). Potentialisées par l'alcool, ces substances sont douées de pouvoirs onirogènes et représentent pour les toxicomanes des succédanés des hallucinogènes.

III.1.2.2. Les tranquillisants

Molécules benzodiazépines ou non, ils ont en commun la propriété d'être anxiolytiques.

Leurs propriétés thérapeutiques expliquent leur développement.

Le pouvoir anxiolytique est principalement recherché.

L'action sédatrice et hypnotique est considérée comme gênante en thérapeutique, mais certains toxicomanes recherchent cet effet qu'ils potentialisent par d'autres sédatifs (alcool surtout, opiacés et barbituriques). L'effet myorelaxant provoque une sensation agréable de détente psychomotrice.

Les principales molécules sont: Chlordiazépoxyde, Diazépam, Nitrazépam, Médazépam, Tétrazépam, Chlorozépate.

Ils induisent une dépendance psychique.

Ils sont comparables à une sensation ébrieuse avec levée des inhibitions et euphorie : c'est l'ivresse pathologique (40).

Par la suite, apparaît une phase d'extase onirique où le sujet plane et est agité. Puis il tend à s'endormir et à son réveil, il éprouve une sensation de faiblesse. Physiquement, le toxicomane ressent au début, des nausées, des vomissements, des céphalées.

A long terme, il peut présenter une tachycardie, des précordialgies, des bronchites et rhinites, et peut-être une baisse des défenses immunitaires et de la spermatogénèse. L'herbe ne provoque pas de dépendance physique.

III. 2.2. Le L.S.D.25

Le diéthylamide de l'acide D Lysergique a été découvert en Suisse en 1938.

Il connut son moment de gloire parmi les toxicomanes dans les années 60-75 avec le mouvement hippie.

De nos jours, il est beaucoup moins utilisé. Il se présente sous forme d'un liquide incolore, inodore, dépourvu de saveur, ou sous forme d'une poudre blanche, plus cristalline que l'héroïne, vendue en capsules, en gélules, ou en petits comprimés en forme d'étoile ou "ronron" (petite tête de chat).

Il est utilisé souvent par voie orale, mais aussi fumé ou en injection intraveineuse. Le L.S.D. 25 provoque le "voyage" qui peut être bon ou mauvais.

Le voyage ou "trip" comporte trois phases :

- .le départ,
- .l'expérience,
- .le retour.

*Le départ survient quinze à trente minutes après l'absorption du produit par l'utilisateur et fait apparaître comme signes physiques des frissons, des sueurs, la rougeur du visage, une mydriase, de la tachycardie et de l'hypertension artérielle.

*Le voyage lui-même ou l'expérience dure quatre à vingt-quatre heures et varie selon les sujets.

Au premier plan des manifestations se situent "des expériences psychédéliques".

Il s'agit d'une émancipation des formes et des couleurs avec des hallucinations visuelles, auditives élémentaires sous forme de points, parfois réalisant des dessins géométriques. Les sons apparaissent colorés, les couleurs dégagent des odeurs. Les objets prennent des formes mouvantes, l'espace est déformé. Cependant, le sujet reste souvent assez conscient du caractère artificiel des phénomènes.

Le langage du toxicomane est accéléré, de même que le cours de sa pensée avec un contact difficile.

*Le retour qui survient après quelques heures laisse le sujet hébété, prostré, mélangeant les souvenirs du voyage à la réalité.

Quant au "bad trip" (mauvais voyage), il laisse l'utilisateur dans une angoisse extrême, avec des hallucinations effrayantes pouvant induire des mouvements de panique dangereux, des conduites suicidaires, etc. Parfois, il se produit le "flash back" (un nouveau voyage sans prise), dû à l'afflux au niveau cérébral de molécules de L.S.D.25 fixées au niveau rénal et ce à des intervalles de temps assez variables depuis la dernière prise.

Les effets du L.S.D.25 sont surtout d'ordre psychique et la dépendance physique n'existerait que par l'association avec d'autres drogues qui l'occasionnent.

III.2.3 Les autres hallucinogènes

Parmi eux, nous citons :

- l'extasy ou M.M.D.A. (3-4 méthyl, méthylène dioxyamphétamine) est apparu aux U.S.A. en 1985. Il circule désormais dans plusieurs pays européens dans certains milieux drogués. Il semble actuellement peu connu en Afrique.

C'est un produit qui fait partie des substances analogues à l'amphétamine mescaline type hallucinogène.

Utilisé comme aphrodisiaque, l'extasy agit deux heures après son ingestion en modifiant les sensations internes et auditives, à l'exception de la vision du monde.

A faible dose, le produit provoque une activité motrice accrue, un effet analgésique, une euphorie, de l'anxiété, des nausées, des vomissements, une congestion faciale, une hypertension artérielle et une mydriase. A forte dose, on peut

Il s'agit d'une émancipation des formes et des couleurs avec des hallucinations visuelles, auditives élémentaires sous forme de points, parfois réalisant des dessins géométriques. Les sons apparaissent colorés, les couleurs dégagent des odeurs. Les objets prennent des formes mouvantes, l'espace est déformé. Cependant, le sujet reste souvent assez conscient du caractère artificiel des phénomènes.

Le langage du toxicomane est accéléré, de même que le cours de sa pensée avec un contact difficile.

*Le retour qui survient après quelques heures laisse le sujet hébété, prostré, mélangeant les souvenirs du voyage à la réalité.

Quant au "bad trip" (mauvais voyage), il laisse l'utilisateur dans une angoisse extrême, avec des hallucinations effrayantes pouvant induire des mouvements de panique dangereux, des conduites suicidaires, etc. Parfois, il se produit le "flash back" (un nouveau voyage sans prise), dû à l'afflux au niveau cérébral de molécules de L.S.D.25 fixées au niveau rénal et ce à des intervalles de temps assez variables depuis la dernière prise.

Les effets du L.S.D.25 sont surtout d'ordre psychique et la dépendance physique n'existerait que par l'association avec d'autres drogues qui l'occasionnent.

III.2.3 Les autres hallucinogènes

Parmi eux, nous citons :

- l'extasy ou M.M.D.A. (3-4 méthyl, méthylène dioxyamphétamine) est apparu aux U.S.A. en 1985. Il circule désormais dans plusieurs pays européens dans certains milieux drogués. Il semble actuellement peu connu en Afrique.

C'est un produit qui fait partie des substances analogues à l'amphétamine mescaline type hallucinogène.

Utilisé comme aphrodisiaque, l'extasy agit deux heures après son ingestion en modifiant les sensations internes et auditives, à l'exception de la vision du monde.

A faible dose, le produit provoque une activité motrice accrue, un effet analgésique, une euphorie, de l'anxiété, des nausées, des vomissements, une congestion faciale, une hypertension artérielle et une mydriase. A forte dose, on peut

observer une rigidité musculaire, des frissons, des convulsions.

- Le P.C.P. ou phencyclidine ou encore "angel dust" est considéré comme le produit le plus puissant inventé après le L.S.D.25. Cette molécule est utilisable par n'importe quelle voie d'administration, souvent en association avec un autre produit.

Comme le L.S.D.25, il provoque des phénomènes psychiques (sentiments d'invulnérabilité, actes de violence sur soi-même ou sur autrui, insensibilité à la douleur...), ne laissant en outre aucun souvenir à l'individu, contrairement au L.S.D.25.

- La mescaline est un alcaloïde issu du peyotol recueilli à partir d'une cactée (Echino Cactus Williamsé) dont les sommités sont débitées en tranches et mâchées. Elle favoriserait l'éclosion d'illusions visuelles.

- La psilocybine et la psilocine sont des substances issues de Psilocybes, champignons qui poussent sous tous les climats, mais préférentiellement dans les zones tempérées. Consommées crues à des fins visionnaires, elles étaient surnommées Teonacalt (chair des dieux) par des Indiens. La psilocybine est euphorisante.

III.3. LES PSYCHO-ANALEPTIQUES

Encore appelés stimulants, ils comprennent les amphétamines, la cocaïne et ses dérivés, le cath et certains médicaments antiparkinsoniens.

III.3.1. La cocaïne et ses dérivés

III.3.1.1. La cocaïne

Parmi les alcaloïdes isolés vers 1860 par Albert NIEMAN, se trouve la cocaïne. Proposée comme thérapeutique substitutive de la morphine, la cocaïne a été reconnue comme produit stimulant par Theodor ASCHENBRANDT et comme anesthésiant par Carl KOLLER.

En France, elle est plus utilisée que le L.S.D.25 mais se situe loin derrière l'héroïne.

On la rencontre sous forme de Chlorhydrate de cocaïne hydrosoluble.

Elle compte souvent parmi les produits incriminés dans la toxicomanie dans certains pays africains notamment de l'ouest. Son utilisation est très rare actuellement, pratiquement inexistante en milieu centrafricain.

Elle peut être utilisée par voie intraveineuse où elle entraîne le "flash" c'est-à-dire une sensation violente et brève d'extase suivie d'euphorie.

Son administration par voie nasale (sniff) est plus fréquente.

Ses effets sont de trois ordres :

- une vasoconstriction avec hypertension artérielle, tachycardie et mydriase,
- des "excitations" sensorielles et motrices,
- une anesthésie locale.

A dose modérée, elle entraîne sur le plan psychique une action analogue à celle de l'amphétamine. A plus forte dose, elle entraîne l'ivresse cocaïnique avec anxiété, hallucinations, tremblements, convulsions.

Son utilisation provoque à long terme, outre une dénutrition évoluant vers la cachexie, des symptômes paranoïdes avec parfois un délire au cours duquel le sujet a l'impression d'avoir des parasites se déplaçant sous sa peau.

Le contact accidentel du produit avec la cornée peut entraîner des ulcérations.

L'overdose s'accompagne d'une hyperexcitation suivie de convulsions toniques, un délire, une paralysie, une défaillance cardiaque et/ou respiratoire.

III. 3.1.2. Le crack

D'apparition récente aux U.S.A. en 1985, le crack est la cocaïne des pauvres et des jeunes.

Il se présente sous forme d'une poudre floconneuse vendue dans de petits flacons. Le crack se fume mélangé à la marijuana et entraîne rapidement une forte dépendance (15 jours contre 2 à 3 ans pour la cocaïne classique).

Les complications somatiques sont également nombreuses, surtout des états d'agitation violente, meurtrière.

III.3.2. Les amphétamines

C'est à partir de l'*ephedra vulgaris*, plante d'Asie tempérée ressemblant à un genêt, qu'un Japonais NAGAI put extraire en 1895, l'éphédrine qui fut purifiée par CHEN en 1923. Cette plante était connue de longue date en Chine où elle était utilisée sous le nom de ma-huang comme médicament de l'asthme.

Introduites dans la pharmacopée vers 1930, à cause de leurs propriétés vaso-pressives, les amphétamines possèdent de nombreuses caractéristiques de sympathicomimétiques, mais aussi de grandes propriétés anorexigènes et euphorisantes. Elles sont reconnues comme des agents susceptibles de diminuer la fatigue, et l'appétit et accroître l'énergie.

Elles sont utilisées par les étudiants pour la préparation des examens, par les chauffeurs de camion désireux de se tenir éveillés la nuit, par les athlètes pour une meilleure performance (dopage) et enfin par les obèses dans les régimes amaigrissants.

Ces produits sont l'objet d'un commerce illicite en Afrique.

A Bangui, on les rencontre dans plusieurs quartiers du troisième arrondissement notamment le Kilomètre 5.

La consommation des amphétamines accroît la vigilance et entraîne une insomnie. Les performances semblent augmentées, s'accompagnant d'une confiance en soi et d'une prise d'initiative favorisée par une impression de sociabilité et d'euphorie.

A l'arrêt de l'usage des amphétamines surviennent asthénie, somnolence et dysplasie.

L'introduction d'amphétamine à forte dose par voie intraveineuse provoque un "flash" extrêmement violent et une douleur partant de l'épigastre, montant à la tête, lui donnant l'impression "d'éclater".

Un tableau d'allure maniaque se développe avec sensation de possibilités infinies, excitation intellectuelle et logorrhée, hyperactivité motrice et sexuelle, insomnie, anorexie.

Sur le plan physique, se produisent une hypertension artérielle, une tachycardie, une bronchodilatation et une mydriase.

A cette phase d'exaltation succède un état dépressif, une "descente" extrêmement pénible, poussant le sujet à renouveler les injections.

A Bangui, les amphétamines sont utilisées surtout par voie orale, pratiquement pas encore par voie intraveineuse.

III.3.3. Le Cath

Il est tiré des feuilles d'un arbuste ressemblant au théier et appartenant à la famille des celastracées.

Originaire d'Arabie et poussant en Afrique Orientale où son usage se développe actuellement, il reste localisé à des régions géographiques assez précises.

Le principal élément actif du cath est une substance chimique portant le nom de cathinone, laquelle par sa structure et ses propriétés pharmacologiques, s'apparente aux amphétamines quant à ses effets sur le comportement.

C'est la sensation de plaisir, de stimulation et d'euphorie ressentie après l'absorption des principes actifs du cath qui incite très fortement les usagers à se procurer une fois par jour au moins la quantité qui leur est nécessaire.

C'est un psychostimulant qui supprime la faim et la fatigue et est considéré comme aphrodisiaque.

La consommation excessive de cath peut provoquer des complications digestives (gastrites, ileus paralytique), cardiovasculaires et psychiatriques (bouffée délirante aiguë).

Utilisé par voie orale, le cath est actuellement inconnu des toxicomanes banguissois.

III.4. LES AUTRES DROGUES

III.4.1. L'alcool

Il provient de la fermentation du sucre contenu dans les fruits et les substances d'origine végétale.

Il a été et est toujours utilisé aussi bien lors des cérémonies de réjouissance que pendant les funérailles. Il empêche les facultés de contrôle et de maîtrise de soi.

il induit aussi une dépendance physique, psychique et une accoutumance.

Il se présente sous deux formes:

- . les alcools traditionnels, locaux comme le vin de palme distillé ou non, la bière de maïs ou de manioc ou de mil ;

- . les alcools importés dont certains sont produits par des industries implantées dans de nombreuses grandes villes africaines.

Nous citons la bière, le vin, le whisky, le rhum, le gin. A Bangui, deux brasseries (MOCAF et CASTEL) produisent ou mettent en bouteille deux variétés de bière chacune.

Leur production journalière totale est estimée à plusieurs milliers de bouteilles. Le vin rouge est mis en bouteille par CASTEL et PENNONE.

III.4.2. Le tabac

Il a fait son apparition en Afrique avec l'arrivée des commerçants arabes pour l'ouest et européens pour le centre.

Il était cultivé dans les zones forestières du sud centrafricain pour la consommation locale par les indigènes. Mais, dans les années 50, la culture industrielle du tabac est entamée dans les préfectures de Mambéré-Kadéi, Haut-Mbomou et Basse-Kotto. L'implantation d'une manufacture de cigarettes (MANUCACIG) en 1972 à Bangui ne fera que renforcer la culture du tabac et sa consommation.

Le tabac est un stimulant pour le système nerveux central. Les effets permanents à long terme en cas d'usage prolongé sont le cancer des poumons, de la gorge ou de la vessie et la bronchite.

III.4.3. La cola

Sa consommation est non moins importante. Elle provient de la noix de cola. Elle a des effets stimulants. On la mâche pour veiller. Elle est distribuée lors des cérémonies funéraires et même au cours des réjouissances au Bénin. Elle est utilisée couramment par les conducteurs de gros camions pour pouvoir maintenir l'état d'éveil.

III.4.4. Le café et le thé

Ils terminent la liste des autres drogues.

Ils proviennent respectivement des grains de caféier et des feuilles de théier. Le thé est actuellement importé par la Centrafrique alors que le café constitue une des premières

cultures commerciales. Il est en effet cultivé dans la Lobaye, la Basse-Kotto, le Mbomou et la Sangha-Mbaéré.

La consommation du café et du thé accroît la vigilance.

Après ce long développement sur les différentes drogues, nous passons à la seconde partie de notre travail.

Elle sera consacrée à la présentation du cadre et de la méthodologie de notre étude. Il s'agira en fait de décrire la ville de Bangui et le troisième arrondissement, la méthodologie utilisée pour réaliser l'enquête. Nous finirons par les quelques difficultés rencontrées.

I. CADRE DE L'ETUDE

I.1. LA VILLE DE BANGUI

Bangui est la plus grande ville de la République Centrafricaine. Sa population qui était de 451.690 habitants en 1988 (19) est estimée cette année à 498.000 habitants (16,81 % de la population totale du pays). Le taux d'accroissement naturel est de 2,5 %.

Capitale économique, politique, administrative et universitaire, elle abrite les 3/4 des établissements industriels.

C'est le siège des banques et des sociétés. Grâce à son port fluvial et à son aéroport international, elle reçoit plus de 98 % des importations de Centrafrique.

Centre politique et administratif où siègent l'Assemblée Nationale et le Gouvernement, la ville de Bangui abrite la totalité des ministères, du personnel diplomatique et consulaire accrédité en Centrafrique. Une grande partie des fonctionnaires centrafricains y résident.

Ville universitaire, on y compte un grand nombre d'écoles, de lycées et collèges, d'instituts et de facultés universitaires.

En plus de quelques équipements culturels (cinémas, salles et terrains de sports et de jeux, centres culturels), Bangui possède des hôtels, des restaurants, un parc zoologique qui lui donnent son aspect mérité de ville touristique. Elle est subdivisée en huit (08) arrondissements dont le troisième est le cadre de notre étude.

I.2. LE TROISIEME ARRONDISSEMENT

Limité au sud par le sixième arrondissement, à l'est par les cinquième et premier, à l'ouest et au nord par la sous-préfecture de BIMBO, le troisième arrondissement de la ville de Bangui est divisé en 29 quartiers répartis en deux groupements.

Sa population totale qui était de 86.029 habitants en 1988 (19) est estimée actuellement à 94000 personnes, soit 19,03 % de la population de Bangui.

Plusieurs nationalités africaines et étrangères y cohabitent. On peut compter les Centrafricains de tous les groupes ethniques, des Camerounais, des Sénégalais, des Tchadiens, des Zaïrois, des Maliens, voire des Soudanais, Ethiopiens, Libanais, etc...

Son marché "du Kilomètre 5" encore appelé "MAMADOU MBAIKI" est le plus grand et le plus animé de Bangui.

Plusieurs magasins et boutiques sont alignés des deux côtés de l'avenue KOUDOUKOU qui traverse le troisième arrondissement d'est en ouest.

On compte un institut privé de formation professionnelle, le lycée de FATIMA, plusieurs écoles primaires dont une est privée.

Deux centres de santé urbains (MAMADOU MBAIKI et CASTORS) et un cabinet médical privé (Saint Luc) assurent les premiers soins aux résidents du troisième arrondissement.

Une maternité à CASTORS réalise en moyenne quinze (15) accouchements par jour.

Cinq (05) pharmacies d'officine privées : SAMBO, KOUDOUKOU, LE GALIEN, DA TI YORO et KOKORO vendent les produits pharmaceutiques.

I.3. RAISONS DU CHOIX DU CADRE

Le troisième arrondissement de la ville de Bangui a été choisi pour plusieurs raisons :

- i) il est l'arrondissement le plus populaire de Bangui ;
- ii) sa population est la plus hétéroclite ;
- iii) les rumeurs lui confient la première place parmi les arrondissements où l'on consomme la drogue ;
- iiii) il est le plus accessible car desservi par une centaine de taxis et bus venant des autres quartiers et arrondissements de Bangui. C'est en fait un arrondissement à hauts risques que nous avons choisi pour notre enquête sur l'usage abusif des drogues.

II. METHODOLOGIE - SUJETS ET MATERIEL DE L'ETUDE

II.1. LA TAILLE DE L'ECHANTILLON

Nous avons convenu que l'âge de nos enquêtés se situe entre 10 et 44 ans, tout sexe confondu. Les sujets de cette tranche d'âge représentent 60 % de la population totale de l'arrondissement, soit environ 57.000 personnes dont 1.200 (2,10 %) constituent notre échantillon.

Parmi elles, il y a 350 élèves et étudiants et 850 non scolaires.

II.2 METHODOLOGIE DE L'ECHANTILLONNAGE

Il s'agit d'un sondage en grappes. Nous avons constitué 30 grappes de 40 personnes chacune. La base du sondage utilisée est la liste des quartiers du IIIe arrondissement. Les grappes ont été tirées au hasard avec la table des nombres. Dans chaque grappe tirée, nous avons interrogé 40 personnes.

La liste des grappes par quartier figure à l'annexe I.

II.3 LA TECHNIQUE DE L'ETUDE

Les données de notre étude qui est une enquête d'épidémiologie descriptive ont été collectées au cours d'un entretien directif avec l'échantillon constitué.

Un questionnaire individuel anonyme a été utilisé à cet effet et comprend 106 items regroupés en huit (08) grandes rubriques:

- . les données démographiques du sujet et sa situation socio-économique ;
- . son cursus scolaire ;
- . son état de santé ;
- . sa situation et ses relations familiales ;
- . sa consommation de drogue(s) ;
- . ses loisirs ;
- . les répercussions médico-sociales de son intoxication ;
- . ses critiques et solutions du phénomène "drogue".

L'enquête s'est déroulée de la façon suivante :

a) pour les personnes sachant lire et écrire, le questionnaire leur a été remis.

Elles l'ont rempli elles-mêmes sous la supervision de l'enquêteur qui est resté à leur disposition pour d'éventuelles précisions.

Nous signalons que dans la pratique, le plus souvent, l'enquêteur a posé les questions et coché lui-même les réponses de son interlocuteur.

b) pour les analphabètes, l'enquêteur a posé lui-même chaque question en la traduisant en langue nationale (SANGO) et a coché lui-même la réponse choisie.

Le questionnaire a été testé au préalable sur une vingtaine d'individus n'appartenant pas à notre échantillon, notamment les accompagnants des malades hospitalisés en psychiatrie au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui.

La durée moyenne de chaque entretien a été d'une heure. Compte tenu de la clarté des questions constatée après le test, nous n'avons rien modifié du questionnaire. Nous nous sommes également entretenu avec le chef de service de la réinsertion sociale, le chef de service des affaires criminelles, des mœurs et stupéfiants ainsi que la famille de certains usagers de drogues.

Avec eux, nous avons parlé de l'ampleur du phénomène, des moyens de prévention existants actuellement dans le troisième arrondissement et des propositions en vue d'une prévention efficace.

Les libellés du questionnaire et des guides d'entretien se trouvent à l'annexe II.

L'observation directe nous a permis de nous rendre compte des conditions de vie de nos enquêtés.

Enfin, l'analyse statistique de nos résultats a été faite à l'aide de plusieurs tests comme celui de khi deux, celui de contingence et celui d'indépendance.

II.4 LA DUREE DE L'ETUDE

L'enquête s'est déroulée du 05 Juin au 16 Juillet 1992 inclus, soit 34 jours ouvrables.

II.5 CHOIX ET FORMATION DES ENQUETEURS

Pour réaliser cette enquête, nous nous sommes fait aider par dix (10) jeunes de sexe masculin, tous diplômés sans emploi, sortis des établissements de formation professionnelle et universitaire.

Leur formation à la technique de l'enquête a duré deux jours suivant la note située à l'annexe III.

Notre étude ne s'est pas faite sans difficultés.

III. DIFFICULTES RENCONTREES

Elles sont heureusement peu nombreuses.

1) Malgré les autorisations d'enquête délivrées par les autorités compétentes et la large sensibilisation du public, que nous avons faite, certaines personnes ont refusé de se soumettre au questionnaire. Nous avons été obligé de changer de grappes dans plusieurs quartiers. Ceci a allongé davantage l'enquête.

2) Les analphabètes constituent la moitié de nos enquêtés. L'entretien avec eux a été beaucoup plus long car l'enquêteur a dû traduire presque tout le questionnaire en SANGO (la langue nationale et officielle de Centrafrique).

3) Au cours de l'enquête, nous avons connu parfois quelques problèmes logistiques rendant difficile la supervision quotidienne des enquêteurs.

4) La réticence de certains enquêtés à avouer la consommation de drogue(s) a quelque peu faussé le taux de prévalence réel du fléau au sein de notre échantillon.

En dépit de ces difficultés que nous avons surmontées avec l'aide financière, logistique et morale des responsables de l'O.M.S., des amis, des collaborateurs et du personnel du ministère de la santé publique, nous avons réalisé l'enquête dont nous présentons les résultats dans la troisième partie.

TROISIEME PARTIE

LES RESULTATS

Durant l'enquête, nous avons interrogé 1.200 personnes des deux sexes, âgées de 10 à 44 ans, de toutes catégories socio-professionnelles, confessionnelles, ethniques et de diverses nationalités.

Il y a 350 élèves et étudiants et 850 non scolaires. Parmi elles 317 ont avoué la consommation abusive de drogues, soit une prévalence de 26,41 %.

Les 317 usagers de drogues dont 32 de sexe féminin (10,10 %) et 285 de sexe masculin (89,90 %) sont en majorité âgés entre 15 et 29 ans (78,23 %) avec le pic entre 20 et 24 ans.

L'âge moyen est de 24 ans.

Les tableaux suivants présentent ces résultats.

L'usage abusif des drogues est une menace autant dévastatrice pour les générations actuelles et futures que les épidémies de peste qui ont ravagé certaines parties du monde aux siècles précédents. Certains le redoutent plus que le terrorisme. Et c'est dans le cadre de la recherche sur le niveau, la forme et les mobiles de ce fléau que notre étude a porté sur un échantillon d'une taille de 1200 individus répartis conformément au tableau ci-dessous :

TABLEAU I : REPARTITION DE LA POPULATION ENQUETEE SELON L'AGE ET LE SEXE

SEXE	MASCULIN		FEMININ		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nomb- re	%
AGE						
10 - 14 Ans	93	7,75	40	3,33	133	11,08
15 - 19 Ans	84	7	62	5,17	146	12,17
20 - 24 Ans	118	9,83	91	7,59	209	17,42
25 - 29 Ans	127	10,58	106	8,84	233	19,42
30 - 34 Ans	94	7,83	89	7,42	183	15,25
35 - 39 Ans	78	6,5	57	4,75	135	11,25
40 - 44 Ans	69	5,75	92	7,66	161	13,41
TOTAL	663	55,25	537	44,75	1200	100

La répartition par âge de la population enquêtée montre que les personnes âgées de 25 à 29 ans viennent en tête avec 19,42 %, suivies respectivement de celles de 20 à 24 ans, dans une proportion de 17,42 %, de celles de 30 à 34 ans, de 40 à 44 ans, de 15 à 19 ans, de 35 à 39 ans et enfin de celles de 10 à 14 ans.

La répartition par sexe nous permet de dire que les hommes sont les plus nombreux soit 55,25 %. Les femmes ne font donc que 44,75 % de la population enquêtée.

TABLEAU II : REPARTITION DES DROGUES SELON L'AGE ET LE SEXE

AGE	SEXE		TOTAL	
	MASCULIN	FEMININ	Effectif	%
10 - 14 Ans	13	1	14	4,42
15 - 19 Ans	46	8	54	17,03
20 - 24 Ans	102	10	112	35,33
25 - 29 Ans	75	7	82	25,87
30 - 34 Ans	21	4	25	7,88
35 - 39 Ans	15	2	17	5,36
40 - 44 Ans	13	0	13	4,11
TOTAL	285	32	317	100

89,90 % des drogués sont de sexe masculin. La toxicomanie existe également chez la femme centrafricaine bien que la proportion reste encore faible. Le tableau N°2 nous montre que 248 usagers de drogues, soit 78,23 % des cas sont âgés de 15 à 29 ans. Mais le phénomène s'observe plus chez les jeunes des deux sexes de tranche d'âge compris entre 20 et 24 ans ce qui dénote que c'est dans cette classe modale d'âge que les individus abusent davantage de la drogue. (GRAPHIQUES 1-2-3 et 4).

Mais une étude d'interrelation entre les différentes modalités pourra nous renseigner au mieux sur le phénomène. Pour notre cas, nous avons utilisé une analyse pluridimensionnelle dont les résultats se trouvent consignés en annexe.

Ainsi le tableau de Contingence en annexe selon l'âge et le sexe fait ressortir les renseignements ci-après:

I- Le test d'Indépendance rejette l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre l'âge et le sexe dans la consommation de la drogue car le KHI2 calculé = 4.28836 est inférieur au KHI2 lu = 12,59 à 6 degrés de liberté au risque de 5 %. L'indépendance n'est pas totale car la valeur du lien (FI2) = 0,014 est non nulle.

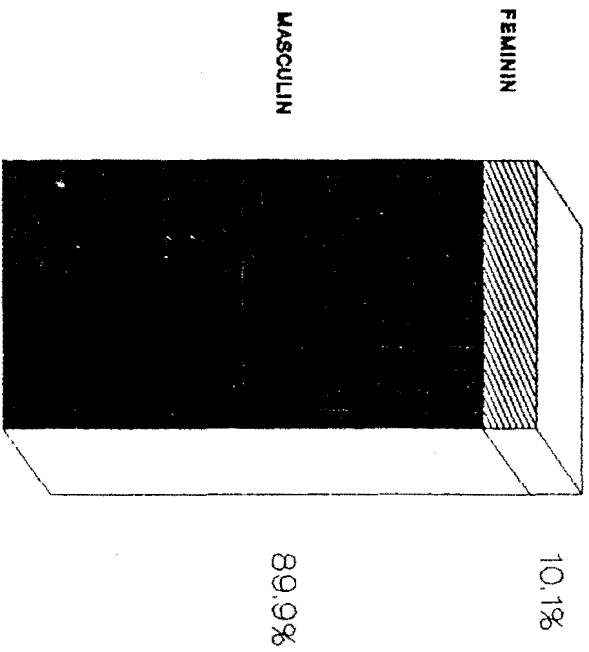
II- Le classement des ~~Cases~~ les plus significatives montre que les jeunes filles de 15 à 19 ans et les femmes de 30 à 34 ans se droguent, de façon inconsciente ou par ~~survisme~~ pour les premières, et à cause des soucis pour les dernières.

III - Quant aux femmes âgées de plus de 39 ans le phénomène de la consommation de la drogue tend à disparaître totalement, tandis que c'est chez les hommes de tranches d'âges compris entre 30 - 34 et 15 - 19 ans que le phénomène diminue.

REPARTITION DES DROGUES PAR SEXE

GRAPHIQUE 1

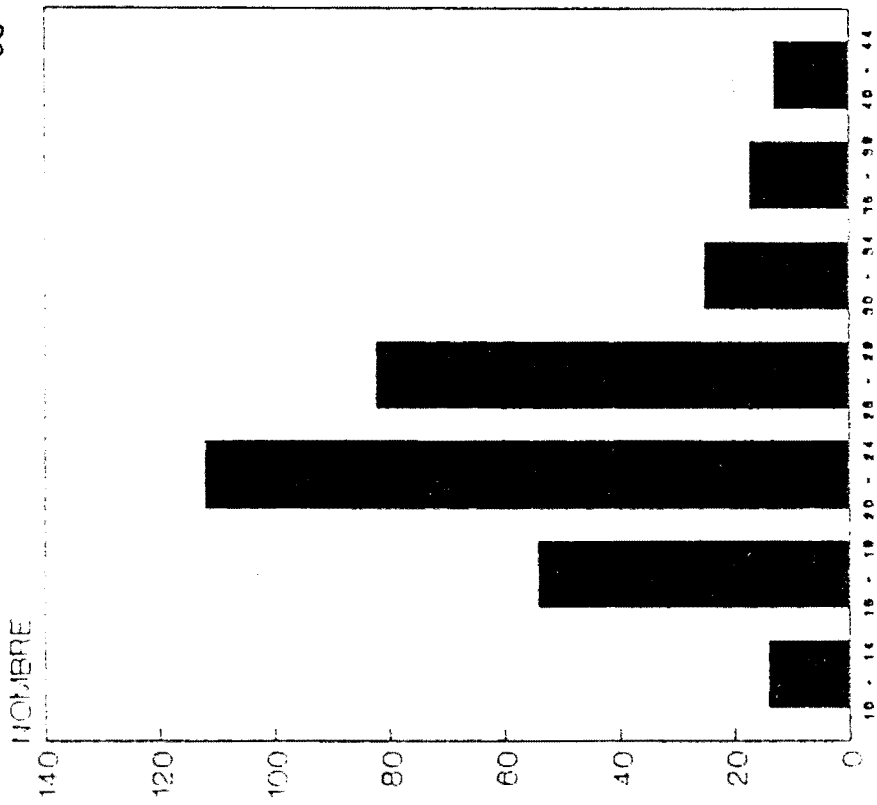
61



REPARTITION DES DROGUES PAR AGE

GRAPHIQUE II

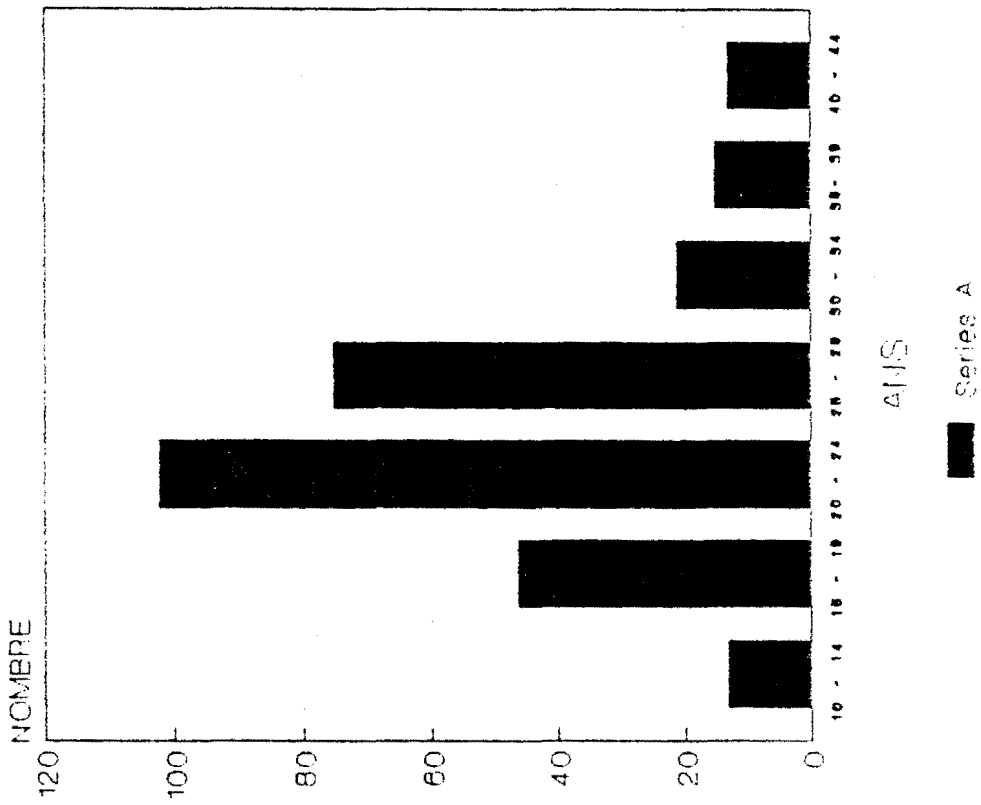
63



AGE

Series A

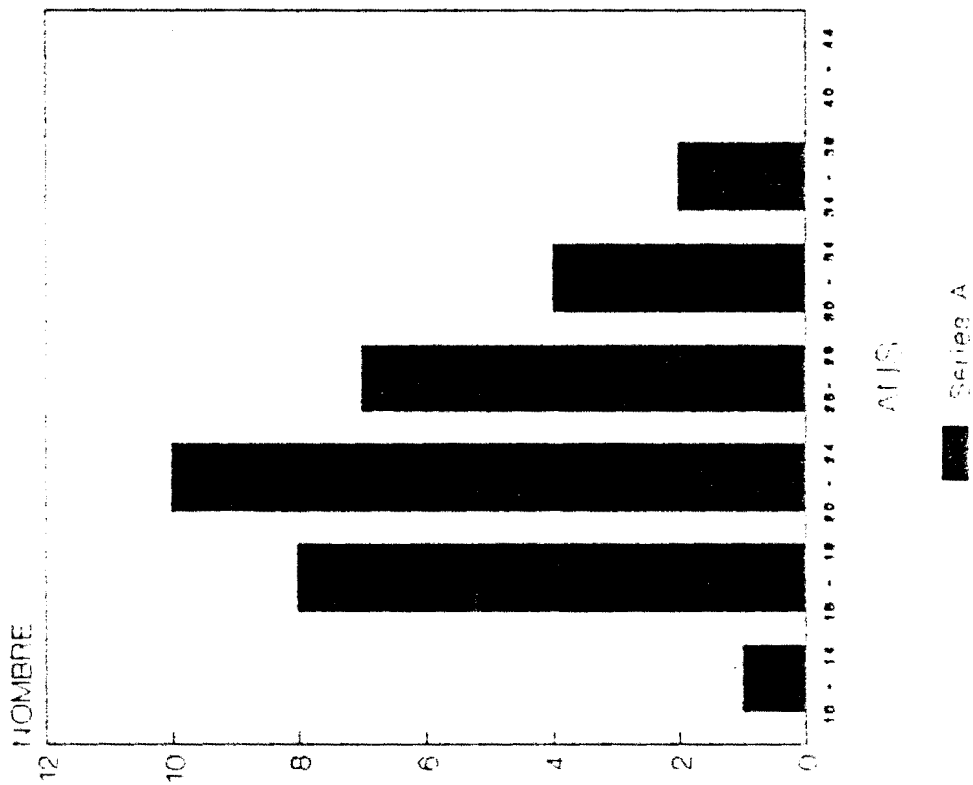
REPARTITION DES DROGUES MASCULINS
GRAPHIQUE III SELON L'AGE 65



REPARTITION DES DROGUES FEMININS
SELON L'AGE

GRAPHIQUE IV

67



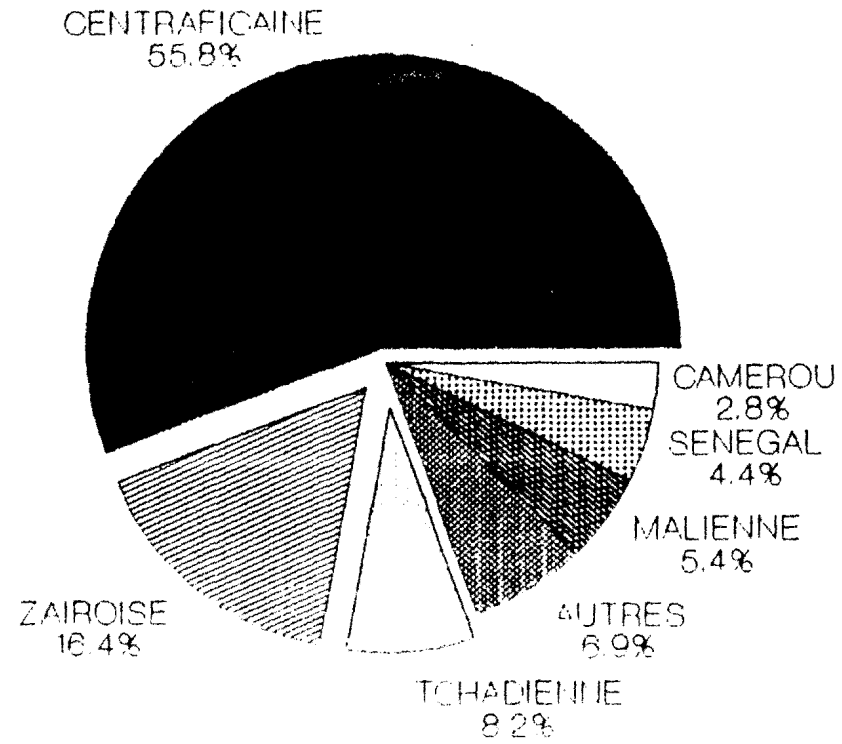
AJIS

Series A

REPARTITION DES DROGUÉS PAR NATIONALITE

GRAPHIQUE V

71



CAMEROU • CAMEROUN

SENEGAL • SENEGALAISE

TABLEAU IV : REPARTITION DES DROGUÉS SELON LE SEXE ET LA SITUATION MATRIMONIALE

SEXE	Masculin	Féminin	Effectif	%
CELIBATAIRE	111	8	119	37,54
UNION LIBRE	72	3	75	23,66
DIVORCE(E)	40	5	45	14,19
MARIE(E)	34	4	38	11,99
VEUF(VE)	22	7	29	9,15
SEPARE(E)	6	5	11	3,47
TOTAL	285	32	317	100,0

Ce tableau met en évidence une grande majorité de sujets vivant seuls, du fait soit du célibat, soit de divorce, soit du veuvage ou de la séparation dont 37,5% sont célibataires.

(GRAPHIQUE VI.)

Le nombre de ceux qui vivent en union libre et des mariés est moins important: 113 cas soit 35,64 %. Ces derniers sont cependant plus nombreux dans la population normale. Tout se passe comme si la vie à deux protège contre la toxicomanie. Aussi apprécier l'incidence du célibat dans ce phénomène chez nos enquêtés est risqué. Seul un test d'indépendance pourra nous permettre de mieux apprécier le phénomène.

Ainsi, testée aux seuils de 10 % et de 5 %, l'hypothèse qu'il y a une indépendance pour le phénomène de la drogue chez les individus selon leur situation matrimoniale et le sexe est rejetée car le khi2 calculé = 26,45869 est supérieur au khi2 lu égal à 15,09. Donc il y a une liaison fonctionnelle chez les individus selon la situation matrimoniale et le sexe pour ce qui concerne la drogue.

(TABLEAU DE CONTINGENCE II)

Il s'en suit dès lors que c'est certainement pour atténuer leurs chagrins et oublier leurs soucis en attendant la suite à leur situation que les femmes séparées se droguent plus.

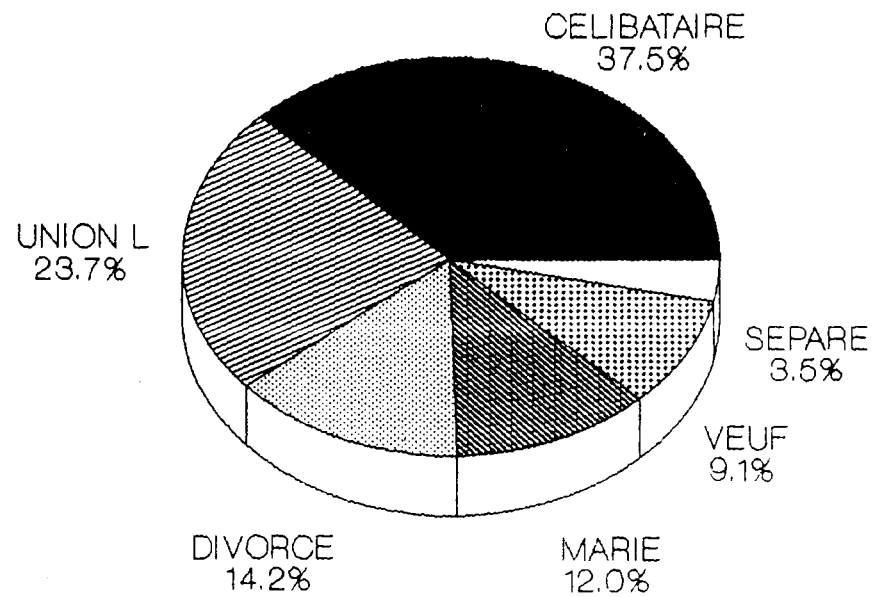
Viennent ensuite et respectivement les veuves qui contribuent pour 21,73 % dans l'explication de la consommation de drogue; les hommes en union libre 10,58 % et enfin les hommes mariés 0,03 %.

Quant au spectre de la modalité, il ressort toujours que les femmes séparées sont les plus exposées au mal suivies des femmes veuves, des hommes en union libre et enfin des célibataires.

REPARTITION DES DROGUES SELON
LEUR SITUATION MATRIMONIALE

75

GRAPHIQUE VI



UNION LI - UNION LIBRE

TABEAU V: REPARTITION DES DROGUÉS SELON LEUR NIVEAU
D'INSTRUCTION ET LEUR SITUATION SOCIALE

Niveau	Non Scola- risé	Prima- ire	Secon- daire 1er Cycle	Secon- daire 2e Cycle	Supé- rieur	Ef- fec- tif	%
Situat- Sociale							
Sans Emploi	30	29	17	1	0	127	40,06
Fonction- naires	0	11	18	13	5	47	14,83
Commerçants	5	18	16	2	0	41	12,93
Ouvriers	6	21	7	0	0	34	10,73
Diplômés Sans Emploi	0	0	0	18	8	26	8,20
Elèves et Etudiants	0	0	5	7	2	14	4,42
Chauffeurs	2	10	1	0	0	13	4,10
Gardiens	6	2	0	0	0	8	2,52
Artistes	3	3	1	0	0	7	2,21
ENSEMBLE	102	94	65	41	15	317	100,0

Il y a une nette prédominance des sans emploi (40,06 %) ayant un niveau d'instruction nul ou assez bas.

Les fonctionnaires viennent en deuxième position soit 15 % des cas. Toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées. Les travailleurs toutes catégories confondues représentent 59,94 % de la population des drogués.

Parmi eux 15 usagers de drogues soit 4,7 % ont fait des études supérieures. La toxicomanie apparaît comme un fléau qui frappe surtout les classes sociales analphabètes et les individus ayant fait le cours primaire soit au total pour ces deux niveaux d'instruction 196 individus environ 62 % des cas.

Notons par ailleurs que les cadres supérieurs ne sont pas totalement épargnés du fléau.

TABLEAU VI: REPARTITION DES DROGUÉS SELON LE STATUT
MATRIMONIAL DES PARENTS ET LE TYPE DE FOYER PARENTAL

Foyer Parental	POLYGAMIE	MONOGAMIE	EFFECTIF	%
Sit-Mat-Parents				
Parents Divorcés	70	41	111	35,02
Parents ensemble	48	28	76	23,97
Parents Séparés	31	14	45	14,19
Père Décédé	18	12	30	9,46
Mère Décédée	7	16	23	7,26
Parents Décédés	19	13	32	10,10
TOTAL	193	124	317	100,0

Plus de la moitié des toxicomanes (60,88 %) proviennent d'un foyer polygame. On serait tenté de croire que la polygamie favorise la toxicomanie. Mais la polygamie est un fait culturel très répandu en Centrafrique. Dans la population normale de notre échantillon, trois foyers sur cinq sont polygames. Nous pensons dès lors que l'abus des drogues est dû à l'interaction de plusieurs facteurs dont la polygamie.

Aussi l'étude des données du tableau VII nous fait remarquer que 124 drogués (39,11 %) sont issus de familles monogames.

Avant de tirer les meilleures conclusions, il serait souhaitable de faire une étude d'inter-relation entre le type de foyer et la situation matrimoniale des parents.

Les résultats du test d'indépendance se présentent ainsi qu'il suit:

Testée au risque de 10 %, l'hypothèse qu'il existe une liaison fonctionnelle entre le type de foyer parental et la situation matrimoniale des parents dans la consommation des drogues à 5 degrés de liberté est acceptée car le χ^2 calculé (10,56534) est supérieur au χ^2 lu (9,24).

(TABLEAU DE CONTINGENCE III)

Toutefois au seuil de 5 % on pourrait être amené à tirer une conclusion contraire c'est-à-dire à rejeter l'hypothèse d'une liaison entre les deux variables (χ^2 lu inférieur au χ^2 calculé).

Aussi à travers ce tableau de contingence il ressort que la case des toxicomanes orphelins de mère et issus d'un foyer monogame est plus significative c'est - à - dire que les orphelins issus d'un foyer monogame sont plus favorables à la drogue.

La cause profonde de cette situation s'explique par le fait que cette catégorie d'individus préfèrent se droguer pour diminuer les soucis ou pour des raisons socio-économiques.

TABLEAU VII: REPARTITION DES DROGUÉS SELON LE NIVEAU DE
REVENUS DE LA FAMILLE

NIVEAU DE REVENUS	EFFECTIF	%
Familles Démunies	153	48,26
Familles à Revenus Intermédiaires	86	27,13
Familles Aisées	78	24,61
TOTAL	317	100,0

3 drogués sur 4 sont de familles démunies ou à revenu intermédiaire.

Nous relevons tout de même que près de 25 % des usagers de drogues sont issus de familles aisées.

Il s'en déduit donc clairement que la toxicomanie n'épargne aucun milieu socio-économique.

Nous entendons par famille démunie une famille à revenu très maigre, à niveau de vie très bas. Tandis qu'une famille aisée est celle qui dispose de biens de toutes natures, qui est riche et vit sans difficultés matérielles.

Par contre la famille à revenus intermédiaires est celle qui a le minimum nécessaire pour vivre. Elle n'est ni pauvre ni riche.

TABLEAU VIII: REPARTITION DES DROGUÉS SELON LA
CIRCONSTANCE D'ENTREE DANS LA TOXICOMANIE

CIRCONSTANCE D'ENTREE	EFFECTIF	%
Mauvaises Fréquentations	145	45,74
Problèmes Sociaux	63	19,87
Curiosité	46	14,51
Conflits Familiaux	35	11,04
Vaincre l'Angoisse	21	6,63
Usage Récréatif	7	2,21
TOTAL	317	100,0

Les mauvaises fréquentations sont la principale circonstance d'entrée dans la toxicomanie soit 45,7% des cas.

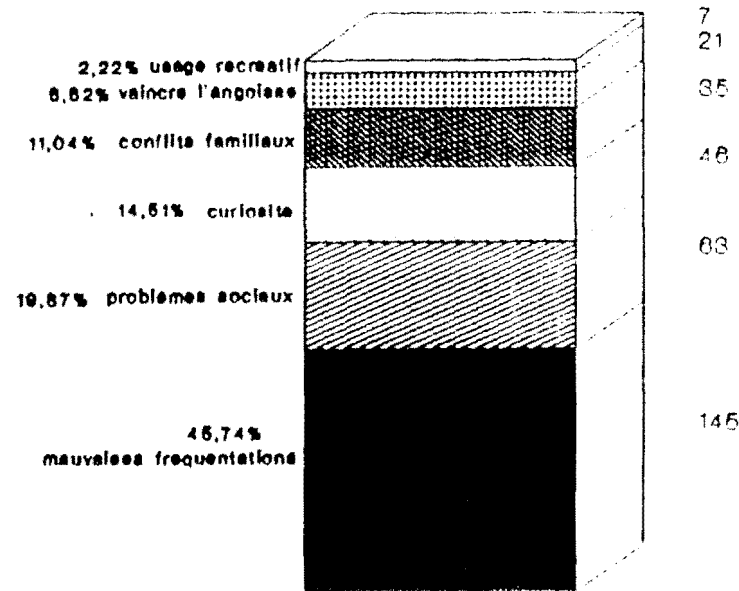
A des degrés divers, d'autres facteurs tels les problèmes sociaux, les conflits familiaux, la curiosité et autres raisons ont contribué au premier contact avec la drogue.

(GRAPHIQUE VII)

REPARTITION DES DROGUÉS SELON LA CIRCONSTANCE D'ENTREE

GRAPHIQUE VII.

85



TABEAU IX: TAUX D'USAGE DES DIFFERENTES DROGUES

DROGUES UTILISEES	EFFECTIF	POURCENTAGE
CANNABIS	126	39,75
TOXICOMANIE CROISEE	57	17,98
ALCOOL	35	11,04
MEDICAMENTS PSYCHOTROPES	33	10,41
AMPHETAMINES	25	7,88
SOLVANTS ORGANIQUES	21	6,63
DROGUES FABRIQUEES	20	6,31
TOTAL	317	100,0

Le tableau IX fait ressortir le grand intérêt accordé au cannabis par les toxicomanes de notre échantillon. Cette drogue est utilisée par 126 d'entre eux (39,75 %).

57 drogués (18 % environ), la plupart des jeunes, font usage de plusieurs produits toxiques à la fois.

20 autres également des jeunes se sont constitués en groupes et consomment régulièrement des produits qu'ils fabriquent de façon artisanale.

Pour certains d'entre eux, la toxicomanie est une "science" qui doit connaître des innovations. Selon eux, les substances utilisées habituellement se démodent et ils sont sans cesse à la recherche de nouvelles.

L'hétérogénéité des mélanges fait que ce type de consommation de drogues entre déjà dans la polytoxicomanie.

L'alcool est très utilisé. Le taux de 11,04 % est nettement inférieur à la réalité. Ce produit est surtout associé aux médicaments psychotropes (Diazépam = VALIUM) ou Flunitrazépam = ROHYPNOL.

Les ouvriers, chauffeurs, élèves et étudiants voire les fonctionnaires font usage des amphétamines pour compenser les dépenses énergétiques dues aux travaux rudes et pénibles ou pour améliorer les rendements.

Ce sont surtout les adolescents (10 à 16 ans) qui utilisent les solvants organiques. En réalité, dans le troisième arrondissement, 9 consommateurs de drogues sur 10 sont polytoxicomanes.

La consommation de "drogues dures" ne nous a pas été signalée parmi nos enquêtés.

Aussi, bien que l'ayant relevé dans les réponses de nos enquêtés, nous n'avons pas trouvé important de parler de drogues mineures (thé, café, cola, tabac) pourtant consommées par presque la totalité des sujets de notre échantillon.

Ces produits ne sont pas perçus comme nocifs pour la santé des individus qui en abusent souvent par ignorance et/ou poussés par les campagnes publicitaires.

TABLEAU X : IMPORTANCE DES DIFFERENTES CAUSES
INCRIMINEES

CAUSES	EFFECTIF	POURCENTAGE
VAINCRE LES ENNUIS	74	23,34
VAINCRE LA FATIGUE	51	16,09
FAIRE COMME LES COPAINS	34	10,78
CARENCE AFFECTIVE	28	8,83
IMITATION D'UN PARENT	26	8,20
CURIOSITE	23	7,26
EDUCATION INADEQUATE	20	6,31
MODE	20	6,31
AFFIRMER LA PERSONNALITE	18	5,68
REVOLTE CONTRE LA SOCIETE	10	3,15
COMMUNIQUER FACILEMENT	6	1,89
IGNORANCE	4	1,26
NE PEUVENT PAS EXPLIQUER	3	0,95
TOTAL	317	100,0

* 125 drogués (39,43 % des cas) usent des toxiques pour vaincre les ennuis ou la fatigue.

80 autres (25,23 %) imitent soit un parent, soit les copains, soit pour suivre "la mode".

48 (15,14 %) manquent d'affection et combrent ce vide par la drogue.

Alors que 7,26 % des drogués consomment par curiosité, 1,26 % par ignorance, 3,15 % le font pour se révolter contre la société.

Près de 1 % ne peuvent pas expliquer pourquoi ils se droquent.

En somme, les difficultés quotidiennes sur les plans personnel, familial, professionnel et social, sont les principales causes de l'usage abusif des drogues dans le troisième arrondissement de Bangui.

TABLEAU XI : REPERCUSSIONS SUR LA VIE DES DROGUÉS

REPERCUSSIONS	EFFECTIF	POURCENTAGE
TROUBLES PSYCHIQUES	96	30,28
DIFFICULTES PROFESSIONNELLES	87	27,45
CONFLITS FAMILIAUX	83	26,18
SANS REPERCUSSION	30	9,46
ANTECEDENTS JUDICIAIRES	21	6,63
ENSEMBLE	317	100,0

Près du tiers (30,3 %) des usagers de drogues ont eu des troubles psychiques ayant nécessité une hospitalisation ou une consultation en milieu spécialisé.

Environ 54 % ont eu des difficultés soit dans leur travail, soit dans leur famille.

(GRAPHIQUE VIII)

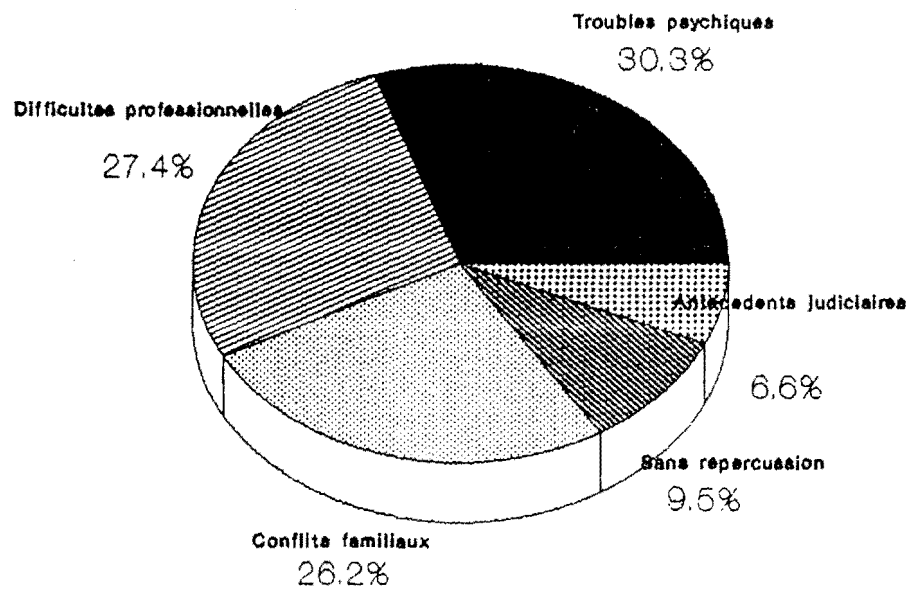
Alors que 21 (9,46 %) ont eu des ennuis avec la justice, 30 autres n'ont eu pour l'instant aucun problème.

La grande fréquence des troubles psychiques dans la population des drogués du troisième arrondissement de Bangui s'expliquerait par la multitude de produits toxiques qu'ils utilisent régulièrement, et qui sont susceptibles d'induire des désordres mentaux.

REPERCUSSIONS DE LA CONSOMMATION DE LA DROGUE SUR LA VIE

93

GRAPHIQUE VIII



LES AUTRES RESULTATS

L'observation directe et l'entretien non dirigé que nous avons eu avec les enquêtés nous ont permis de nous rendre compte de la médiocrité des conditions de vie de plusieurs familles résidant dans certains quartiers du 3e arrondissement de Bangui. C'est ainsi que nous savons ce qui suit :

1) Une grande partie de la population du 3e arrondissement vit loin des prestations sociales notamment sanitaires et scolaires.

Cet éloignement oblige les mères de familles, les travailleurs, les élèves et écoliers à parcourir une longue distance pour se rendre au dispensaire, au lieu de travail, ou à leur établissement scolaire.

Rappelons que sur l'étendue du 3è arrondissement de Bangui il n'y a qu'un lycée (FATIMA) avec une capacité d'accueil réduite.

2) Il n'y a pas d'eau potable ni d'électricité dans plusieurs quartiers qui ne sont pas encore urbanisés et sans la moindre mesure d'assainissement.

La qualité de certaines habitations laisse à désirer.

Il y a un fort pourcentage d'analphabétisme.

3) La taille moyenne des familles est de 8 à 9 personnes pour des revenus assez faibles.

4) Plusieurs jeunes sont sans tuteur ni parent et sont résolus à "se débrouiller" pour survivre.

5) Les effectifs de plusieurs classes sont pléthoriques et bon nombre d'écoliers utilisent encore des bancs de fortune pour suivre les cours.

Les bâtiments de certains établissements scolaires primaires et secondaires sont en délabrement.

Ces différents problèmes que connaît la majorité de la population de notre zone d'étude, notamment les jeunes poussent ces derniers à se réfugier dans la drogue avec son cortège de méfaits sur l'individu et sur le groupe social.

Nous nous sommes également entretenu avec Madame le Chef de service de la réinsertion sociale au Secrétariat d'Etat aux

Affaires Sociales et Monsieur le chef de service des affaires criminelles, des moeurs et stupéfiants à la brigade criminelle de Bangui (cf guides d'entretien à l'annexe II).

Voici l'essentiel de ces deux interviews.

1. DU CHEF DE SERVICE DE REINSERTION SOCIALE

. Très peu d'usagers de drogues ont eu recours à son service (3 au total en un an).

. Les possibilités de réinsertion socio-professionnelle de ces sujets en difficultés sont presque inexistantes actuellement à Bangui.

. Les difficultés économiques du pays, les mauvaises conditions de vie des familles, la multiplication des familles incomplètes, les mutations socio-culturelles sont pour elle à l'origine de l'usage abusif des drogues.

. Selon elle, les agents de santé et des affaires sociales, la famille, les éducateurs, les agents des forces de sécurité, même les responsables des associations et organisations peuvent être les acteurs de la prévention de la toxicomanie qui se développe sans cesse en milieu centrafricain surtout urbain.

. Enfin, pour une prévention efficace de ce fléau, elle souhaite une volonté politique réelle, une action multidisciplinaire regroupant tous les partenaires sociaux et la mise en application effective des soins de santé primaires en République Centrafricaine.

2. DU CHEF DE SERVICE DES AFFAIRES CRIMINELLES

. Le service qu'il dirige s'occupe des affaires à caractère criminel (atteintes aux personnes et aux biens) et de la répression des auteurs des infractions relatives aux moeurs et aux drogues.

. Les jeunes désœuvrés (14 à 26-28 ans), les conducteurs de véhicules et même des pêcheurs sont gardés à vue dans ce service, car auteurs d'atteintes aux personnes et aux biens, coups et blessures, tentatives d'assassinat, vols, accidents mortels de la voie publique, etc...

Ces forfaits sont commis la plupart du temps sous l'emprise de la drogue.

Le nombre de ces sujets est sans cesse croissant et ils sont en principe presque tous déférés au parquet.

Voici quelques chiffres extraits des condamnations par catégories de délits à la greffe correctionnelle du Tribunal de Grande Instance de Bangui, en ce qui concerne la consommation et la détention des drogues.

1987 : 33 cas sur 1141 condamnations

1988 : 53 cas sur 1529 "

1989 : 78 cas sur 3021 "

Source : Ministère de la Justice (cf annuaire statistique de 1989, page 86).

. Les statistiques de saisies de drogues ci-après sont celles du seul service des affaires criminelles, des mœurs et stupéfiants de Bangui.

Les autres commissariats de police, les brigades de gendarmerie, les services de douanes et des eaux et forêts des frontières ne rendent pas compte de leurs saisies à ce service spécialisé comme cela se devait.

1987 141,726 kilogrammes de chanvre indien et 64 comprimés d'amphétamines.

1988 11,681 kilogrammes de chanvre indien et 1996 comprimés d'amphétamines

1989 31,976 kilogrammes de chanvre indien

1990 1,645 kilogramme de chanvre indien

1991 89,891 kilogrammes " " "

1992 (1er semestre) 28,234 kilogrammes de chanvre indien

. Le service enregistre de nombreux cas de récidives ; la législation centrafricaine anti-drogue, exclusive au chanvre indien serait la moins sévère d'Afrique centrale (2 mois d'emprisonnement ferme et le double de la peine en cas de récidive).

Le chanvre indien provient en grande partie du ZAIRE voisin où il est beaucoup cultivé.

Certaines régions de Centrafrique (Haut-Mbomou, Mbomou, Ouham-Pendé) produisent également cette drogue.

DISCUSSION - REVUE DE LA LITTERATURE

Notre étude nous a permis de déterminer une prévalence de 26,41 % dans la population étudiée.

262 usagers soit 82,64 % sont âgés de 10 à 29 ans et issus de tous les milieux socio-professionnels et familiaux.

Les produits incriminés sont variés avec une prédominance du cannabis sativa (39,75 %).

Les causes sont également nombreuses, se résumant à un mal à être et à vivre.

Plus de 90 % des usagers ont eu des problèmes, soit de santé, soit avec la justice, soit en famille ou au travail.

Nous envisagerons successivement le profil des usagers de drogues, les produits utilisés et les causes.

1. PROFIL DE L'USAGER DE DROGUE

1.1 L'âge

C'est à près de 83 % des cas un adolescent ou un adulte jeune de 10 à 29 ans.

Notre résultat est similaire à ceux d'autres auteurs, notamment SAGBO (79) qui a situé cette proportion entre 19 et 30 ans, TOGNON (84) de 15 à 34 ans, GANDAHO (41) de moins de 14 ans à 34 ans, GOYITO (45) entre 15-34 ans, BIDOUZO (15) entre 20 et 35 ans.

Une enquête épidémiologique au Sénégal (89) a trouvé une forte prédominance entre 15 et 20 ans.

Aussi, l'âge de début de la consommation baisse d'année en année. Il y a quelques années en effet, il était rarissime de rencontrer en Afrique Noire des toxicomanes en-dessus de 15 ans. Le contact avec la drogue se fait actuellement à Bangui à un âge de plus en plus précoce (10 ans).

Nos résultats concordent avec les autres pour affirmer que la toxicomanie touche essentiellement la jeunesse, en proie aux conditions de vie difficiles, au chômage grandissant, aux mutations sociales rapides et inadaptées et à d'autres problèmes affectifs et psychologiques liés à l'âge (3, 41, 45, 79, 83, 84, 15).

1.2. Le sexe

Les hommes représentent 89,90 % des usagers de drogue que nous avons recensés.

Mais le sexe féminin occupe tout de même 10 % des cas, ce qui est inquiétant car dans un passé récent la toxicomanie n'existait pratiquement pas chez la femme centrafricaine.

La culture l'interdisait formellement. La dégradation de nos moeurs serait le facteur principal qui concourt à cette augmentation.

Pour TOGNON (84) la toxicomanie chez la femme représente 21 % des cas alors que GANDAHO (41) a trouvé 3,48 % et GOYITO (45) 4 %.

Les femmes utilisent sensiblement les mêmes produits que les hommes.

1.3 Le profil psychologique

Nous n'avons pas pu nous entretenir plus longuement avec ces usagers de drogues.

Toutefois, les réponses à certaines questions posées nous amènent à les considérer pour la plupart comme des personnalités anti-sociales (psychopathes notamment).

En effet, les problèmes familiaux qu'ils ont, leurs antécédents judiciaires, leur instabilité sociale et professionnelle sont des faits qui justifient cette classification.

Pour BERGERET (14), l'antisocialité du psychopathe ne poursuit pas d'autre but que celui d'attirer l'attention de l'objet anaclitique dont il s'estime oublié, frustré, mal aimé.

La révolte du psychopathe n'est pas indépendance, mais un simple débordement affectif ; l'instabilité émotionnelle traduit la faiblesse prégénitale du MOI.

La labilité affective, la suggestibilité correspondent à la grande dépendance anaclitique.

AHYI R.G. (4) reconnaît aussi avec les autres auteurs aux toxicomanes africains une faiblesse. Selon lui, ce sont des êtres fragiles. Incapables de décharger sur autrui toutes les pulsions hostiles et de supporter l'angoisse secondaire aux

conflits et aux frustrations internes et externes, ils vont s'en prendre à eux-mêmes par l'intermédiaire de la drogue ; ce qui les oppose davantage à la société. Ce sont des sujets d'humeur instable, dysphoriques, dysthymiques que guettent et assiègent parfois les idées de mort.

Nous pensons aussi qu'une partie des usagers de drogues de notre échantillon, ceux issus de familles aisées, présentent un caractère que nous qualifions d'immature.

Ce sont des sujets qui proviennent de parents hyperprotecteurs qui ont toujours donné une satisfaction immédiate à tous leurs besoins.

L'environnement familial ayant toujours comblé leurs exigences, ils gardent à un âge plus avancé un développement psychologique nettement inférieur à leur évolution physique et leur âge.

Ainsi, incapables d'affronter seuls les réalités existentielles de l'âge adulte, ils ont recours à la drogue.

Tous ces faits remarqués dans notre étude concordent avec les caractères les plus fréquemment rencontrés chez les toxicomanes et rapportés par la littérature (4, 41, 57, 66, 67).

1.4 La situation matrimoniale

Ceux qui vivent seuls (célibataires, divorcés, séparés) sont les plus nombreux parmi les usagers de drogues. Ils représentent 64,35 % des cas, surtout les célibataires sans enfant.

Ainsi, n'ayant aucun engagement, ils sortent librement et régulièrement pour fréquenter les lieux de divertissements (bars, dancings, boîtes de nuit, cinémas) où ils rencontrent un monde de pervers.

Dans ces milieux, ils prennent goût à la drogue qui les plonge perpétuellement dans une ambiance dont ils auront du mal à se soustraire. Ce que confirment nos enquêtés qui reconnaissent que les mauvaises fréquentations ont contribué à 45,74 % à leur entrée dans la toxicomanie.

Nos résultats sont presque similaires à ceux d'autres auteurs : SAGBO (79) 58,97 % et TOGNON (84) 57,30 %.

Ils sont en revanche inférieurs à ceux de GANDAHO (41) 70 % et de SECK cité par SAGBO qui a recensé 86,40 % au Sénégal dans la région du Cap-Vert.

Mais nous avons environ 12 % qui sont mariés.

Au vu de ce pourcentage, nous pouvons dire que le mariage d'un individu ne le protège pas totalement de la toxicomanie. Nous pensons que ce pourcentage devrait être plus bas si l'union était harmonieuse et solide, ce qui semble ne pas être le cas ici.

1.5 Le milieu familial

Les usagers de drogues recensés sont issus de trois types de familles avec 66 % des cas de familles polygames ou incomplètes.

i) La famille polygame, on le sait, est riche en relations humaines du fait du nombre de ses membres, mais elle est également riche en conflits (entre les enfants, entre les coépouses, etc). Il en découle un mauvais climat familial et une ambiance très peu sécurisante pouvant conduire parfois à la drogue.

C'est un milieu souvent déséquilibré, généralement dépourvu de confort matériel et où le père de par son seul salaire n'arrive pas à remplir ses obligations.

Les conséquences de ce déséquilibre rejaillissent sur tous les membres de la famille et notamment les enfants.

Les parents polygames ont souvent de nombreux enfants et n'arrivent pas à subvenir aux besoins de tous. Chacun devra se débrouiller pour survivre en particulier les aînés.

Ces derniers, incapables de s'autonomiser, se tournent vers la drogue pour dominer leurs frustrations et leurs angoisses.

De plus, ces parents n'apportent pas à leurs enfants les éléments de sécurité, de stabilité et surtout d'affection nécessaires à une formation équilibrée de la personnalité.

Les carences affectives et éducatives s'accumulent à leur détriment de même que le climat de mécontentement et de haine.

Il peut en découler une dégradation des mœurs qui va pousser les enfants vers la toxicomanie.

Sur le plan scolaire, ce déséquilibre au sein de la famille est à l'origine des difficultés d'adaptation de l'enfant à ce milieu. Il en résulte de mauvaises prestations, des sentiments d'échec et de culpabilité qui provoquent parfois des troubles psychiatriques graves.

ii) Une proportion non négligeable d'usagers de drogues sont issus de familles dissociées par l'absence d'un ou des deux parents soit du fait de la séparation, du divorce ou de décès.

Les conséquences de ce vide sur l'épanouissement socio-éducatif de l'enfant sont les mêmes que dans les familles polygames.

iii) D'autres familles ne sont ni dissociées ni polygames mais l'atmosphère qui y règne n'est pas viable soit parce que le père est autoritaire ou au contraire très effacé, soit parce que la mère est "froide" ou a tendance à prendre la direction du foyer à la grande désapprobation du père.

Tous ces faits affectent l'intégrité du foyer qui est pourtant un facteur très important pour le développement normal de l'enfant.

1.6 Le niveau d'instruction

Notre étude a révélé que 196 usagers de drogues, soit 61,82 % sont non scolarisés ou ont un niveau d'instruction bas n'ayant donc pas pu finir le cursus imposé par l'école. Est-ce à cause de la déperdition scolaire ?

Ou bien ont-ils été mal formés par leurs enseignants ?

De nos jours, la déperdition scolaire évoque l'idée d'échec (79). Elle est la conséquence de l'inadéquation du système éducatif à :

- dispenser un enseignement adapté et cohérent,
- recruter et former les élèves dans les secteurs productifs,
- fixer les objectifs appropriés, traduisant ainsi une absence d'harmonie entre les exigences d'un enseignement adapté d'une part à la personnalité des élèves, à la formation

d'adultes équilibrés et capables de jugement et d'autre part à la préparation de la main-d'oeuvre nécessaire à l'économie nationale.

Cette situation est génératrice d'angoisse chez beaucoup d'élèves.

Pour OLIE et MATOT J.P. cités par SAGBO (79) en France, "l'école s'avère pour un grand nombre de jeunes élèves une situation d'impasse.

Chaque année, 200.000 jeunes quittent l'école sans diplôme."

Ce constat est plus alarmant à Bangui, surtout du fait des difficultés que rencontre l'enseignement en Centrafrique.

Comment expliquer ce phénomène chez nous ?

Nous évoquons certaines causes endogènes et exogènes au système scolaire :

Les premières comprennent :

- le manque de structures d'accueil et la dégradation de celles déjà existantes ;
- l'absence de motivation des élèves ;
- le manque d'ardeur au travail caractérisant les générations actuelles aimant la vie et le succès faciles.
- les diplômés sans emploi ;
- l'incompétence et l'inconscience professionnelles de certains enseignants ;
- le manque de motivation des enseignants du fait de non-satisfaction de leurs revendications.

Les secondes sont :

- l'absence de soutien matériel des parents ;
- la désagrégation de la famille, unité de base de la société ;
- l'absence d'éducation civique, sexuelle et sanitaire des élèves qui perdent le sens de la pudeur et de la retenue.

La combinaison de tous ces facteurs a amené le gouvernement centrafricain à décider d'une réforme du système éducatif dans les années 70, comme l'Ecole Nouvelle béninoise.

Mais définissant cette Ecole Nouvelle, AHYI R.G. cité par SAGBO (79) a écrit :

"L'Ecole Nouvelle, parce que l'ancienne n'est pas adaptée, propose des valeurs nouvelles, des programmes nouveaux, des méthodes nouvelles et des diplômes nouveaux et locaux".

"Mais l'Ecole Nouvelle, poursuit l'auteur, face aux demandes plus ou moins explicites qui l'assaillent, devient vite gênante. Elle crée chez certains un désarroi, chez d'autres une incertitude quant à l'avenir, chez un bon nombre un état d'inquiétude que très vite malheureusement on essaie d'annihiler en prenant diverses drogues"!

Le toxicomane interrompt donc prématurément sa scolarité, s'excluant de ce lieu normalisé qu'est l'institution scolaire. Il s'adonne à la drogue pour compenser son incapacité d'obtenir un diplôme ou d'avoir un niveau plus élevé.

Ce phénomène est semblable à celui observé chez les usagers de drogues de notre échantillon. Nous faisons aussi remarquer que la proportion décroît au fur et à mesure que le niveau d'instruction est plus élevé.

1.7. La situation sociale

Notre échantillon regroupe toutes les couches socio-professionnelles, avec une nette prédominance des "sans emploi" (40,06 % des cas).

Ces derniers, pour survivre, effectuent des travaux rudes et pénibles. Ou bien, s'ils ne font rien, ils s'ennuient énormément.

Ils consomment donc la drogue soit pour surpasser les difficultés du travail pénible, soit pour oublier les soucis.

Les commerçants, ouvriers, conducteurs, gardiens, même les fonctionnaires, dans la recherche effrénée de l'argent, se droguent pour être efficaces et accroître leurs rendements.

MWAKWERE (64) du Kénya a fait ressortir au cours de son travail qu'on se drogue pour échapper à l'angoisse des périodes d'examen (pour les élèves et étudiants) ou quand on est surchargé par le travail.

1.8. Le niveau socio-économique de la famille

239 usagers de drogues soit 75,39 % sont issus de familles démunies ou à revenus intermédiaires .

Dans ces familles, tous les besoins ne sont pas assurés, notamment sur les plans éducationnel, affectif et socio-économique.

Ces jeunes et adolescents s'adonnent à la drogue pour compenser ce manque.

Pour MWAKWERE (64), les jeunes consomment la drogue pour se sentir à l'aise parmi leurs compagnons d'âge.

Ce qui explique aussi le phénomène de la consommation en groupes.

Mais, que dire des usagers issus de familles aisées ? Ils ont pourtant le bien-être matériel. Toutefois, il leur manquerait la chaleur affective qu'ils recherchent dans la drogue. Les parents sont souvent absents, occupés par la recherche effrénée d'argent.

Au vu de ce profil, nous relevons que la toxicomanie sévit actuellement dans tous les milieux sociaux du troisième arrondissement de Bangui, alors qu'elle était longtemps considérée comme le problème de la pauvreté.

Après ce profil, nous nous penchons maintenant sur les différents produits utilisés.

2. LES PRODUITS

Ils sont nombreux et variés. Parmi eux, nous citons :

2.1. Le chanvre indien (Cannabis)

Il est utilisé par 126 usagers soit 39,75 %.

Ce taux est inférieur à ceux des études antérieures faites dans d'autres pays d'Afrique Noire où il dépasse même les 50 voire 60 % (41, 79, 82, 84).

Nous concluons que le cannabis sativa ou chanvre indien est la drogue la plus utilisée par nos enquêtés.

Cette conclusion rejoint celle plus généralisée de KHERARO (53) qui dit que le cannabis est la drogue la plus fréquemment utilisée, puisque selon les estimations de l'OMS, il y a dans

le monde plus de 200 millions de consommateurs parmi lesquels on peut compter un nombre de plus en plus important d'Africains.

Pourquoi cette fréquence ?

Plusieurs explications peuvent être données, dont :

- le chanvre indien est de culture facile.

C'est une plante peu exigeante qui pousse presque partout;

- son acquisition est également facile et bon marché. La dose coûte 100 francs CFA à Bangui et les fournisseurs sont nombreux;

- il est fumé, roulé dans du papier, comme une cigarette;

- c'est enfin la drogue la plus anciennement connue en Afrique.

2.2. La toxicomanie croisée

En fait, ce mode d'abus de drogues occupe le premier rang dans la fréquence.

Le taux de 17,98 % est inférieur à la réalité car 9 drogués sur 10 font usage de plus d'un produit à la fois.

Dans nos résultats, nous n'avons pris en compte que ceux qui ont explicité cette façon d'user des drogues.

Les études antérieures faites dans les autres pays d'Afrique trouvent la même proportion de 90 % (1, 41, 79, 82, 84, 89).

La consommation des "drogues dures" n'a pas été avouée par nos enquêtés.

Mais nous ne crions pas victoire trop vite. Nous devons être prudent car si ce manque s'explique par la situation géographique de Bangui, les voyages internationaux peuvent toutefois favoriser l'importation de ces produits dans un avenir proche.

L'exemple de Cotonou en dit long.

En effet, alors que SAGBO (79) en 1985 n'a recensé aucun cas de "drogues dures", TOGNON (84) cinq ans après en a fait ressortir 6,4 %, pour la plupart des polytoxicomanes.

Là toxicomanie croisée est aussi ces différentes associations des produits habituellement utilisés : alcool, chanvre indien, médicaments psychotropes. C'est enfin ces

drogues fabriquées par les usagers eux-mêmes, de façon artisanale et selon des recettes difficiles à décrire et dont eux seuls ont le secret.

Le mixage est si hétérogène que les consommateurs de ces produits très toxiques sont rangés d'emblée dans le registre de ceux atteints d'une polytoxicomanie.

2.3. L'alcool

Nous n'avons considéré que les usagers qui abusent seulement de boissons alcoolisées. (fonctionnaires notamment).

Mais en réalité, l'alcool est très utilisé, puisque associé très fréquemment aux autres drogues. La prolifération des débits de boissons à Bangui est une preuve tangible de cette utilisation.

2.4. Les médicaments psychotropes

Ce sont surtout les tranquillisants au premier rang desquels vient le Diazépam ou Valium*. ABD EL HAKIM (1) au Soudan, CROZE-CASTET (26), MWAKWERE (64) au Kenya, GANDAHO (41) et TOGNON (84) au Bénin et l'UNESCO (89) au Sénégal ont trouvé un rang identique.

L'usage non médical du Diazépam est une nouvelle tendance qui se dessine dans les classes moyennes en milieu urbain.

Ce produit a un rôle sédatif et lénitif sans provoquer le sommeil. Les sujets en abusent pour combattre la tension nerveuse, l'ennui, la perte d'énergie, le désintérêt, la dépression et les frustrations qui font partie des effets de la civilisation moderne sur la vie quotidienne dans les grandes villes.

Le Flunitrazépam ou ROHYPNOL* est également très utilisé. Aussi, pour potentialiser les effets des tranquillisants, les usagers accompagnent leur prise par l'ingestion d'alcool.

Ces produits sont souvent achetés soit sans ordonnance médicale, soit à l'aide d'anciennes prescriptions.

Très souvent aussi, les usagers les acquièrent sur le marché illicite, une forme de pharmacies en plein air au marché MAMADOU MBAIKI du Kilomètre 5.

2.5 Les amphétamines

Encore appelées "oui-oui" à Bangui, elles sont très utilisées par les ouvriers, les commerçants, les chauffeurs, les gardiens, voire les étudiants et certains fonctionnaires.

Comme dans plusieurs pays d'Afrique Noire, ces produits, exportés d'Europe sous licences falsifiées, se vendent moins cher (20 Francs CFA le comprimé) sur les étalages dans plusieurs marchés de Bangui.

Certaines personnes en font même un trafic très rentable.

Les sources du service des stupéfiants de Bangui expriment que comme au TOGO et au BENIN (41,82,84), leur usage est très répandu.

2.6 Les solvants organiques

L'essence ou "dissolution" et la colle sont inhalées par les jeunes et les adolescents pour rechercher une sensation de bien-être qu'ils n'obtiennent pas en réalité.

Ce sont des produits détournés de leur usage habituel ; leur acquisition n'est pas prohibée.

Ces produits très divers sont consommés pour plusieurs raisons.

3. LES CAUSES DE L'ABUS DES DROGUES

Les raisons qui motivent l'usage abusif des drogues par nos enquêtés sont nombreuses et diverses.

Elles sont d'ordres personnel, familial, professionnel et social et découlent de la difficile situation dans laquelle vivent la plupart des sujets de notre échantillon, notamment les jeunes. Ces causes sont bien décrites par GOYITO (45).

Comment peut-on expliquer cette ruée des jeunes vers les drogues ?

Sous tous les cieux, la société est en pleine mutation : crise économique, crise des valeurs, de la civilisation, etc (45).

Déjà, biologiquement, le passage de l'adolescence à l'âge adulte en temps normal est un événement déliquant qui est fait de périodes très tourmentées.

n'importe quoi pour se procurer leurs doses quotidiennes. Ils volent à la maison ou ailleurs.

D'autres jeunes, dans leurs fréquentations veulent imiter quelqu'un qu'ils admirent. Ce n'est pas toujours un ami ou un camarade qui est dehors. C'est peut-être un frère, un cousin, un oncle, même le père.

D'autres enfin veulent affirmer leur personnalité ou se révolter contre la société qu'ils tiennent responsable de leurs maux.

Toutes ces causes que nous avons retrouvées dans notre étude ont été rapportées par d'autres auteurs (3, 15, 41, 65, 79, 83, 84).

Pour nous résumer, nous avons préféré discuter les principales causes dans le paragraphe suivant.

4. SIGNIFICATION PROFONDE DE LA TOXICOMANIE

En Afrique Noire en général, en Centrafrique en particulier, l'usage et l'abus des drogues est une mise en accusation de la société actuelle, notamment de deux institutions :

- l'école qui n'éduque plus, ne forme plus comme proclamé dans les objectifs.

Les effectifs des classes sont pléthoriques du fait du non renouvellement des bâtiments et de la pénurie des salles et d'enseignants alors que la population scolarisée augmente sans cesse.

Les enseignants sont démobilisés car leurs revendications ne sont pas satisfaites à cause des difficultés économiques du pays.

- la famille qui est devenue un groupe social dont les rôles et les statuts des divers membres ne se vivent plus dans les faits. L'autorité parentale disparaît.

Les enfants ne sont plus correctement surveillés par leurs parents qui passent de moins en moins de temps avec leur progéniture.

On remarque une absence totale de coopération entre la famille et l'école.

L'autre problème que pose l'usage abusif des drogues chez nous est celui du choc des cultures, avec la disparition de nos valeurs culturelles traditionnelles et des repères sociaux et l'apparition d'un nouveau mode de vie, celui importé d'ailleurs et souvent mal adapté à nos habitudes. Les mass médias surtout audiovisuels (radio, télévision) sont à l'origine de cette perte d'identité culturelle par des émissions et documentaires inadaptés à nos réalités. La recherche effrénée de l'argent par les parents, souvent absents de la maison, fait que le jeune n'a pas d'autre modèle à suivre que celui que lui présente la télévision ou la radio (vedettes de cinéma, de chansons, de sports).

L'adolescent dans ce besoin impérieux d'identification à un modèle et angoissé par les difficultés quotidiennes, choisit la drogue comme moyen de fuir la réalité et d'accéder à son impératif. Ce fléau psycho-social nous interpelle tous, ce qui nous amène à nous demander qui des drogués et de la société faut-il soigner.

En fait, comme AHYI (5), nous pensons que la prévention réelle et efficace de la toxicomanie amènerait à poser le problème du choix de la société et celui du devenir de la jeunesse africaine, surtout centrafricaine qu'il faut orienter vers un système éducatif qui prend en compte son identité culturelle véritable, et son désir d'aboutir à l'obtention et à l'exercice d'un emploi.

Cette prévention passe également par des solutions aux principaux besoins élémentaires quotidiens de la population concernée.

Dans la quatrième et dernière partie de notre travail, nous passerons en revue les différents moyens qui sont indispensables pour réduire l'abus des drogues dans le troisième arrondissement de Bangui. Nous ferons enfin quelques propositions d'activités préventives.

QUATRIEME PARTIE
LA PREVENTION

La prévention est un ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité d'un phénomène (maladies, accidents).

L'Organisation Mondiale de la Santé en distingue trois types :

- la prévention primaire (éducation, information, sensibilisation)
- la prévention secondaire (cure, dépistage précoce)
- la prévention tertiaire (réadaptation, réinsertion)

En matière de toxicomanie, la prévention est essentiellement primaire.

Nous optons donc pour une prévention intégrale dite communautaire à l'instar de celle en cours d'exécution depuis quelques années dans l'ex-DUC VI de Cotonou au BENIN.

Nous nous sommes suffisamment inspiré de cette expérience originale décrite par AHYI (5), BIDOUZO (15), GANDAHO (41), GOYITO (45), TOGNIDE (83) et TOGNON (84).

I - INVENTAIRE DES MOYENS DE PREVENTION

La prévention de l'usage abusif des drogues ne relève pas d'une seule catégorie de personnes mais de plusieurs agents de tous les secteurs de la vie économique, sociale, politique et culturelle du pays.

En effet, la complexité des questions liées à l'usage et à l'abus des drogues est reconnue partout dans le monde à l'heure actuelle. Ainsi, tous les programmes de prévention de ce fléau prônent la multidisciplinarité qui semble être le seul gage de réussite. Cette multidisciplinarité fait appel à plusieurs types de ressources.

Nous parlerons de celles qui sont disponibles actuellement, celles qui ont existé ou qui devraient exister.

I. 1. LES RESSOURCES HUMAINES

I.1.1. La famille

Elle est le point de départ de chaque communauté.

Unité sociale, elle est un microcosme, un petit monde représentant une structure bien hiérarchisée où l'on retrouve, quand elle est nucléaire, trois personnes sociales : le père,

la (les) mère (s) et les enfants, ayant chacune des rôles et un statut bien définis et entretenant entre elles des inter-relations.

Si chaque membre joue normalement son rôle et assume bien ses responsabilités, ces inter-relations seront bénéfiques avec comme corollaire une harmonie, gage d'un meilleur équilibre psychologique de chacun.

Les traditionalistes font de la famille le reflet de la société en ce sens que la bonne cohésion de la famille est synonyme d'une belle harmonie sociale : pour restaurer la société, il faut avant tout restaurer la famille qui en est l'unité de base.

C'est pourquoi, toute action envisageable qu'elle soit éducative, sanitaire, sociale, religieuse sur l'individu et en direction de la société passe avant tout par le sentier étroit de la famille (54).

I.1.2. Les notables

En majorité détenteurs des valeurs culturelles centrafricaines, les notables (Chefs de groupes, de quartiers, maires, sages, personnes âgées) du 3e arrondissement de Bangui doivent jouer un rôle très important dans la prévention de la toxicomanie.

Ils devraient être amenés à prendre conscience de ce problème.

Leur rôle consisterait en une éducation préventive par les contes, légendes et histoires de Centrafrique au cours des rencontres périodiques avec les jeunes de la localité.

I.1.3. Le personnel de santé et social

Dans le cadre du travail pluridisciplinaire dont nous avons parlé précédemment, l'agent de santé et des affaires sociales garde un rôle capital.

Il peut en effet avoir une action tant en amont qu'en aval.

Son rôle sera prophylactique au niveau primaire (éducation préventive), secondaire (dépistage précoce mais aussi traitement) et tertiaire (réadaptation, réinsertion sociale).

I.1.4. Les éducateurs de tous ordres

Qu'ils soient enseignants, éducateurs spécialisés ou même moniteurs et animateurs socio-sanitaires, conseillers de jeunesse, ils interviennent dans la prévention de la toxicomanie. Leur rôle dans la lutte contre l'abus des drogues au niveau de la jeunesse apparaît incontournable.

En effet, les exigences de l'éducation et de l'instruction des jeunes à notre époque font que les éducateurs ont plus de contacts avec les enfants que leurs parents.

Les jeunes passent la majeure partie de leur temps dans les établissements scolaires ou centres de formation et ne rentrent que dans la plupart des cas tard le soir.

Les éducateurs sont donc plus proches des réalités de vie des jeunes que leurs parents. Cependant, l'intervention de l'éducateur, si importante soit-elle, ne saurait à elle seule être suffisante pour prévenir la toxicomanie chez le jeune.

Son action doit être complémentaire de celle d'autres partenaires sociaux de l'éducation dans la mesure où la prévention exige que plusieurs paramètres soient pris en compte. Ces divers paramètres ne relèvent pas tous du seul domaine de l'éducateur. L'action de l'éducateur se situe essentiellement à deux niveaux :

- les contacts

. d'abord avec le jeune pour identifier ses éventuelles difficultés (matérielles, affectives, psychologiques) ;

. ensuite avec les groupes des pairs constitués de camarades, collègues et amis du jeune ;

. enfin avec les parents du jeune pour s'imprégner de son environnement psychologique familial ;

- les informations qu'il devra livrer tant aux proches du jeune qu'à ce dernier afin de l'aider à se libérer du carcan de la drogue ou à l'empêcher d'y entrer.

I.1.5. Les agents des forces de sécurité et les autorités judiciaires

Ils sont représentés par les policiers, les gendarmes, les agents des eaux et forêts, les douaniers, les militaires et les

magistrats. Leur action est essentiellement répressive. Ils sont chargés de réduire le plus possible l'offre en luttant contre le trafic, la détention et même l'usage.

Leur rôle semble plus dissuasif que véritablement préventif.

I.1.6. Les responsables des médias

Qu'ils soient de la presse privée ou publique, écrite ou parlée, ils constituent un intermédiaire indispensable dans la prévention de la toxicomanie.

Leur rôle consiste à véhiculer de saines informations vers une population plus large.

I.1.7. Les autorités religieuses

Toutes confessions religieuses confondues, les religieux sont des partenaires d'une importance indéniable.

L'instruction religieuse qu'ils dispensent pourrait être un moyen efficace de soutien moral à ces jeunes (drogués ou en voie de le devenir) souvent qualifiés de "handicapés de l'amour", comme par LA CROIX DU BENIN n°577 du 3 Juillet 1992.

I.1.8. La jeunesse

Groupe cible privilégié, la jeunesse ne devra pas être mise à l'écart dans la prévention de ce problème qui la concerne au premier chef. Sa participation à l'élaboration des projets et son adhésion aux diverses activités préventives y afférentes s'avère nécessaire et primordiale.

I.1.9. Les opérateurs économiques

Il semble à première vue incorrect de les citer parmi les ressources humaines en matière de prévention de la toxicomanie. Mais leur rôle dans la vie économique et sociale du pays leur attribue une place non négligeable parmi les différents acteurs impliqués dans cette entreprise.

Ils aideraient à poser des actions concrètes en faveur des populations à atteindre.

I.2. LES STRUCTURES

I.2.1. Les structures de soins

Il existe dans le 3e arrondissement de Bangui trois formations sanitaires dont une privée.

La ville de Bangui compte quant à elle trois grands hôpitaux dont un abrite le service de psychiatrie.

Lieu par excellence de soins aux toxicomanes, ce service dispense depuis 1984 l'éducation préventive contre l'abus des drogues, tant en thérapie individuelle et/ou collective que par l'intermédiaire des médias (émissions radiodiffusées et télévisuelles, articles dans les journaux, etc).

Mais dans l'état actuel de vétusté de ses bâtiments, ce service ne répond plus à sa qualité de lieu de soins. Sa reconstruction s'avère urgente et indispensable.

I.2.2. Les structures de loisirs

Il existe dans le 3e arrondissement deux salles de cinéma (ETOILE et REX).

Ces salles de cinéma sont plus largement fréquentées par les adultes que par les jeunes.

Des terrains de jeux (basket-ball, foot-ball) situés au sein des écoles KOUDOUKOU, CASTORS et au lycée de FATIMA sont chaque jour pris d'assaut par les jeunes du 3e arrondissement, qui font partie de plusieurs clubs et associations de sports.

Plusieurs mouvements des jeunes existent dans le 3e arrondissement mais nous n'avons pas une idée exacte de leur fonctionnement ni de leur nombre.

Enfin, la maison des jeunes et de la culture de FATIMA est peu fonctionnelle, très probablement par manque de moyens financiers pour se doter de matériels nécessaires.

I.2.3. Les structures de formation

A notre connaissance, il n'existe dans le IIIe arrondissement aucun atelier d'apprentissage adapté et fiable, susceptible d'assurer aux jeunes le désirant une quelconque formation professionnelle pratique.

I.3. ORGANISATIONS ET INSTITUTIONS

La commission nationale interministérielle de lutte contre les drogues tarde à être mise sur pied, en dépit de quelques bonnes volontés individuelles.

Quelques obstacles existeraient dans la mise en forme du projet de texte instaurant cette commission.

En matière de législation anti-drogue, la République Centrafricaine aurait, selon les spécialistes de la répression, les textes de lois les plus souples de l'Afrique Centrale.

Les organisations syndicales ne semblent pas être préoccupées actuellement par le problème des drogues.

Le service civique national pour la promotion des jeunes n'est plus fonctionnel.

Sa capacité de mobilisation de la jeunesse centrafricaine a fortement baissé depuis quelques années.

La Croix-Rouge centrafricaine en cours de réorganisation et restructuration par sa nouvelle équipe dirigeante pourra jouer un rôle primordial dans la prévention de l'abus des drogues.

Pour pallier au manque d'institution coordonnant les activités de lutte anti-drogue, deux agents de santé et un administrateur des services de santé viennent de créer sur initiative personnelle l'Association Centrafricaine de Lutte contre les Drogues (ACLD) dont les Statuts et Règlement Intérieur sont déposés pour autorisation au Ministère de l'Intérieur. Cette association aura pour objectifs entre autres de coordonner toutes les activités de prévention et de lutte contre l'abus des drogues sur le territoire centrafricain.

L'Inspection des Pharmacies sous l'autorité d'un éminent Pharmacien et rattachée au Cabinet du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales veille :

- au respect des textes réglementant l'importation et la distribution des médicaments notamment les stupéfiants et les psychotropes ;
- à l'intensification du contrôle de cette importation et cette distribution ;
- à la maîtrise de l'importation et de la vente illicites des médicaments.

Grâce au dynamisme de son responsable et en dépit de quelques obstacles, cette institution étatique fonctionne bien.

L'unité de toxicologie et des stupéfiants, composante du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique de Bangui, n'est plus opérationnelle depuis 1990.

Son responsable, un Pharmacien biologiste a choisi le privé.

Les Organisations féminines regroupées au sein de l'Union Démocratique des Femmes Centrafricaines (UDFC) devront jouer un rôle non négligeable dans la prévention de l'abus des drogues.

En effet, dans le volet social de ses statuts, cette institution prône la lutte des femmes centrafricaines pour le bien-être familial.

Nous citons pour finir l'Association Centrafricaine pour le Bien-Etre Familial (ACABEF), une organisation non gouvernementale qui fonctionne depuis 1985 dans le domaine de la santé maternelle et infantile et planification familiale (SMI/PF).

I.4. LES RESSOURCES FINANCIERES

La situation économique et financière actuelle de la République Centrafricaine ne permet pas à son gouvernement d'allouer des fonds pour un programme de prévention de l'usage abusif des drogues.

Toutefois, le gouvernement centrafricain n'est pas moins préoccupé par l'accroissement rapide de ce fléau et souhaite une lutte efficace.

L'aide des Organisations Internationales et Non Gouvernementales serait bienvenue.

Cette liste n'est pas exhaustive ; plusieurs autres ressources (humaines, matérielles, financières) peuvent être mobilisées en fonction des disponibilités qui se présenteraient.

II. PROPOSITIONS D'ACTIVITES DE PREVENTION

Avant de passer aux activités préventives, il nous paraît opportun de nous pencher sur certaines considérations générales concernant la prévention de la toxicomanie.

Ces actions s'intéressent autant aux usagers de drogues qu'aux individus susceptibles de le devenir, surtout aux personnes dites à risque (les adolescents et les jeunes désœuvrés).

Elles concourent également à une bonne hygiène individuelle et/ou collective, au bien-être de la population du IIIe arrondissement de Bangui.

Cette prévention se fera à travers :

II.2.1. L'EDUCATION PREVENTIVE

* Elle comprend plusieurs modalités

II.2.1.1. L'information et la sensibilisation du public

Elles seront réalisées par le biais des journaux, des émissions radiodiffusées et télévisuelles, des affiches, des films didactiques, des spots publicitaires, des pièces de théâtre, des sketches, des conférences avec débats, des groupes de discussions.

Dans les établissements d'enseignement de tous les degrés, les programmes scolaires devraient contenir ces informations. Mais, il faudra éviter que ces informations provoquent un effet inverse. Pour cela, ceux qui sont chargés d'éduquer le public devront dialoguer et parler avec simplicité avec celui-ci, plutôt que chercher à lui faire peur ou à lui ouvrir les horizons qu'ils ne soupçonne pas.

L'UNESCO soulignait depuis bientôt vingt ans que la drogue doit être démythifiée plutôt que grossie et mise en valeur. Les jeunes font usage de drogues souvent en groupes. C'est parfois un effet de mode. On devra éviter dans l'information et la sensibilisation d'y contribuer en mettant sans cesse ce thème à l'ordre du jour.

II.2.1.2. L'attitude des adultes

L'éducation préventive peut aussi se faire par l'intermédiaire de chaque adulte proche des jeunes, en ce qui concerne son propre rapport aux drogues, même licites. En effet, chaque adulte devra être amené à devenir exemplaire quant à sa relation avec les différentes substances toxiques, même les plus autorisées et celles qualifiées de drogues douces

ou licites comme l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes. Il est souvent difficile de dissuader un jeune qui a l'habitude d'assister à la consommation par un adulte (père, oncle, mère, grand-mère, éducateur, etc) d'alcool ou d'autres drogues.

II.2.1.3. Le besoin du jeune d'être valorisé

On sait que bien de ces usages abusifs relèvent du besoin des jeunes d'être reconnus.

Les modes de vie, les repères familiaux et sociaux qui changent, parfois brutalement, n'aident pas la jeunesse à se situer clairement, contrairement à ce qui se passe dans les villages ayant conservé les traditions.

Les adultes de l'entourage immédiat de ces jeunes (parents, éducateurs, animateurs, conseillers de jeunesse...) ont un rôle préventif important à jouer en aidant chacun à se sentir reconnu, valorisé et situé dans la famille et dans la société. Ces adultes doivent aussi fournir aux jeunes des modèles d'identification.

En pratique, à l'échelon individuel, une personne, un jeune surtout qui se sent reconnu, compris, soutenu, encouragé par un interlocuteur attentif mais solide et capable de lui indiquer les limites s'il le faut, sera beaucoup plus à même de subir les épreuves de la vie sans devoir s'aider d'une drogue. Ces attitudes et aptitudes notamment des adultes vis-à-vis des jeunes sont des clés de l'éducation préventive. De même, les actions d'animation culturelles et sportives de quartier permettant de valoriser utilement et agréablement les aptitudes de chaque jeune ont des effets préventifs évidents.

La toxicomanie va de paire avec les problèmes familiaux. Il y a donc nécessité de créer un centre où toute personne en difficulté et en quête d'être écouté pourra rencontrer un interlocuteur. Celui-ci peut être un travailleur social ou un personnel de santé ou autre technicien de la communication. Il pourra se rendre dans les familles ou dans les écoles pour dialoguer avec des sujets «à risque». On devra limiter certains loisirs et lieux dangereux (bars) mais favoriser la création dans chaque quartier des espaces de jeux, encourager des

mouvements de jeunesse et l'instruction religieuse libre dans les établissements scolaires.

II.2.1.4. La création des structures d'appui

Des structures d'appui à l'éducation et à l'insertion socio-professionnelle devront être développées par :

- la multiplication des établissements de formation. Des jeunes ne pouvant poursuivre leurs études dans l'enseignement général pourront bénéficier des ateliers, des centres d'apprentissage, des établissements d'enseignement technique et professionnel. Cela nécessite une réforme du système éducatif actuel en alliant formation et emploi ;
- la création et la promotion des maisons des jeunes et de la culture dans plusieurs quartiers ;
- le développement de leur rôle d'encadrement et d'éducation des jeunes.

L'urbanisation prochaine de ces quartiers tiendra compte des besoins des jeunes en espaces verts et en aires de jeux.

II.2.1.5. Le soutien aux familles

La famille dans son ensemble devra être soutenue et consolidée.

En effet, l'éclatement des familles pourra être évité si les conflits intrafamiliaux surtout ceux pouvant être générateurs d'importantes frustrations sont résolus dans l'harmonie et la compréhension. Des réunions suivies de discussions avec les familles sur leur rôle dans la société actuelle devront être organisées et animées par les psychologues, les sociologues et les psychiatres.

II.2.1.6. La formation des acteurs de la prévention

L'éducation préventive devra être assurée par des personnes averties et motivées.

Un programme de formation psychosociale sur les problèmes liés à la drogue doit être intégré au niveau de toutes les écoles professionnelles de santé et des affaires sociales.

Quant au personnel de santé déjà en activité et aux autres acteurs de la prévention, ils devront bénéficier des séminaires d'information, de sensibilisation et de recyclage.

Ces séminaires seront organisés assez régulièrement et animés par des spécialistes de la communication tels des journalistes, des psychologues, sociologues, psychiatres, etc...

II.2.2. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Plusieurs activités peuvent être envisagées dont :

II.2.2.1. La mise en place des structures

La politique des soins de santé primaires devra être effective surtout par l'installation dans certains quartiers du IIIe arrondissement de Bangui des structures socio-sanitaires (dispensaires, centres sociaux).

Moyennant une symbolique participation communautaire, la population pourra bénéficier des prestations de ces structures à savoir les médicaments essentiels, les séances de vaccinations, les activités de santé maternelle et infantile, etc.

Les femmes enceintes pourront y accoucher dans de bonnes conditions et près de leur domicile pour éviter les souffrances foetales.

On aidera les parents à observer des mesures du planning familial afin d'éviter le nombre élevé d'enfants dans les familles à faibles revenus, lieu de prédilection pour le développement du fléau.

II.2.2.2. L'assainissement du milieu

En vue d'une meilleure hygiène individuelle et collective de la population, plusieurs quartiers du IIIe arrondissement ont besoin dans les meilleurs délais, d'être urbanisés et approvisionnés en eau potable par l'installation des fontaines publiques. L'assainissement du milieu devra y être réalisé par des canalisations.

II.2.3. L'AMELIORATION DES CONDITIONS MATERIELLES DE LA POPULATION

Il serait souhaitable que des mesures soient prises pour améliorer les conditions de vie des familles à faibles revenus.

II.2.3.1. La création des banques communautaires

Ces banques communautaires pourront aider les mères de ces familles à exercer un commerce qui leur rapporterait un bénéfice assez substantiel, pour satisfaire les besoins fondamentaux de leurs enfants et suppléer aux insuffisances des pères. Il s'est développé depuis cinq ans à Bangui un phénomène de petit commerce parmi les jeunes centrafricains.

En effet, nombreux d'entre eux voyagent régulièrement à l'étranger (CAMEROUN, TOGO, BENIN) pour acheter des articles qu'ils revendent à la moitié du prix des magasins de Bangui. Les banques communautaires pourraient également aider et développer d'autres initiatives.

II.2.3.2. La reconversion des "sans emploi"

Il est difficile avec les problèmes économiques actuels du pays, de freiner le chômage. Toutefois, le gouvernement centrafricain pourrait envisager une politique de reconversion des travailleurs licenciés ou déflatés et des nombreux diplômés sans emploi.

En somme, dans l'idéal, il faudrait que personne n'ait à rencontrer trop de difficultés de tous ordres et impossibles à surmonter.

Tout ce qui permet de lutter pour des conditions convenables aux plans social, économique, culturel et familial contribue à cette prévention communautaire.

II.2.4. LA REPRESSON

Elle est un volet non négligeable de la prévention en matière de drogues. Elle comportera :

II.2.4.1. Une intensification de la surveillance des frontières

Il est indispensable que la surveillance des postes frontières fluviales, routières et aériennes de Bangui soit intensifiée.

Cela nécessite un renforcement de l'effectif de la police des frontières par un ou deux agents de la brigade des stupéfiants. Cette équipe devra bénéficier de matériel technique adéquat de détection des drogues.

II.2.4.2. La révision de la législation

De nouveaux textes de lois devront être étudiés et votés pour rendre plus sévère la législation actuelle contre le trafic et l'usage des drogues en Centrafrique.

Ces textes, tout en instituant une répression plus sévère, devront tenir compte que les usagers de drogues sont des malades qui ont besoin de soins appropriés.

II.2.5. L'AIDE EXTERIEURE

Cette aide, tant financière que technique, peut être nécessaire pour mener à bien ces différentes activités de prévention.

Elle pourra être demandée par les autorités gouvernementales aux pays amis, aux diverses organisations. Toutefois, au lieu d'attendre l'aide extérieure qui n'est que complémentaire, les cadres nationaux devront faire preuve de créativité en travaillant avec les moyens dont ils disposent.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

L'usage abusif des drogues existe réellement dans le III^e arrondissement de la ville de Bangui.

Ce phénomène a atteint une proportion inquiétante (une prévalence de 26,41 %), touchant surtout la jeunesse (environ 85 % des drogués recensés), fer de lance du développement économique, culturel et social de Centrafrique.

Les causes sont nombreuses, se résumant à des difficultés de bien-être, surtout d'ordres personnel, familial et social.

L'usage et l'abus des drogues, symptôme d'un malaise général de la société centrafricaine n'épargne aucune catégorie socio-professionnelle dans le troisième arrondissement de Bangui.

Plusieurs produits sont incriminés et les conséquences néfastes sur l'usager lui-même, son entourage immédiat et la société toute entière sont nombreuses.

Il est donc urgent de freiner la flambée de ce fléau par des activités préventives concrètes visant à améliorer les conditions de vie des populations, en l'occurrence sur les plans matériel, sanitaire et éducatif.

Nous savons que les difficultés économiques que rencontre actuellement notre pays ne permettent pas au gouvernement de trouver des solutions adéquates aux problèmes matériels, affectifs et psychologiques des populations. Les priorités nationales du moment se trouvent dans d'autres secteurs.

Toutefois, si les besoins élémentaires de ces populations sont satisfaits, il est fort probable de réduire l'abus des drogues.

Pour cela, nous suggérons :

AUX FAMILLES

- d'offrir à tous leurs membres, surtout les adolescents et les jeunes, un climat affectif stable et un encadrement matériel satisfaisant afin d'éviter leur entrée dans la toxicomanie,

- d'adapter leur taille à leur situation matérielle afin de garantir une meilleure éducation des enfants;

- de signaler aux personnes qualifiées tout acte d'un adolescent ou d'un jeune pouvant faire suspecter le contact avec la drogue ou une tendance vers la toxicomanie.

AUX POPULATIONS

- de s'informer afin d'avoir une plus grande compréhension de la toxicomanie;

- de connaître et de respecter la législation nationale en matière de drogues;

- de collaborer avec les services compétents de répression et de prise en charge médico-sociale des usagers de drogues.

AUX ACTEURS DE LA PREVENTION

- d'avoir un esprit d'efficacité et d'étroite collaboration dans les actions multidisciplinaires.

AUX AUTORITES POLITICO-ADMINISTRATIVES

- d'avoir une conscience plus accrue du phénomène grandissant de la toxicomanie et de mettre en oeuvre une volonté politique réelle pour résoudre ce problème;

- de mettre en place assez rapidement la commission interministérielle de lutte contre la toxicomanie en Centrafrique;

- d'organiser des séminaires d'information et de formation des membres de cette future commission et de toute autre personne ressource impliquée dans les activités de prévention;

- d'organiser une large campagne d'information et de sensibilisation des populations sur les méfaits de l'usage abusif des drogues en vue d'un changement d'attitude;

- de démarrer les activités des soins de santé primaires dans les quartiers du troisième arrondissement de Bangui, en vue d'améliorer les conditions socio-sanitaires de ces populations;

- de multiplier les établissements scolaires et de formation professionnelle et technique en faveur des jeunes;

- de définir une politique de prévention de la toxicomanie pour les jeunes scolarisés en introduisant l'étude des drogues et de leurs méfaits dans les programmes d'éducation civique et sanitaire;

- de créer des possibilités de reconversion socio-professionnelle des diplômés sans emploi et des déflatés;

- de créer des banques communautaires et d'encourager les activités lucratives afin d'améliorer le niveau de vie des familles;

- de mettre en place une équipe multidisciplinaire pour aider les jeunes à adopter un nouveau mode de vie qui combinerait harmonieusement les valeurs socio-culturelles traditionnelles et modernes;

- de créer des centres de loisirs pour les jeunes et de promouvoir les activités sportives et de jeunesse;

- d'accentuer les mesures répressives contre les trafiquants de drogues et de proposer des textes de lois qui accordent des possibilités de soins aux toxicomanes;

- de solliciter l'assistance financière et technique des organismes internationaux, des pays amis et des organisations non gouvernementales pour continuer et parfaire les projets initiés en comptant sur les ressources du pays.

En conclusion, c'est seulement en prenant le phénomène de la toxicomanie dans sa globalité psycho-socio-économique et en faisant surtout preuve de créativité que nous pouvons le prévenir efficacement grâce à une mobilisation massive et au soutien effectif de toutes les couches de la population du troisième arrondissement de Bangui.

Mais nous savons que ce ne sera pas une tâche facile car, comme l'a dit un jour notre Maître le Professeur R.G. AHYI: "Il est difficile de mobiliser une population surtout celle qui a faim et qui est désespérée".

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ABD EL H.,
L'Ampleur du problème de la drogue au SOUDAN : une étude sur la nécessité d'une éducation en matière de drogue. - Paris : UNESCO, 1981. - 16 p.
2. ADES J., ROUILLON F.
Les Facteurs de risque de l'alcoolisme et les attitudes préventives.
Neuro-Psy, 4(5), mai 1989, pp.233-241.
3. AHYI R.G.
Réflexions sur les problèmes liés à l'usage des drogues en République Populaire du BENIN.-
Libreville : UNESCO, 1981. - (multigraphie)
4. AHYI R.G.
Images de la mort et de la maladie : le cas du toxicomane africain/R.G. Ahyi, séminaire régional de formation des personnels administratifs responsables de la lutte contre la drogue, 17-28 Octobre 1988. - Dakar, Versailles : IFLD, 1988. - pp. 97-105.
5. AHYI R. G.
La lutte contre l'usage abusif des drogues : l'approche communautaire de la prévention en République Populaire du Bénin.
Dakar - BRIDA, 12-17 Décembre 1988. - 9p.
6. ALLE M.
Prévention des conséquences socio-économiques de l'alcoolisme à Bangui en REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE. -
Mém.- Cotonou : CRDS, 1986. - 130 p.

7. ANGEL P.

L'Evaluation des actions d'éducation préventive.

L'Education et les drogues : Prévenir.

- Paris : UNESCO, 1987. - pp.33-68.

8. ANGEL P.

La Prévention de la toxicomanie est-elle utopique ?

L'Education et les drogues : Prévenir.

- Paris : UNESCO, 1987. - pp. 9-13.

9. AZIRE Ch.

Tragédie

Tempo Médical, n°170, août 1984, pp. 8-9.

10. BAINGUIE I.E.

Approche psycho-sociale des organisations africaines/I.E.

Bainguie, séminaire régional de formation des personnels

administratifs responsables de la lutte contre la drogue,

17-28 octobre 1988.- Dakar, Versailles : IFLD, 1988. - pp.

68-78.

11. BARRUCAND D., PAILLE F.

Complications neuropsychiatriques de l'alcoolisme.

Alcoologie. - Clermont-Ferrand : RIOM LABORATOIRES, CERM,

1984, pp. 151-161.

12. BATTOUM H., MOUSSAOUI D., TOUHAMI M.

L'Alcoolisme périodique : une autre dépression masquée.

Psychologie Médicale, 18 (2), 1986, pp. 273-274.

13. BERGERET J., LEBLANC J.

Précis des toxicomanies. - 2e édition.- Paris : Masson,

1988. - 258 p.

14. BERGERET J.

La Personnalité normale et pathologique.

- 1ère éd. - Paris : Dunod, 1985. - 333 p.

15. BIDOUZO S.E.A.
Contribution à l'étude de la lutte contre l'usage abusif des drogues par les jeunes de 10 à 35 ans dans l'ex-district urbain de Cotonou 6.
Mém. Cotonou : ENAS, 1991.- 89p.
16. BONNARDEAUX J.L.
Les Effets des drogues psychotropes.
Impact : science et société, 133 (34), 1984, pp. 37-49.
17. BOURGEOIS M.
Aspects psychobiologiques des toxicomanies.
Psychologie Médicale, 18 (2), 1986, pp. 223-225.
18. BRUNSWIC E.
Vers une typologie raisonnée des actions d'éducation préventive contre l'abus des drogues licites et illicites.
L'Education et les drogues : Prévenir.
- Paris : UNESCO, 1987. - pp.27-32.
19. BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT
Recensement général de la population de 1988 : Principaux résultats. - Bangui, janvier. 1992.
20. CHARLES-NICOLAS A.
La Prise en charge au long cours des toxicomanes.
Neuro-Psy, 3 (3), mars 1988, pp.125-133.
21. CHASSAING J.L., REYNAUD M.
Les Toxicomanies médicamenteuses : aspects cliniques, épidémiologiques et sociologiques.
Actualités Psychiatriques, n°3, mars 1988, pp. 13-24.
22. CLERICI M., CAPITANIO C., POTERZIO F.
Toxicomanie et régression narcissique étudiées dans la relation médicament - patient.
Psychologie Médicale, 18 (2), 1986, pp. 279-281.

23. COOPERSTOCK R.
Le Remède miracle, dangers de l'abus des tranquillisants.
Le Courrier de l'UNESCO, 35, janvier 1982, pp. 30-31.
24. CRASBORN L.
Le Fumeur est-il un toxicomane ?
Tempo Médical, n°175, octobre 1984, pp. 103-112.
25. CROKAERT
Le Drogué infecté.
Tempo Médical, n°175, octobre 1984, pp.53-58.
26. CROZE-CASTET
Réflexions sur les toxicomanies des jeunes en milieu rural.
Vie sociale, n°3-4, mars-avril 1983, pp.174-178.
27. DAVIDSON F.
Epidémiologie de la toxicomanie.
Revue du Praticien, 32 (37), 1982, pp. 2247-2252.
28. DENIKER P., ROUX J.M.
Traitement médical des toxicomanies.
Le Concours Médical, 106 (45), décembre 1984,
pp.4398-4401.
29. DEPARTMENT OF EXTRA-MURAL STUDIES
Rapport sur le problème de la drogue dans la
SIERRA-LEONE.-
Lomé du 13 au 17 septembre 1976.- Paris : UNESCO, 1976,
57 p.
30. D'HOUDAUD A.
Apport des facteurs psycho-sociaux à une approche de
l'alcoolisme.
Alcoologie. - Clermont-Ferrand : RIOM LABORATOIRES, CERM,
1974, pp. 213-231.

31. DIOP B., AHYI R., TRIPET L., SECK A.M.
Approche thérapeutique de la toxicomanie : expérience sénégalaise.
Médecine d'Afrique Noire, 27 (3), 1980, pp.259-265.
32. DIOP S., BAYLET R., HOUNTON DJI A.
Le Tabagisme en Afrique : problème actuel ou futur de santé publique.
Médecine d'Afrique Noire, 27 (3), 1980, pp. 237-241.
33. EL AMRANI S, et COLL.
Etude épidémiologique sur l'usage de drogues en milieu scolaire dans la région de Taza et Tétouan.
Psychologie Médicale, 18 (2), 1986, pp.275-276.
34. EZIN J. épouse HOUNGBE
Prise en charge du malade alcoolique dans le service du Professeur Jean-Marie LEGER au Centre Hospitalier Spécialisé ESQUIROL de Limoges.
Mém., Fin 3e année C.E.S. de Psychiatrie. - 1989. - 48 p.
35. FACY F., et COLL.
L'Association alcool-drogue chez des jeunes scolarisés et des toxicomanes.
Psychologie Médicale, 18 (2), 1986, pp. 255-259.
36. FALL-SOW D.
Approche d'une stratégie de lutte contre les drogues, articulation du dispositif médico-social et des réponses spécifiques/D. Fall-Sow, séminaire régional de formation des personnels administratifs responsables de la lutte contre la drogue, 17-28 octobre 1988. - Dakar, Versailles: IFLD, 1988. - pp. 97-105.
37. FRIDERICH N.
Un Nouveau programme à l'UNESCO.
L'Education et les drogues : Prévenir. - Paris : UNESCO, 1987. - pp. 21-24.

38. FRIDERICH N.
Démystifier les drogues.
Impact : Science et société, 133 (34), 1984, pp.5-9
39. FRIDERICH N.
Apprendre à vivre.
Le Courrier. - Paris : UNESCO, juillet 1987, pp. 5-6.
40. GANDAHO P.
Une forme de prise en charge du toxicomane à Limoges.
Mém., Fin 3e année CES de Psychiatrie. - 1989. - 52 p.
41. GANDAHO P.
Approche thérapeutique de la toxicomanie : expérience béninoise.
Mém. CES de Psychiatrie. - Cotonou, 1990. - 97 p.
42. GAY C., PERRON J.L.
Historique et épidémiologie des toxicomanies.
Neuro-Psy, 3 (2), février 1988, pp. 73-82.
43. GIONO-BARBER H., GIONO-BARBER P.
Problèmes posés par l'usage du cannabis.
Médecine d'Afrique Noire, 27 (3), 1980, pp. 197-212.
44. GIUSEPPE G. di
Non à la culture de la drogue.
Le Courrier. - Paris : UNESCO, juillet 1987, pp. 10-13.
45. GOYITO V.
Aspects épidémiologiques de la toxicomanie au Bénin.
(Résultats d'une enquête rétrospective dans les services concernés par le problème à Cotonou).
Mém. Maîtrise en Santé Publique, Cotonou : IRSP, 1991.-196p

46. GRIFFITH E.

L'usage des drogues : pour une analyse multidimensionnelle.

Le Courrier, 35, 1982, p.11.

47. GRIFFITH E., AWNI A.

Drogues et sociétés, un problème en constante évolution.

Le Courrier, 35, 1982, pp. 33-34.

48. GUEYE M., OMAIS M.

Tentative pour une approche socio-culturelle de l'usage abusif de "drogues" au SENEGAL.

Psychopathologie Africaine, 19 (2), 1983, pp. 141-172.

49. HERVIEU J.M. et COLL.

L'Esprit des drogues, la dépendance hors la loi ?.-Paris : Autrement, (Série Mutations), avril 1989, 106. - 215 p.

50. ISIMAT M.P.

Les Buts et les limites de la législation se rapportant à l'usage abusif et au trafic illicite des stupéfiants et drogues/M.P. Isimat, séminaire régional de formation des personnels administratifs responsables de la lutte contre la drogue, 17-28 octobre 1988. - Dakar, Versailles : IFLD, 1988. pp. 1-7.

51. KAHN M.

Ni anges au départ, ni démons après : entretien avec Claude OLIEVENSTEIN.

Impact : Science et société, 133 (34), 1984, pp. 51-59.

52. KANDEL D.B.

Comportement des jeunes devant la drogue et l'alcool.

La Psychiatrie de l'enfant, 26 (2), 1983, pp. 565-629.

53. KHERARO J.

Drogues africaines et toxicomanies.

Médecine d'Afrique Noire, 27(3), 1980, pp. 187-196.

54. KPASSELOKOHINTO A.

Famille et santé mentale : à propos des conclusions d'une enquête sur 47 patients reçus en consultation de psychiatrie au CNHU de Cotonou.

Thèse Méd. - Cotonou, 1984. - 153 p.

55. LING G.M.

Le problème global de l'abus des drogues: analyse et perspectives.

Impact : Science et société, 133(34), 1984, pp.11-22.

56. LO I.

Programme de lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des drogues dans les pays africains.

Médecine d'Afrique Noire, 27(3), 1980, pp.219-230.

57. LOO H., ZARIFIAN E.

La Psychopathologie du toxicomane.

Revue du Praticien, 32(37), 1982, pp. 2453-2458.

58. MENDOZA R.

La Prévention de l'abus des drogues parmi les étudiants espagnols.

Impact : Science et société, 133(34), 1984, pp.101-113.

59. MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Les Textes législatifs et réglementaires sénégalais en matière de stupéfiants, alcool et tabac : décret n° 62-0316/M.S.A.S. du 16 Août 1962 portant création des brigades spéciales.

Psychopathologie Africaine, 29(2), 1983, pp. 179-191.

60. MOHAN D., SHARMA H.K.

L'Alcool : ami ou ennemi?

Impact : Science et société, 133(34), 1984, pp. 145-152.

61. MONTANDON E.
Cours sur la méthodologie de l'éducation concernant les problèmes liés à l'usage des drogues : Libreville du 30 Novembre au 19 Décembre 1981. - Paris: UNESCO, 1981. _ 17 p.
62. MOUREN P.
Réflexions sur la drogue.
Psychologie Médicale, 19(10), 1987, pp. 1839-1840.
63. MUHARAY de MASSUN E.
Pharmacodépendance et stratégies de lutte possibles contre l'abus des drogues.
Impact: Science et société, 133(34), 1984, pp.81-88.
64. MWAKWERE C.A., et COLL.
L'Usage et l'abus des drogues au KENYA : une étude sur la nécessité d'une éducation en matière de drogue. _ Paris : UNESCO, 1977.- 26 p.
65. NOWLIS H.,
L'Utilisation de la drogue et les utilisateurs.
La Drogue démythifiée. _ Paris : PUF, 1987, pp 34-43.
66. OLIE J.P., BENDHIA C.,
Psychopathie et toxicomanie.
Psychologie Médicale, 18(2), 1986, pp. 227-229.
67. OLIEVENSTEIN C,
Les Personnalités à risques.
Neuro-Psy, 3(2), février 1988, pp. 104-108.
68. OLIVIER M.,
Quelques données statistiques : pour situer le problème de la drogue.
Tempo Médical, n° 170, Août 1984, pp.20-25.

69. ORGANISATION DES NATIONS UNIES

Analyse par région de l'abus des drogues et des mesures visant à réduire la demande illicite.

Bulletin des stupéfiants, 39(1), Janvier - Mars 1987, pp.3-34.

70. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Les problèmes de la drogue dans le monde.

Chronique de l'O.M.S., 35(6), 1981, pp.241-248.

71. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La Dépendance à l'égard de l'héroïne dans les pays en développement : l'O.M.S. collabore à des évaluations de traitement.

Chronique de l'O.M.S., 34(2), 1980, pp.65-68.

72. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

L'usage non médical des drogues engendrant la dépendance.

Chronique de l'O.M.S., 29(3), 1975, pp.109-114.

73. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La Lutte contre l'abus des drogues dans les pays en développement.

Chronique de l'O.M.S., 34(2), 1980, pp.61-64.

74. OUGOUAG C.K.

L'Usage de la drogue : quelques solutions possibles.

Impact : Science et société, 133(34), 1984, pp.61-67.

75. PARQUET Ph.J. BAILLY D.

Législation et pharmacodépendance.

Neuro-Psy, 3(2), février 1988, pp.85-94.

76. POSHYACHINDA V.

Médecine traditionnelle et traitement de la toxicomanie en THAILANDE.

Impact : Science et société, 133(34), 1984, pp.69-79.

77. REYNAUD M.
Un Peu d'histoire : la drogue dès "l'aube" de l'humanité.
Tempo Médical, n° 170, Août 1984, pp. 10-11.
78. ROUX J.M., TOUZEAU D.
Toxicomanies autres que l'alcoolisme.
EMC-PSY, Paris, 37396, A¹⁰ 7, 1983 pp.1-25.
79. SAGBO N.P.
Contribution à l'étude de la toxicomanie en milieu
béninois: à propos des conclusions d'une enquête menée
dans la ville de Cotonou.
Thèse Méd. . _Cotonou, 1985 . _ 172p.
80. SECK A.M., JOUFFE G., GUEYE M., et COLL.,
L'Abus des médicaments psychotropes.
Médecine d'Afrique Noire, 27(3), 1980, pp.253-257.
81. SECK B.,
Réflexions sur l'évolution de la toxicomanie au SENEGAL
parallèlement à l'évolution des valeurs socio-culturelles
négro-africaines.- IFLD, 1990.- 8 p.
82. SEDALO T., TOSSOU Y., FELI D.
Enquête sur les stupéfiants et drogues nuisibles au TOGO
- Paris : UNESCO 1976. - 26 p.
83. TOGNIDE M.C.
Préalables à une éducation préventive relative à l'usage
et à l'abus des drogues.
Thèse Méd. _ Cotonou, 1990._ 193 p.
84. TOGNON - TCHEGNONSI F.K.
Etude épidémiologique descriptive de l'usage des drogues
sur un échantillon représentatif de la tranche d'âge de
10 à 44 ans des populations scolaires et extra-scolaires
de l'ex-DUC VI.
Thèse Méd. _ Cotonou, 1990._ 87 p.

85. UNESCO

Une Mosaïque mondiale : étude de neuf régions différentes.
Le Courrier, 35, 1982, pp.25-29.

86. UNESCO

L'ABC des drogues : les stupéfiants placés sous contrôle international.

Le Courrier, 35, 1982, pp. 5-7.

87. UNESCO (Dakar; 12-17 Déc.1988.

Séminaire sur la prévention des problèmes liés à l'usage des drogues en Afrique de l'Ouest : rapport final. _ Paris: UNESCO, 1980. _ 10 p.

88. UNESCO (Hong-Kong; 9-14 Avril 1980)

Rapport de la réunion sur le rôle de l'éducation dans la réinsertion sociale des ex-usagers de la drogue. _ Paris : UNESCO, 1980. _ 11 p.

89. UNESCO

Résultats de l'enquête épidémiologique effectuée au SENEGAL sur la consommation de drogues (alcool, tabac, médicaments psychotropes, drogues illicites) parmi les 15- 24 ans.

- Paris, Dakar : UNESCO, 1988. _ 47 p.

90. UNESCO

Face à la drogue, l'éducation préventive : une enquête de l'UNESCO.

Le Courrier, 35, 1982, pp.5-7.

91. UNESCO (Lomé; 13 à 17 Sept.1976)

Réunion sur l'éducation relative aux problèmes liés à l'usage des drogues dans six pays d'Afrique. _ Paris : UNESCO, 1977. _ 12 p.

92. UNESCO (Lisbonne; 8-12 Sept. 1980)
Réunion d'experts sur la coordination des programmes
scolaires et extra-scolaires concernant les problèmes liés
à l'usage des drogues._ Paris : UNESCO, 1981 ._ 15 p.
93. UNESCO
Que fait-on à l'école pour prévenir l'abus des drogues?
Quelques exemples de stratégies et d'activités scolaires à
l'intention des enseignants._ Paris :
UNESCO, 1983._ 104 p.
94. VANELLE J.M., POIRIER M.F.
Pharmacodépendance aux médicaments.
Neuro-Psy, 3(2), Février 1988, pp.95-102.
95. VINET M.
Manifestations psychiatriques des toxicomanies.
Neuro-Psy, 4(6), Juin 1989, pp.305-310.