



**Thèse Présenté par  
AWA DIONGUE**

**UNIVERSITE CHEIKH  
ANTA DIOP DE DAKAR**

**ETUDE DE LA TOXICOMANIE EN  
MILIEU SENEGALAIS  
EVOLUTION  
PHENOMENE : DURANT  
CES. DIX: DERNIERES ANN:ES  
(1979-1989)**

---

**28 juillet 1990**

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP - DAKAR

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

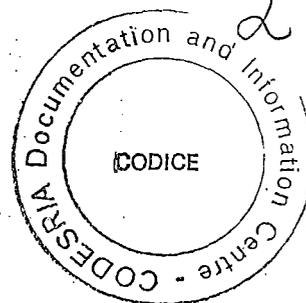
ANNEE : 1990

N° : 83

02.04.02

DIO

2651



---

---

**ETUDE DE LA TOXICOMANIE EN  
MILIEU SENEGALAIS :  
EVOLUTION DU  
PHENOMENE DURANT  
CES DIX DERNIERES ANNEES  
(1979 - 1989)**

---

---

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

le 28 juillet 1990

PAR

Madame AWA DIONGUE

née le 13 janvier 1956 à Dakar (SENEGAL)

Programme de Petites Subventions

ARRIVEE

Enregistré sous le n°

Date 26 OCT. 1990

MEMBRES DU JURY :

**PRESIDENT** : M. Ibrahima WONE, Professeur

**MEMBRES** : M. Momar GUEYE, Maître de Conférence agrégé  
M. Emmanuel BASSENE, Maître de Conférence agrégé

**DIRECTEUR DE THESE** : M. Mounirou CISS, Maître de conférence agrégé

**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

**PERSONNEL DE LA FACULTE**

<b>DOYEN</b>	<b>M. René NDOYE</b>
<b>PREMIER ASSESSEUR</b>	<b>M. Doudou BA</b>
<b>DEUXIEME ASSESSEUR</b>	<b>M. Ibrahima Pierre NDIAYE</b>
<b>CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS</b>	<b>M. Assane CISSE</b>

**Liste du personnel établi au 3 Avril 1990**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE  
POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE  
1989/1990

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Salif	BADIANE	Maladies infectieuses
Mme Awa Marie	COLL	Maladies Infectieuses
M. Hervé	DE LAUTURE	Médecine Préventive
M. Fadel	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
M. Lamine	DIAKHATE	Hématologie
M. Samba	DIALLO	Parasitologie
M. Adrien	DIOP	Chirurgie Générale
M. Sémou	DIOUF	Cardiologie
M. Mohamadou	FALL	Pédiatrie
+M. Pierre	FALTOT	Physiologie
M. Mamadou	GUEYE	Neuro-Chirurgie
M. Aristide	MENSAH	Urologie
M. Bassirou	NDIAYE	Dérmatologie
M. Papa Demba	NDIAYE	Anatomie pathologique
M. Ibrahima Pierre	NDIAYE	Neurologie
M. René	NDOYE	Biophysique
M. Idrissa	POUYE	Orthopédie-Traumatologie
M. Abibou	SAMB	Bactériologie-Virologie
*M. Abdou	SANOKHO	Pédiatrie
+M. Dédéou	SIMAGA	Chirurgie Générale
*M. Abdourahmane	SOW	Maladies Infectieuses (clinique médicale II)
M. Ahmédou Moustapha	SOW	Médecine Interne
M. Moussa Lamine	SOW	Anatomie
M. Papa	TOURE	Cancérologie
M. Alassane	WADE	Ophtalmologie
M. Ibrahima	WONE	Médecine Préventive

+ Personnel associé

\* Personnel en détachement

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M.	Oumar	BAO	Thérapeutique
*M.	Samba	DIOP	Médecine Préventive
M.	Abdourahmane	KANE	Pneumophysiologie
M.	Ibrahima	SECK	Biochimie Médicale

PROFESSEUR EN SERVICE EXTRAORDINAIRE

M.	Pierre	LAMOUCHE	Radiologie
----	--------	----------	------------

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.	José-Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie
M.	Mohamed Diawo	BAH	Gynécologie-Obstétrique
M.	Mamadou Diakhité	BALL	Dermatologie
M.	Fallou	CISSE	Physiologie
*Mme	Mireille	DAVID	Bactériologie-Virologie
M.	Baye Assane	DIAGNE	Urologie
M.	Babacar	DIOP	Psychiatrie
+M.	El hadj Malick	DIOP	O. R. L.
Mme	Thérèse MOREIRA	DIOP	Médecine Interne (Clinique médicale I)
M.	Souvasin	DIOUF	Orthopédie-Traumatologie
Mme	Sylvie	SECK GASSAMA	Biophysique
M.	Momar	GUEYE	Psychiatrie
xM.	Michel	GUIRAUD	Dermatologie
M.	Nicolas	KUAKUFI	Pédiatrie
M.	Salvy Léandre	MARTIN	Pédiatrie
xM.	Jehan Mary	MAUPPIN	Anatomie
M.	Mohamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie
+M.	Madoune robert	NDIAYE	Ophtalmologie
Mme	Mbayang	NDIAYE NIANG	Physiologie
M.	Mohamed Fadel	NDIAYE	Médecine Interne (Clinique médicale I)
+M.	Mamadou	NDOYE	Chirurgie Infantile
Mme	Bineta	SALL KA	Anesthésiologie
M.	Seydina Issa Laye	SEYE	Orthopédie-Traumatologie
M.	Mamadou Lamine	SOW	Médecine Légale
M.	Housseyn Dembel	SOW	Pédiatrie
+M.	Cheikh Tidiane	TOURE	Chirurgie Générale

- 
- + Maître de conférences Agrégé Associé
  - \* Personnel en détachement
  - + Maître de conférences Associé

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

M. Jean Pierre	BENAIS	Médecine Générale
M. Jean Bernard	MAUFÉRON	Neurologie
M. Jacques	MILLAN	Léprologie

## MAITRES ASSISTANTS

M. Mamadou	BA	Pédiatrie
*M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
M. Abdarahmane	DIA	Anatomie
M. Bernard Marcel	DIOP	Maladies infectieuses
M. El hadj Ibrahima	DIOP	Orthopédie-Traumatologie
M. Oumar	GAYE	Parasitologie
M. Abdoul Almamy	HANE	Pneumophtisiologie
M. Alain	LE COMPTE	Biophysique
M. Victorino	MENDES	Anatomie Pathologique
+M. Claude	MOREIRA	Pédiatrie
*M. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie-obstétrique
M. Adama Bandiougou	NDIAYE	Immunologie (Hématologie)
M. Aly	NGOM	Gynécologie-Obstétrique
Mme Jacqueline	PIQUET	Biophysique
M. Mohamadou Guélaye	SALL	Pédiatrie
M. Mamadou	SARR	Pédiatrie
M. Moustapha	SARR	Cardiologie
M. Gora	SECK	Physiologie
*Mme Haby	SIGNATE SY	Pédiatrie
M. Omar	SYLLA	PSYCHIATRIE

---

+ Maître de Conférences Agrégé Associé  
 X Maître de Conférences Associé  
 \* En Stage  
 + Maître-assistant associé

**ASSISTANTS DE FACULTE - ASSISTANTS  
DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

XM.	Isidore Aloys	BOYE.	Anatomie Pathologique
M.	Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Générale
xM.	Daouda	DIA	Biochimie Médicale
M.	Dialo	DIOP	Bactériologie-virologie
*M.	Moctar	DIOP	Histologie-Embryologie
M.	Oumar	FAYE	Parasitologie
Mme	Giséle	WOTO GAYE	Anatomie Pathologique
M.	Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
XM.	Théodore	OUEDRAOGO	Anatomie
*M.	Niama Diop	SALL	Biochimie Médicale
M.	Ahmad Iyane	SOW	Bactériologie-virologie
XM.	Mame Thierno Aby	SY	Médecine Préventive
M.	Doudou	THIAM	Hématologie
Mme	Hassanatou	TOURE SOW	Biophysique
*M.	Meissa	TOURE	Biochimie Médicale

**CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES  
SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

+M.	Mohamed	AYAD	Pneumophtisiologie
M.	El hadj Amadou	BA	Ophtalmologie
M.	Mamadou	BA	Urologie
M.	Serigne Abdou	BA	Cardiologie
M.	Moussa	BADIANE	Electro-Radiologie
M.	Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M.	El hadj Souleymane	CAMARA	Orthopédie-Traumatologie
Mme	Mariama Safiétou	KA CISSE	Médecine Interne
Mme	Elisabeth	FELLER DANSOKHO	Maladies infectieuses
+M.	Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M.	Massar	DIAGNE	Neurologie
M.	Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
M.	Papa Ndiouga	DIENG	Anesthésiologie
M.	Bernard Marcel	DIOP	Maladies Infectueuses

---

X Assistants Associés  
+ Chefs de Clinique - Assistants Associés  
\* En Stage

M.	Amadou Galló	DIOF	Neurologie
M.	Ibrahima Bara	DIOF	Cardiologie
M.	Said Norou	DIOF	Médecine Interne (Clinique médicale II)
M.	Rudolph	DIOF	Stomatologie
M.	Boucar	DIOUF	Médecine Interne (Clinique médicale I)
M.	Raymond	DIOUF	O. R. L.
M.	Saliou	DIOUF	Pédiatrie
M.	Babacar	FALL	Chirurgie Générale
M.	Ibrahima	FALL	Chirurgie Générale
+M.	Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
+M.	Mamadou Mourtalla	KA	Médecine interne (Clinique médicale I)
M.	Abel	KABRE	Neuro-chirurgie
M.	Michel	GUIRAUD	Dermatologie
M.	Assane	KANE	Dermatologie
+M.	Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
Mme.	Aminata	DIACK MBAYE	Pédiatrie
Mme	Mame Awa	FAYE NDAO	Maladies Infectueuses
M.	Issa	NDIAYE	O.R.L.
M.	Mohamadou	NDIAYE	Chirurgie Générale
+M.	Papa Amadou	NDIAYE	Ophthalmologie
M.	El hadj	NIANG	Radiologie
+M.	Youssoupha	SAKHO	Neuro-chirurgie
M.	Kampadilemba	OUBA	O. R. L.
M.	Mamadou	SANGARE	Gynécologie-Obstétrique
M.	Doudou	SARR	Psychiatrie
M.	Ahmadou Makhtar	SECK	Psychiatrie
*M.	Birama	SECK	Psychiatrie
M.	El Hassane	SIDIBE	Médecine Interne (Clinique médicale II)
+Mme	Marie-Thérèse	SOW GOERGER	Médecine Interne (Clinique médicale I)
+M.	Papa Salif	SOW	Maladies Infectieuses
M.	Gilbert	TENDING	O.R.L.
M.	Philippe	THOGNON	Chirurgie Générale

+ Chef de Cliniques - Assistants Associé  
\* En Stage

## ATTACHES - ASSISTANTS DES SCIENCES FONDAMENTALES

M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
Mlle Thérèse	DIENG	Parasitologie
M. Oumar	FAYE	Histologie-Embryologie
Mme Awa	AIDARA KANE	Bactériologie-virologie
M. Aliou	KEBE	Physiologie
M. El hadj Alioune	LO	Anatomie
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
M. Oumar	NDOYE	Biophysique
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. Gaston Ndéné	SARR	Biochimie Médicale

## ATTACHES - CHEFS DE CLINIQUES

M. Joao Armindo	DA VEIGA	Médecine Interne (Clinique médicale I)
M. Youssoupha	FALL	Médecine Légale
M. Didier	LEBOULLEUX	Maladies infectieuses
M. Djibril	NDAW	Cancérologie
M. Moustapha	NDIR	Pneumophtisiologie
M. Daouda	SOW	Psychiatrie
M. Alé	THIAM	Neurologie

---

+ Chef de cliniques-assistants associés

**PROFESSEUR TITULAIRE**

Mme Renée NDIAYE                      SENGHOR                      Parodontologie

**MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Ibrahima                      BA                      Pédodontie Préventive  
\*Mme Ndioro                      NDIAYE                      Odontologie préventive et sociale

**CHARGE D'ENSEIGNEMENT**

M. Gilbert                      LARROQUE                      Odonto-stomatologie

**ASSISTANTS DE FACULTE**

Mme Christiane	AGBOTON	Prothèse dentaire
Mme Paulette Mathilde	AGBOTON	Matières fondamentales
Mme Maimouna	BADIANE	Dentisterie Opératoire
M. Patrik	BEYLIE	Biologie et matières fondamentales
M. Daouda	CISSE	Odontologie Préventive et sociale
+M. Falou	DIAGNE	Orthopédie dento-faciale
+M. Boubacar	DIALLO	Odontologie Chirurgicale
M. Papa Demba	DIALLO	Parodontologie
Mme Affissatou	NDOYE DIOP	Dentisterie Opératoire
M. Libasse	DIOP	Prothèse Dentaire
Mle Fatou	GAYE	Dentisterie Opératoire
M. Mamadou Moustapha	GUEYE	Odontologie Préventive et Sociale
M. Abdoul Wahabe	KANE	Dentisterie Opératoire
M. Malick	MBAYE	Dentisterie opératoire
M. Edmond	NABHANE	Prothèse Dentaire
Mme Charlotte Faty	NDIAYE	Dentisterie Opératoire
Mme Maye Ndave	NDOYE NGOM	Parodontologie
+M. Mohamed Talla	SECK	Prothèse Dentaire
M. Malick	SEMBENE	Parodontologie
M. Said Nour	TOURE	Prothèse Dentaire
M. Abdoul Aziz	YAM	Pathologie et thérapeutique dentaires
M. Younés	YOUNES	Prothèse dentaire

**ATTACHES DE FACULTE**

Mme Aissatou Ba	TAMBA	Pédodontie Préventive
Mme Fatou	DIOP	Matières Fondamentales
Mme Soukèye Dia	TINE	Odonto - Stomatologie

X Maitre de Conférences Associé  
+ Assistant Associé  
\* Personnel en Détachement

**PROFESSEURS TITULAIRES**

*M. Marc	DAIRE	Physique pharmaceutique
M. Doudou	BA	Chimie analytique
M. Issa	LO	Pharmacie Galénique
M. Oumar	SYLLA	Pharmacie Chimique et Chimie organique
M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie-virologie

**MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Mamadou	BADIANE	Chimie Thérapeutique
M. Emmanuel	BASSENE	Pharmacognosie
M. Mounirou	CISS	Toxicologie
+M. Babacar	FAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
XM. Guy	MAYNART	Botanique
+M. Omar	NDIR	Parasitologie

**CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

Mme Geneviève	BARON	Biochimie Pharmaceutique
M. Balla Moussa	DAFFE	Pharmacognosie
M. Bernard	WILLER	Chimie analytique

**MAITRES - ASSISTANTS**

Mme Anne Richard	TEMPLE	Pharmacie Galénique
Mme Urbane Tanguy	SAVREUX	Pharmacie Chimique et Chimie Organique

---

X Maitre de Conférences Associé  
+ Maitres de Conférences Agrégé Associé  
x Professeur Associé

## ASSISTANTS

Mle Issa Bella	BAH	Parasitologie
M. Mamadou Alimou	BARRY	Pharmacie Chimique et Chimie organique
M. Cheikh Saad Bouh	BOYE	Bactériologie-virologie
M. Aynina	CISSE	Physique Pharmaceutique
Mme Aïssatou	GAYE DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Mamadou Sadialiou	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Alioune	DIEYE	Biochimie Pharmaceutique
M. Amadou	DIOUF	Toxicologie
M. Jean	FOURMENTY	Physique pharmaceutique
Mme Monique	HASSELMANN	Toxicologie
M. Modou	LO	Botanique
M. Tharcisse NKULINKIYE	MFURA	Chimie Analytique
Mme Rita NONGONIERMA	BERHOUGOUNDOU	Pharmacognosie
Mme Aminata Sall	DIALLO	Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie)
M. Omar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
*M. Mohamed Archou	TIDJANI	Pharmacologie et Pharmacodynamie
Mme Arlette	VICTORIUS	Zoologie

## ATTACHES

Mme Fatou Kiné	DIALLO	Pharmacie Galénique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
Mme Rose Marie Mbathio	DIOP DIOUF	Biochimie Pharmaceutique
M. Ahmédou Bamba k.	FALL	Pharmacie Galénique
M. Mamadou	FAYE	Chimie Organique
M. El hadj	KA	Chimie Analytique
M. Augustin	NDIAYE	Physique pharmaceutique
Mme Maïmouna	NIANG NDIAYE	Physiologie pharmaceutique (pharmacologie et pharmacodynamie)
Mme Aminata Guéye	SANOKHO	Pharmacologie et Pharmacodynamie
Mme Khadissatou	SECK FALL	Hématologie
M. Amadou Elimane	SY	Chimie Générale et Minérale
M. Mamadou	TOURE	Biochimie Pharmaceutique

-----  
\* En Stage

"BISMILAH RAHMANI RAHIMI" AU NOM DE DIEU,  
LE TOUT CLEMENT, LE TOUT MISERICORDIEUX.

"ALKHAMDOULLILAH RABILHALAMINE".

LOUANGE A DIEU, MAITRE DES MONDES.

"SANTT" (remerciements) :

SERIGNE SALIOU MBACKE - KHADIMOU RASSOL,

SERIGNE CHEIKH BETHIO THIOUNE "MU" SERIGNE SALIOU  
MON VENERE GUIDE SPIRITUEL.

**A LA  
MAURITANIE  
PAYS D'ADOPTION**

**AU SENEGAL  
MA PATRIE**

**AU CODESRIA  
POUR VOTRE  
CONTRIBUTION FINANCIERE**

JE DEDIE

CE TRAVAIL

## **IN MEMORIAM :**

### **A NOS GRANDS PARENTS PATERNELS ET MATERNELS**

Que nous n'avons pas connus.  
Reposez en paix.

### **A MON HOMONYME AWA THIAM:**

Tu n'as pas eu le temps de jouir de la vie,  
hélas !  
Ta mission fut trop courte.  
Que la terre te soit légère.

### **A PAPA et MAMAN:**

Nul mot ne saurait exprimer ce que je ressens pour vous. Aucune dédicace ne pourra exprimer mon respect, ma reconnaissance et mon affection.

Ce sont vos efforts soutenus, la confiance que vous avez placée en moi et vos prières qui m'ont permis de réaliser ce travail, malgré tous les défis que j'avais à relever. Vous nous avez permis de raffermir notre foi en Dieu par le biais de votre pratique quotidienne et votre comportement modèle. Vous représentez pour moi le symbole de la loyauté, de l'honnêteté et de la vertu.

Puisse Allah, Le Tout Puissant, vous prêter longue vie afin que vous puissiez jouir de votre oeuvre dirigée avec abnégation et sacrifices.

"Seigneur, comble-les de ta miséricorde comme ils le firent pour moi lorsqu'ils m'élevèrent toute petite".

AMENI (Sourate 17, Verset 24).

Soyez assurés de ma profonde gratitude et de mon amour sans limite.

### **A MES ENFANTS AMADOU MATAR et IBRAHIMA SECK:**

Puisse ce travail être pour vous l'exemple de la persévérance sur le dur sentier de la vie et de la connaissance.

Que ce travail vous inspire un jour et ne voyez pas en moi un exemple à suivre, mais à dépasser.

## **AU PERE DE MES ENFANTS.**

A TOUS LES "DAARAS" (Ecoles Coraniques qui forment l'Homme) de SERIGNE SALIOU MBACKE, qui oeuvrent inlassablement sous la direction du Vénéré SERIGNE CHEIKH BETHIO THIOUNE, pour l'assistance tant morale que spirituelle.

## **A MES TANTES ADJI HELENE IZAZI, ADJI MAGUETTE THIAM, ADJI MBARKA AIDARA:**

Vous êtes des mamans modèles. Et les mots seront vraiment faibles pour vous témoigner ma gratitude.

Puisse le Bon Dieu vous garder avec nous aussi longtemps que possible.

**A MES GRANDS FRERES ET SOEURS: GORA, HABIB GALLO ET NDEYE AWA THIAM, DOUDOU, CHEIKH, EL OUVALED, AMSATOU, NDEYE FATOU DIONGUE**

Vous m'avez encadré en m'offrant votre soutien à tous moments.

## **A MES FRERES ET SOEURS:**

Mon attachement et ma gratitude envers vous ne peuvent être exprimés par ces quelques mots imparfaits. J'ai toujours apprécié l'estime que vous portez à mon égard. Sachez qu'elle est réciproque. Ce travail est aussi le vôtre.

Puissions-nous rester toujours unis dans la tendresse, solidaires devant les épreuves de la vie et fidèles à l'éducation que nos chers parents nous ont inculquée.

## **A MES BELLES SOEURS PENDA SOW ET NENE DIONGUE.**

## **A MES ONCLES IBRAHIMA GALLO DIONGUE, LAMINE DIAW ET YOUNOUSS DIAW.**

Tous mon attachement et ma sympathie.

**A MES TANTES AWA ET NENE DIONGUE, SOUADOU, AISSATOU, FATOU CHERIF, KHAR YALLA ET MARIE DIAW**

**A TOUTE MA FAMILLE:**

Cousins, Cousines, Neveux, Nièces, etc...

**A ALHASSANE DIAW** pour l'aide précieuse que tu m'as apportée au cours de mes études. Toute ma reconnaissance.

**A BOUBACAR NDIAYE**, Pour sa disponibilité et le soutien qu'il m'a apporté dans la réalisation de ce document.

**AUX FAMILLES THIOUNE, DIENE, TALL, GUEYE, NIANG, etc...,**

**A PAPA MANDAW CORREA ET A SON EPOUSE FATOU DIENE** Qui m'ont toujours soutenu dans mes moments de bonheur comme dans mes moments de détresse. Ce travail pour lequel, ils ont sacrifié leur week-end en est, une fois de plus, l'illustration.

**A MES AMIES: PENDA GUEYE, RAKY NIANG, NDOUMBE SEYE,**  
etc...Amitié sincère.

**A AISSATA TALL:** pour ton assistance pendant un des moments les plus difficiles de ma vie.

**A YOUSSEUPHA MBODJ,**

Surtout pour le soutien moral qu'il a toujours su m'apporter dans mes moments les plus difficiles.

**A MES AMIS D'ENFANCE: LAMINE DOUCOURE, PAPE MAR DIAGNE,**  
**DESSAMBA DIENG, MASSAMBA MENDEZ, GERMAINE, JOSEPHINE...**

Aux Docteurs **KARIM SECK, BALLA NDIAYE**, grande estime.

**A ABDOU SOW, BIRANE THIAM NDIAYE, DETHIE COULIBALY,**  
**HENRI GOUDIABY, MOMO KONTE**, toute ma gratitude.

**A NDEYE MANE ET MAME MARIE MBAYE**, Toute ma reconnaissance.

**A Tata RENE BA** pour toute la sympathie que tu me portes.

**A BABACAR NIANE** en souvenirs des durs moments de lutte.

**A ROSE** pour sa gentillesse.

**A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION :**  
**BADARA NDIAYE & EPOUSE, BIRANE BA, FRANCOIS LAM,**  
**ASTOU GUEYE, CONSTANCE SAMAKE et AITA NDIR.**

**A FATOU BINTOU DIOUF épouse NDIAYE,** toute ma gratitude.

**A L'ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES**  
**DES HOPITAUX DE DAKAR.**

**AU PERSONNEL DE LA PHARMACIE CENTRALE ET DU**  
**LABORATOIRE DE BIOCHIMIE DU CENTRE HOSPITALIER DE FANN.**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA PSYCHIATRIE.**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA POLICE JUDICIAIRE, DE L'ADMINISTRA-**  
**TION PENITENCIAIRE, DE L'EDUCATION SURVEILLEE ET DU MINISTERE**  
**DE LA JUSTICE.**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA SCOLARITÉ.**

**A COUMBA MBAYE ("MA JUMELLE")**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHAR-**  
**MACIE, DE LA BIBLIOTHEQUE ET DU RESTAURANT DE CLAUDEL.**

**AU CODESRIA** pour votre précieuse contribution.

**A tout le Personnel de BITS.**

**A TOUS CEUX QUI OEUVRENT AFIN QUE DISPARAISSE**  
**À JAMAIS CE FLÉAU QU'EST LA DROGUE.**

A NOS  
MAITRES  
ET JUGES

**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY,  
MONSIEUR LE PROFESSEUR IBRAHIMA WONE**

Malgré vos multiples préoccupations, vous avez bien voulu nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement clair et enrichissant et avons apprécié vos qualités humaines et professionnelles qui ont toujours suscité notre sympathie.

Votre paternelle sollicitude nous a toujours charmé.

vosre foi profonde en Dieu nous a beaucoup émerveillé.

Soyez assuré de notre respectueuse admiration et de notre profonde gratitude.

Qu'Allah! vous garde encore longtemps avec nous.

**A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE :  
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOUNIROU CISS**

Vous avez bien voulu diriger ce travail que vous avez suivi avec beaucoup de rigueur et de détermination.

Votre sens de la clarté et de la concision ont été d'un concours fort appréciable pour les scientifiques que nous sommes.

Nous avons profité au cours de ces années de votre savoir faire et de votre expérience.

Nous pensons avoir rempli notre contrat, vous avez suivi ce travail, vous en connaissez les contours, votre présence dans ce jury nous rassure.

Soyez assuré de l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE MONSIEUR  
LE PROFESSEUR MOMAR GUËYE :**

Nous sommes très sensibles de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Le séjour que nous avons fait en psychiatrie nous a permis de vous côtoyer, d'apprécier vos qualités humaines et surtout votre souci de la chose bien faite et bien comprise.

Merci d'avoir accepté spontanément de juger ce travail.

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE MONSIEUR  
LE PROFESSEUR EMMANUEL BASSÈNE.**

C'est avec le sourire que vous nous avez reçu dans votre service à l'hôpital FANN, c'est avec spontanéité que vous avez accepté de siéger dans notre jury de thèse. Votre simplicité vous honore et vous grandit.

Recevez ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

"Par délibération la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation"

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

### PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LES DROGUES :

Chapitre I : Les drogues incriminées dans les toxicomanies :

I.1 : Définitions des drogues

I.2 : Neuropsychopharmacologie de la dépendance :

I.3 : Classifications des drogues :

I.4 : Les drogues n'engendrant qu'une dépendance psychique :

I.4.1 : La feuille de coca et la cocaïne : psychostimulant majeur.

I.4.2 : L'amphétamine ou Benzédrine\* ou Maxiton\* :

I.4.3 : Les tranquillisants (sédatifs et hypnotiques) :

I.4.4 : Les hallucinogènes : Les produits :

A) Le lyserg saure diéthylamide (L.S.D.25), la phencyclidine (P.C.P),  
la diméthoxyamphétamine (D.M.O.) :

B) La mescaline, la psilocybine, la muscarine, le datura et le cannabis :

I.5 : Les drogues engendrant une dépendance psychique et physique :

I.5.1 : L'opium et ses dérivés :

i) L'opium :

ii) La morphine :

iii) L'héroïne :

IV) D'autres opiacés :

I.5.2 : Les morphiniques de synthèse :

I.5.3 : Les hypnotiques barbituriques ou "somniafères" (terme de vulgarisation)

I.5.4 : Les hypnotiques non barbituriques :

I.6 : Propriétés communes des drogues entraînant la dépendance :

I.7 : Propriétés particulières des drogues entraînant la dépendance :

I.8 : Les associations de drogues par les toxicomanes :

A) Les solvants organiques les colles :

B) Les psychostimulants mineurs :

- nicotine du tabac ;

- caféine du café et boissons voisines ;

- le Khat ;

- l'alcool ;

**DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE LA TOXICOMANIE EN  
MILIEU SÉNÉGALAIS : ÉVOLUTION DU PHÉNOMÈNE  
DURANT CES DIX DERNIÈRES ANNÉES (1979 - 1989)**

Chapitre I : Éléments de réponse par rapport à notre enquête :

I.1 : Cadres d'étude :

Le recueil de données est envisagé pour plusieurs lieux d'observations :

I.1.1 : Le centre hospitalier universitaire (C.H.U) de FANN

I.1.1.1 : Méthodologie :

I.1.1.2 : Matériel d'étude :

I.1.1.3 : Analyse des données : résultats globaux et analyse synthétique.

I.1.1.4 : Témoignages, observations et/ou commentaires  
(cf. guide d'entretien en annexe)

I.1.2 : Les centres de sauvegarde des enfants en danger moral  
ou "délinquants" :

I.1.2.1 : Méthodologie

I.1.2.2 : Matériel d'étude :

I.1.2.3 : Analyse des données : résultats globaux et analyse synthétique.

I.1.2.4 : Illustrations et observations

I.1.3 : Le ministère de l'Intérieur (Direction de la Police Judiciaire D.P.J.) :

I.1.3.1 : Méthodologie :

I.1.3.2 : Matériel d'étude :

I.1.3.3 : Analyse des données : résultats globaux et analyse synthétique.

I.1.3.4 : Témoignages Observations Commentaires.

I.1.4 : Le milieu carcéral (Direction de l'Administration Pénitentiaire.

I.1.4.1 : Méthodologie :

I.1.4.2 : Matériel d'étude

I.1.4.3 : Analyse des données : résultats globaux et analyse synthétique.

I.1.4.4 : Témoignages Observations Commentaires.

Chapitre II : Que recouvre le terme toxicomanie dans la réalité sénégalaise :

II.1 : Les drogues socialement admises :

II.1.1 : Les drogues traditionnelles africaines :

II.1.2 : Les "drogues et autres produits excitants de  
consommations régulière, mais socialement admis" :

## II.2 : Les drogues incriminées dans les toxicomanies au Sénégal

### II.2.1 : Le cannabis :

### II.2.2 : Les drogues d'importation :

### II.2.3 : Les drogues et associations de drogues traditionnelles ou non et de découverte locale :

#### i) Boissons provenant de la fermentation!on de produits locaux :

#### ii) Les hallucinogènes :

#### iii) Les aphrodisiaques :

#### IV) Les produits stimulants mineurs :

#### V) Autres produits :

## II.3 : Vie familiale du toxicomane sénégalais

### II.3.1 : Son environnement :

### II.3.2 : Sa carence affective :

## II.4 : Attitudes à l'égard du problème :

### II.4.1 : Attitude de la collectivité :

### II.4.2 Attitude des écoles et autres institutions sanitaires :

### II.4.3 : Attitude des parents :

### II.4.4 : Attitude des toxicomanes eux-mêmes :

## Chapitre III : Aspects médico-légaux :

### III.1 : Mesures visant à réduire l'abus et le trafic illicite des drogues au Sénégal :

#### III.1.1 : Au plan national :

III.1.1.1 : Textes législatifs et réglementaires sénégalais en matières de stupéfiants :

III.1.1.2 : Caractéristiques de cette législation :

III.1.2 : Au plan international :

III.1.2.1 : Avant 1961

III.1.2.2 : La Convention Unique des Nations-Unies de 1961, la Convention sur les Substances Psychotropes de 1971 et la Convention de 1988 :

III.2.1 : L'encadrement des drogués :

III.2.2 : Exclusion des grands drogués de la vie sociale ordinaire :

III.2.3 : Création de centres d'accueil et de réhabilitation :

III.3 : Le combat contre l'extension de la toxicomanie :

III.3.1 : Programmes d'information et d'éducation :

i) prévention primaire

ii) prévention secondaire

iii) prévention tertiaire :

**TROISIÈME PARTIE : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

# INTRODUCTION

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## INTRODUCTION

Les drogues sont connues depuis des millénaires. Les peuples primitifs les utilisaient au cours des rites religieux et des cérémonies traditionnelles. Il est certain qu'à cette époque, l'usage de la drogue était considéré comme un phénomène exotique, un jeu d'esthète, une pratique religieuse ou la conséquence secondaire d'une intervention chirurgicale. (2)

Depuis une vingtaine d'années, on assiste à une extension massive des toxicomanies qui représentent un problème grave de santé publique. Il suffit de feuilleter la presse pour s'en convaincre : la prise de drogue est devenue un fait divers banal, une pratique courante, un "phénomène de société". De nos jours, l'ampleur du danger que court l'humanité face aux problèmes de la toxicomanie nous incite à penser qu'il n'est pas exagéré de qualifier ce phénomène de fléau du siècle.

Aujourd'hui, on dénombre plus d'un milliard de drogués sur la terre (soit un homme sur quatre) qui recherchent eux aussi cette euphorie et ce bien-être, en bref "autre chose que la manière accoutumée de voir et de penser". (12)

C'est l'Amérique qui a donné le branle quand, en 1969, devant la Conférence des Gouverneurs, le Président Nixon dénonçait publiquement le désastre; estimant à plus de 8 millions d'individus dont 16% d'écoliers le nombre de ses compatriotes intoxiqués.

Il est vrai que la drogue avait dès 1960, trouvé dans ce pays des défenseurs ardents parmi les psychologues et les psychiatres qui pensaient par ce moyen atteindre plus facilement la conscience du sujet et exalter sa personnalité. Triste résultat en réalité, car l'Amérique est obligée de voter en 1971, pour la lutte contre la toxicomanie le plus important budget consacré à un fléau social (136,6 millions de dollars). (14)

En 1965, les spécialistes français sont surpris par l'ampleur et les progrès rapides du mal, par la jeunesse des "délinquants" et les moyens énormes mis en oeuvre. En 1969, le gouvernement français réunit à la hâte un conseil ministériel consacré aux stupéfiants et obtient que soit modifiée la législation en vigueur. (14)

Dans les instances internationales, on a longtemps soutenu que l'Afrique, du moins au Sud du Sahara, ne connaissait pas les ravages de la drogue.

Le Ministre de la Santé du Sénégal disait en 1980 : " Parmi les fléaux auxquels le monde moderne est confronté, il en est un dont notre pays n'avait pas jusqu'ici souffert autant que les pays développés. Il s'agit de la toxicomanie et de ses effets".

Malheureusement tout laisse croire actuellement que le Sénégal et les jeunes pays du Tiers-Monde connaissent déjà une ère moins sereine dans ce domaine.

En effet, la foudre est déjà tombée! Non seulement les drogues traditionnelles (Khat, Cannabis, Datura...) continuent et se perpétuent; mais il y a l'apparition d'autres drogues inconnues jusque-là en Afrique (héroïne, cocaïne).

La consommation des substances psychotropes à des fins non médicales prend des proportions inquiétantes. Les pharmacologues mettent sans cesse au point des molécules qui peuvent être détournées de leur usage par les toxicomanes à la recherche de sensations nouvelles. Citons les héroïnes de synthèse, les hallucinogènes, les composés à base de cocaïne etc...

Dans leur quête de nouvelles drogues, la curiosité de certains adolescents n'a pas de limites. On le constate avec l'usage de solvants volatils; les jeunes inhalent des produits aussi divers que des colles, des vernis, des laques, de l'essence etc...

Le monde des toxicomanes est fort hétéroclite, et le plus remarquable, c'est que les jeunes drogués sont polytoxicomanes. On comprend donc que la nécessité de tenir compte de la multiplicité de facteurs mis en jeu, par les conduites d'abus de drogue, impose de mettre sur pied des stratégies de lutte et de prévention fort diverses.

L'objet de notre travail est de voir l'évolution de la toxicomanie durant ces dix dernières années. Dans un premier temps, nous passerons en revue la littérature existante, dans un second temps, nous descendrons sur le terrain pour faire des enquêtes, des interviews, des illustrations qui permettront de mieux situer le toxicomane, de comprendre ses motivations, de prouver la réalité des comportements toxicomaniaques, de formuler certaines hypothèses, et de faire à la lumière des résultats, des recommandations pouvant amorcer une action préventive de ce comportement humain.

**PREMIERE PARTIE**

## SOMMAIRE

Cette étude a été présentée en trois parties :

### -PREMIERE PARTIE

Généralités sur les drogues

### -DEUXIEME PARTIE

Etude de la toxicomanie en milieu sénégalais : évolution du phénomène durant ces dix dernières années (1979-1989)

### -TROISIEME PARTIE

Conclusions et recommandations

Références bibliographiques

### CHAPITRE 1 : Les drogues incriminées dans 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 certaines personnes ou alors dans des situations bien précises, socialement et rigoureusement contrôlées.

Il est maintenant classique de dire comme le Docteur Olievenstein que "trois facteurs principaux et indissociables sont à considérer dans les toxicomanies :

- Un sujet, avec sa personnalité, son histoire, ses problèmes,
- Un contexte socio-culturel : famille, milieu, société,
- Un produit psychotrope, licite ou illicite avec ses effets propres".

Nous passerons en revue les principales substances pouvant donner lieu à un emploi abusif et leurs modalités d'usage. Cependant, nous avons remarqué que beaucoup de termes sont utilisés pour désigner la drogue. Chacun d'entre eux a des connotations par rapport à un système de classification (drogue, toxique, stupéfiant ou narcotique, toxicomanie....)

Drogue dans son sens général, telle que l'entend le public, rassemble approximativement l'ensemble des produits toxiques non légaux. Pour les anglosaxons, le terme "drug" désigne tout à la fois la substance chimique à usage commercial, la substance tirée des plantes, le médicament, le poison; dans le même ordre d'idée, "pharmakos" en Grec désigne à la fois le remède et le poison. Certains n'utilisent ce terme que pour des substances illicites et dangereuses, d'autres élargissent le concept à tout ce qui rend l'individu "esclave" : automobile, télévision, travail etc...

Le dictionnaire Petit Larousse, quant à lui, définit la drogue comme : "tout ingrédient propre à la chimie, à la pharmacie. Mauvais remède-stupéfiant". Pour les jeunes, la drogue : "c'est tout ce qui défonce".

Le terme drogue est donc d'un usage trop imprécis et trop connoté de valeurs morales pour pouvoir être utilisé aisément.

Le mot toxique introduit la notion de danger, rappelant que ces substances sont aussi des poisons (Larousse).

Les stupéfiants ou narcotiques, médicaments dont l'usage est connu depuis longtemps, font partie des psychotropes (produits qui agissent sur le système nerveux), substances qui stupéfient (Larousse).

Le mot toxicomanie (ou assuétude) désigne la dépendance à un produit toxique, ou une habitude morbide d'absorber des doses croissantes de substances toxiques ou stupéfiants (Larousse). La toxicité d'une substance peut être influencée de façon considérable par son administration antérieure, ceci va nous permettre de voir une notion très importante en toxicologie comme :

l'accoutumance : qui est la tolérance acquise. En effet, l'absorption répétée de certains toxiques est susceptible de créer un état réfractaire à ce toxique. Il en résulte une certaine accoutumance au toxique qui permet à l'organisme de supporter sans aucun trouble (visible) des doses qui provoqueraient à coup sûr une intoxication mortelle chez un sujet vierge.

Notons à ce niveau qu'il y a souvent des confusions fréquentes entre accoutumance et assuétude dont la différence réside essentiellement dans la notion imprécise de nocivité pour l'individu ou la société.

Toute toxicomanie à un produit toxique quel qu'il soit ne peut donc s'appréhender que dans le cadre plus général de la consommation habituelle de ce

toxique. Les définitions permettent ainsi de préciser d'emblée la fondamentale identité de nature qui existe entre toutes les toxicomanies.

Fouquet, à propos de l'alcoolisme, avait donné une définition lapidaire mais précise qui paraît applicable en la paraphrasant, à toutes les toxicomanies : "La toxicomanie, c'est la perte de la liberté de s'abstenir du toxique". (60)

Nous allons toutefois compléter ces notions en analysant l'évolution même de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) quant à leurs définitions.

### **1-1 : DEFINITION DES DROGUES D'APRES L'O.M.S.**

Les définitions de la toxicomanie et des concepts associés ont en effet évolué avec le temps parallèlement aux changements des modes de consommation et de la nature des toxiques consommés (médicaments psychotropes, drogues dites "douces" ou "dures", produits à usage domestique, prise régulière ou occasionnelle...) ; mais aussi en fonction des récents efforts nosographiques.

Le comité d'experts de l'O.M.S. avait tenté en 1955 de distinguer la toxicomanie ou assuétude (ou "drug addiction") à l'accoutumance (ou "drug habitation").

\* La toxicomanie ou l'assuétude : est un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique). Ses caractéristiques sont notamment :

- 1) un invincible désir ou besoin (obligation) de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens,
- 2) une tendance à augmenter les doses (tolérance),
- 3) une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue,
- 4) des effets nuisibles à l'individu et à la société.

La dépendance physique se manifeste par la terrible crise d'abstinence que déclenche un brusque sevrage : privé de sa drogue, le patient entre dans un état morbide dangereux et parfois spectaculaire qui peut aboutir à la mort.

\* L'accoutumance : est une dépendance essentiellement psychologique à l'égard d'un toxique, le désir d'une prise répétée ne s'accompagnant pas de tolérance, n'étant pas responsable d'un syndrome d'abstinence et ne produisant d'effets nuisibles, le cas échéant, que sur le sujet lui-même. (23)

Dans les treizième (13e) et quatorzième (14e) rapports de 1965 et de 1967, l'O.M.S. substitue la "dépendance" au deux termes précédents car il était devenu pratiquement impossible et scientifiquement inexact de s'en tenir à une seule définition pour toutes les formes de toxicomanies et/ou d'accoutumance. Il n'y a pas "une " mais "des dépendances.

Aussi, les experts de l'O.M.S. ont-ils proposé de distinguer divers types de dépendance (morphinique, cocaïnique, alcool-barbiturique, cannabique, amphétaminique, hallucinogène, ainsi que les dépendances au Khat(cathaédulis celastreae) et aux solvants volatils inhalés). C'est cette manière de voir qui prévaut aujourd'hui chez les pharmacologues.

En 1969, l'O.M.S. introduit le concept de la pharmacodépendance en remplacement du terme toxicomanie.

Il s'agit : d'un "Etat psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications de comportement, et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou 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".

Le terme "médicament" est à entendre ici comme une substance ayant des effets physiologiques et en particulier psychotropes. L'intention de l'O.M.S. n'était pas, nous supposons, 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 variable, 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'emplois abusifs de drogue sans préjuger en rien de l'ampleur du risque résultant de ces abus pour la santé individuelle ou publique.

D'autre part, les observations cliniques et expérimentales ont démontré que les drogues telles que la cocaïne, le cannabis et le tabac qui, selon les anciennes définitions de l'O.M.S. ne produisent qu'une dépendance psychologique faible pour le cannabis et le tabac, modérée ou marquée pour la cocaïne et pas de dépendance physique, entraînent en réalité des altérations biochimiques dans le cerveau (donc physique) et une dépendance certaine.

Aujourd'hui, il s'est avéré que la cocaïne peut induire une dépendance encore plus assujettissante que celle produite par l'héroïne. (46)

Depuis ces deux dernière décennies, des études ont été entreprises concernant les données neurophysiologiques et psychopharmacologiques des drogues. C'est ainsi qu'on a assisté à une recherche de "marqueurs" psycho-physiologiques mesurables pour définir la toxicomanie. Les résultats comme l'ont rapporté les professeurs NAHAS et TROUVE dans leurs études publiées en 1988 (19), ont conduit à une définition des toxicomanogènes basée sur leurs propriétés neuro-psycho-pharmacologiques et épidémologiques, communes et particulières.

Ces propriétés permettent de considérer la pharmacodépendance comme étant liée à une perturbation de la neurotransmission cérébrale, perturbation réversible et passagère ; mais pouvant aboutir à un dérèglement chronique et parfois irréversible de cette neurotransmission. (46)

Cette approche implique que certains termes soient perçus de manière plus précise. C'est le cas de la dépendance physique et de la tolérance.

- La dépendance psychique :

C'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 :

Elle 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 le symptôme physique constituant le "syndrome d'abstinence" et survenant lors du sevrage (privation de la substance toxicomanogène).

- La tolérance :

C'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. (60)

Cette distinction largement adoptée dans le monde médical et faite par l'O.M.S. entre dépendance "psychique et physique", illustre la vieille dichotomie

entre l'esprit et le corps, le développement de la pensée et la physiologie du cerveau qui sont si étroitement liés l'un à l'autre.

La neurophysiologie et la neuropharmacologie modernes permettent aujourd'hui de dépasser cette dichotomie.

## 1-2 : NEUROPSYCHOPHARMACOLOGIE DE LA DEPENDANCE

La réaction de chaque individu à une dose donnée de drogues sera différente suivant les facteurs "pharmacogénétiques individuels". Dans les neurones cérébraux, on peut mentionner différents processus depuis la distribution et le nombre de sites récepteurs jusqu'à l'activité des enzymes d'inactivation et de celles qui déterminent la synthèse des médiateurs qui véhiculent l'information d'un neurone à un autre, ce qui peut expliquer pourquoi certaines personnes sont plus ou moins sensibles aux effets de diverses drogues qui entraînent la dépendance. L'âge des sujets est également un élément important à considérer : les sujets jeunes, adolescents, dont l'activité dopaminergique est optimale seront particulièrement sensibles aux effets de ces drogues. (46)

L'effet d'une drogue donnée dépendra des trois choses suivantes :

- \* du neurotransmetteur (noradrénaline, dopamine, sérotonine, acétylcholine, GABA...) ou du neuropeptide (endorphine) avec lequel la drogue a une interaction propre,

- \* de la nature de cette interaction dans l'une des structures spécifiques,

- \* du lieu de cette interaction dans l'une des structures spécialisées du cerveau et la fonction de cette partie du cerveau. (46)

### A - Hypothèse concernant la dépendance à la cocaïne

Le dérèglement de la neurotransmission cérébrale causée par la drogue est particulièrement apparent dans l'intoxication cocaïnique comme l'ont indiqué NAHAS et TROUVE dans leurs études sur le rat et le singe écureuil. (46)

Il a été démontré que la cocaïne perturbe particulièrement le "turnover" (c'est la rotation des différents éléments qui interviennent dans le mécanisme d'action des neurotransmetteurs avec les récepteurs pré ou post-synaptiques) des catécholamines cérébrales : dopamine et noradrénaline (N.A.).

La cocaïne augmente le largage de la dopamine (acide aminé) et de la noradrénaline (N.A.). Elle inhibe aussi le recaptage synaptique des catécholamines.

La biosynthèse de ces amines libérées au niveau des synapses va donc s'accroître dans le soma du neurone, et leur flux axonal va augmenter. Des modulateurs calciques vont corriger cette hyperactivité catécholaminergique en bloquant le récepteur catécholaminergique post-synaptique.

L'administration de cocaïne chez le singe écureuil entraîne des anomalies cardiaques, des tremblements, de l'agitation, des convulsions ainsi qu'une augmentation très marquée de catécholamines secrétées par la surrénale, les ganglions sympathiques et les neurones cérébraux noradrénergiques et dopaminergiques.

Tous ces désordres fonctionnels ou hormonaux sont corrigés par l'administration de modulateurs des ions calciques tels la nitrendipine (D.C.I.), la nimodipine (D.C.I.). Ces substances peuvent donc être considérées comme des antidotes, des effets toxiques causés par les concentrations très élevées de catécholamines, produites par la cocaïne dans les synapses et les tissus.

Ces études permettent ainsi de suggérer l'hypothèse selon laquelle l'intoxication chronique à la cocaïne (cocaïnomanie), pourrait résulter d'une augmentation de la production des catécholamines par les neurones spécialisés du cerveau.

Sous l'influence de la cocaïne, les mécanismes de neurotransmission cérébrale s'adaptent à une concentration synaptique anormalement élevée de noradrénaline et dopamine. Le cerveau serait alors contraint de changer de régime et de maintenir, pour fonctionner, une production accrue de catécholamines, qui serait entretenue par l'apport fréquent de cocaïne. D'où le comportement compulsif quasi-obligatoire de consommation de cette drogue par le cocaïnomanie. Dans ce cas, la cocaïnomanie serait définie comme un "syndrome de dérèglement de la transmission catécholaminergique du cerveau". (46)

La toxicité de la cocaïne serait donc due à une toxicité des neurotransmetteurs endogènes.

#### B - Hypothèse concernant la dépendance aux opiacés

Un autre modèle de dérèglement de la neurotransmission cérébrale est celui causé par les opiacés qui vont stimuler les récepteurs endorphiniques et altérer le "turnover" de ces neurotransmetteurs.

La découverte des récepteurs morphiniques et des systèmes encéphalinergiques et endorphiniques a donné un nouvel essor à l'approche biochimique de la pharmacodépendance. (60)

### a) Le fonctionnement des neurones enképhalinergiques

Les enképhalines sont des pentapeptides qui jouent un rôle dans la dépendance aux opiacés. Ils se fixent sur les récepteurs morphiniques avec lesquels, ils ont une analogie structurale. Dans les conditions physiologiques, les récepteurs morphiniques sont soumis à une stimulation basale par les enképhalines. Suite à l'administration de morphine ou d'autres morphiniques, les récepteurs sont rapidement saturés.

Par un phénomène d'autorégulation, la libération d'enképhalines pourrait alors être inhibée ; les récepteurs pouvant ainsi accepter davantage de composés morphiniques, expliquant le développement de la tolérance.

La mesure des taux d'enképhalines cérébrales lors des états de dépendance a donné des résultats contradictoires : augmentation pour certains auteurs, diminution pour d'autres. (60)

Cependant, nous savons que les systèmes opioïdes internes ont un rôle essentiel dans les relations avec l'environnement; celui-ci s'étendant non seulement aux sensations (douleur...), mais également aux perceptions émotionnelles associées à la confrontation avec le monde extérieur. Il est de plus en plus probable que des dysfonctionnements des systèmes enképhalinergiques puissent être impliqués dans certains désordres psychiques. Rien ne prouve qu'il en soit de même pour la toxicomanie aux morphiniques; mais rien ne l'exclut non plus. Il reste que la recherche d'une "récompense" émotionnelle au moyen de la drogue, suggère un état de souffrance relationnelle que le toxicomane espère compenser par l'artifice pharmacologique.

Il a toutefois été montré que l'administration chronique de morphine augmente le taux d'enképhalinase, enzyme responsable de la dégradation des enképhalines qui ont une action de très courte durée, deux à trois minutes.

Pour comprendre le rôle des enképhalines, et en conséquence celui de la morphine, il fallait pouvoir moduler l'action à volonté. On eut recours, pour ce faire, à des inhibiteurs d'enzymes; le plus récent synthétisé, étant le Kélatorphan. De telles substances inhibent la destruction naturelle et rapide des enképhalines par les enképhalinases, enzymes spécialisées dans cette fonction et situées à proximité des récepteurs.

A l'état naturel, ce processus de destruction par les enképhalinases constitue une modulation physiologique de la concentration des enképhalines en face de leurs récepteurs, et en conséquence, une modulation des effets (par exemple

l'effet analgésique). L'équation est simple : beaucoup d'enképhalines, effet prononcé; peu d'enképhalines, pas de réponse.

Le Kélatorphan, bloquant la dégradation des enképhalines, augmente leur concentration et crée ainsi une sorte de modèle expérimental, dans lequel les effets physiologiques induits par les morphines endogènes peuvent être amplifiés et en conséquence détectés. (63)

Il est également possible qu'une action au niveau des nucléotides cycliques participe au phénomène. C'est ainsi que dans des cellules de neuroblastomes gliomes maintenues en culture, celles riches en récepteurs morphiniques, les opiacés, inhibent l'activité de l'adénylcyclase et donc diminuent le taux d'adénosine mono-phosphate cyclique (A.M.P.C). La synthèse de l'A.M.P.C. est par ailleurs à l'inverse stimulée. A l'arrêt de l'opiacé, on note un accroissement rebond du taux d'A.M.P.C. traduisant l'augmentation de l'activité de l'adénylcyclase non réprimée par la morphine. Cet aspect illustre la théorie de l'inhibition enzymatique qui postule que les substances provoquant la dépendance inhibent une enzyme nécessaire à la synthèse d'une molécule importante dans l'activité cellulaire telle un neurotransmetteur et que le taux de l'enzyme lui-même est soumis à un rétrocontrôle par le produit formé.

Ainsi, si l'adénylcyclase est liée aux récepteurs morphiniques au niveau cérébral de la même manière que dans les cellules en culture, les modifications du taux des nucléotides pourraient participer à la modulation de l'activité des neurones enképhalinerigiques. (60)

b) Mais c'est actuellement l'implication de modifications de l'activité noradrénergique centrale qui apparaît la plus fructueuse dans l'approche des phénomènes de tolérance et de dépendance aux morphiniques.

La morphine inhibe la libération de noradrénaline par les neurones issus du locus coeruleus (région limbique). Cette inhibition est due à une stimulation de récepteurs morphiniques situés sur la terminaison nerveuse noradrénergique elle-même. Cette réduction de l'activité neuronale noradrénergique entraîne le développement d'une hypersensibilité de privation des récepteurs adrénérigiques post-synaptiques comme l'indique l'augmentation de réponse à la noradrénaline. Les effets aigus de la morphine seraient ainsi dus à une réduction de l'activité noradrénérigique. Cette réduction ne pourrait être obtenue que par une augmentation de la dose de morphine, expliquant la tolérance. Si nous admettons, comme nous l'avons indiqué plus haut que l'administration chronique d'opiacés inhibe la libération d'enképhalines au moment du sevrage, les récepteurs opiacés des terminaisons noradrénergiques ne seraient plus stimulés, ni par l'opiacé exogène, ni par les enképhalines. Cela se traduirait alors par une hyperacti-

té noradrénergique rebond, due à la levée de l'inhibition, de la libération de noradrénaline, stimulant alors des récepteurs hypersensibles (schéma n2).

L'effet bénéfique de la Clonidine stimulant pré-synaptique dans le syndrome d'abstinence aux morphiniques renforce la valeur de ce schéma n2.

Il apparaît par ailleurs vraisemblable qu'un état d'hypersensibilité à d'autres médiateurs, telle la substance P, se développe lors du sevrage. (60)

Les interactions des autres drogues qui entraînent la dépendance telles que les barbituriques, les amphétamines... avec les neurotransmetteurs cérébraux spécifiques ne sont pas encore aussi clairement élucidés que pour la cocaïne ou la morphine . Mais, on peut d'ores et déjà postuler que toutes ces drogues induisent une toxicité secondaire à un dérèglement du "turnover" des neurotransmetteurs. (46)

Toutefois, il n'a pas été possible d'établir un profil "psychologique" particulier pouvant expliquer le comportement des toxicomanes qui consomment les drogues entraînant une forte dépendance : cannabis, tabac, héroïne, cocaïne.

Ces deux dernières drogues, à cause de leurs propriétés psychopharmacologiques, ont une capacité propre très élevée d'entraîner rapidement une dépendance chez la plupart des consommateurs (90 à 95 %).

## **SCHEMA N2 DU DEVELOPPEMENT DE LA TOLERANCE ET DE LA DEPENDANCE PHYSIQUE AUX OPIACES (d'après Lowel E.)**

### **1) Administration aiguë :**

Hypostimulation  
noradrénergique  
post-synaptique par  
freinage de la  
libération de  
noradrénaline, suite  
à la stimulation de  
récepteurs opiacés  
pré-synaptiques.

## 2) Administration chronique : tolérance-dépendance :

- 1) Diminution de la libération d'enképhalines.
- 2) Hypersensibilité des récepteurs noradrénergiques post-synaptiques.
- 3) Nécessité de majorer les doses d'opiacés pour permettre la persistance de la diminution de l'activité noradrénergique.

## 3) Sevrage :

- 1) Pratiquement plus de stimulation des récepteurs noradrénergiques pré-synaptiques.
- 2) Libération massive de noradrénaline
- 3) Hypersensibilité des récepteurs post-synaptiques.

**ENK : Enképhaline**

**NA : Noradrénaline**

**OP : Opiacé**

En effet, héroïne et cocaïne plus que les autres drogues toxicomanogènes, entraînent un syndrome auto-induit de dérèglement de la neurotransmission sans avoir besoin de faire intervenir des facteurs acquis de disponibilité et d'acceptation sociale de la drogue. (46)

## 1-3 : CLASSIFICATION DES DROGUES

Il existe de nombreuses classifications des drogues selon que l'on se base sur leur origine, sur les réactions qu'elles engendrent, sur la tolérance à laquelle elles conduisent.

### 1-3-1 : Classification de Lewin (1928)

En 1928, Ludwig LEWIN classait les drogues selon que l'on se base sur leur origine, sur les réactions qu'elles engendrent, sur la tolérance à laquelle elles conduisent.

- EUPHORICA : calmant de la vie affective,
- PHANTASTICA : agents hallucinants ou onirogènes,
- INEBRIANTICA : substance enivrantes,
- HYPNOTICA : agents narcotiques
- EXCITANTIA : stimulants psychiques

cf. : Tableau 1

Tableau 1 : Classification des psychotropes selon LEWIN (1928)

EUPHORICA (Euphorisants : "agents diminuant et éventuellement suspendant les fonctions, l'émotivité et la perception")

- \*Opium et ses dérivés (morphine, héroïne, codéïne...)
- \*Coca et Cocaïne.

PHANTASTICA (hallucinogènes : "agents d'illusions, sensations d'hallucinations")

- \*Peyotl et Mescaline
- \*Chanvre-indien
- \*Amanite muscarine ou amanite tue-mouches (Amanita muscaria, Agaricacées)
- \*Solanacées à alcaloïdes (Belladone, Datura, Jusquiame)
- \*Banisteria caapi (Banisteriopsis et Tetrapteris)

INEBRIANTICA (Enivrants : "après une première phase d'excitation cérébrale, ils donnent lieu à une dépression de l'excitabilité")

\*Alcool, éther

\*Chloroforme

\*Benzène

\*Protide d'azote

HYPNOTICA (Hypnotiques, "agents du sommeil")

\*Chloral

\*Barbituriques (Véronal, imménoctal...)

\*Paraldéhyde

\*Sulfonal

\*Bromure de potassium, bromisoval

\*Kawa-Kawa

EXCITANTIA ("stimulants et toniques")

\* Drogues à caféine (café, cola, thé, maté, guarana)

\*Camphre

\*Tabac

\*Cat

\*Bétel

(source (54) Pelt J.M. les drogues, leurs histoires, leurs effets, Paris, Doin, 1979 220 P.)

### 1-3-2 : Classification de DELAY et DENIKER (1957)

Ce sont les neuropsychiatres français Jean DELAY et Pierre DENIKER qui proposèrent en 1957 une classification qui repose sur l'effet des drogues d'une part et sur la notion de "tonus psychologique".

DELAY et DENIKER sont partis de l'équation suivante :

#### **PSYCHISME : Humeur + Vigilance**

a) Les psycholeptiques (ou sédatifs) : diminution des activités physiques ou mentales

-hypnotiques (ou noo-leptiques)

-les neuroleptiques (ou thymoleptiques)

-les anxiolytiques ou tranquillisants mineurs

-les psycho-isolectiques (régulateurs de l'humeur)

b) Les psychoanaleptiques ou stimulants de l'activité psychique : excitation des activités physiques et mentales

-les psychotoniques ( ou noo-analeptiques)

-les antidépresseurs (ou thymo-analeptiques)

-les psychotoniques divers (dérivés xanthiques, dérivés de l'acide phosphorique)

c) Les psychodysleptiques (ou perturbateurs psychiques : déformations des perceptions et modifications des fonctions mentales

-hallucinogènes

-stupéfiants (tableau B)

-enivrants

(cf. tableau II)

**Tableau 2 : Classification pharmacologique des psychotropes classiques et modernes selon Pierre DENIKER, inspirée de Jean DELAY**

**A. PSYCHOLEPTIQUES ou SEDATIFS**

1 Hypnotiques :

- barbituriques,
- non barbituriques,
- chloral et dérivés (Dormiol\*)

2 Neuroleptiques :

- Phénothiaziniques,
- Réserpiniques,
- Butyrophénoniques (halopéridol or haldol\*),
- Autres groupes

3 Tranquillisants mineurs et sédatifs classiques :

- Hypnotiques et neuroleptiques précités, employés à faible dose,
- Antihistaminiques divers (hydroxyrine ou harax\*)

4 Antiépileptiques :

- Barbituriques,
- Hydantoïnes,
- Autres antiépileptiques.

5 Psycho-isoletptiques : régulateurs de l'humeur sels de Lithium utilisés dans les psychoses maniaco-dépressives (téralithe\*)

## B PSYCHOANALEPTIQUES ou EXCITANTS :

### 1 Stimulants de la vigilance :

- Amphétamines,
- Autres Amines.

### 2 Stimulants de l'humeur ou antidépresseurs :

- Antidépresseurs tricycliques : Imipramine ou Tofranil\*
- Hydrazine I.M.A.O. (Inhibiteurs de la monoamine oxydase)
- I.M.A.O. non hydraziniques.

### 3 Autres stimulants : (psychotoniques divers : dérivés xanthiques et acide phosphorique).

## C - PSYCHODYSLEPTIQUE ou perturbateurs du psychisme :

### 1 Hallucinogènes :

- \* Phantastica de Lewin + Psilocybe et psilocybine

L.S.D.

Ololiouqui

Viola

D.M.T. (Diméthyltryptamine)

D.P.T. (Dipropyltryptamine)

Bufoténine (extraite d'abord des glandes cutanées d'un crapaud *Bufo vulgaris* puis à partir des feuilles et graines d'une plante Mimosacées) .

### 2 Délirrogènes :

- \* Ditranyl, 7360 RP

### 3 Stupéfiants :

- \* Euphorica de Lewin

### 4 Alcool et dérivés :

- \* Inébriantica de Lewin. (54)

Nous citerons d'autres classifications contenues dans des manuels qui essaient de faire le consensus le plus large au sein des psychiatres. Elles sont basées sur des critères diagnostics permettant aux psychiatres du monde entier de pouvoir les utiliser.

1 - La classification internationale des maladies dans sa neuvième révision (C.I.M. IX) ou "International Classification of Diseases" (I.C.D. IX) : elle comporte trois catégories de diagnostics relatifs à l'utilisation des drogues.

- a- psychoses dues aux drogues,
- b- pharmacodépendance,
- c- abus de drogues chez une personne non dépendante.

2 - Le manuel diagnostic et statistique des maladies mentales dans sa troisième révision (D.S.M. III) ou "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" publié en 1987, différencie :

- les troubles mentaux organiques induits par des substances toxiques,
- les troubles liés à l'utilisation de substances toxiques.

### **1-3-3 : Insuffisance de la classification psychopharmacologique :**

L'inconvénient de ce classement schématique est de ne pas tenir compte des effets secondaires. Ainsi, une substance énivrante classée dans les Inebriantica peut contribuer à calmer la vie affective comme les Euphorica et, à plus forte dose, devenir agent narcotique comme les Hypnotica.

L'insuffisance repose donc sur l'effet habituel à des doses moyennes dans des conditions standardisées, c'est-à-dire ce que Varenne (71) nomme "l'effet principal". Celui-ci peut-être modifié par deux ordres de facteurs :

- facteurs psychopharmacologiques : posologies importantes, modes d'utilisation nouveaux, molécules dérivées de leurs usages, mélanges hasardeux ;
- facteurs psychosociologiques : la commission de Dain (6) définit l'ensemble des facteurs comme étant "les dispositions mentales" d'un individu. La personnalité du sujet joue un rôle dans la genèse des sensations éprouvées.

Elle conditionne parfois implicitement les préférences d'un sujet pour une drogue, l'environnement constitue également un facteur de première importance. (18)

#### **1-4 DROGUES N'ENGENDRANT QU'UNE DEPENDANCE PSYCHIQUE :**

Il faut nuancer la distinction classique entre dépendance psychique et dépendance physique qui illustre la vieille dichotomie entre le corps et l'esprit : la neuro-physiologie et la neuro-pharmacologie moderne permettent aujourd'hui de dépasser cette contradiction. En effet, les observations cliniques et expérimentales ont montré que des toxiques tels que la cocaïne, le cannabis ou le tabac (qui selon l'OMS ne produisent qu'une dépendance psychique) entraînent en réalité des altérations biochimiques (donc physiques) dans le cerveau et une dépendance certaine. Cependant pour plus de clarté dans la description des produits incriminés dans la toxicomanie, nous retiendrons la classification en groupes de Chausserie-Laprée (62)

- Les drogues n'engendrant qu'une dépendance psychique;
- Les drogues qui engendrent une dépendance psychique et physique.

En effet, le traitement des intoxiqués est différent selon qu'ils utilisent les drogues de la première catégorie ou uniquement celles de la seconde.

##### **1-4-1 La feuille de coca et la cocaïne : psychostimulant majeur**

\*Présentation :

La cocaïne est l'alcaloïde principal extrait des feuilles de l'arbuste le cocaier ou *Erythroxylon coca* Linaceae qui pousse dans les régions tropicales humides (Andes-Equateur-Pérou-Bolivie) et d'Amérique du Sud.

Dans cette espèce de coca, on cite plusieurs variétés :

- Variété novagranatense (régions sèches Colombie-Mer des Antilles),
- Variété spruceanum,
- Variété coca de Java qui possède des alcaloïdes de structure voisine à la cocaïne.

Les indiens la consomment à raison de 300 à 500 mg par jour (dose intoxicante) pour résister à la faim et à la fatigue.

C'est un ester benzoïque et méthylique de l'ecgonine. Elle se présente comme une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'alcool ou dans l'éther, mais insoluble dans l'eau (cocaïne de base). Son chlorhydrate est hydrosoluble. Elle ne fut utilisée en Europe qu'au XIX<sup>e</sup> siècle pour ses propriétés d'anesthésique local, on lui préfère pour cet usage aujourd'hui les très nombreux dérivés auxquels elle a donné naissance. Parmi ces dérivés les plus connus sont :

- l'amyléine ou (stovaïne\*), bon anesthésique de conduction, mais mauvais anesthésique de surface,

- La propacaïne (Detrasone\*) proche du précédent, les dérivés de l'acide para-aminobenzoïque (Ethoforme\*, anesthésine\*, butoforme\*, butésine\*). Ces dérivés ont été supplantés par la procaine et ses dérivés :

- La procaine (Novocaïne\*) est un bon anesthésique de conduction mais pas de surface,

- La lidocaïne (xylocaïne\*) est un anesthésique de surface et de conduction à action prolongée, possédant une action antagoniste à l'acétylcholine ainsi qu'une action antiarythmique, elle est utilisée le plus souvent en association avec l'adrénaline.

Elle possède également des propriétés hypnotiques et euphorisantes. Parallèlement, elle a connu la ferveur du public comme stimulant et a été incorporée à de nombreux produits de consommation courante : tablettes, comprimés, cigarettes et même boissons tel le coca cola dans lequel, depuis 1960, la caféine a remplacé la cocaïne. Recommandée à la même époque comme antidépresseur au cours du sevrage des alcooliques et des morphinomanes, elle se révélait parfaitement inefficace et de plus engendrait une nouvelle toxicomanie d'où la réglementation de son usage.

La cocaïne a été longtemps l'apanage des milieux du spectacle et des intellectuels, elle tend à l'heure actuelle à se propager à tous les milieux sociaux. C'est ainsi que certains pays africains dont le Sénégal, servent de relais dans le trafic de la cocaïne en provenance du sous-continent américain.

La cocaïne est souvent additionnée à des adjuvants : acide borique et amphétamine.

\*Différentes appellations de la cocaïne :

- Snow
- Neige
- Cocke
- Coco
- Poudre de soie
- Chouf
- Free-base

\*Propriétés pharmacologiques :

La cocaïne possède des propriétés anesthésiques locales (suppression de la sensation de faim obtenue par mastication des feuilles = cocaïsme).

Elle est utilisée aussi en anesthésie oculaire (dès 1884 par Koller), en anesthésie chirurgicale (1890 par Reclu). Elle était utilisée en stomatologie dans un mélange appelé "mélange de Bonain" (abandonné).

La cocaïne entraînant une dépendance, la chimie s'est tournée vers la production de dérivés synthétiques moins toxiques c'est à dire n'entraînant pas une toxicomanie.

La cocaïne est une substance à action sympathomimétique indirecte. Chez l'homme, elle provoque la vasoconstriction, l'hypertension, la tachychardie et la mydriase. Chez l'animal, on observe les mêmes signes, mais la tachychardie est souvent brève ou même inexistante et laisse place à une bradychardie. Il a été dit pendant longtemps que la cocaïne libérait la norépinéphrine des fibres sympathiques post-ganglionnaires.

Elle est surtout connue pour son inhibition du recaptage des catécholamines entraînant une augmentation du taux membranaire de ces substances et un déplétion des stocks qui touche essentiellement les fibres sympathiques et peu la surrénale.

La cocaïne est un puissant excitant du système nerveux central (snc), particulièrement des centres nerveux psychiques et sensoriels; elle diminue la sensation de fatigue et peut provoquer des tremblements et des convulsions à fortes doses. Elle excite les centres bulbaires respiratoires avant de les paralyser. Le grand danger de la cocaïne est la dépendance psychique qu'elle engendre ; les animaux (et dans une certaine mesure les humains) se l'autoadministrent jusqu'à en mourrir.

L'apparition de la forme basique, à cinétique rapide, telle le "crack" aux Etats-Unis, ne fait que rendre le problème de dépendance encore plus grave .

\* Cinétique :

La cocaïne est absorbée par voie orale sous forme de solution ou inhalée sous forme de poudre avec une disponibilité de 30 à 40% . Elle est métabolisée dans l'organisme par une estérase plasmatique et seul un faible pourcentage (15%) est excrété directement dans l'urine .

Elle diffuse rapidement . Soluble dans les graisses, elle peut-être stockée au niveau du cerveau (riche en graisses) y atteignant une concentration supérieure à la concentration sanguine responsable ainsi de la prolongation des effets euphorisants . La demi-vie dans le plasma est variable (de 19 à 168 minutes) . Ses principaux métabolites sont l'ecgonine méthyl-ester et la benzoylecgonine dont l'activité biologique reste à déterminer . Les variations individuelles d'estérases plasmatiques pourraient expliquer la dispersion des résultats concernant la cinétique et ses effets cliniques (46) .

\* Toxicité :

La cocaïne est un poison du système nerveux central (S.N.C.) et du système nerveux autonome (S.N.A.) .

Poison du S.N.C. : elle produit une excitation qui aboutit à un état d'euphorie; il s'ensuit une dépression conduisant à des troubles cardiovasculaires et à l'arrêt respiratoire .

Poison du S.N.A. : c'est un sympathomimétique qui provoque :

- une mydriase active;
- une vasoconstriction spécialement au niveau des centres nerveux; ce qui explique l'anémie cérébrale qui est souvent mortelle .

L'absorption par reniflement ("sniffing") est beaucoup plus toxique que par ingestion où on a une détoxification hépatique par hydrolyse de la fonction ester. L'inhalation est la voie préférée des toxicomanes, la muqueuse nasale richement vascularisée est grandement perméable au produit et l'effet presque immédiat .

La dépendance est essentiellement psychologique par la voie nasale . Par contre, la voie intraveineuse (I.V.) aboutit à la multiplication des injections et à une polytoxicomanie :

- soit par absorption d'alcool ou de barbituriques pour retrouver le sommeil; ce qui conduit à une altération rapide de l'état général,
- soit par adjonction d'héroïne dans la seringue à la recherche de l'effet "speed-ball" pour obtenir la stimulation intellectuelle et sexuelle, la détente et pour prévenir les effets désagréables consécutifs à l'usage exclusif de la cocaïne .

La dose mortelle est atteinte à partir de 0,40g.

\* Symptomatologie :

L'utilisation de cocaïne débouche très vite sur des manies de persécution et sur des hallucinations (type délirium) . La dépendance est très importante sur le plan psychologique et peut aboutir à l'apparition de maladies mentales :

- illusions cutanées : sensations de décharges électriques, de piqûres d'épingles, d'impression de petits animaux qui se déplacent sous la peau ce qui se traduit par des grattages très fréquents,
- délire de présomption,
- irritabilité extrême, psychose toxique...

L'augmentation des doses conduit à l'ivresse cocaïnique, à un état d'euphorie active ("bonheur en mouvement" et amplification de la personnalité psychique et physique); on assiste à une déchéance progressive du sens moral, de la volonté et l'apparition de troubles de l'affectivité et des troubles du comportement social.

Les troubles psychiques avec altérations somatiques se traduisent par :

- perte de l'appétit (amaigrissement important)
- troubles digestifs
- tremblements, insomnies, transpiration

L'usage répété à fortes doses peut également aboutir à une paralysie musculaire et respiratoire avec risque d'overdose (OD) . Quelques années plus tard, on assiste à une déchéance irréversible .

\* Complications :

L'usage prolongé de la cocaïne s'accompagne d'anorexie et d'insomnie, de troubles du caractère . Plus tard, apparaissent des troubles de la mémoire, de l'anxiété, de l'apathie joints à des troubles de la vision, des tremblements, des tics et à une altération profonde de l'état général .

Les accidents psychiatriques (psychoses cocaïniques) à type de délires variés avec phénomènes hallucinatoires sont fréquents .

La toxicité aiguë peut conduire à la mort brutale soit par syndrome de déficience cardiovasculaire brutal, soit par déficience respiratoire .

Les cas d'hémorragies intracrâniennes et d'infarctus du myocarde chez des sujets jeunes et sans antécédent sont décrits de plus en plus fréquemment aux Etats-Unis (46) .

Nous ne terminerons pas avec la cocaïne sans parler du "crack", substance récemment apparue en Europe, peu coûteuse; mais aux effets dévastateurs . C'est du sulfate de cocaïne, substance chimiquement analogue à la cocaïne base et qui est fumée par les toxicomanes . Il est d'origine américaine et se présente comme une poudre blanche cristalline . Elle peut-être agglomérée et est alors appelée "rock" .

Ses effets sont plus violents que ceux de la cocaïne, les molécules actives absorbées à pleins poumons passent instantanément dans le sang et atteignent rapidement les cellules nerveuses du cerveau . La dépendance s'installe très vite parfois dès les premières bouffées de cigarettes . Les fumeurs se lancent dans une course incessante enchaînant cigarette sur cigarette pour effacer la sensation d'énervement, d'irritabilité et de déprime éprouvée à chaque "descente" . L'abus du "crack" provoque des insomnies et le toxicomane, pour rechercher le sommeil, utilise d'autres drogues (alcool, sédatifs) . Cette alternance ininterrompue de déprime et d'euphorie entraîne à la longue de sévères troubles psychologiques se traduisant par des comportements suicidaires ou des actes de violence incontrôlée allant jusqu'aux états hallucinatoires et aux psychoses paranoïaques

Sur le plan physique, les dégâts causés par le "crack" sont la perte de poids, l'accélération du rythme cardiaque et l'hypertension qui sont les symptômes les plus courants.

## 1-4-2 L'Amphétamine = Benzédine\* ou Maxiton\* :

### \* Présentation :

L'Amphétamine est un produit de synthèse présenté sous forme de médicaments . Depuis leur mise sur le marché en 1933 et jusqu'à leur réglementation, leur usage était courant que ce soit comme stimulants ou comme coupe-faim dans les régimes amaigrissants . Inscrits au tableau B et même pour certains retirés du marché, leur emploi thérapeutique est à l'heure actuelle très limité . Elle se présente comme une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'eau et l'alcool, insoluble dans l'éther .

### \* Propriétés pharmacologiques :

L'amphétamine a une action sympathomimétique avec stimulation générale de l'organisme, diminution de la sensation de fatigue, stimulation des fonctions psychiques .

Stimulant intellectuel et physique en cas de surmenage, les sportifs l'utilisent pour obtenir des performances (doping)

L'amphétamine est responsable de la libération de dopamine au niveau des noyaux gris centraux . Elle stimule le langage et inhibe le recaptage de la sérotonine, des catécholamines, particulièrement celui de la norépinéphrine à la membrane synaptique . C'est le type même de psychostimulant .

Elle accroît l'activité spontanée d'exploration et s'oppose aux effets hypotoniques des barbituriques . Elle inhibe la catalepsie et le ptosis induit par la reserpine . Elle augmente la fréquence à laquelle les animaux pressent un levier lors d'un apprentissage . Elle provoque l'éveil électoencéphalographique et désynchronise le tracé cortical

L'amphétamine accroît la libération d'acétylcholine dans le cortex cérébral, provoquée par l'excitation de la substance réticulée . Les fortes doses provoquent chez l'animal des stéréotypies alimentaires allant jusqu'à l'automutilation .

Les effets de l'amphétamine sont abolis par la cocaïne A forte dose, l'amphétamine provoque des psychoses paranoïdes chez le sujet normal . Certains des effets de l'amphétamine peuvent être inhibés par des neuroleptiques bloqueurs des récepteurs dopaminergiques .

L'hyperactivité engendrée par l'amphétamine semble être plus due à une libération de dopamine qu'à celle de norépinéphrine .

Au niveau du système nerveux central (S.N.C.), la réserpine n'abolit pas les effets centraux de l'amphétamine .

L'amphétamine semble libérer les catécholamines d'un pool non accessible à la réserpine . Ses effets centraux et périphériques sont potentialisés par les inhibiteurs de la mono-amine-oxydase (I.M.A.O.) . Les Amphétaminiques peuvent être hydroxylés en B et le dérivé formé peut remplacer la norépinéphrine et se comporter comme un faux médiateur .

Ceci entraîne une déplétion en norépinéphrine et explique pourquoi l'injection de doses répétées d'amphétamine conduit à la déplétion en catécholamines . Les actions de l'amphétamine sont sensibles à la tachyphylaxie et diminuent avec la répétition des injections . (46).

\* Cinétique :

L'absorption orale est suivie d'une résorption rapide au niveau gastro-intestinal . Le produit diffuse dans tout l'organisme sans spécificité pour un tissu . Le délai d'action est de 1 à 2 heures . La dégradation a lieu dans le foie, les produits sont éliminés dans les urines et dans la salive . Une certaine quantité d'amphétamine est excrétée telle quelle, ce qui permet sa mise en évidence dans les urines pour la recherche du "doping" lors des compétitions sportives .

\* Toxicité :

L'amphétamine est responsable aux doses normales d'une stimulation du système nerveux central (S.N.C.) et d'une euphorie .

A forte dose, l'amphétamine entraîne des syndromes psychotiques avec hallucinations visuelles, frayeurs, paranoïa sans désorientation spatio-temporelle et sans déconnection de l'environnement .

Chez les animaux il existe une toxicité de groupe par hyperthermie . Chez l'homme , les accidents aigus sont de types paranoïaques, avec pour certains dérivés des effets semblables à ceux de l'atropine qui peuvent aboutir à la mort

\* Symptomatologie :

Le risque toxicomanogène est majeur . Il est connu depuis la deuxième guerre mondiale, mais la réglementation a fait que les amphétamines pures (dexamphétamine ou Adiparthrol\*...) sont souvent remplacées chez les toxicomanes par les anorexigènes amphétaminiques et les aspirines amphétaminées (Clobenzorex ou Dinitel\* et Corydrane\*...) . Les doses consommées sont très au dessus des normes thérapeutiques . L'absorption est orale ou intraveineuse . L'injection de comprimés pilés et dilués dans l'eau est suivie d'un "flash" particulièrement violent d'où le nom de "speed" donné à la drogue . On observe alors de l'anorexie, amaigrissement, insomnie, excitation pouvant aller jusqu'au délire hallucinatoire .

Puis apparaissent les effets psychiques :

-Euphorie, excitation intellectuelle avec logorrhée, émotivité et riches représentations mentales, sentiment subjectif de clarté, de facilité, impression de force inhabituelle, hyperactivité motrice et sexuelle : rien n'est impossible .

La sensation de fatigue est absente laissant place au sentiment de puissance

Lorsque disparaît l'effet de la drogue, à la phase d'euphorie succède une période d'angoisse, de tristesse liée au retour à la réalité : c'est la "descente toujours redoutée et sans cesse reculée par les toxicomanes .

La tolérance est rapide et marquée, de même que la dépendance psychique . L'imprégnation prolongée de l'organisme en amphétamines détermine un état psychotique cédant à l'arrêt de l'intoxication .

Cet état, appelé "effet parano" par les toxicomanes est fait d'un sentiment de transformation de l'ambiance qui devient hostile . Dès cet instant, s'installe un délire de persécution qui évoque les processus paranoïaques .

La dépendance physique semble inexistante ou réduite à des troubles du sommeil, des myalgies, des crampes intestinales, de la boulimie .

\* Complications :

Les complications psychiatriques (pharmacopsychoses) sont fréquentes et graves : bouffées délirantes, syndromes paranoïaques, perturbations caractérielles; elles constituent un risque quasi constant de l'abus des psychostimu-

lants, soit par consommation prolongée soit par les quantités absorbées . Elles peuvent survenir chez les sujets prédisposés après une prise unique .

Des complications peuvent subvenir pendant l'intoxication même après seulement quelques jours de consommation . Derrière l'apparente facilitation intellectuelle apparaît une perte de contrôle émotionnel et parfois des troubles quasi délirants rappelant l'effet "parano" avec méfiance exacerbée, sentiments d'hostilité de l'ambiance, de menace, réactions autoagressives de fuite ou hétéroagressives de défense . Les adeptes des amphétamines ont de ce fait un comportement différent de celui des autres drogués ils se constituent en bandes et expriment un besoin d'action violente . Ce délire interprétatif disparaît à l'arrêt de l'intoxication . Si cet état se prolonge, il se pose le problème d'une psychose latente révélée par l'intoxication .

Les complications physiques sont :

- l'amaigrissement,
- les infections cutanées et pulmonaires,
- des troubles hépatiques,
- une hypertension artérielle...

Au sevrage, se dévoilent asthénie, angoisse, idées dépressives, état confusionnel, sentiment d'anéantissement physique, gestes lents, stéréotypés et inefficaces . Cet état asthéo-dépressif, joint à la maigreur et au mauvais état général libère des tendances suicidaires .

En dehors de ces complications, certains dérivés agissent sur les centres hypothalamiques de prise de nourriture : ce sont des sympathomimétiques anorexigènes . Ils augmentent le temps de veille, accroissent le temps de sommeil lent et diminuent la durée de sommeil paradoxal . La plupart de ces produits sont inscrits au tableau XI en France (46) .

Les autres applications médicales sont de moins en moins nombreuses voire même supprimées dans beaucoup de pays .

Cependant quelques laboratoires clandestins fabriquent encore ces produits (Bulgarie, aspirine amphétaminée) et les trafiquants se chargent de leur distribution au niveau du marché parallèle . Leur vente se fait en cachette à cause de la sévère législation qui les frappe .

Face à cette toxicomanie au "Speed", le recours à des centres spécialisés de désintoxication est une nécessité majeure .

Tableau XI. — Les principaux dérivés amphétaminiques prescrits en France

	Demi-vie (h)	Présentation	Posologie (mg)	Tuberculose
Amfépramone <i>Tenuate, Dospan</i> <i>Anorex, Modéran</i> <i>Préfamone</i>	12	Co	75	A
Clobenzorex ( <i>dinintel</i> )	—	Co	60	A
Benzphétamine ( <i>Inaptetyl</i> )	—	Co	100	A
Méfénorex ( <i>Pondinil</i> )	20	Co	40	A
Fenfluramine ( <i>Pondéral Retard</i> )	—	Co	60 x 2	A
Phentermine ( <i>Linyl</i> )	12	Co	10 x 2	A
<i>Fenproporex Retard</i>	—	Co	20	A
Amphétamine Phénobarbital ( <i>Oriental</i> )	—	Co	5 a 10 x 3	A
Fénétylline ( <i>Captagon</i> )	—	Co	50 x 2	A
Fénozoline ( <i>Ordinator</i> )	—	Co	10 x 3	A
Prolintane ( <i>Promotil</i> )	—	Co	10 x 3	C

Co : Comprimés

Tous ces dérivés sont sur la liste des substances dopantes interdites par la Commission Médicale du Comité Olympique International (Préparation Olympique 1987-1988).

Tous ces dérivés sont sur la liste des substances dopantes interdites par la Commission Médicale du Comité Olympique International (Préparation Olympique 1987-1988).

### 1.4.3 : Les Tranquillisants (sédatifs et hypnotiques)

#### \* Présentation :

Substances chimiques de très large consommation, leur propriété principale est de supprimer l'angoisse, l'anxiété, : ce sont des anxiolytiques qui permettent à l'individu de dominer ses difficultés et de s'intégrer dans son milieu social, d'où l'appellation de "pillule du bonheur" par les américains .

On distingue schématiquement les benzodiazépines et les substances non diazépiniques (carbamates comme l'équanil\* ou les dérivés du benzhydrol comme l'atarax\*...) Il existe deux types d'anxiolytiques :

- les majeurs, utilisés dans les grands états psychotiques,- les mineurs, utilisés pour les cas plus légers et qui constituent un véritable fléau toxicomane . En effet, ces médicaments sont sujets à une forte automédication; c'est ainsi qu'ils tiennent la plus grande place parmi les tranquillisants habituellement prescrits . Ces produits seraient les substances psychotropes les plus consommées au Sénégal notamment dans les milieux socio-économiques dits "aisés", "semi-aisés" et chez les étudiants . Les officines proches des structures sanitaires ont également un pourcentage assez important concernant la délivrance (14%).(48).

Les anxiolytiques viennent au sixième rang dans les prescriptions médicales en France et l'on estime que 30% des ordonnances contiennent ces sédatifs, le plus souvent une benzodiazépine (40 à 60 % des cas) . Cette consommation concerne 10 à 20 % de la population des pays occidentaux, consommation plus fréquente chez les femmes. L'accroissement de l'utilisation de ces substances est de l'ordre de 2% par an avec cependant une tendance à la stabilisation (déjà effective dans les pays anglosaxons) . Les consommations prolongées semblent concerner globalement 1 à 2 % de la population. (60).

#### Tableau XIV.- Demi-vie, présentation et posologie des principaux tranquillisants (Benzodiazépines).

\* Propriétés pharmacologiques et mécanisme d'action des benzodiazépines :

L'absorption se fait rapidement au niveau gastro-intestinal, puis les benzodiazépines se distribuent sur tous les tissus avec une spécificité plus grande pour le foie, lieu de transformation en produits inactifs excrétés dans les urines .

Les benzodiazépines agissent en modifiant la transmission d'un neurotransmetteur l'acide gamma amino-butyrique (Gaba) en se fixant sur une protéine qui est associée aux récepteurs de cette substance chimique. Normalement, cette protéine freine l'action de ce médiateur (effet inhibiteur); mais les benzodiazépines enlèvent ce frein, ce qui augmente l'action du Gaba . Ils diminuent la vitesse de renouvellement de la norépinéphrine (synonyme d'adrénaline) dans l'encéphale .

Les composés les plus consommés par les toxicomanes en France sont les benzodiazépines à demi-vie courte tel le lorazépam (Temesta\*10-20h), l'oxazépam (Seresta\* 5 à 10 heures),

triazolam (Halcion 1,5 à 3h), le prazolam (Havlane 6-10h), Flunitrazépam (Rohypnol\*)...(tableau XIV ref.46) . Au Sénégal c'est surtout le Rohypnol qui est utilisé par les toxicomanes.

\* Dépendance et tolérance :

Il s'agit beaucoup plus d'abus thérapeutiques, d'usage prolongé à des doses raisonnables créant une dépendance psychique qui prolonge ainsi arbitrairement une nécessité médicale. Il n'y a pas de toxicomanie pure et véritable à ces produits, mais le plus souvent ils sont un des éléments d'une polytoxicomanie .

Les benzodiazépines sont absorbées soit en même temps que d'autres drogues (alcool par exemple) pour en renforcer les effets, soit en période de manque d'opiacés ou de barbituriques pour supporter la douleur et l'angoisse ou encore dans l'intervalle de deux injections d'amphétamines à l'occasion de crises d'anxiété déterminées par ces psychostimulants pour lutter contre l'insomnie en association avec des barbituriques .

Les toxicomanes recherchent dans les benzodiazépines trois types d'effets : l'effet sédatif : à l'origine de somnolence, de diminution des réflexes renforcé par d'autres substances sédatives telles l'alcool, les barbituriques et les opiacés (I.F.L.D.)

L'effet anxiolytique : entraînant une diminution de l'agressivité, une inhibition du conditionnement .

L'effet myorelaxant (relâchement musculaire) responsable d'une sensation agréable de détente psychomotrice .

Il existe une tolérance certaine à l'effet sédatif qui diminue d'intensité suite à une administration chronique, alors même que les concentrations plasmatiques à l'équilibre sont plus élevées que celles obtenues en début d'utilisation, quand se manifeste l'effet sédatif . Cette tolérance est de type fonctionnel et non pharmacocinétique, l'effet inducteur enzymatique des benzodiazépines étant extrêmement faible .

Par contre, la tolérance à l'effet anxiolytique est beaucoup moins nette; cet effet semblant se dissocier de l'effet sédatif lors d'une administration chronique . (60)

#### \* Symptomatologie

Ces composés sont souvent considérés comme des tranquillisants mineurs, mais ont des propriétés en partie similaires aux hypnotiques .

Le premier cas de consommation abusive a été relevé dès 1961 en France avec la chlordiazépoxyde (Librium\*) (60) Toutes les benzodiazépines semblent pouvoir être impliquées mais plus particulièrement les benzodiazépines à demi-vie courte tel le lorazépam (Temsta\*) et oxasépam (seresta\*).

Les manifestations de sevrage sont proches de celles observées avec les barbituriques . L'insomnie est précoce, mais les signes les plus sévères : cauchemars, hallucinations, convulsions, sont retardés, survenant trois à huit jours après l'arrêt brutal. Les formes mineures sont :

la perte d'appétit, les tremblements, les nausées, les évanouissements...

Il n'est pas impossible que les médicaments associés puissent avoir ici un rôle favorisant, tels les neuroleptiques (Nozinan\*...) et les antidépresseurs tricycliques (Tofranil) qui diminuent le seuil convulsif .

La description des syndromes de sevrage les plus sévères a été relevée dans la littérature américaine; la consommation des benzodiazépines constituant une grave préoccupation aux Etats-Unis. (60)

En définitive, la sagesse voudrait que les benzodiazépines ne soient pas consommées en dehors de toute indication médicale précise, et dans ce cas, la prudence imposerait une durée de prescription limitée soit un à deux mois dans

la grande majorité des cas, avec diminution progressive des doses . On peut signaler que dans cette perspective la Nouvelle-Zélande a supprimé le remboursement des benzodiazépines après un mois de prescription . Une meilleure information concernant le problème des anxiolytiques serait certainement préférable, quoique illusoire et de résultat incertain .

**\* Toxicité :**

La toxicité de ces composés est toutefois faible mais plus élevée que celle du méprobamate (Equanil\*) . Quelques cas de décès ont été rapportés après sevrage brutal de Valium (46). Ces composés sont tous classés au tableau A et ne sont donc prescrits par le médecin que sur ordonnances non renouvelables.

**1-4-4 : Les hallucinogènes :**

Les populations négro-africaines partagent avec celles du Nouveau Monde le besoin incoercible et permanent de drogues existantes .

La montée des hallucinogènes est assez inquiétante et il serait faux d'ignorer le contexte global et de ne s'attaquer qu'aux symptômes : il faut en effet, sérieusement se demander jusqu'à quel point notre société est elle malade ?

N'arrivant plus à se retrouver dans le milieu actuel, beaucoup de personnes, surtout les jeunes empruntent une seule route : le voyage intérieur, la fuite au dedans avec ses risques, ses découvertes, sa part d'aventures .

Mais quelles mystérieuses perturbations ces molécules déclenchent-elles dans la délicate mécanique du cerveau ?

Comment s'y prennent-elles pour faire si curieusement dérailler le train de l'influx nerveux ? Par quelle troublante convergence bio-chimique ressemblent-elles si curieusement aux substances responsables du fonctionnement normal du système nerveux ? Etranges "molécules sacrées", révélatrices d'une puissance insoupçonnée que l'homme de demain maîtrisera peut-être, en effet, nous savons relativement peu de choses sur la manière dont les hallucinogènes agissent sur le cerveau; on suppose qu'ils mettent hors-circuit un "filtre" qui, à l'état normal, ne laisse arriver à la conscience que certaines perceptions faisant partie du champ d'expérience habituel de l'individu (55) .

\* Les produits :

Les substances hallucinogènes engendrent chez le consommateur des troubles qui se rencontrent dans les psychoses :

- illusions,
- distorsions de la perception,
- hallucinations,
- altérations de la conscience,
- déréalisation,
- délire .

Cfr Tab. p.37

Qu'elles soient naturelles ou de synthèse, ces substances provoquent des distorsions perceptives graves .

L'acte d'halluciner : "c'est projeter hors de nous-mêmes des images, des sons ou des voix pouvant avoir un caractère agréable ou angoissant et dont nous sommes les seuls à être affectés."

L'hallucination peut parasiter le monde extérieur (voix, images) ou le monde intérieur (déformation de l'image du corps) .

Les hallucinogènes sont :

Naturels                    ou                    de synthèse

Dénomination:agent actif      Dénomination agent actif

---

champignons :psilocybine      Diméthoxy- :Dérivés méthoxy

mexicains :psylocine      amphétamine :lés de l'amphé-

(DMO)ou"STP":tamine

---

Peyotl :mescaline      LSD 25 :Diéthylamid de

: :acide lysergiqu

---

Datura :Solanacées      Sernyl :Phencyclidine

Jusquiame :atropiniques :

---

Amanita : Médicaments dé-:Atropine

muscaria :muscarine      tournés de leur:Sérotonine

usage . :Adrénaline

---

cannabis :Tétrahydro-

cannabinol

STP" : ( Serenity-Tranquility-Peace)

A LE LYSERG SAURE DIETHYLAMIDE (LSD), LA PHENCYCLIDINE (PCP) LA DIMETHOXYAMPHETAMINE (DMO)

\* Le L.S.D. 25 :

C'est un dérivé semi-synthétique de l'ergot de seigle découvert en 1938 par Hofmann et Stoll des Laboratoires Sandoz de Bâle (Suisse) . Cette découverte a été fortuite .

Le LSD est très connu, surtout en Europe; en effet, qui ne se souvient pas des intoxications dues à un fungus contaminant les céréales et ayant donné des manifestations ergotiques (Feu de Saint-Antoine en France) chez les personnes les ayant onsomés .

Le LSD est l'un des plus puissants hallucinogènes . Il est actif même à faible dose (dose de l'ordre de quelques dizaines de milligrammes).

L'absorption se fait par voie orale sous forme liquide ou imprégnant un morceau de sucre, un papier buvard ou alors par voie intraveineuse. C'est ainsi que dans le jargon de la drogue, les toxicomanes l'appellent : l'acide, le "D", le sucre, ou le buvard par allusion à ses modes d'absorption.

Le LSD est inscrit au tableau B, mais n'a plus d'utilisation médicale. Il est encore délivré en France mais à des fins extrêmement limitées de recherches.

Cependant la production illicite existe ainsi que la consommation (en Amérique du Nord et en Europe).

\* La Phencyclidine

Plus couramment appelée "poussière d'ange" ou "cristal" est une drogue réalisée par les Laboratoires Parke et Davis à Détroit (USA) en 1956.

L'expérimentation animale l'apparenta à un anesthésique. Mais, très tôt, elle fut détournée de son usage vétérinaire.

Utilisée dans un but toxicomane, elle entraîna environ 400 décès aux USA en 1977.(61)

\* La diméthoxyamphétamine ou DMO ou "STP"  
("Serenity-Tranquility-Peace")

Elle fait partie des hallucinogènes de synthèse. Elle donne des hallucinations avec possibilité de troubles psychiques sérieux.

## B. LA MESCALINE, LA PSILOCYBINE, LA MUSCARINE, LE DATURA ET LE CANNABIS

### Présentation

#### \* La mescaline :

C'est le principe actif du peyotl (*Lophophora Williamsii*) petit cactus charnu sans épines qui pousse à l'état sauvage sur le plateau du Mexique et dans le Sud-Ouest des Etats-Unis.

On employait le Peyotl comme panacée, amulette ou hallucinogène surtout au Mexique, il ya de cela plusieurs centaines d'années avant l'arrivée des colons européens au 15ème siècle.

La mescaline a été isolée par Heffter et synthétisée par Spath en 1918.

#### \* La psilocybine

La psilocybine ou psilocine est un dérivé tryptaminique d'un champignon mexicain du psilocybe. Ce champignon est le plus important des champignons sacrés adorés par les Indiens du Mexique, qui ont longtemps utilisé "cette chair des dieux" comme instruments de culte dans les rites religieux Aztèques. L'emploi de cette plante est sensé produire un état d'excitation mentale avec hallucinations. Elle a l'aspect d'une poudre blanche ou d'une solution transparente et inodore.

#### \* La muscarine

L'amanite muscarine ou amanite tue-mouches (*Amanita muscaria* Agaricées) croît sous les bouleaux et les conifères dans les régions du vieux continent et des Etats-Unis. Elle est utilisée également par les peuples de Sibérie. La complexité de sa constitution chimique explique l'inconstance et l'irrégularité des effets constatés après ingestion d'aminite.

#### \* Le Datura

Le Datura (*Datura metal* Solanacées) et d'autres espèces apparentées (*Datura Stramonium* etc...) ont été depuis longtemps utilisés comme hallucinogènes

sacrés du Mexique et dans le Sud-Ouest des Etats-Unis. Ils ont joué un rôle important en médecine traditionnelle et dans le rituel religieux.

Il paraît selon Moniofonga que c'est Christophe Colomb qui a importé le Datura d'Amérique (42) et comme la plante suit l'homme, on a assisté à une extension géographique vers d'autres régions. Quoiqu'il en soit de ses origines, l'espace géographique de Datura est désormais très vaste. Tous ces Datura sont réputés toxiques.

## Pharmacologie

### A doses faibles

Le Datura détermine : - de légers vertiges et une tendance au sommeil,

- un éréthisme génital assez marqué d'où l'usage du Datura comme aphrodisiaques
- une pollakiurie
- un affaiblissement de la sensibilité.

### A doses élevées

- dilatation de la pupille avec troubles visuels
- accélération du pouls,
- léger délire, hallucination, perte de mémoire,
- céphalées, soif, diarrhée, diurèse légère.

### A doses toxiques

- délire tantôt gai, tantôt furieux,
- hallucinations visuelles et auditives avec perte de conscience et du contrôle de ses actes,
- soif ardente, mydriase très importante,
- contraction douloureuse du pharynx,
- chaleur de la peau et éruption scarlatiniforme,
- mort par collapsus et refroidissement général.

On observe depuis plusieurs années un détournement des préparations à base de Datura (cigarettes antiasthmatiques, poudres, sirops ...) vers un usage toxicophilique sous forme de décocté ou d'infusion dans des solvants très variables (bière, thé, coca-cola etc...) seules ou en mélange avec d'autres drogues comme le cannabis (= "green-dragon").

Il convient d'ajouter les teintures de Belladone et de Datura associées à la codéine dans le sirop Dinacode\*, dans le broncho-lactol\*, qui ont eu un moment la faveur des jeunes toxicomanes.

Pour le moment, dans la plupart des pays occidentaux, ce sont les poudres et les cigarettes (comme Escouflaire, Louis Legras ou Schulze Bengalais) qui sont à la base de la toxicomanie par le Datura. (2)

#### \* Le cannabis

Le chanvre indien ou cannabis (*Cannabis sativa* Cannabinacées), se trouve aujourd'hui sur tous les continents (sauf l'Australie) (55). C'est pourquoi nous nous étendrons un peu plus sur sa présentation.

C'est une drogue qui provient d'une plante herbacée annuelle poussant dans les pays tempérés et chauds.

Elle est originaire d'Asie Centrale. Elle peut atteindre 2 à 3 mètres de haut et pousse en quelques mois. C'est la plante femelle qui est surtout recherchée pour l'ivresse qu'elle engendre. D'une étonnante souplesse écologique, sa présentation ainsi que sa teneur en principes actifs varient suivant le climat, l'altitude et le sol.

Si dans les pays tempérés, le chanvre fournit des fibres textiles utilisées à l'époque de la marine à voile, dans les pays tropicaux, il secrète une résine qui le rend poisseux au toucher et qui est responsable des propriétés psychotropes. La teneur en résine détermine la qualité du chanvre. Le produit actif est obtenu au Népal par battage ou roulage entre les doigts des sommités fleuries coupées. On peut également frotter sa plante sur des toiles brutes puis décoller la résine qui s'y agglutine.

La consommation du cannabis a été longtemps limitée à quelques régions traditionnelles. Il y a quatre mille (4000) ans en Chine, on retrouve des traces de son usage en médecine traditionnelle. On l'employait pour soigner les douleurs rhumatismales et la goutte. (54)

Son utilisation s'étend par la suite à l'Inde où elle est prise comme remède ou bien utilisée au cours des rites religieux. De l'Inde, la drogue se propage vers le Moyen-Orient, dès le septième (7è) siècle, puis à travers l'Afrique du Nord. Elle gagne ensuite l'Espagne, le pourtour méditerranéen. Son extension se fait par la suite à travers toute l'Afrique (Afrique Occidentale, Orientale, Australe) où elle

est véhiculée par des marchands arabes. Depuis lors, en Afrique, le Nigéria en serait le principal producteur d'après Guez (26).

En tant que drogue toxicomanogène, elle ne se répandit en Europe Occidentale qu'après 1950, mais les Etats-Unis, approvisionnés par le Mexique, la connaissaient déjà depuis 1910. (54)

Il existe un grand nombre de préparations d'origine différentes portant plus de 350 noms.

Elles sont consommées oralement (boissons, gâteaux, confisseries...) ou bien fumées (cigarettes ou pipe) .On distingue essentiellement :

a) les préparations renfermant l'ensemble de la plante (feuilles, inflorescences terminales et quelquefois graines et fragments de tiges) dénommées :

- Marijuana au Mexique - USA...
- "Bhang" ou "Maajun" en Inde
- "Kif" : Egypte, Maroc
- "Takrouri", Tunisie
- Marie-Jeanne, Chanvre Indien, Cannabis en France
- "Yamba", "joint", Sénégal
- "Ewé", Bénin et Togo
- "Igbo" au Nigéria
- "Nguedji" en Côte d'Ivoire
- "Widi" au Kenya
- "Wraz", ou Diamba en Sierra Léone
- "Weed" au Ghana etc...

b) Les préparations contenant exclusivement les inflorescences terminales : cas du "Gandjah" en Inde et qui ne contient que des sommités femelles, très résineuses et très actives.

c) Les préparations à base de résine : cas du haschich qui est obtenu à partir du pollen de la plante. Il est traité et se présente par la suite sous forme de plaquettes brunes dégagant une odeur particulièrement forte. A partir d'une pression à froid, on obtient de l'huile de cannabis dont la concentration en cannabinoïde est très importante. Le "charas" est la désignation indienne de la résine. Selon l'origine, le type de préparation, l'état de conservation, la toxicité de ces produits est différente. La teneur en principe actif exprimée en tétrahydrocannabinol (THC) varie largement.

C'est ainsi que le lopito (provenance Ghana) et le yamba (provenance Sénégal) ont à peu près la même teneur en T.H.C.

Par contre, cette teneur est supérieure à celle du local-Salsa (provenance Gambie) (62).

Les teneurs moyennes en T.H.C. admises par les auteurs sont: 0,5 à 2,5 % pour les préparations qui contiennent uniquement les inflorescences terminales;

- 1,5 % et plus pour les préparations contenant essentiellement la résine. Elle atteint 20 à 60 % dans l'huile ou le haschisch liquide obtenu par évaporation de résine dans l'alcool ou l'éther (62).

Le cannabis renferme 426 composés dont plus de 60 sont des cannabinoïdes (2). Les principaux sont :

- le delta-9-tétrahydrocannabinol (D9 T.H.C.);
- le cannabinol
- le cannabidiol.

Le delta 8 T.H.C. est également psychoactif, mais il se trouve en faible quantité sauf dans les préparations anciennes.

L'acide trans-delta 9 TH Cannabinolique est inactif, mais peut se transformer partiellement en delta-8 ou delta-9 THC lorsque le cannabis est fumé.

#### Les effets du cannabis

La prise de cannabis produit chez le sujet les effets suivants à court terme : euphorie, distorsion du temps et de l'espace, jugement et mémoire altérés, relaxation.

A long terme c'est à dire à usage fréquent et à certaines doses, on note : l'ivresse cannabique pouvant aller jusqu'à l'hallucination sensorielle, complications psychiatriques (psychoses cannabiques schizophrénie) conjonctivite, laryngite, bronchite, insomnie, amaigrissement, vertiges, maux de tête, caries dentaires.

#### Dangers du cannabis :

On considère que le cannabis n'entraîne pas d'accoutumance, mais elle peut susciter une dépendance psychique. En effet, le sujet peut éprouver un certain plaisir lié à la levée de ses blocages (timidité...). Dans ce cas, la dépendance est davantage liée à un état d'âme illusoire, imaginaire dans lequel le sujet en ivresse cannabique, se sent en harmonie avec "l'univers" et avec les autres. Un sentiment d'intégrité de soi et de puissance peut surgir à la suite d'une consommation de cannabis, c'est ainsi que parfois chez des sujets fragiles, se déclenchent des hallucinations pathologiques qui peuvent entraîner des conséquences graves.

### C PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES et TOXICOLOGIQUES des HALLUCINOGENES

Les propriétés pharmacologiques de ces produits sont voisines. Ce sont des stimulants du système nerveux central (S.N.C.) qui désorganisent la neurotransmission cérébrale. Ils provoquent des désorientations spatiales et temporelles avec distorsion et plasticité des images, sentiment de dépersonnalisation, dédoublement et anxiété. Ils ont des effets parasympathiques (lacrymation, salivation); mais les effets sympathiques dominent (dilatation pupillaire, hypothermie ou hyperthermie, hyperglycémie, hypotension, tachycardie). La toxicité aiguë dépend de l'espèce et semble plus corrélée à la masse cérébrale qu'à la masse corporelle, elle est de quelques mg/kg chez l'homme adulte.

Le L.S.D. et la mescaline ont été utilisés en psychiatrie à raison de 50 microgramme à 25 milligramme. Ils sont maintenant abandonnés. (46)

Le L.S.D. va entraîner la mort plus par le comportement suicidaire que cette drogue suscite que par sa toxicité somatique sur les organes vitaux. Sous l'emprise de la drogue, le toxicomane se jettera du haut d'un toit avec le sentiment qu'il va pouvoir s'envoler. Chez l'homme la toxicité à la phencyclidine se traduit par des bouffées de chaleur, une sudation importante, l'analgésie, le nystagmus, le ptosis, l'ataxie et la confusion.

L'intoxication au Datura laisse des séquelles qui persistent même après la cure de désintoxication. On distingue parmi ces signes :

- un délire maniaque avec diminution de la vue,
- une perte de la mémoire,
- une paralysie des paupières et des tremblements de jambes.

Tous ces accidents relèvent d'une congestion intense des centres nerveux et d'une action vasodilatatrice très marquée. On peut penser par ailleurs à des réactions individuelles à l'intoxication, liées à des phénomènes d'idiosyncrasie. (5)

Les autres hallucinogènes anticholinergiques se classent à part. Ce sont des dérivés de Solanacées (Atropine, Belladone...).

Ces plantes contiennent des alcaloïdes (Atropine,

Scopolamine ...) qui, à faibles doses agissent comme des agents psychotiques qui durent des heures, associés à des effets périphériques cholinergiques. Ils provoquent des intoxications avec mydriase (Belladone), tachycardie et fièvre.

## 1-5 LES DROGUES ENGENDRANT UNE DEPENDANCE PSYCHIQUE ET PHYSIQUE

Classiquement, la toxicomanie repose sur l'invincible désir (psychologique) et le besoin (physiologique) de continuer à consommer de la drogue et à se la procurer par tous les moyens. La dépendance est fonction de la drogue utilisée, de la personnalité du sujet et du contexte. La distinction qui faisait considérer comme "dangereuse" les drogues donnant une dépendance physique, et "immorales" les drogues entraînant une dépendance psychique ne correspond plus aux données neuro-physiologiques récentes.

En effet, des perturbations biologiques du neuropsychisme sont mises en évidence pour les deux types de dépendance. (60)

### 1-5-1 : L'opium et ses dérivés

Cette dénomination recouvre la morphine, l'héroïne, la codéine ainsi que les morphinomimétiques de synthèse à visée antalgique : -péthidine (Dolosal\*)

-dextromoramide (Palfium\*)

L'ensemble de ces substances est également désigné par le terme de stupéfiants en raison des effets cliniques associés à l'effet antalgique. Certains autres antalgiques comme le D.propoxyphène (Antalvic\*, diantalvic\*) sont également apparentés à la morphine, bien qu'ils n'en partagent pas la plupart des effets; utiles dans le traitement des états de sevrage, ils ne sont pas dénués d'un risque de pharmacodépendance.

D'autres produits, bien que ne faisant pas partie de la catégorie des opiacés, méritent d'être rapprochés de ces derniers en raison de l'utilisation qui en est faite :

- la pentazocine (Fortal\*), produit antalgique, est en réalité un antagoniste morphinomimétique; mais qui possède un pouvoir toxicomanogène certain, bien qu'inférieur à celui de la morphine ou de l'héroïne.

- Quant à la méthadone, il s'agit d'un morphinomimétique puissant et à action durable qui ne possède pas la plupart des inconvénients des opiacés, son usage strictement réglementé est réservé à certains centres spécialisés dans le sevrage des héroïnomanes et morphinomanes ; elle peut cependant être aussi détournée de son objectif thérapeutique. (23)

#### i) L'OPIUM

L'opium est l'exsudat de *Papaver somniferum* Papaveracées extrait de la capsule encore verte du pavot. Il contient une vingtaine d'alcaloïdes répartis en deux groupes :

- les dérivés phénanthréniques : morphine, codéine, thébaïne...
- les dérivés isoquinoléiniques : papavérine, noscapine et narcéine.

Sa consommation a été longtemps largement répandue et légale en Chine et dans l'ex-Indochine (citons l'immense métropole de Changhaï, "opiumpolis" monstrueuse où plus d'un tiers de la population valide était contaminé).

L'opium apparut en Europe au cours de ce siècle et fut consacré par les plus grands poètes (Charles Baudelaire dont nous n'imaginons plus aujourd'hui qu'il ait pu donner le titre de "Fleurs du Mal" à son illustre recueil de poèmes sans avoir connu le mal et sa passion au sens calvaire du terme que procure à l'homme la plus vénéneuse d'entre toutes les fleurs). On pouvait le consommer en France dans tous les grands ports et à Paris. A Toulon, porte de l'Orient, on dénombra jusqu'à deux cent dix sept (217) fumeries. (60)

L'opium sera en vente libre en Angleterre jusqu'à 1902. L'armée de sa Majesté (la reine Victoria) ayant fait la guerre du pavot à la Chine et l'ayant gagné, on en trouve partout : dans les pharmacies, les recettes, les pubs (comme des cacahuètes de nos jours) et jusque dans les relais de Poste et les premières gares. On y retrouve toutes les formes de présentation : sirop thébaïque, boulettes à

sucer, poudre à priser ou à boire dans du thé, comprimés somnifères, pots de mélasse préparée directement fumable ou comestible. (63)

Contrairement à l'héroïnomanie, cette forme de toxicomanie était relativement contrôlée par le sujet lui-même.

De nos jours, l'opium est utilisé, soit comme produit de substitution chez l'héroïnomane, soit mélangé à de la marijuana (yamba), parfois à l'insu de l'utilisateur, dans le but de favoriser rapidement une dépendance physique et un passage à des produits plus incisifs. Diverses préparations pharmaceutiques, sous formes de sirops, contiennent de faibles quantités d'opium notamment l'élixir parégorique ou teinture d'opium benzoïque et ses dérivés, qui peuvent être à l'origine d'une toxicomanie iatrogène, par détournement d'une prescription médicale initiale à visée antidiarrhéique.

L'augmentation délibérée de la teneur en sucre des préparations pharmaceutiques les plus récentes est destinée à éviter l'administration parentérale de telles présentations après distillation frauduleuse. On peut rapprocher de l'usage détourné de ces produits, celui de divers médicaments antitussifs à base de codéine (Néocodion\*etc...) (23).

Le pharmacien anglais Sydenham employa comme calmant le laudanum, " potion magique" qui n'était ni plus ni moins que de l'opium dissout dans de l'alcool (vin de Grenache) ou de l'eau distillée et qui existe encore aujourd'hui sous le nom de Laudanum de Sydenham ou teinture d'opium safranée.

#### \* La plante

Découvert quatre mille (4000) ans avant Jésus-Christ en Mésopotamie, divulgué par les arabes, la culture a été développée au Indes par les anglais, il s'agit du pavot : *Papaver somniferum* Papaveraceae. Ordre : Pariétales. Sous classe : Dialypétales. C'est une plante herbacée annuelle pouvant atteindre 0,5 m à 1,5 m de haut, avec une tige dressée, généralement glabre et quelquefois hérissée de poils raides et horizontaux.

Les feuilles sont de couleur vert glauque, dentées à la partie supérieure et assez profondément découpées à la partie inférieure. Elles sont oblongues, irrégulièrement découpées en lobes ondulés.

Les fleurs sont blanches, rouges ou violacées suivant les variétés. Elles ont un ovaire globuleux qui est à l'origine d'une capsule ovoïde, aplatie ou déprimée.

Le fruit est une capsule contenant des graines (24 à 30 000), caractérisé par un plateau stigmatique se trouvant au dessus de l'ovaire. L'opium se trouve dans les parois des capsules au niveau des laticifères qui contiennent le latex localisé dans de petits canaux. Il existe différentes variétés de pavot :

- *Papaver somniferum album* (ou pavot blanc) cultivé essentiellement pour l'opium; sa capsule est indéhiscente. On en trouve en Inde et en Chine.

- *Papaver somniferum nigrum* (ou pavot à oeillette) : cultivé dans les pays du Nord de l'Europe, il donne l'huile d'oeillette employée en pharmacie. Sa capsule est globuleuse et contient des graines noires ou gris-foncé.

Dans la variété type, la capsule est déhiscente, alors que par culture, on a des formes indéhiscentes.

- *Papaver somniferum inapertum* (ou pavot aveugle)

Les capsules n'ont pas de pores. Il est cultivé dans le Nord de la France.

- *Papaver somniferum glabrum*

La capsule est déhiscente. Il est cultivé en Turquie et en Asie Mineure. Les fleurs sont pourpres.

- *Papaver somniferum setigerum*. Cultivé en Europe méridionale. Les fleurs sont violettes.

#### \* Evolution de la production mondiale d'opium

En 1953, l'Organisation des Nations Unies (ONU) limite la production à un certain nombre de pays, ceci pour les besoins de la thérapeutique :

- Inde
- Yougoslavie
- URSS
- Grèce
- Turquie
- Iran
- Bulgarie

En 1972, il y a 1.550 tonnes licites permises par l'ONU et contrôlées. La production illégale est évaluée à 1.500 tonnes produites par :

- Le Pakistan
- Le Népal
- L'Afghanistan
- Le Mexique
- La Thaïlande
- La Birmanie

Mais la production la plus importante est fournie par le "Triangle d'Or" (Birmanie-Thaïlande-Laos), zone montagneuse inaccessible, coiffée d'une jungle impénétrable. La culture du pavot à opium s'étend sur des centaines de milliers d'hectares et rapporte chaque année des dizaines de milliards de francs aux trafiquants (mais rien ou presque aux cultivateurs locaux) qui alimentent en héroïne les marchés occidentaux via la Thaïlande, l'Europe Centrale ou la Méditerranée, puis la Hollande, grande plaque de distribution vers l'Europe et l'Amérique du Nord. Chaque année entre 700 et 900 tonnes d'opium y sont récoltées, la majeure partie par la Birmanie (600 tonnes en 1985-86) dont on tirera 70 à 90 tonnes d'héroïne brute (63).

Le "croissant d'or" (Iran, Pakistan, Afghanistan) correspond au Sud-Ouest Asiatique dont l'Afghanistan produit 800 tonnes d'opium par an.

En Turquie, l'opium était vendu par des particuliers jusqu'en 1933, date à laquelle le Gouvernement Turc a créé une agence chargée d'acheter la pâte d'opium aux producteurs et de l'exporter dans les différents pays où s'effectuait l'extraction des alcaloïdes de l'opium à des fins pharmaceutiques. D'importantes quantités étaient détournées et exportées clandestinement au Moyen-Orient et en France pour la production de l'héroïne.

Le gouvernement turc a donc été amené à interdire la culture de l'opium en 1971, mais cette sanction a été levée en 1974, en raison des pertes énormes en devises étrangères. Le trafic illicite des drogues dans ce pays est dirigé par des trafiquants de grande envergure appartenant à certains groupes ethniques (kurdes, iraniens). La Turquie joue un rôle considérable dans la réexpédition de stupéfiants vers l'Europe et les Etats-Unis. Cependant, les mesures énergiques prises par les autorités turques pour lutter contre ces activités illicites ont permis la saisie d'une tonne et demie environ d'héroïne et de morphine base en 1987. Tout indique que les services de répression ont fait preuve du même dynamisme en 1988. (51)

La Chine reste le premier producteur d'opium. Après elle, viennent l'Inde, la Perse, la Turquie, la Yougoslavie, qui sont tous, à l'exception de ce dernier qui exporte sa production, de grands consommateurs.

En général, tout cet opium est monopole d'Etat, mais on assiste de plus en plus à une utilisation frauduleuse dans un but purement toxicomane. (60)

**\* Ses effets**

Qu'il soit fumé après préparation à l'aide d'une pipe spéciale, ou bu sous forme de laudanum ou "mangé", l'opium provoque une grande euphorie avec illusion de lucidité, de vivacité de l'esprit et de sûreté du jugement suivie d'une sorte d'engourdissement. Dans son livre "Livre de la fumée", Louis Laloy a décrit la lente montée de cette sensation :

"C'est d'abord à partir de la troisième ou de la quatrième pipe, un bien-être pacifique, tout au profit de l'activité cérébrale. L'opium élève d'invisibles barrières contre les influences extérieures, mais si les perceptions sont intéressantes, elles ne troublent pas; on les contemple depuis un calme observatoire."

**\* Ses dangers**

Les dépendances apparaissent au premier plan. Elles sont suivies de signes d'intoxication chronique : perte de poids et d'appétit, constipation, insuffisance hépatique, troubles de la sexualité, de la vigilance, de la conscience, insomnie.

**ii) LA MORPHINE**

**\* Présentation**

La morphine a été découverte en 1806, c'est l'alcaloïde le plus important de l'opium. Elle représente 4 à 16 % de l'opium. A côté de ce produit, on a d'autres alcaloïdes de l'opium qui sont beaucoup moins représentés (narcotine 5 à 7 %, codéine 0,4 à 0,8 %, thébaïne 0,2 à 0,5 % etc...).

C'est un carbure aromatique polycyclique comprenant des cycles A,B,C, provenant d'une structure phénanthrénique (qui est la même pour la codéine et la thébaïne).

Sur ce noyau ce sont fixés deux cycles :

- un cycle D pipéridinique, responsable des propriétés antalgiques appelé noyau analgésique,
- un cycle E dû au pont oxygène entre C4(carbone 4) et C5 (carbone5) de la structure morphinique de formule générale : C<sub>16</sub> H<sub>19</sub> O<sub>3</sub> N.

C'est une base tertiaire méthylée, possédant deux hydroxyles estérifiables.

\* Propriétés physico-chimique de la morphine :

La morphine est utilisée en thérapeutique sous forme de chlorhydrate cristallisée à trois molécules d'eau. C'est une poudre blanche cristalline ou des aiguilles soyeuses et incolores légèrement amère et très soluble dans l'eau. Elle est insoluble dans l'eau sous forme de base, peu ou pas soluble dans les solvants organiques (chloroforme, éther...). Les meilleurs solvants qui la dissolvent mieux sont : la pyridine, l'alcool absolu, l'acétate d'éthyle.

A 110, elle perd son eau de cristallisation. Elle donne avec les acides, des sels solubles en milieux aqueux. Elle est absorbée par les charbons actifs et par les argiles.

\* Cinétique :

L'absorption est facile par toutes les voies, sauf orale; la morphine pénètre tous les tissus, particulièrement le tissu cérébral où la concentration atteint deux fois la concentration plasmatique. Les demi-vies des trois composantes de la cinétique plasmatique sont respectivement de quelques minutes, 2 à 5 heures et 27 heures. La morphine est éliminée par conjugaison sulfurique, glycuronique, hépatique ; l'excrétion rénale se fait en 4 à 6 heures et elle est totale en 24 heures. Une faible part peut-être excrétée dans la salive, les fécès, le lait. Elle traverse la barrière foeto-placentaire.(46)

\* Propriétés pharmacologiques

La morphine est un analgésique majeur qui supprime ou atténue la sensibilité à la douleur, sans provoquer une perte de conscience. Elle est à la fois un excitant et un dépresseur du système nerveux central (SNC), elle provoque après une brève phase d'excitation, une dépression du cortex cérébral, elle déprime le cervelet, entraînant l'ataxie, elle déclenche l'euphorie, elle diminue les performances intellectuelles : capacité de réflexion, de mémorisation, d'attention, elle stimule les centres de la régulation thermique, provoquant une hypothermie, elle provoque myosis, bradycardie, vomissement, constipation.

Antidiurèse, il agit comme contracturant des muscles lisses circulaires ;

- elle réduit les performances de la pompe cardiaque (baisse de fréquence et hypotension) sans abaisser le débit ;

- elle a un effet dépresseur sur les centres respiratoires;

- c'est un bon sédatif de la dyspnée ;

- elle potentialise les effets de certains pentapeptides naturels : enképhalines et endorphines. Elle réduit la libération d'acétylcholine. Certains de ses effets semblent être dépendants de la norépinéphrine, particulièrement l'effet analgésique qui est très atténué lors de la déplétion de cette substance.

L'action antalgique semble également dépendre de la disponibilité et de la libération de sérotonine notamment au niveau intestinal (46).

#### \* Utilisation Thérapeutique

La morphine peut-être utilisée comme analgésique dans le cas où l'on ne sera pas conduit à une administration répétitive excédant 4 à 6 jours. Son utilisation répétée ne sera admise que dans les cas où le pronostic à court terme est défavorable. On utilise en clinique le chlorhydrate de morphine par voie sous-cutanée à raison de 1 à 3 cg/1 fois par 24 heures. Les voies I.V. et I.M. sont parfois empruntées. Il existe des associations comme le Sédol\* (morphine + scopolamine + spartéine) et des potions (potion de Brompton, de Saint Christophe Hospital...)

La morphine a été employée dans le traitement des dyspnées, dans l'oedème aigu du poumon où le produit procure un soulagement immédiat qui peut aider à attendre les effets des thérapeutiques réellement efficaces (saignée, cardiotoniques, diurétiques).

Les autres indications dans lesquelles l'usage des morphiniques est à retenir sont :

- Les affections cancéreuses avancées, avec ou sans métastases amenant à négliger la toxicomanie,

- L'embolie pulmonaire ou l'obstacle mécanique médiastinal; dans ces cas le soulagement est immédiat, mais le traitement curatif est à appliquer au plus tôt,

- La substitution aux antitussifs dans les cas impérieux :

hémoptysie vomique, fragilité vasculaire, chirurgie récente faisant craindre une désunion de la plaie.

- comme antidiarrhéique à action rapide, sous forme d'élixir parégorique. (46)

\* Contre-indications :

L'utilisation des dérivés morphiniques est contre-indiqué dans :

- l'asthme, les insuffisances respiratoires et bronchitiques,
- les traumatismes crâniens,
- l'intoxication alcoolique,
- la grossesse,
- les enfants de moins de 30 mois,
- le traitement par les I.M.A.O.

\* Métabolisme :

Par voie intraveineuse (I.V.), intramusculaire (IM), sous-cutanée ou en inhalation, la résorption est totale.

L'action se manifeste plus rapidement par voie I.V. et par inhalation aussi bien pour la morphine que pour l'héroïne. En moins de dix secondes, la drogue atteint le cerveau et les autres organes, la concentration sanguine est alors maximum. Cinq minutes après l'injection, cette même concentration est réduite au 100ème.

Par voie orale, la résorption se réalisant par diffusion passive, est incomplète et irrégulière à cause de l'effet du premier passage hépatique qui rend compte d'une faible disponibilité (20%).

Les morphiniques se fixent dans les tissus :

- le foie
- les reins
- le coeur
- les poumons, les muscles et le tissu adipeux.

Ils traversent la barrière placentaire d'où le danger de manque à la naissance chez le nouveau-né de mère toxicomane.

Ils sont transformés au niveau du foie, dans le réticulum endoplasmique, selon un mécanisme : soit d'oxydo-réduction par le cytochrome P450, soit de conjugaison par le glucuronyltransférase, ou de N-déméthylation.

Les métabolites glucuroconjugués ou déméthylés et la morphine non métabolisée sont éliminés principalement par les urines, mais aussi par la salive, les fèces, le lait, la bile (63).

#### \* Mode d'action

Il existe dans l'organisme et en particulier dans le S.N. au niveau des synapses, des récepteurs : sites de liaison spécifique localisés dans les membranes cellulaires. Ces récepteurs aptes à fixer le morphiniques apparaissent très tôt dans la vie foetale et dépendent d'un code génétique d'où l'hypothèse que certains individus présenteraient constitutionnellement une plus grande sensibilité aux opiacés.

La Met-enképhaline et la leu-enképhaline, tout comme la morphine, sur le plan fonctionnel, se fixent à deux types de récepteurs situés sur les neurones chargés de transmettre l'influx nerveux (I.N.). Ces récepteurs sont dénommés respectivement "mu" et "delta".

A quantité de produits égales (càd très faible dans les conditions normales), les endorphines n'étant synthétisées qu'en très petites quantités, on observe qu'à l'inverse de la morphine, les enképhalines se fixent dix fois plus sur les récepteurs "delta" que sur les "mu".

Il faudra préciser à ce niveau l'importance de l'implication préférentielle des récepteurs delta dans le contrôle comportemental. Dans le cas d'une toxicomanie, dès lors que les doses de morphine exogène dépassent toujours et de loin les concentrations d'enképhalines mises en jeu dans les processus normaux, la préférence pour un type déterminé de récepteurs s'estompe ; la morphine saturant alors indifféremment l'un ou l'autre.

Sur le plan anatomique, ces nombreuses actions tiennent à la présence dans le cerveau de récepteurs capables de lier la morphine : il s'agit de molécules situées sur les membranes des neurones auxquelles la morphine vient sélectivement s'attacher comme une sorte d'assemblage. Ils sont concentrés dans certaines régions cérébrales dont les rôles fonctionnels sont connus :

- le bulbe rachidien où se trouve le centre de contrôle de la respiration,
- le système limbique et le cortex frontal desquels dépendent les comportements émotionnels et adaptatifs,

- la moelle épinière
- le thalamus qui régulent

- la substance grise l'analgésie.  
périacqueducale

A l'état normal, ces récepteurs ont pour fonctions de fixer des "morphines internes" (endorphines) qui sont naturellement sécrétées par le cerveau.

Nous pouvons identifier également, les récepteurs Kappa dont l'activation entraînerait des effets sédatifs et analgésiques, les récepteurs sigma, responsables de l'activité psychodysleptique respiratoire et vasomotrice.

Ceci illustre les différentes activités des dérivés morphiniques suivant leurs affinités pour les divers récepteurs.

D'autres molécules ont été synthétisées ; il s'agit d'analogues des enképhalines, joliment baptisés "dago" pour les récepteurs mu et "bubu" pour les delta.

Grâce à elles et à leurs dérivés radioactifs, on a pu constater que les deux types de récepteurs, mu et delta sont localisés dans des zones différentes du cerveau.

A "dago" et "bubu" correspondent en outre de molécules antagonistes, qui, prenant leurs places sur les récepteurs spécifiques, les empêchent de s'y fixer et d'y manifester leurs effets : il s'agit en l'occurrence de la naloxone (D.C.I.) qui présente une affinité particulière pour les récepteurs mu et d'un produit baptisé I.C.I. 154,129 (DCI), sélectif des delta. (63).

#### \* Toxicité de la morphine

La morphine est un poison typiquement humain. Elle est administrée à la dose thérapeutique analgésique de 0,10 à 0,30 chez l'adulte.

La dose toxique chez l'adulte est de 0,50 g.

Chez l'enfant, cette dose est beaucoup plus faible (0,001g/kg). On distingue deux types de toxicité :

- la toxicité aiguë ou effets à court terme.
- la toxicité chronique ou les effets à long terme avec usage répété à fortes doses.

La toxicité aiguë résulte le plus souvent d'une administration de fortes doses de morphine dans le cas d'overdose chez les morphinomanes ou chez les cancéreux, dans le cas de suicide ou d'indigestion criminelle ou accidentelle. Cette prise d'opiacés induit un ensemble de modifications psychologiques, comportementales et physiologiques et physiologiques.

On note pendant cette période d'intoxication :

- une grande euphorie avec illusion de lucidité, de vivacité de l'esprit suivi d'une sorte d'engourdissement,
- des nausées et vomissements,
- une réduction de l'activité physique et intellectuelle,
- des troubles sexuels,
- une contraction pupillaire (myosis) est toujours présente et constitue un signe d'orientation diagnostique fondamental (sauf en cas de surdosage avec troubles majeurs de la conscience et anorexie cérébrale),
- une bradycardie; un prurit, une toux,
- une dépression respiratoire accompagnée parfois de cyanose ou de collapsus et troubles caractéristiques de la conscience. On rentre ensuite dans un coma profond avec abolition des réflexes et la mort survient en deux à trois heures par arrêt respiratoire. Cette intoxication doit être jugulée rapidement par administration I.V. d'un antidote narcotique : Naloxone D.C.I. ou Narcan\*, N-allylnormorphine

D.C.I ou Nalorphine\*, Pentozocine D.C.I. ou Fortal\*.

L'intoxication aux opiacés doit être distinguée des intoxications alcooliques et barbituriques, qui peuvent donner des tableaux similaires sans entraîner toutefois de contraction pupillaire. (23)

L'intoxication chronique ou intoxication à long terme :

La dépendance physique en s'intensifiant, la tolérance précoce, conduisent à prendre des doses de plus en plus élevées et de moins en moins espacées. La non satisfaction de cette pharmacodépendance entraîne la crise d'abstinence ou syndrome de sevrage, constitué d'éléments simulés, que le sujet utilise pour tenter d'apitoyer son entourage (supplications, plaintes, gémissements, simulations diverses...) et d'éléments réels qui s'installent progressivement en 12 à 24 heures et persistent pendant 5 à 10 jours (baillements, larmoiements, rhinorrhée, sudation, frissons, douleurs de l'abdomen, de la région lombaire et des membres, insomnies, voire hyperthermie, ce tableau évoque également celui d'une grippe).

Divers symptômes traduisent l'hyperactivité du système sympathique :

- dilatation pupillaire l'ensemble constituant un état d'agitation anxieuse, éventuellement aggravé par une revendication agressive afin d'obtenir l'administration d'un produit substitutif
- pilo-érection
- diarrhée
- tremblements

Dans certains cas, un syndrome de manque peut revêtir une allure confusionnelle.

Lorsqu'on est devant une intoxication d'opiacée, il faut faire la différence d'abord avec une grippe mais aussi avec un sevrage aux barbituriques ou d'autres sédatifs hypnotiques d'action similaire. La période de la "lune de miel" est courte, le plaisir procuré par la substance cédant place à un nouvel état de manque. Le morphinomane ne prend plus sa drogue pour la béatitude qu'elle lui apportait, mais pour calmer les souffrances du manque. Il atteint ainsi une complète déchéance morale et physique se manifestant par :

- une perte de poids et d'appétit (maigreur extrême);
- des troubles digestifs, vasculaires, affectifs, respiratoires pouvant aller jusqu'au coma,
- affaiblissement de la mémoire,
- hyperexcitabilité,
- constipation,
- Insomnies tenaces,
- une disparition du sens moral, le toxicomane est conscient de son écroulement, mais il ne peut s'y soustraire.

### iii) L'HEROÏNE

#### \* Emplois :

L'héroïne ou diacétylmorphine ou diamorphine est un analgésique puissant. Elle fut découverte par le chimiste allemand Dresser en 1898 (18).

Au début, elle était utilisée pour lutter contre les douleurs des grands tuberculeux incurables à l'époque et contre les troubles respiratoires des asthmatiques. Dès 1905, les dangers de son emploi commencèrent à apparaître.

Elle fut abandonnée à cause de ses nombreux effets secondaires. Elle est l'objet d'un usage illicite chez les drogués. C'est ainsi que l'OMS a eu à l'exclure des différentes pharmacopées. L'usage de l'héroïne est particulièrement répandu en Asie, en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique. L'Afrique est devenu un marché local de consommation d'héroïne et un point de transit eu égard aux itinéraires suivis par des trafiquants arrêtés en Europe. Actuellement toute l'héroïne jusqu'à saisie au Sénégal provient du "croissant d'or".

Morphine et héroïne ont sensiblement les mêmes effets, mais cette dernière agit 2 à 3 heures alors que la morphine procure une rémission de 6 à 8 heures.

L'héroïne entraîne une dépendance plus grande, tyrannique c'est la plus redoutable des substances morphiniques ; c'est aussi la plus fréquemment utilisée (en Europe surtout) malgré son coût (50 000 CFA le gramme). Au Sénégal le gramme coûte entre 15 000 et 30 000 F CFA le gramme suivant la teneur en

produit actif. L'héroïne n'est jamais utilisée pure, mais coupée, soit avec du lactose, du talc, du bicarbonate, du mannitol ou de l'aspirine... .

On distingue deux variétés d'héroïne :

- l'héroïne blanche encore appelée : "Héro", "poudre", "neige", "cheval", "horse", "junk", "Sankhale"... qui contient un taux d'héroïne de 70 à 90 % (23),
- l'héroïne brune ou "brown-sugar" qui est mélangée à de la caféine (teneur 30 à 60 %). (23)

Elle est utilisée par les toxicomanes par voie intraveineuse (le "shoot" ou "fix"), plus rarement par voie sous-cutanée, mais aussi par inhalation nasale ("snif-fing"); parfois, il est fumé en adjonction à du tabac.

Après une période où elle semblait n'être qu'un élément au sein d'une polytoxicomanie, la fréquence de son usage quasi exclusif irait actuellement croissant en France, du moins chez les toxicomanes aux "drogues dures", usagers chroniques ou périodiques de drogue. Par contre au Sénégal, nous assistons plutôt à un polytoxicomanie.

Chez les usagers réguliers, ils passent d'une injection à deux voire cinq par jour. Contrairement à l'opiomanie et à la morphinomanie, l'héroïnomanie touche essentiellement des sujets jeunes (15 à 25 ans) et l'âge moyen du premier contact a tendance à baisser de plus en plus selon les statistiques françaises. La consommation de drogues illicites augmente fortement au Sénégal surtout chez les jeunes (69).

#### \* Toxicité de l'héroïne

##### Intoxication aiguë

L'injection I.V. déclenche, tout au moins au début de l'intoxication, une réaction brutale de plaisir, de chaleur, de volupté, de caractère explosif; le "flash", qui dure quelques dizaines de secondes. Elle s'accompagne :

- de chaleur cutanée, de démangeaison,
- d'un ralentissement cardiaque,
- d'une hypotension,
- d'une hyperglycémie,

- d'un rétrécissement de la pupille (myosis).

Les héroïnomanes qui se piquent ("shoot") utilisent une seringue hypodermique de préférence (seringue à insuline) qu'ils appellent la "shooteuse".

La dilution est obtenue en mettant 0,10 à 0,25% d'héroïne coupée dans une cuillère remplie d'eau (parfois ils ajoutent du citron pour la purification), ensuite ils chauffent le fond de la cuillère avec un briquet ou des allumettes et enfin avec leurs seringues, ils aspirent le liquide qu'ils s'injectent directement dans les veines. Le trait caractéristique de l'héroïnomanes, c'est le plaisir qu'il éprouve à préparer sa drogue.

On peut assister également au cours de l'intoxication aiguë à un ralentissement de la respiration consécutif à la dépression des centres respiratoires ; ceci = sept minutes environ après l'injection I.V., trente minutes par voie I.M. et quatre vingt dix minutes par voie sous-cutanée. Cette dépression peut-être intense et provoquer un arrêt cardiaque cause la plus fréquente de mort par overdose (on peut retrouver le toxicomane avec l'aiguille encore fichée dans la veine).

Les opiacés qui inhibent de même le réflexe de la toux, stimulent au contraire le centre du vomissement, effet désagréable parfois dissuasif lors de l'initiation.

L'effet se prolongent par un état de bien-être, d'impression de planer ("flipper") dans un monde sans problème, dans un "cocon douillet" = la planète du toxicomane, moment accompagné d'absence et de somnolence.

A cette période, domine une sensation de volupé physique et intellectuelle avec un développement de l'imagination et de l'imaginaire avec pour conséquence un désintéressement du milieu extérieur (23).

### Intoxication Chronique

Au cours de l'intoxication chronique, les effets agréables disparaissent petit à petit, "on ne se pique plus pour être bien, mais pour cesser d'être mal".

On note des troubles divers parmi lesquels :

- pâleur
- démangeaisons
- perte de l'appétit
- constipation

Sur le plan socioprofessionnel, le rendement est réduit ou nul. Le champ des intérêts est rétréci, totalement subordonné à la drogue.

Il existe une infiltration de la vie entière et des pensées par la drogue qui fait que l'intoxiqué ne se plaît qu'au milieu de ses semblables ; il est pour les autres : égoïste, indifférent, avide d'argent. On aboutit ainsi à une véritable déchéance physique, psychique, affective, sociale et souvent à la déliquance (vol, trafic, prostitution chez les filles...).

#### \* La dépendance

Elle est physique et psychique.

##### a) Physique :

Tous les dérivés de l'opium provoquent une dépendance organique et psychologique sévère et rapide (en quelques jours) la conséquence des stupéfiants sur les organes nobles du corps n'est plus à démontrer.

Le cerveau, le foie, le coeur et les reins sont les plus durement touchés par l'usage répété des opiacés. La fragilisation du sujet face aux agressions microbiennes et virales est directement liée à une chute de la capacité de l'organisme à combattre les germes infectieux.

##### b) psychique :

Une grave déformation de la personnalité sociale se met en place progressivement et les conduites de transgression augmentent. Le plaisir du "flash" envahit toutes les idées du sujet. Il communique de moins en moins avec son entourage immédiat et ses propos s'éloignent lentement de la réalité. La manipulation d'autrui par le mensonge se développe.

##### c) L'overdose

L'organisme est limité dans sa capacité à gérer le opiacés introduits plusieurs fois par jour dans le corps. Aussi, à la suite d'une surdose, l'organisme saturé peut se trouver dans un état de crise. Il réagit par un blocage du système respiratoire; ce qui engendre un coma caractérisé par un rétrécissement pupillaire serré, parfois un oedème aigu du poumon et un collapsus cardio-vasculaire mortel.

#### d) Le syndrome d'abstinence ou crise de manque

Lorsqu'une personne est héroïno-dépendante, une baisse voire une suppression du produit engendre la crise de manque. Celle-ci se traduit par des douleurs très violentes, souvent abdominales, aux reins et à la tête. La crise dure cinq ou huit jours s'il n'y pas de reprise d'opiacés quels qu'ils soient. Elle est presque toujours accompagnée par des insomnies, les sujets ne pouvant dormir que tard dans la nuit et durant la matinée. L'angoisse est omniprésente.

#### \* Complications :

##### A court terme

- Les septicémies : infections généralisées résultant de l'introduction dans le sang lors d'une piqûre (le "shoot") de germes microbiens. Elles sont liées aux mauvaises conditions d'hygiène (vieilles aiguilles ou seringues, cuillères sales, eau douteuse, drogue contaminée ...

- Hépatites virales à virus B ou hépatite toxique,
- Sida : syndrome immunodéficientaire acquis,
- Embolie gazeuse : infection par injection I.V. d'air,
- Abscesses, thrombophlébites (veines bouchées et sclérosées).

##### A long terme

- Suicide,
- Troubles digestifs, circulatoires, urinaires, neurologiques, de la mémoire et de la volonté.
- Maladie sexuellement transmissibles (M.S.T.),
- Caries dentaires.

#### \* Accidents psychiatriques

Ils sont plus importants chez les polytoxicomanes.

Le plus souvent, on assiste à des dépressions avec des crises d'angoisse, parfois à des délires et des hallucinations.

Il faut savoir que maintenant les adolescents peuvent faire une expérience de stupéfiant dès l'âge de 13 ou 14 ans ! Soit en inhalant nasalement le produit (poudre blanche et satinée pour l'héroïne et brunâtre pour le "Brown sugar"), soit en se l'injectant par voie intraveineuse. Le support d'incorporation le plus utilisé et le plus dangereux, c'est l'injection.

L'âge moyen de l'héroïnomanie varie de 19 à 21 ans en France. Aux extrêmes, il y a des héroïnomanes de 12 ans et de 35 ans (27). Au Sénégal, d'après l'enquête épidémiologique (69) effectuée sur la consommation de drogues parmi les jeunes de 15 à 24 ans, il est surprenant de constater que parmi les 15 ans et moins, 1% ont déjà consommé une drogue dure (morphine, héroïne ou cocaïne).

#### iv) D'AUTRES OPIACES

##### - Médicaments contenant de l'opium

La plupart des médicaments qui contiennent des extraits ou des teintures d'opium tels l'élixir parégorique et toutes les préparations dérivées employées dans les diarrhées et comme antispasmodiques ainsi que certains produits présentés sous forme de dragées, de sirop et de suppositoires et qui ne renferment qu'une faible concentration d'extrait ou de poudre d'opium sont seulement classés : "substances dangereuses" (tableau C).

##### - Médicaments contenant la codéine

La méthylmorphine ou codéine, alcaloïde de l'opium isolée en 1832 par Robiquet, a une action sédative moins marquée que celle de la morphine. Cette action est plus marquée au niveau du centre bulbaire de la toux (62).

C'est un antitussif efficace et un analgésique faible. La toxicomanie à la codéine est relativement rare car la dépendance n'apparaît qu'après une absorption très prolongée de grandes quantités du produit. De plus en plus les toxicomanes en manque d'opiacés, font souvent appel à des spécialités contenant des dérivés antitussifs ou analgésiques de la morphine. Le danger existe aussi avec la codéthyline (Dionine\*). La plupart des spécialités qui contiennent moins de 200 mg de codéine ou de ses dérivés par unité de vente ne sont inscrits sur aucun tableau (délivrance sans ordonnance).

Les substances contenant plus de 200 mg de produits opiacés par unité de vente sont inscrits au tableau A. Certains pharmacologues pensent que toutes les préparations contenant de la codéine devraient être soumises à la régle-

mentation du tableau A (ordonnance non renouvelable) d'autant plus que la codéine est inscrite sur la liste des substances interdites par la Commission Médicale du Comité Olympique Internationale établie en 1987-88 c. Tableau X.

### 1-5-2 Les morphiniques de synthèse

Ils sont fabriqués en grand nombre depuis la seconde guerre mondiale, la plupart à partir du sous-produit du goudron de houille et du pétrole. Ce sont des substances analgésiques bien qu'il n'y ait pas une analogie structurale entre elles et la morphine. Elles sont toutes classées comme stupéfiants (tableau B).

On les classe en trois principaux groupes :

**GROUPE DE LA PIPERIDINE** : Péthidine ou mépéridine

(Dolosal\*), phénopéridine ou

Fentanyl :

Le Dromoran\* (hydroxy. 3N. méthyl morphinane = dénomination commune internationale ou DCI).

Ce produit est plus analgésique que la morphine. La dose de 2 mg a la même action analgésique que 10 mg de morphine (18). Il crée une tolérance.

Le Momilar\* (dextrométhorphan DCI) :

Il est surtout utilisé comme antitussif. C'est un dérivé méthylé du dextrophan (tableau A).

**GROUPE DE LA METHADONE** (dérivés du diphénylméthane) :

Le chlorhydrate de méthadone (ou Amidone ou Dolophine) qui possède, à des degrés différents, toutes les propriétés, y compris le pouvoir toxicomane des opiacés, mais s'en distingue par son action analgésique plus marquée et un relâchement des muscles lisses permettant de l'utiliser dans les substitutions d'opiacés (cures de désintoxication morphine ou héroïne, la dépendance à la méthadone étant moins contraignante et moins débilitante) (18).

Le dextromoramide ou palfium\* ou R. 875

C'est un dérivé de substitution de la méthadone. Il est toxicomanogène. Il engendre parfois un état d'agitation transitoire.

Préparations à base de dextropropoxyphène :

- Antalvic\* (dextropropoxyphène DCI) comprimés de 65mg B/30

Tab.A

-Di-antalvic\* (Antalvic\* + Paracétamol) gélules 30 mg et

400 mg

B/20 Ta.A

suppo. 150mg-6450mg

B/8 Tab.A

- Propofan\* (dextropropoxyphène 27mg

+ aspirine 250mg Tab.A

+ caféine 30mg

comprimés B/30

suppo. B/10

Les dextropropoxyphènes dont le potentiel toxicomanogène semble relativement faible, possèdent l'activité analgésique et les effets secondaires de la codéine à doses égales.

Le risque de dépendance essentiellement psychique n'apparaît que pour des posologies supérieures à celles recommandées et pour des traitements au long cours.

## GROUPE DU MORPHINANE (dérivés du morphinane)

### Le Dromoran\* (hydrox. 3N. méthyl morphinane DCI)

Ce produit est plus analgésique que la morphine. La dose de 2 mg a la même action analgésique que 10 mg de morphine (18). Il crée une tolérance.

### Le Momilar\* (dextrométhorphane DCI) :

Il est surtout utilisé comme antitussif. C'est un dérivé méthylé du dextrorphan (tableau A).

A côté des abus de médicaments (types barbituriques ou tranquillisants) que l'on peut observer chez des patients névrotiques, anxieux, hypocondriaques, il existe un véritable usage toxicomane de ces médicaments. Les sujets ne cherchent plus à trouver le sommeil ou à éliminer l'angoisse ; ils cherchent l'état provoqué par le produit lui-même. Ainsi les barbituriques, qui sont des "somnifères", sont pris à doses très rapprochées tout au long de la journée non pour dormir, mais pour trouver une euphorie et une stimulation psychique. L'usage médical distingue en fonction de la durée d'action, de la dose, de la classe (hypnotiques barbituriques), de l'appellation générique (ou nom déposé), les composés suivants :

- Barbitol (Neurinase\*)
- Phénobarbital (Gardéнал\*)
- Butobarbital (Sonéryl\*)
- Pentobarbital (Nembutal\*)
- Amobarbital (Supponoctal\*)
- Heptabarbital (Médомine\*)
- Sécobarbital (Imménoctal\*)
- Pentothal (Nesdonal\*)

Classe des hypno- tiques barbutiriques	Nom déposé	Durée d'action	Dose en mg	Tableau	Présentation
Barbital ou Nalonal, Médinal	Neurinase* Véronal*	8 à 12 h	50-100 mg	C	comprimé Elixir suppo.
Phénobarbital	Gardénal*	8 à 12 h	10,50,100 mg 100,200 mg	C	Comp. Amp.
Butobarbital	Sonéryl*	8 à 12 h	200 mg	C	Comp.
Pentobartital	Nembital*	4 à 8 h	100 à 200 mg	-	Capsule Suppo.
Amobarbital ou Amytal	Eunoctal* ou suppo- noctal*	4 à 8 h	100 mg	C	Comp. Suppo.
Heptabarbital	Médomine*	4 à 8 h	100 mg	C	
Sécobarbital ou Séconal ou Pental	Imménoctal* ou Binöctal* Noctadiol* Reposal*	1 à 4 h	100 à 200 mg	A	Comp. Suppo.
Pentothal ou Thiopental	Nesdonal* (Spécia) ou Penthal* (Abbot)	1/4 à 1 h	Flacon:500 mg 1000 mg	C	

Tableau : Liste des principaux hypnotiques barbituriques utilisés en médecine

Les barbituriques à action rapide sont, à tous égards, les plus dangereux = dangereux par la rapidité d'apparition de la dépression respiratoire en cas d'intoxication aiguë mais aussi par leur grand potentiel de dépendance. C'est en particulier le cas du Sécobarbital, de l'Amobarbital et du Pentobarbital. Le Phénobarbital quant à lui, se distingue très notablement des autres spécialités par son très faible (voire inexistant) pouvoir toxicomanogène, qui autorise son emploi dans le sevrage aux barbituriques (60); le plus souvent, le barbiturique est utilisé dans le cadre d'une polytoxicomanie, parfois associée à plus de dix autres produits aussi peu recommandables. N'appelle-t-on pas aux Etats-Unis les polyintoxiqués les "garbage heads" c'est à dire les "têtes poubelles". Très souvent, le barbiturique est associé à l'alcool avec lequel il présente une dépendance croisée.

L'association aux amphétamines est également fréquente. La consommation de ces deux produits peut être simultanée et se traduit par une potentialisation des effets, consécutive certainement à un phénomène d'inhibition vis à vis du même système enzymatique. (60)

\* Consommation

\* Les effets cliniques

\* Les effets cliniques

recherchent pas généralement le sommeil que provoque le produit, mais l'ivresse de l'état qui précède l'endormissement.

Ces produits provoquent l'ébriété, la torpeur, le ralentissement de l'idéation pouvant aller jusqu'à la confusion, une démarche titubante, une prononciation défectueuse, l'irritabilité, l'émotivité la diminution des réflexes .

\* Cinétique

Après une absorption orale, la cinétique dépend de la dispersion de la drogue dans l'estomac. Elle est absorbée au niveau intestinal. Les barbituriques sont plus ou moins liés aux protéines plasmatiques en fonction de leur liposolubilité. Certains ont une élimination rénale, d'autres subissent des transformations chimiques très variées avant l'excrétion. Leur temps d'élimination est en général assez long et aucun des barbituriques classiques n'a de demi-vie assez

courte pour être débarrassé totalement en 24 heures . La cinétique est influencée par l'âge, l'usage répété, la grossesse et l'existence de trouble hépatique.

#### \* Propriétés pharmacologiques

Les propriétés de ces composés sont très voisines et ne se distinguent que par des différences pour les périodes d'induction et la durée d'action.

En règle générale :

- Ce sont des dépresseurs des interneurones; ils dépriment le SNC de haut en bas.
- Ils provoquent la sédation,
- A forte dose ils sont hypnotiques et donnent un sommeil calme, sans rêve de 20 à 60 minutes (per os),
- A plus forte dose, ils possèdent des propriétés anesthésiques, avec abolition de la sensibilité et des réflexes,
- Ils s'opposent aux effets de tous les convulsivants,
- A très fortes doses, leur toxicité entraîne une dépression des centres respiratoires bulbaires (ils diminuent le rythme et l'amplitude respiratoire),
- Ils dépriment les centres vasomoteurs et sont hypotenseurs,
- Les doses extrêmes paralysent les ganglions du S.N. autonome et mènent au collapsus cardiovasculaire,
- Ils potentialisent les effets de l'alcool et en association avec cette drogue, peuvent entraîner des comas mortels.

Leur mécanisme d'action est encore mal connu et l'on pense que les barbituriques agissent sur le système GABA ergique (46).

Toutes les voies d'administrations sont utilisées (buccale, rectale, IM, IV).

Les barbituriques traversent la barrière foetoplacentaire. Ils se déposent dans le tissu adipeux; ce qui conditionne leur durée d'action.

### \* Toxicité

La toxicité des barbituriques est dominée par l'aspect de dépression profonde du système nerveux.

Il existe une forme aiguë d'intoxication qui peut survenir, soit lors de l'absorption répétée de faibles doses à la recherche de stimulation psychique, soit après injection intraveineuse : c'est l'ivresse barbiturique qui dans ce dernier cas succède à un "flash" ressemblant à l'ivresse alcoolique (altération complexe des facultés mentales).

Elle associe des troubles moteurs de type cérébelleux :

- Troubles de coordination, perte de l'équilibre, somnolence,
- Troubles de la parole, une euphorie et dans un second temps des épisodes d'excitation avec souvent des manifestations agressives et de l'incohérence. Cette ivresse est généralement suivi d'amnésie.

Le plus souvent, il s'agit d'une intoxication chronique dans laquelle on retrouve l'instabilité émotionnelle, l'incoordination motrice, la confusion. Il s'y ajoutent :

- des troubles neurologiques, respiratoires, cardiaques,
- des modifications de l'humeur qui devient imprévisible,
- des éruptions cutanées et des douleurs articulaires.

### \* La dépendance

Elle associe dépendance psychologique et physique.

L'usage répété de ces produits entraîne une tolérance. Cette tolérance est croisée avec celle de l'alcool, du méprobamate (Equanil\*) et du diazépam (valium\*). L'autoadministration peut aller jusqu'à la dépression sévère et l'arrêt provoque un syndrome d'abstinence. Nous signalerons le syndrome de sevrage néonatal chez les nouveaux-nés de mère "barbituromane". Ils risquent un état de mal épileptique (60).

### \* Complications

Leur apparition est favorisée par l'association avec l'alcool et les amphétamines.

- La complication majeure est le coma. Les consommateurs réguliers deviennent résistants aux effets hypnotiques ce qui les amènent à augmenter les doses d'où le risque de surdosage accidentel et de coma barbiturique très souvent mortel par défaillance cardio-respiratoire, hypothermie et collapsus. Au cours de l'intoxication aiguë, après injection IV, le coma peut survenir à tout moment.

- l'état de détérioration intellectuelle devient à long terme irréversible et peut même devenir un véritable état démentiel,

- les organes intervenants dans l'inactivation et l'élimination des produits sont atteints. Ainsi, hépatites toxiques et néphrites peuvent survenir,

- des carences associées entraînent des anémies par carence en acide folique, des destructions osseuses. ainsi, se réalise un vieillissement précoce, bien souvent le décès survient lors d'une overdose ou d'un suicide.

### 1-5-4 Les hypnotiques non barbituriques

Ils sont dans l'ensemble moins toxicomanogènes, à l'exception de la méthaqualone (Mandrax\*, Isonox\*, quaalude\*), et de la mécloqualone (Nubarène\*, Dornalane\*). Ces quinazolones, ont très vite au début de leur commercialisation, donné lieu à des abus très importants.

Potentialisées par l'alcool, ces substances sont pourvues de pouvoirs oniriques et représentent pour les toxicomanes (surtout les héroïnomanes qui leur trouvent des effets comparables à ceux des opiacés) des succédanés des hallucinogènes. L'incoordination motrice résultant de ce type d'association les a fait appeler aux Etats-Unis les "Wallbangers" c'est à dire "cogneurs des murs". (60) La méthaqualone fait partie des drogues les plus utilisées après le cannabis dans certaines villes aux Etats-Unis (61). Ce composé est absorbé à 99 % par voie orale et possède une demi-vie de 2 à 6 heures. Il est totalement métabolisé et on ne le retrouve qu'à l'état de traces dans les urines.

L'activité hypnotique de cette molécule est identique à celle des barbituriques à courte durée d'action. La méthaqualone provoque une sensation d'euphorie. Ce produit, utilisé de façon prolongée, entraîne l'apparition d'une tolérance et

d'une dépendance profonde. L'arrêt brusque des prises répétées entraîne, après 24 heures, un syndrome de manque avec agitation, confusion mentale, tremblement, hyperthermie, convulsions généralisées et délirium. La possibilité d'apparition de convulsions entraînant la mort, pendant la période d'abstinence à ce produit est une complication redoutable qui le classe parmi les hypnotiques dangereux d'où son inscription au tableau B'.

Le Glutéthimide (Doridène\*) initialement développé en vue de pallier les inconvénients des barbituriques, expose en réalité aux mêmes risques de dépendance. L'intoxication aiguë est également plus sévère et difficile à maîtriser.

Le méprobamate (Procalmadiol\*, Equanil\*) est un dérivé de la méphénésine, relaxant musculaire. Son action sédatrice est comparable à celle des barbituriques. Ce produit utilisé à dose élevée pendant un certain temps peut entraîner une dépendance et un syndrome d'abstinence. Le sevrage brusque est caractérisé par une hyperirritabilité et des signes de manque identiques à ceux observés avec les barbituriques ou l'alcool. Il a été rapporté des morts lors de sevrage (19).

La posologie est de 100 à 400 mg par jour.

Actuellement tous ces produits comptent parmi les médicaments les plus dangereux, largement prescrit et faisant l'objet d'un commerce illicite très important (marchés parallèles...). Certains pays africains sont particulièrement touchés par ce trafic illicite de barbituriques en provenance des pays européens notamment le Nigéria, le Libéria, le Ghana, la Guinée, le Botswana et le Zimbabwe. Pour le Sénégal, ces produits viennent le plus souvent des pays anglophones (Gambie, Ghana, Nigéria). Sur les marchés africains, on rencontre surtout l'iméménocet et le mandrax appelés "comprimés sans dormir" et vendus à 50 F CFA l'unité.

## **1-6 PROPRIETES COMMUNES DES DROGUES ENTRAINANT LA DEPENDANCE**

L'action des drogues toxicomanogènes sur les neurotransmetteurs et les structures spécialisées du cerveau entraînent des anomalies de son fonctionnement qui se traduisent par des altérations du comportement. Ces drogues possèdent en commun cinq propriétés principales qui les distinguent des autres drogues à usage thérapeutique. Elles induisent chez ceux qui les consomment :

- plaisir et récompense,
- perturbation réversible du cerveau (neuropsychotoxicité),

- syndrome de manque ou d'abstinence,
- tolérance,
- "renforcement", lié à la mémoire inscrite par la drogue dans le cerveau.

Le sentiment de plaisir et de récompense associé à la perturbation temporaire, réversible de la fonction cérébrale est symptomatique des effets aigus des drogues toxicomanogènes; tolérance et syndrome d'abstinence résultent de l'usage chronique de ces drogues.

#### \* Récompense

Quand une drogue n'est pas utilisée à des fins médicales, mais pour son effet euphorisant ou calmant sur le cerveau, elle devient une drogue toxicomanogène. Une telle substance prédispose à une autoadministration prolongée car elle procure "une récompense et un plaisir fondamental" en agissant sur le système endogène de renforcement ou système récompensant du cerveau. En mettant en oeuvre ce système, les drogues toxicomanogènes vont engendrer des sentiments associés à la satisfaction et à la récompense. La sensation de plaisir, chimiquement induite s'accompagne d'une mémoire affective qui s'imprime dans le cerveau. C'est ainsi que cette mémoire crée un effet de "renforcement" pour une nouvelle administration quand l'action euphorisante de la drogue s'est dissipée. De plus, toutes ces drogues permettent d'échapper aux déceptions et aux expériences pénibles de la vie en dissipant l'anxiété et en suscitant le rêve; en changeant les perceptions sensorielles en donnant le sentiment d'élargissement du champ de conscience.

L'administration des opiacés pour soulager la douleur ou autrefois de la cocaïne pour l'anesthésie locale, est associée à une faible incidence de toxicomanies chez les patients traités avec ces drogues : le médecin ne les dispense qu'avec parcimonie car elles sont prescrites pour le soulagement d'indispositions symptomatiques passagères.

Le médecin connaît bien le risque potentiel de dépendance de ces drogues, puisque sa profession comporte un pourcentage élevé de toxicomanes.

#### \* Perturbation réversible du cerveau :

La plupart des drogues causent une perturbation réversible du cerveau (neuropsychotoxicité) ou une incapacité d'interpréter le monde extérieur tel qu'il est réellement, d'où le nom de "stupéfiant" qui leur a été donné. C'est ainsi que le cerveau devient incapable de capter les millions de signaux qui lui parvien-

nent constamment du monde extérieur. Son fonctionnement est perturbé. Ces perturbations comprennent :

- une altération de l'éveil et de la vigilance qui peuvent être augmentés (psychostimulants) ou diminués (opiacés, psychodépresseurs),
- une détérioration du sommeil, avec somnolence ou insomnie, enregistrée par l'électroencéphalogramme (pour toutes les drogues toxicomanogènes. (Ref. 46)
- une détérioration des performances psychomotrices (opiacés, psychodépresseurs, cannabis),
- Une déformation des perceptions sensorielles (hallucinogènes).

Par ailleurs, les symptômes de toxicité neuropsychologique ont également été associés avec une "toxicité du comportement" =

- \* diminution de la vigilance,
- \* réduction des motivations,
- \* marginalisation sociale.

Cependant, ces derniers signes concernant le comportement ne peuvent être identifiés par des marqueurs mesurables dans les sociétés qui acceptent comme "normal" un large éventail de styles de vie.

Certaines drogues, telles la nicotine, la caféine et l'alcool (en quantité faible) qui créent une dépendance ne produisent pas de symptômes mesurables de toxicité neuropsychologique. (46)

#### \* Tolérance aux drogues toxicomanogènes

La tolérance est un état caractérisé par la nécessité d'accroître la dose de drogue afin d'obtenir l'effet psychotrope initial. La capacité de l'animal ou de l'organisme humain à tolérer des doses élevées de drogues toxicomanogènes sans présenter de dommages physiques graves et immédiats est très grande. cette-tolérance est de l'ordre de 1 à 10 pour les opiacés, l'alcool, les barbituriques, 1 à 40 pour la cocaïne, 1 à 60 pour le tabac et 1 à 200 pour le cannabis (46).

La tolérance à ces drogues est rapide et se manifeste après une semaine d'administration quotidienne. Elle disparaît aussi rapidement, dans les 15 à 20 jours qui suivent l'arrêt de la consommation.

Le mécanisme de la tolérance n'est pas entièrement élucidé.

Il est en relation avec les altérations biochimiques produits par la drogue dans l'organisme, principalement le foie et le cerveau de l'utilisateur.

La tolérance métabolique résulte d'un métabolisme et d'une élimination accélérée de la drogue et met en jeu les mécanismes enzymatiques hépatiques. La tolérance fonctionnelle et tissulaire résulte d'une modification des sites récepteurs cérébraux sur lesquels les diverses drogues agissent. Le nombre de ces sites récepteurs augmente au cours de la consommation chronique des diverses drogues toxicomanogènes.

Dans le cerveau, les effets de la drogue sur les récepteurs synoptiques sont modifiés, avec pour résultats une altération du "turnover" du neurotransmetteur, la synthèse, la libération ou le recaptage des catécholamines ou de l'acétylcholine. De plus, le "turnover" des neuropeptides et plus particulièrement des endorphines, régulateurs importants de "l'homéostasie du cerveau " sont perturbés. De telles altérations ont été clairement prouvées en ce qui concerne les opiacés et se produisent aussi avec les autres drogues toxicomanogènes (46). Le phénomène de tolérance est un processus d'adaptation à la drogue qui permet au cerveau de fonctionner en présence de substances étrangères à son milieu intérieur (substances xénobiotiques).

Le développement de la tolérance est étroitement lié à la dépendance. Avant de devenir dépendants, les mécanismes biochimiques du cerveau doivent s'adapter aux effets perturbateurs répétés de ces drogues. La tolérance accentue les problèmes liés à l'obtention de la drogue, imposée par sa consommation fréquente, et traduit un dérèglement de la fonction cérébrale.(19)

#### \* Syndrome d'abstinence ou de sevrage

Ce syndrome est caractérisé par des symptômes de détresse et de douleur causés par une privation soudaine de la dose habituelle d'une drogue. Ces symptômes dépendent de la nature de la drogue utilisée. Ils peuvent être légers et mal décelables cliniquement (cocaïne, cannabis) ou très marqués (opiacés) et même mettre la vie en danger (barbituriques, alcool). Le sevrage brutal des benzodiazépines peut également entraîner des convulsions.

Les symptômes de sevrage des opiacés sont dus principalement à une altération du S.N. autonome dont l'activité est contrôlée en grande partie par l'hypothalamus. Ils peuvent subsister pendant des semaines ainsi que l'a rapporté Martin (39).

Les signes de sevrage des barbituriques sont beaucoup plus graves puisqu'ils peuvent s'accompagner de convulsions susceptibles de mettre la vie en danger. Le sevrage de l'alcool et des benzodiazépines peut aussi provoquer des convulsions.

L'abstinence de la cocaïne ou des amphétamines, alors qu'elle n'est pas accompagnée de signes de type opiacé, provoque des effets secondaires marqués; fatigue générale, sommeil prolongé, dépression.

A la suite de l'arrêt brutal de doses importantes de cannabis, on a observé des symptômes de sevrage qui dénotent une altération du S.N. Végétatif : salivation, tremblements, diarrhée et irritabilité marquée.

L'apparition d'un sevrage de type opiacé ne doit plus être considérée comme le renforcement majeur dans la continuation d'une toxicomanie. D'autres drogues toxicomanogènes dont l'arrêt de l'utilisation s'accompagne de symptômes même plus graves (barbituriques, alcool) ou moins accusés (psychostimulants, cannabis, tabac) peuvent créer chez l'individu une attitude toute aussi dépendante.

Le syndrome d'abstinence résulte d'un dérèglement du cerveau par la drogue.

#### \* Renforcement (drogue et mémoire)

La tendance de l'homme à s'administrer des drogues entraînant la dépendance peut être suscitée chez d'autres mammifères. Les singes Rhésus apprennent à s'administrer eux-mêmes les drogues toxicomanogènes (c).

Les psychostimulants créent le "renforcement" le plus obligatoire : le singe pressera sur un levier plus de 4000 fois pour obtenir une seule injection de cocaïne. Quand on lui donne le libre accès à la cocaïne et aux amphétamines, l'animal s'administre immédiatement de fortes doses quotidiennes, ce qui engendrera des effets toxiques graves et sa mort dans un délai de trois semaines. Si l'on substitue une solution physiologique à la drogue, il y a une baisse de rythme de pression sur le levier et ensuite, toute "réponse" cesse brusquement.

Ces résultats obtenus sur des singes non entraînés préalablement montrent que les injections d'un stimulant tel que la cocaïne constituent un moyen de renforcement puissant même quand la personnalité, une psychopathologie pré-existante, le rang social, la pression de groupe ne sont plus impliqués. L'arrêt subit de la drogue après administration chronique n'entraîne pas de symptôme de sevrage clinique du type opiacé. Et pourtant, la cocaïne est un agent de renforcement du comportement qui aboutit à une dépendance profonde. (46)

Avec les opiacés, les singes s'administrent la drogue en augmentant graduellement leur dose quotidienne pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce qu'ils aient atteint un plateau qui évite à la fois une toxicité sévère et des symptômes de sevrage. Ceux-ci apparaissent quand une solution salée est substituée à la morphine et l'animal continue à presser le levier pendant des semaines.

Tous les psychodépresseurs, y compris les benzodiazépines, sont aussi auto-administrés. L'administration de tétrahydrocannabinol a été rapporté par certains auteurs et non par d'autres, ce qui est peut-être dû aux différences de techniques, de méthodes d'administration et aux solvants utilisés. (46)

Les hallucinogènes ne sont pas auto-administrés par les singes. Les drogues utilisées dans le traitement des maladies mentales graves ne sont jamais auto-administrées par l'animal qui, après en avoir fait l'expérience, les évite soigneusement. (46)

A la suite de ces expériences sur le singe, Nahas et ses collaborateurs ont procédé à l'auto-administration de drogues entraînant la dépendance chez l'homme en milieu hospitalier. Les résultats obtenus sont comparables chez les deux espèces animales : l'auto-administration de la même drogue engendre des réactions similaires sur le comportement de l'homme et des autres primates.

Une telle démonstration suggère qu'un processus commun est probablement à la base des différents modes d'auto-administration des drogues entraînant la dépendance : toutes ces drogues ont une propriété pharmacologique intrinsèque qui est leur pouvoir de créer un renforcement positif c'est à dire une mémoire affective dominante et que cette capacité est en relation directe avec leur potentiel toxicomanogène.

Par ailleurs, alors que la drogue elle-même agit comme le "renforcement primordial" d'un comportement orienté vers sa consommation, il y a un important "renforcement secondaire" constitué par le contexte social et culturel dans lequel la drogue est consommée. L'environnement social peut appuyer le com-

portement toxicomanogène. C'est ainsi que l'OMS a établi la liste suivante des facteurs importants qui facilitent l'usage de la drogue :

- sa disponibilité (qui vient au premier rang),
- l'acceptation sociale de l'utilisation de drogues modifiant l'humeur ou la vigilance,
- le prosélytisme de groupe (surtout chez les jeunes),
- la mobilité et la facilité des échanges,
- une information abondante sur les effets des drogues et sur ses sources d'obtention (information mal véhiculée),
- un foyer familial instable ou détruit.

Le fait que les drogues entraînant la dépendance ont une action de renforcement peut expliquer leur usage compulsif caractérisé par :

- \* le désir irrésistible de prendre de la drogue,
- \* un engagement nécessaire pour l'utiliser et se la procurer,
- \* une grande tendance à rechuter après en avoir discontinué l'usage. (cfr. tableau A).
- \* Drogue: système immunitaire et sida :

Les drogues entraînant la dépendance induisent un déficit immunitaire par leur action directe ou indirecte sur les mécanismes de défenses immunitaires. L'usage chronique de toutes les drogues toxicomanogènes entraîne un état d'affaiblissement physique général causé par une pauvre hygiène alimentaire et corporelle et à un état de dénutrition. Il en résulte un affaiblissement du système immunitaire qui ne reçoit plus les éléments nutritionnels nécessaires pour satisfaire son métabolisme normal. Un tel effet indirect péjoratif de la drogue sur l'immuno-compétence peut s'observer chez l'alcoolique chronique et les gros fumeurs qui sont soumis à de nombreuses infections intercurrentes. La cocaïne, par stimulation du système sympatho-surrénalien et production de corticoïdes, tend à diminuer les défenses immunitaires.

Les toxicomanes qui utilisent l'aiguille pour s'administrer la drogue, tels les héroïnomanes et cocaïnomanes, deviennent les victimes de nombreuses infec-

DROGUES	PLAISIR RECOMPENSE	SEVRAGE	NEUROPSYCHO- TOXICITE REVERSIBLE	TOLERANCE	RENFORCEMENT	
					HOMME	Single
Opiacés : opium morphine Héroïne Antagonistes Synthétiques	+	+	+	+	+	+
Pshychostimulants: Majeurs Cocaine Amphétamines	+	+	+	+	+	+
Psychodépresseurs Alcool éthylique Barbituriques Benzodiazépines Méthaqualone	+	+	+	+	+	+
Cannabis: Hashich Marijuana.T.M.C	+	+	+	+	+	?
Hallucinogènes: L.S.D. Psilocybine Mexaline Phencyclidine Anticholinergiques (datura,belladone)	+	0	+	+	+	0
Solvants : benzène, toluène Acétone, Ccl4, éther, Trichloréthylène, N2O CHcl3	+	0	+	+	+	?
Psychostimulants: Minceur Tabac (nicotine) Cola Khat (cathinone) Caféine	+	+	0	+	+	0

Tableau A : Propriétés communes des principales drogues entrainant la dépendance.

tions auto-infligées, bactériennes ou virales. Le virus de l'hépatite est présent chez la plupart des toxicomanes à l'héroïne, qui ont également une incidence élevée d'infection par le virus du SIDA ( égale ou supérieure à 50% en France) (46).

La mise à la disposition de seringues et d'aiguilles stériles aux toxicomanes, pour diminuer le risque de transmission du SIDA, est controversée par certains épidémiologistes. Ils font remarquer que le toxicomane n'est guère responsable et que le rite de l'échange de sang qu'il pratique souvent ne sera modifié par l'usage d'une seringue propre.

En plus de l'influence indirecte des drogues toxicomanogènes sur le système immunitaire, certaines d'entre elles ont un effet toxique direct, sur les cellules lymphocytaires.

De nombreux travaux ont rapporté les effets inhibiteurs du cannabis sur le système lymphocytaire in vivo et in vitro. L'immunité humorale et cellulaire sont toutes les deux affectées par cette drogue (46). Les opiacés vont aussi avoir des interactions avec certains des sites récepteurs de la membrane lymphocytaire et ainsi, interférer avec la réponse immunitaire. (46)

#### \* Drogue et fonction de reproduction

Toutes les drogues entraînent la dépendance de par leur action sur le système cérébral limbique et l'hypothalamus, véritable modulateur des fonctions endocrines entre le cerveau et l'hypophyse, vont affecter à des degrés divers la fonction de reproduction. Ces effets vont s'exercer non seulement sur la libido et les fonctions sexuelles de l'homme et de la femme, mais aussi sur leur descendance.

Shakespeare a été le premier, dans Othello, à décrire les effets de l'alcool qui : "tout en augmentant le désir, diminue la performance". (46)

L'usage aigu des opiacés, surtout l'héroïne intraveineuse, va s'accompagner d'un accroissement transitoire de la libido.

Toutefois, l'usage chronique des opiacés va entraîner une aménorrhée chez la femme et de l'impuissance chez l'homme.

Les psychostimulants majeurs, cocaïne et amphétamine, ont été utilisés comme "aphrodisiaques" (la cocaïne en application locale). (46)

Toutefois, cet effet aigu se dissipe au fur et à mesure de l'usage et du développement de la tolérance. L'usage clinique de ces substances s'accompagne d'absence d'orgasme ou d'impuissance. La cocaïne a un effet particulièrement nocif sur le fœtus et à tous les stades de son développement.

Les barbituriques et les hypnotiques sont des sédatifs qui diminuent les fonctions sexuelles.

Le cannabis a été utilisé depuis des siècles pour ses effets aphrodisiaques. Cet effet aigu dépend de la dose qui lorsqu'elle est modérée peut s'accompagner de rêveries érotiques et d'une libération des inhibitions. Cependant, des doses importantes peuvent avoir un effet sédatif.

L'usage chronique de cannabis s'accompagne d'une diminution de la spermatogénèse et de troubles de l'ovulation. Par ailleurs, les cannabinoïdes sont fœto-toxiques.

Les nouveaux-nés de femmes héroïnomanes présentent un syndrome de manque qui s'il n'est pas traité, peut-être mortel. Ils ont aussi un poids et une circonférence crânienne inférieurs à la moyenne et présentent un retard au développement.

L'usage des hallucinogènes, en particulier le LSD, s'associe avec l'apparition d'anomalies chromosomiques et de malformations congénitales dans la descendance des usagers. (19)

A noter que l'usage du tabac chez les femmes enceintes a été associé à une fœto-toxicité (nouveau-né d'un poids et d'une circonférence crânienne inférieurs à la moyenne) (19) cf. Tableau B.

## 1-7 PROPRIÉTÉS PARTICULIÈRES DES DROGUES ENTRAINANT LA DÉPENDANCE

### \* Origine des drogues toxicomanogènes

de l'Asie du Sud-Ouest (Opiacés, cannabis), d'Afrique (cannabis) et d'Amérique du Sud (cocaïne). Elles parviennent en France comme au Sénégal, par voies maritime, aérienne et routière, et seul un faible pourcentage (10 % au mieux) des livraisons est intercepté par la police. (46)

Les autres drogues entraînant la dépendance (barbituriques, amphétamines, tranquillisants, méthaqualone...) sont d'origine synthétiques détournées de leur

<b>Drogues</b>	<b>Effets aigus</b>	<b>Effets chroniques</b>	<b>Descendance</b>
Opiacés	Rêveries érotiques	Impuissance	Féto-toxicité Syndrome de manque
Cocaine Amphétamines	Stimulant	Impuissance Perte libido	Féto-toxicité
Alcool	Libido augmentée	Impuissance Perte libido	Féto-toxicité
Barbituriques Hypnotiques	Libido diminuée	Impuissance Perte libido	Féto-toxicité
Cannabis	Libido augmentée	Impuissance Perte libido	Féto-Toxicité
L.S.D.	Rêveries érotiques		Féto-toxicité Tératogénicité
Tabac			Féto-toxicité

**Tableau B : Effets des drogues entraînant la dépendance sur les fonctions sexuelles.**

usage médical légal; mais sont d'un contrôle beaucoup plus aisé. Elles font l'objet d'un double contrôle : par le médecin qui prescrit l'ordonnance et par le pharmacien qui la délivre. cf. tableau C.

#### \* Les symptômes

Chaque drogue toxicomanogène entraîne chez le drogué, des signes particuliers, aigus ou chroniques dont les principaux sont décrits dans le tableau D.

Les symptômes aigus traduisent une atteinte des grandes fonctions végétatives. Ces signes sont communs aux intoxications qui créent des perturbations de la neurotransmission, affectant l'oeil, le système cardiovasculaire, la fonction respiratoire ainsi que l'éveil ou la vigilance (cf tableau D). L'atteinte de la neurotransmission dans les centres supérieurs contrôlant le comportement entraîne une symptomatologie générale qui peut varier de la tranquillité euphorique des opiacés et des dépresseurs, à l'agitation et l'excitation des stimulants, mais ces symptômes ne sont pas spécifiques. Ils sont communs aux diverses drogues dont certaines présentent des phases d'euphorie suivies de phases dépressives. Le regard un peu hébété, vague et perdu du drogué est un symptôme commun à toutes les intoxications par la drogue. Toutefois, chaque drogue aura un effet particulier sur la pupille, suivant que leur action est sympatholytique ou sympathomimétique (tableau E).

Le diagnostic d'une intoxication nécessitera donc la mise en évidence de la drogue incriminée dans les urines ou le sang. Il existe des méthodes rapides pour la détection.

L'usage régulier de la drogue entraîne une détérioration mentale et physique progressive. Ceci s'applique à la consommation du cannabis (haschisch) qui ne devrait pas être nommée "drogue douce". En effet, son usage régulier produit des altérations du poumon, de la fonction cérébrale (mémoire et vigilance), du système immunitaire et de l'appareil reproductif. Le "hasch" est souvent, la première étape de l'escalade vers des drogues plus nocives, telle l'héroïne. (46)

L'usage des psychostimulants majeurs (cocaïne, amphétamines), des psychodépresseurs (alcool, barbituriques) et du cannabis (haschisch) a été associé à une incidence élevée de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation psychiatrique. Par contre, l'usage des opiacés n'a pas été associé au développement d'une maladie mentale, pas plus que le tabac.

Tableau C

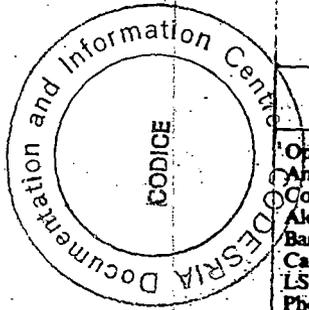
	Natures	Origines	Aspects	Présentations pharmaceutiques	Modes d'administration
<b>Opiacés</b>					
Opium	Plante (Pavot)	Asie	Poudre	Poudre	Inhalé, oral
Morphine	Synthèse (Fortal)	Pays indust.	Poudre	Cachets Ampoules	Oral, injecté Oral, injecté Oral, injecté
Codéine					
« Agonistes de synthèse »					
Héroïne	Synthèse	Pays indust.	Poudre Poudre	Aucune Cachets	Injecté, inhalé Oral
Méthadone	Synthèse	Pays indust.	Poudre Poudre	Aucune Cachets	Injecté, inhalé Oral
<b>Psychostimulants majeurs</b>					
Coca	Arbuste	Amérique du Sud	Feuille Pâte « crack » Poudre cristalline	Ampoules	Maché, inhalé Inhalé, injecté Reniflé, injecté
Cocaïne					
Amphétamine	Synthèse	Pays indust.	Poudre	Pilules, Amp.	Ingéré, injecté
<b>Psychodépresseurs</b>					
Alcool	Fruits fermentés	Tous pays	Liquide de couleur Poudre	Ampoules	Ingéré, injecté
Ethylique					
Barbituriques	Synthèse	Pays indust.	Poudre	Amp., pilules	Ingéré, injecté
Benzodiazépines	Synthèse	Pays indust.	Poudre	Pilules	Ingéré, injecté
Tranquillisants (Valium)	Synthèse	Pays indust.	Poudre	Pilules	Ingéré, injecté
Méthaqualone (Mandrax)	Synthèse	Pays indust.	Poudre	Amp., pilules	Ingéré, injecté
<b>Cannabis</b>					
Marihuana	Plante Sommités fleuries Résine	Amériques	Feuilles hâchées Poudre « Colle de tapisier »	Aucune	Fumé Fumé Fumé, ingéré Fumé, ingéré
Herbe		Asie, Afrique			
Kif		Asie, Afrique			
Hasch		Asie, Afrique			
<b>Hallucinoogènes</b>					
Peyote	Plante (Cactus)	Mexique	Poudre	Aucune	Ingéré
Mescaline					
Psilocybinie	Champignon	Amé. Sud	Poudre	Aucune	Ingéré
L.S.D.	Synthèse	Pays indust.	Liquide	Aucune	Ingéré
Phénylcyclidine	Synthèse	Pays indust.	Poudre		Injecté, ingéré
« Anticholinergiques »	Plantes (datura, Belladonna)	Asie	Poudre	Cachets	Ingéré
<b>Solvants (Collés)</b>					
Benzène	Synthèse	Pays indust.		Aucune	Inhalation
Toluène					
Acétone					
Trichloréthylène					
Éther					
Anesthésiques					
<b>Psychostimulants mineurs*</b>					
Tabac (nicotine)	Plante	Tous pays	Feuille	Aucune	Inhalé
Cola	Plante	Inde	Graine	Aucune	Ingéré
Khat	Végétal	Yémen, Étiopie	Feuille	Aucune	Ingéré
Caféine	Arbuste	Afrique, Amé. du Sud	Graine	Pilule ( combinée avec autres médic.)	Maché

Tableau **D**

Type de drogue	Effets aigus (Dose unique)	Symptômes	Effets d'usage - surdose	Effets à long terme (Intoxication chronique)
<b>Les opiacés</b> . Opium . Morphine, Héroïne . Méthadone	<b>Euphorie</b> Calme la douleur physique et morale	Contraction des pupilles Perte de poids, léthargie Sueurs froides	Dépressions respiratoires Collapsus circulatoire Coma et mort	Perte d'appétit, Dénutrition Aménorrhée, impotence Susceptibilité aux infections
<b>Les stimulants</b> . Cocaïne (« coco ») . Amphétamines (anorexigènes)	Excitation de l'activité cérébrale Elèvent l'humeur Exacerbation des sensations Sentiment de puissance	Dilatation des pupilles Accélération du pouls et de la tension Insomnie, Surexcitation Perte d'appétit et de poids	Hallucinations Délire de persécution (« paranoïa ») Convulsion Coma et mort	Amaigrissement Ulcération cloison nasale (si on renifle la poudre) Démangeaison (formication) Psychoses graves paranoïaques avec violence, Comportement obsessionnel
<b>Les dépresseurs</b> . Alcool	Dépresseur de l'activité cérébrale et de la vigilance des réflexes et de l'équilibre (ataxie)	Soif, Diurèse augmentée Incohérence, Obnubilation Nausée, Comportement aberrant ou violent	Perte de conscience Coma et mort	Déchéance physique et mentale Cirrhose, Démence, Dénutrition Infections, Convulsions en cas de sevrage (Délirium tremens)
. Barbituriques	Passivité Désorientation	Dépression respiratoire Pupilles dilatées Accélération du pouls	Perte de conscience Coma et mort (marge de sécurité faible : drogues des suicidés)	Altération du rythme du sommeil Convulsions en cas de sevrage
. Tranquillisants	Diminution de l'anxiété	Comme les barbituriques à moindre degré	Perte de conscience mais n'entraînent pas la mort à eux seuls	Convulsions possibles en cas de sevrage

<b>Le cannabis</b> . Marijeanne . Marihuana . Herbe, Hasch . Haschisch	Euphorie et tranquillité Stimulation des perceptions visuelles et auditives Hilarité	Yeux rouges Accélération du pouls Incoordination Lethargie	Sommeil entrecoupé de cauchemars, Confusion mentale profonde (psychose toxique) N'entraîne pas la mort	Toxicité pulmonaire, cardiaque, de la fonction de reproduction et du système immunitaire, Perte de motivation Psychose cannabique
<b>Hallucinogènes</b> . LSD . Mescaline (Cactus mexicain) . Psilocybine (Champignon) . Phéncyclidine	Désorganisation des mécanismes cérébraux A doses infinitésimales effets imprévisibles Hallucinations visuelles agréables ou terrifiantes	Pupilles dilatées Sueurs froides Tremblements Perte de jugement Etat de panique	Troubles mentaux graves Etat de panique grave pouvant conduire au meurtre ou au suicide	Démence
<b>Substance volatiles (par inhalation)</b> . Essence, Acétone . Ether . Trichloréthylène . Produits de nettoyage et solvants des colles	Ivresse passagère Euphorie Hallucination possible	Confusion générale Pupilles dilatées Congestion du visage	Perte de conscience Suffocation possible Coma et mort	Dégats pulmonaires et rénaux Altération du cerveau
<b>Stimulants « mineurs »</b> . Tabac (nicotine)  . Caféine . Khat	Stimule la vigilance et l'activité cérébrale	Tachycardie	- - -	Maladies cardio-pulmonaires (cancer du poumon, infarctus) ? ?

Tableau E



Effets oculaires des drogues entraînant la dépendance*				Effets cardiovasculaires des drogues entraînant la dépendance					Effets respiratoires des drogues entraînant la dépendance			
	Mydriase	Myosis	Nystagmus		Hypotension	Hypertension	Bradycardie	Tachycardie		Tachypnée	Dépression respiratoire	Oedème pulmonaire
Opiacés (Morphine)		+		Opiacés	+		+		Opiacés		+	+
Amphétamines	+			Amphétamines		+		+	Amphétamines	+		
Cocaïne	+			Cocaïne		+	(+)*	+	Cocaïne	+		(+)*
Alcool		+	+	Alcool		+		+	Barbituriques		+	
Barbituriques		+	+	Barbituriques	+			+	Ethanol		+	
Cannabis			+	Cannabis		(+)**		+	Hypnotiques sédatifs (benzodiazépines)		+	
LSD				LSD		+		+	Cannabis		+	
Phencyclidine	+	(fréquent)	+	Phencyclidine		+		+	Phencyclidine		+	+
Anticholinergiques	+			Anticholinergiques		+		+	Solvants		+	
Nicotine	+			Nicotine		+		+	Anticholinergiques		+	
Caféine	+											

\* Prédominance stimulation adrénergique.  
\*\* hypertension orthoclinique.

\* Sous forme de cocaïne base inhalée.

Effets des drogues entraînant la dépendance sur la régulation thermique			Effets neurologiques des drogues entraînant la dépendance						Effets psychiatriques des drogues entraînant la dépendance				
	Hyperthermie	Hypothermie		Hyperkinase	Myoclonie hypotonique	Tremblement	Convulsions	Coma		Agitations Délire	Anxiété	Hallucinations	Psychoses
Opiacés		+	Opiacés					+	Opiacés	-	-	-	-
Cocaïne	+		Amphétamines	+			+		Amphétamines	+	+	+	+
Amphétamines	+		Cocaïne			+	+		Cocaïne	+	+	+	+
Alcool		+	Alcool (sevrage)				+		Alcool	+	+	+	+
Barbituriques		+	Méthaqualone		+				Barbituriques et sédatifs (sevrage)	+		+	+
Hypnotiques		+	Cannabis	-	-		-	-	Cannabis		+	+	+
Alcool	+		MOTP	+		(Parkinson)			Phencyclidine	+	+	+	+
Barbiturique	+		Phencyclidine	+		Athétose dystonie.	+	+	Anticholinergiques	+		+	+
LSD	+												
Phencyclidine	+												

Par ailleurs, la cocaïne et les amphétamines induisent des altérations de l'électrocardiogramme (tachycardie sinusale, tachyarrythmies ventriculaires).

\* D'après Olson F.R., Pentel P.R. et Kelly M.T., *Medical Toxicology*, 2 : 52-81. 1987.

## 1-8 LES ASSOCIATIONS DE DROGUES PAR LES TOXICOMANES

Elles ont pour but d'augmenter les effets des produits par la potentialisation ou d'obtenir des effets nouveaux grâce à une synergie.

La liste des produits utilisés est longue et s'enrichit régulièrement : barbituriques, psychotropes, amphétaminiques, antiparkinsoniens, antalgiques, opiacés, antitussifs codéiniques, solvants organiques..., isolés ou associés entre eux et/ou avec de l'alcool, le cannabis ou les drogues mineures (café, tabac, khat...).

### A LES SOLVANTS ORGANIQUES ET LES COLLES

Ce sont des produits non classés comme substances vénéneuses dont l'inhalation par les adolescents a pris une importance quantitative ces dernières années de par le monde.

#### \* Les produits

##### Colles

à rustine, de bureau, à métaux

à maquette, à bois, néoprène...

##### Solvants

éther, trichloréthylène,

eau écarlate, détachant,

décapant, vernis à ongles,

essence, acétone, chloroforme

diluants de peinture etc...

(cf. tableau récapitulatif)

Ces produits ne donnaient lieu à aucune réglementation particulière parce qu'ils étaient utilisés de façon "licite".

Mais depuis quelques décennies, l'homme en a découvert les effets "bienfaisants" sur son propre organisme les détournant ainsi vers un "usage illicite".

En France, 70 % des utilisateurs ponctuel ou habituels de solvants et de colles diverses ont entre 12 et 18 ans. Ceci s'explique par le fait que l'approvisionne-

ment est facile et peu onéreux, les jeunes apprennent rapidement à repérer les points de vente (grandes surfaces, quincailleries etc...)

L'éther a été pendant longtemps, le solvant organique le plus employé par les toxicomanes (en inhalation et parfois en ingestion malgré son action très irritante.)

Son inscription au tableau C (par arrêté du 26 juin 1984) en interdit la délivrance sans ordonnance en France.

Il en est de même du trichloréthylène (arrêté du 4 mai 1984) et des préparations qui en contiennent plus de 5 %; du chloroforme et du tétrachlorure. Les acheteurs, surtout les mineurs, sont obligés de donner leurs noms, prénoms, adresse, fournir une ordonnance régulière. La vente du trichloréthylène est interdite aux mineurs. Ces informations sont consignés sur un registre de police en plus de l'ordonnancier.

L'usage toxicomane s'effectue seul ou en groupe. Il est réalisé à partir d'un flacon directement ou à l'aide de tampon imbibé du produit et maintenu sous le nez. Les cas de suffocations par piégage dans un sac en plastique sont connus. L'inhalation est quelquefois réalisée au dessus d'un récipient préalablement chauffé.

#### \* Leurs effets

Les solvants organiques constituent un groupe hétérogène de substances psychoactives qui, selon la classification de Delay et Deniker (1957), font partie des psychodysléptiques ou perturbateurs du système nerveux central.

Leur inhalation et leur transfert pulmonaire, assurent un transport très rapide au S.N.C. et de brève durée. Ils induisent ainsi des délires, une euphorie et une ivresse d'autant plus importante que la dose est élevée.

Les effets toxiques, en dehors des effets déprimeurs du S.N.C., sont parmi les plus dangereux. Ces produits étant d'une autoadministration facile, l'individu utilisateur perd souvent conscience, ce qui entraîne parfois la surdose et l'arrêt respiratoire.

Certains gaz aérosols comme le fréon sont susceptibles d'interférer directement avec le transport de l'oxygène alvéolaire par simple effet mécanique et provoquent ainsi des laryngospasmes sévères.

Les effets toxiques, chroniques sont multiples et vont de la leucocytose à l'atteinte hépatique, rénale, pulmonaire, digestive, chromosomique, neurologique périphérique jusqu'à la l'atteinte du S.N.C. (46)

#### \* Leurs dangers

La dépendance psychique et la tolérance s'installent vite entraînant une détérioration de l'état général et de nombreuses complications . (61)

En outre, il existe une tolérance croisée entre les différents solvants d'une part et entre solvants et barbituriques d'autre part .

### B LES PSYCHOSTIMULANTS MINEURS

Alcool, café, tabac, thé..., la drogue est partout .

Des drogues sacrées des primitifs aux drogues sociales de l'occident, l'évidence s'impose : chacun se drogue à sa manière . ces drogues sont vulgarisées, exploitées et diffusées partout . Leur réputation est mondiale, elles sont admises et s'intègrent dans nos habitudes . Mais sont-elles aussi bénignes ? Parmi elles, on classe la nicotine du tabac, la caféine du café et boissons voisines, ainsi que le khat, feuille d'un arbuste africain .

- La nicotine est absorbée par inhalation de la fumée du tabac et se comporte comme un stimulant du S.N.C. et de l'acuité mentale . Elle possède une action parasympathique dans un premier temps car elle réduit la fréquence cardiaque et provoque de l'hypotension . Dans un deuxième temps, par excitation des ganglions sympathiques, elle accélère la fréquence cardiaque . Nous nous limiterons aux effets toxiques des doses consommées quotidiennement par un fumeur Ce sont principalement les impacts pulmonaires avec toutes les gravités possibles jusqu'au cancer .

Les atteintes cardiaques et vasculaires sont encore plus graves et plus fréquentes . Elles sont souvent concomitantes avec la consommation excessive d'alcool .

La nicotine entraîne une dépendance sévère . L'abstention entraîne un syndrome de sevrage très déplaisant avec nervosité, diminution de l'acuité intellectuelle, irritabilité d'où des rechutes fréquentes dans plus de la moitié des cas d'arrêts de consommation (46) . Des enquêtes épidémiologiques menées dans divers pays ont démontré que les fumeurs d'un paquet ou plus, de tabac par jour se recrutent dans des tranches d'âge de plus en plus jeunes, surtout chez

les femmes en âge de procréer . Les enquêtes de Kandel cf Coll. aux Etats-Unis ont également établi que la consommation de cigarettes de tabac dans les tranches d'âge de 15 à 25 ans sensibilise les jeunes à la consommation de l'alcool et du cannabis . (46)

- La caféine contenue dans le café, le thé, le coca-cola et le chocolat, est une xanthine qui inhibe la phosphodiesterase-en-hydrolysant le 3'. 5' A.M.P. cyclique et stimule le métabolisme . Elle accélère le rythme cardiaque et stimule la vigilance . En dehors de son usage médical, c'est un produit de très grande consommation, d'une toxicité mineure, entraînant une dépendance, et qui n'a jamais donné lieu à une description de pathologie associée claire (46) .

- Le khat est la feuille d'un arbuste contenant un stimulant, la cothonine . Sous sa forme naturelle, la feuille de khat est un intoxicant mineur consommé essentiellement en Ethiopie et au Yemen Il est maché comme la feuille de coca, mais ne possède pas la toxicité de cette dernière . Ces psychostimulants mineurs, en raison de la dépendance qu'ils entraînent servent souvent d'éléments de comparaison avec les stimulants majeurs .

La consommation familiale d'alcool, de tabac, de médicaments, fait partie des facteurs de risque de toxicomanies; de même, la consommation d'une drogue licite est un facteur de risque de toxicomanie aux autres drogues licites et aux drogues illicites .

Il est important de préciser que le tabac, l'alcool ou les psychotropes n'entraînent pas toujours le passage aux autres drogues (ou escalade), pas plus que le haschisch n'entraîne le passage à l'héroïne, mais plutôt que l'abus de ces drogues licites se situe souvent dans une population dont le contexte psychosocial et relationnel est défavorable (antécédents familiaux pathologiques, relations familiales perturbées ...)

- L'alcool . Dans le sens large, le terme d'alcoolisme désigne selon l'analyse faite par Van Dyk : " le fait d'être victime de l'usage de l'alcool" et dans un sens plus strict, ce terme peut être utilisé pour désigner la dépendance vis à vis de l'alcool .

"Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a en fait perdu la liberté de s'abstenir d'alcool" (Fouquet) Ces "drogues habituelles" dont les vendeurs semblent plus nombreux que ceux de certains produits alimentaires de base, sont classées parmi les drogues mineures . Elles n'ont pourtant de mineures que le nom, eu égard aux accidents et maladies auxquelles sont soumis les nombreux utilisateurs :

- céphalées
- insomnies
- lassitude
- prostration etc...

Vendus librement sur les marchés et faisant même l'objet de publicité, ces produits sont donc dénoncés comme des drogues par de nombreux spécialistes africains..

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**DEUXIEME PARTIE**

## DEUXIEME PARTIE

### ETUDE DE LA TOXICOMANIE EN MILIEU SENEGALAIS

#### Evolution du phénomène durant ces dix dernières années (1979-1989)

#### CHAPITRE I : Eléments de réponse par rapport à notre enquête:

Il nous paraît important de donner un bref aperçu de la République du Sénégal.

C'est un pays d'Afrique de l'Ouest. Il est limité au Nord par la Mauritanie, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Est par le Mali et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

La superficie est de 196.722 Km<sup>2</sup>, la population de 6.881.919 habitants (cf. Bureau National du Recensement, Recensement Générale de la Population et de l'Habitat, B.N.R.R.G.P.H 1988)

La densité moyenne est de 32,5 habitants par km<sup>2</sup>;

Cependant la région de Dakar avec 0,2% de la superficie regroupe environ 22% de la population sénégalaise.

Le taux d'accroissement naturel qui était environ de 2,3% est passé à 3,0% soit un doublement de la population en 25 ans. La pyramide d'âge est marquée par une forte proportion de jeunes : 57% de la population a moins de 20 ans et la tranche d'âge des 6 à 19 ans représente 34,5%.

Le Sénégal est très défavorisé pour le plan économique :

absence de matières premières stratégiques, agriculture fragile, industrie manufacturière à marché limité.

A cela s'ajoutent des faits conjonctuels comme la sécheresse, les chocs pétroliers, la dette extérieure...

Les principales ressources sont l'arachide et ses dérivés, le poisson, les phosphates et le coton.

En 1985, le produit intérieur brut (P.I.B) est de mille deux cent neuf (1209) milliards de francs CFA, soit cent quatre vingt six mille francs (186.000) par tête (3720 FF).

La société Sénégalaise est une société de brassage inter-ethnique et de métissage culturel (forte influence des valeurs islamiques et françaises). L'Islam est la religion dominante (94%).

Indépendant depuis 1960, le Sénégal est une république laïque, de démocratie multipartisane depuis une dizaine d'années. La langue officielle est le français. La constitution de type présidentielle reconnaît six langues parmi la vingtaine de langues parlées par la population.

Le système éducatif comprend deux volets :

- le formel
- le non formel

Alors que le premier intègre les structures classiques (allant du préscolaire à l'université), le second englobe toutes les actions ou structures non classiques (éducation permanente, stages de recyclage ou de perfectionnement...)

Le taux d'alphabétisation est estimé à 49,9%.

Pour beaucoup d'auteurs la pharmacodépendance n'est que la partie visible de l'iceberg.

Le chapitre que nous entamons verra se dérouler devant vous, le film d'une partie de la vie du toxicomane sénégalais, sa vie affective, sa personnalité, sa vie socio- professionnelle etc...

Il conviendra maintenant à la lumière des dépouillements, illustrations, témoignages et commentaires, de découvrir et d'essayer d'expliquer les problèmes qui sont à la base de ce comportement.

A priori, il est pratiquement impossible chez nous de connaître avec précision, l'évolution récente de la toxicomanie pour plusieurs raisons dont les principales sont :

- une étude épidémiologique précise est difficile à mener car tous les toxicomanes présentant des troubles de comportement ne sont pas adressés en consultation psychiatrique,

- beaucoup de parents continuent à amener leurs enfants malades chez les tradipraticiens (ou guérisseurs) qui à leur avis sont inégalables,

- enfin les consommateurs de drogue, qui ne sont pas des délinquants et qui n'ont pas de dispositions névrotiques ou psychotiques, n'arrivent pas à l'hôpital.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés ensuite aux différentes couches socio-professionnelles à savoir celles qui fréquentent les écoles et collèges, les commerçants, les cultivateurs, les fonctionnaires etc, mais nous nous sommes rendus aussi au niveau des centres de sauvegarde pour l'enfance et l'adolescence, le Ministère de l'Intérieur, le milieu carcéral. Nous avons également mis en ligne de compte, toutes les thèses et certains mémoires qui ont été faits sur le même sujet de 1979 à nos jours.

Ce travail a révélé que le phénomène de la drogue n'est pas ignoré du monde des jeunes, ni de celui des adultes et qu'il a des causes sociales.

Mais la détention de la drogue et son usage illicite étant assortis de poursuites pénales, il suffit de prononcer son nom pour susciter des réserves au niveau des détenteurs, des non détenteurs et des utilisateurs.

Eu égard à ces réticences, nous nous sommes alors vus contraints d'adopter pour certains cas la technique de l'intérieur basée sur un guide d'entretien qui a le mérite de nous permettre de connaître les motivations plus ou moins conscientes qui sous-tendent le comportement qu'est la toxicomanie.

Même avec cette technique, nos enquêtés au départ étaient réticents. Il nous a fallu l'attache des patients toxicomanes que nous suivrons à FANN pour intégrer les bandes constituées de groupes très fermés de jeunes. Le concours de certains amis d'enfance qui fréquentent ce milieu où de parents par alliance qui vivent avec eux dans le même quartier, a été déterminant.

Nous avons résolu les problèmes de susceptibilité et de méfiance, en déclinant chaque fois notre identité et les raisons qui nous ont amené à nous intéresser à ce genre de recherche.

Déjà en 1979, dans une communication (adressée à la Primature Secrétariat du Gouvernement, arrivée et enregistrée sous le numéro 3277) du Conseil Inter-

ministériel restreint intitulé: "la lutte contre le Yamba" (maître d'oeuvre Ministère du Développement Rural); on pouvait lire:

" la consommation du yamba ou chanvre indien, répandue au Sénégal dans les centres urbains, s'est accrue considérablement au cours de ces dernières années encore qu'aucune statistique significative ne permette (à notre connaissance) de mesurer l'ampleur du phénomène. Cette extension récente a renouvelé l'intérêt pour cette drogue et suscité l'inquiétude des services publics, l'usage du yamba, jusqu'alors limité à une frange marginale de population déclassée (désœuvrés, délinquants, déracinés...) s'est introduit depuis peu dans les milieux les plus divers et notamment dans une certaine jeunesse urbaine".

Après le choix de notre sujet de thèse, notre ambition était de faire une recherche à une échelle nationale est de cerner au mieux le phénomène mais surtout d'insister sur le fait que en plus du yamba que l'on retrouve actuellement dans toutes les régions du Sénégal, on note l'apparition de "drogues dites dures" (héroïne et cocaïne) dans notre pays où ces produits sont consommés localement depuis 1986 par la jeunesse essentiellement, du moins pour l'héroïne. Il s'y ajoute les substances psychotropes et les solvants organiques qui entraînent de graves troubles de comportement.

Nous nous sommes rendus compte très tôt des difficultés qui nous attendaient: elles ont été essentiellement d'ordre technique et matériel.

Ces écueils nous ont donc tracé un cadre d'étude plus simple, mais que nous avons voulu assez représentatif.

C'est ainsi que nous avons choisi Dakar, capitale économique du Sénégal, comme principal centre d'intérêt.

A l'image des grandes villes, Dakar retient, l'attention de par sa population particulièrement dense et cosmopolite sans cesse alimentée par l'exode rural des jeunes. Dakar monopolise la majeure partie des structures administratives, universitaires, hospitalières, touristiques, sportives... du pays.

Par ailleurs, Dakar compte aussi près de 50% des fonctionnaires de notre pays. Compte-tenu de ses multiples fonctions, Dakar est le lieu de convergence de toutes les couches socio-professionnelles et économique du Sénégal; c'est pour ces raisons qu'elle a été choisie comme zone d'enquête pour notre travail.

C'est donc dans un souci d'information générale, et sans prétendre être exhaustive, que nous avons réuni les quelques éléments d'appréciation que nous

soumettons à votre attention, car le problème se pose désormais avec une acuité nouvelle :

non seulement les drogues traditionnelles continuent et se perpétuent mais il y a l'appariition de nouvelles drogues.

## **I-1: LES CADRES D'ETUDE**

Le recueil de données est envisagé pour plusieurs lieux d'observations :

### **I-1-1 : Le Centre Hospitalier Universitaire de FANN (CHU)**

Nous nous sommes intéressés aux malades ayant été consultés au pavillon de consultation de la psychiatrie du C.H.U de FANN encore appelé "pavillon de la porte" parce qu'il se situe à l'entrée de l'hopital.

Créé en 1972 (47), il n'a été vraiment structuré qu'en 1977. Il s'est alors individualisé comme unité de soins, avec plus de personnels. Actuellement, il y a une cassure: l'effectif est us réduit et l'hopital de jour qui accueillait les toxicomanes a été supprimé.

Ce pavillon travaille de façon autonome et reçoit obligatoirement tous les patients qui viennent se faire consulter au service de psychiatrie.

#### **I-1-1-1 METHODOLOGIE**

Le personnel soignant du pavillon est composé :

- d'un médecin chef qui est un psychiatre. Il est assisté d'un interne permanent, d'un faisant fonction d'interne qui est un étudiant en 6e année de médecine,
- d'une infirmière d'état non spécialisé qui est le major du service,
- d'un agent sanitaire,
- d'une assistante sociale
- d'un garçon de salle ou matelassier.

Les consultations se font sur rendez-vous (RV). La première consultation se fait en général le matin, les après-midis étant réservés au suivi des malades traités en ambulatoire (anciens malades).

Pour chaque nouveau malade, un dossier numéroté (fiches) est établi par le médecin, où est consignée l'observation. Cette observation doit être la plus complète possible avec les hypothèses diagnostiques faites et le traitement reçu par le malade. Cette consultation détermine le mode de prise en charge:

- soit dans le sens d'une hospitalisation (dans les divisions d'hospitalisation de la clinique Moussa DIOP) si l'état de santé du patient ne permet pas une surveillance à titre externe;

- soit en ambulatoire

Dans le cas d'une hospitalisation, une fiche "témoin" portant le résumé de l'observation est établie par le médecin traitant. Cette fiche porte le même numéro que la fiche initiale. Elle est rangée dans le fichier alors que l'observation complète accompagne le malade dans sa division d'admission.

L'assistante sociale quant à elle, fait sur place et systématiquement pour chaque malade une petite enquête recueillie sur un registre où est précisé l'identité sociale (âge, sexe, religion, ethnie, profession, région d'origine, statut matrimonial, adresse et noms des parents).

En plus un registre alphabétique est ouvert pour permettre de retrouver, en cas de besoin le numéro et le dossier d'un malade qui aurait oublié ou perdu ses références qui doivent être portées sur chaque ordonnance.

Si le malade n'est pas hospitalisé, un RV lui est fixé pour le suivi à titre externe.

### **I-1-1-1.: METHODOLOGIE**

Les sources de renseignements que nous vous livrons sont constituées par:

- le registre d'entrée établi par l'assistante sociale.
- et le fichier où sont classés les dossiers des consultants établis par les différents médecins (le médecin chef et les internes).

Pour les données sociales, tous les malades ont subi une enquête sociale précisant tous les renseignements. Il nous a paru opportun d'approfondir nos recherches en suivant la consultation des malades en présence du médecin chef et des internes du service.

Nous avons eu également des entretiens répétés avec les toxicomanes hospitalisés et leurs parents ou accompagnants, ceci au cours de l'année 1988-1989.

Ainsi nous procéderons à l'élaboration de tableaux qui s'appuieront sur quelques éléments de statistiques qui vont nous servir de matériel de base pour une étude plus élargie.

La confrontation de ces sources de renseignements avec les éléments statistiques antérieurement établis par Andrade (1), Omais (50) et Mbodj (40), nous permettra de dresser des tableaux comparatifs et d'apprécier la courbe d'évolution de la toxicomanie pendant ces différentes périodes.

Les différentes données sociologiques que nous avons retenues sont:

\* LE SEXE : Avec 2 items

1- Masculin

2- Féminin

\* L'AGE : Avec 7 items

1- de 15 à 19 ans

2- de 20 à 24 ans

3- de 25 à 29 ans

4- de 30 à 34 ans

5- de 35 à 39 ans

6- de 40 à 44 ans

7- de 45 à 49 ans

---

\* LA RELIGION : Avec 3 items

- 1- Musulmans
- 2- Catholiques
- 3- Non-Catholiques

\* L'ETHNIE : Avec 8 items

- 1- Wolofs
- 2- Halpulaareen ou Pulars (Peulhs et Toucouleurs)
- 3- Sérères
- 4- Diolas
- 5- Manding (Bambara)
- 6- Soninké (Socé, Sarakholé...)
- 7- Autres
- 8- "Non précisés"

\* LA PROFESSION : Avec 11 items

- 1- Cadres supérieurs (fonction publique)
- 2- Cadres moyens
- 3- Professions libérales (Avocats, Médecins)
- 4- Commerçants
- 5- Ouvriers
- 6- Artisans
- 7- Cultivateurs

8- Etudiants-Elèves

9- Sans Profession

10- Autres (militaires, garçons de ménage, de salle)

11- "Non précisés".

\* Le lieu de résidence (les régions) avec 9 items dont les 8 représentants les régions du Sénégal et le 9e correspond aux malades qui viennent d'ailleurs pour venir en consultation au Sénégal (Gambie, USA, il s'agit de marins américains envoyés par Dakar-Marine à l'hôpital FANN pour troubles de comportement).

1- Dakar

2- Ziguinchor

3- Diourbel

4- Saint-Louis

5- Kaolack

6- Thiés

7- Louga

8- Fatick

9- Autres

Seules les régions de Tambacounda et Kolda ne sont pas représentées. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il existe un village psychiatrique à 10 km de Tambacounda (Botou) et un autre à 5 km de Ziguinchor (Kénya).

Kolda est relié à ces deux villages par une route directe. Inspirés des villages psychiatriques traditionnels, ces villages psychiatriques ont pour objectif de soigner le malade dans son milieu naturel. En effet, ces villages facilitent la réinsertion du malade dans son milieu d'origine.

\* LA SITUATION MATRIMONIALE OU ETAT CIVIL : avec 5 items

1- Célibataires

2- Mariés

3- Divorcés

4- Veufs

5- "Non précisés"

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

### **I-1-1-2 : Matériel d'étude :**

Notre étude a porté sur l'ensemble des consultants ( nouveaux et anciens malades ) au pavillon de consultation du 1er Janvier 1987 au 31 Décembre 1987 et du 1er Janvier 1988 au 31 Décembre 1988.

Nous avons eu à recenser tous les dossiers des malades ( hospitalisés ou non ) durant cette période.

Ainsi 1561 malades ont été vus pour l'année 1987 dont 93 fiches non retrouvées, au total 1468 fiches seulement ont pu être exploitées.

Pour l'année 1988, le nombre de fiches répertoriées s'élève à 980 au total.

Certaines remarques s'imposent à propos de ces nombres :

-- nous nous sommes limitées aux toxicomanes malades vus en consultation à l'horizontal et parfois hospitalisés par la suite en fonction de l'intensité des troubles. Ces patients ne sauraient représenter l'ensemble des toxicomanes malades; en effet, comme l'avait fait remarquer Picard en 1984 (56).

Ces chiffres ne doivent pas être considérés comme un reflet exact de la demande; mais plutôt comme la capacité de consultation ou du moins du rythme de travail que le personnel dudit pavillon s'est fixé :

-- Nombreux sont les toxicomanes malades qui auraient pu relever de la prise en charge par le service de psychiatrie, mais qui sont confiés aux tradipraticiens (ou "guérisseurs") par leurs parents.

A propos de la qualité du matériel, il est à noter que les fiches de consultation ne mentionnent pas toujours des observations complètes avec le menu détail, ce qui explique les "non-précises" qui apparaîtront dans les tableaux issus de notre dépouillement.

### **I-1-1-3 : Les résultats globaux et l'analyse synthétique :**

Nous regrouperons sous le vocable toxicomanie : tous les consultants qui viennent pour un tableau clinique quel qu'il soit et dont la relation avec un usage répété et avoué de drogué est établie (à condition qu'ils n'aient pas présenté de troubles psychiatriques avant l'abus de toxiques).

Notons cependant, que de plus en plus de jeunes viennent spontanément demander une cure de désintoxication sans affection patente ou de troubles pathologiques apparents.

Les éléments retenus dans notre enquête sont ceux pouvant faire l'objet d'une comparaison avec les ratios connus de la population (âge, sexe, Ethnie...) conformément à l'enquête sociale établie pour chaque patient.

Nous avons étudié parallèlement la fréquence des formes cliniques induites ou révélées par la toxicomanie et les différents drogues utilisées par ces toxicomanes.

De Janvier 1987 à Décembre 1987, notre enquête a montré que sur 1468 malades enregistrés, le groupe toxicomane s'élève à 205 cas, soit un pourcentage de 13,96 % (14 % environ) par rapport à l'ensemble des malades recensés au cours de cette année.

Pour l'année 1988, 980 malades enregistrés, 104 cas de toxicomanes soit un pourcentage de 10,61 %.

**Tableau n°1 : Répartition des patients toxicomanes par sexe :**

**Année 1987**

Sexe	Patients toxicomanes		Total
	Masculin	Féminin	
Nombre de patient toxicomanes	200	5	205
Pourcentage	97,56	2,44	100

**Année 1988**

Sexe	Patients toxicomanes		Total
	Masculin	Féminin	
Nombre de patients toxicomanes	102	2	104
Pourcentage	98,10	1,90	100

De notre étude, il ressort que dans l'échantillon, les hommes sont plus nombreux que les femmes : 97,56 % contre 2,44 % en 1987. Comment l'expliquer! Est-ce à cause de l'oisiveté des hommes ou du chômage? Ou alors les hommes sont-ils plus sujets aux problèmes sociaux que les femmes? ou simplement parce que les femmes se font moins consulter?

Cet écart entre garçons et filles est très important (cf. sex-ratio), ceci pourrait s'expliquer par des éléments culturels comme le statut de la femme en milieu sénégalais qui ne permet pas à cette dernière de consommer des drogues surtout en public. Mais, avec toutes les mutations que nous subissons actuellement, où en sont ces croyances?

La consultation pour motif "toxicomanie" est en progression par rapport aux travaux d'Andrade, d'Omaïs, de M'Bodji :

Andrade : Septembre 1977 - Août 1978 : 1672 malades enregistrés, 142 cas de toxicomanie soit un pourcentage de 8,5.

Omaïs : Janvier 1981 - Janvier 1982 : 1620 malades enregistrés, 138 cas de toxicomanie soit un pourcentage de 8,5.

M'Bodji : Janvier 1985 - Décembre 1985 : 1284 malades enregistrés, 157 cas de toxicomanie soit un pourcentage de 12,27.

Dans notre enquête : Janvier 1987 - Décembre 1987 : 1468 malades enregistrés, 205 cas de toxicomanie soit un pourcentage de 13,96 environ 14.

Janvier 1988 - Décembre 1988 : 980 malades enregistrés, 104 cas de toxicomanie soit un pourcentage de 10,60.

Pour l'année 1988, nous constatons une diminution aussi bien au niveau des malades qui sont venus consultés qu'au niveau du pourcentage. Nous pensons que cela est dû au fait que l'année 1988 a coïncidé avec les élections présidentielles dans notre pays, période marquée par des troubles sociaux importants, où certaines personnes se sont investies psychologiquement ; ce qui explique qu'elles aient pu se passer de psychothérapie et par conséquent de psychiatre.

A quoi est dû cette progression ? Est-ce dû au fait que la toxicomanie est en croissance dans notre société, que les drogues seraient plus accessibles, que le foyer familial serait plus instable ou la famille plus tolérante, ou alors que l'information en la matière est abondante et mal véhiculée.

**Tableau n°II : Répartition des patients toxicomanes  
par sexe et par tranches d'âge :**

Année 1987

Tranches d'âge \ Sexe	Masculin	Féminin	Total	
			Nombre	%
15 - 19 ans	19	-	19	9,27
20 - 24 ans	71	3	74	36,10
25 - 29 ans	66	1	67	32,68
30 - 34 ans	21	1	22	10,73
35 - 39 ans	13	-	13	6,34
40 - 44 ans	5	-	5	2,44
45 - 49 ans	5	-	5	2,44
TOTAL	200	5	205	100

**Tableau II : Répartition des patients toxicomanes par sexe et par tranches d'âge :**

-- Année 1988

Il faut préciser que le pavillon de consultation ne reçoit que les consultants âgés de 15 ans au moins, la consultation des enfants se faisant à "Keur Xaleyi".

-- 1988 : Répartition des patients toxicomanes par sexe et par tranche d'âge :

Année 1988

Tranches d'âge \ Sexe	Sexe		Total	
	Masculin	Féminin	Nombre	%
15 - 19 ans	5	-	5	4,81
20 - 24 ans	30	-	30	28,85
25 - 29 ans	38	2	40	38,45
30 - 34 ans	24	-	24	23,08
35 - 39 ans	5	-	5	4,81
40 - 44 ans	-	-	-	-
45 - 49 ans	-	-	-	-
TOTAL	102	2	104	100

Tableau II : Répartition des patients toxicomanes par sexe et par tranches d'âge :

La génération des vingt ans (20 à 29 ans ) regroupe 68,78% des cas recensés en 1987 et 1988.

Ceci montre comme les études antérieures au Sénégal:

Andrade (51), Omais (50), Mbodj (4) et dans le monde :

Gruselle (10), Pelletier (51), Facy (17) que la toxicomanie touche essentiellement les jeunes.

L'enquête épidémiologique menée au Sénégal depuis 1986 et dont une partie a été publiée en 1988 par une équipe multidisciplinaire sénégalaise, sous la direction de la Commission Nationale pour l'Unesco avec le concours scientifique de l'Inserm et portant sur la consommation de disques par les jeunes de 15 à 24 an, a abouti aux même conclusions (69).

Du point de vue statistique, de simples pourcentages peuvent ne pas être très significatifs car la taille de l'échantillon intervient. Or l'échantillonnage des filles est très faible; néanmoins la démarche est intéressante. Elle permet de déterminer les tendances d'abord, ensuite les données obtenues pourront être affinées en utilisant des techniques plus pointues.

**Tableau nIII : Répartition des patients toxicomanes selon leur religion :**

Année 1987

Religion \ Sexe	Masculin	Féminin	Total	
			Nombre	%
Musulmans	190	5	195	95,12
Catholiques	8	-	8	3,90
Non catholiques	2	-	2	0,98
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>5</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Année 1988

Religion \ Sexe	Masculin	Féminin	Total	
			Nombre	%
Musulmans	96	1	97	93,27
Catholiques	6	1	7	6,73
Non catholiques :	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>2</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

protestants, orthodoxes (d'après la classification du Bureau Nationale du recensement : B.N.R.)

-- Année 1988 :

Du point de vue religieux, les deux principales religions sont représentées dans notre échantillon : les musulmans, qui constituent un pourcentage de 95,12 en 1987 et 93,27 en 1988. Les catholiques ne représentent que 3,90% (1987) et 6,73% (1988) des patients toxicomanes. Ceci s'explique par le fait que le nombre total de patients inscrits sur le registre comporte plus de musulmans que de catholiques.

Exemple : en 1987, 1356 malades musulmans sont venus se faire consulter contre 105 malades catholiques seulement.

Les enquêtes par sondage effectuées au Sénégal depuis le recensement de 1976 jusqu'à celui de 1988, indiquent que la religion musulmane (94%) est largement dominante par rapport à la religion chrétienne (4,9%).

Il y a une sur-représentation des musulmans en 1987 avec 95,12% contre 94% de l'ensemble de la population sénégalaise et en 1988, on observe une sous-représentation de ces derniers : 93,27% contre 94%. Les catholiques et les non catholiques sont sous représentés également avec respectivement 3,90% (1987) contre 4,9% et 0,98% (1987) contre 4,9%. Par contre pour l'année 1988, les catholiques sont sur-représentés avec 6,73% contre 4,9%.

En Afrique, les catholiques seraient au nombre de 66 millions (à peu près 15% de la population totale) et les musulmans 206 millions (40%) (32). Les deux religions les plus répandues dans le monde aussi sont le Catholicisme (825.592.000 fidèles en 1985 selon The Catholic Almanach) et l'Islam (805.286.150 adeptes en 1984 selon le Centre des Hautes Etudes sur l'Afrique et l'Asie Moderne) (32).

Tableau nIV : Répartition des patients toxicomanes selon l'ethnie :

Année. 1987

	Ethnie	WOLOF	PULARS	SERERES	DIOLAS	MANDING (Bambara)	SONINKE (Socé-Sara kholé)	AUTRES	"NON PRECISE"	TOTAL
Masculin	Nombre	115	45	15	-	5	6	13	1	200
	%	57,5	22,5	7,5	-	2,5	3	6,5	0,5	100
Féminin	Nombre	4	1	-	-	-	-	-	-	5
	%	2	0,5	-	-	-	-	-	-	2,5
Total	Nombre	119	46	15	-	5	6	13	1	205
	%	58,05	22,45	7,30	-	2,45	2,90	6,35	0,50	100

ANNEE 1988

	Ethnie	WOLOFS	PULARS	SERERES	DIOLAS	MANDING (Bambara)	SONINKE (Socé-Sara kholé)	AUTRES	"NON PRECISE"	TOTAL
Masculin	Nombre	53	19	10	3	5	7	5	-	102
	%	51,96	18,63	9,80	2,95	4,90	6,86	4,90	-	100
Féminin	Nombre	1	-	1	-	-	-	-	-	2
	%	50	-	50	-	-	-	-	-	100
Total	Nombre	54	19	11	3	5	7	5	-	104
	%	51,90	18,26	10,57	2,88	4,80	6,73	4,80	-	100

Autres : Cap-verdiens, Maures, Soussou, Gambiens, Bénéinois

Toutes les ethnies semblent être touchées; mais les Wolofs prédominent avec respectivement 119 patients en 87 soit 58% et 54 patients en 88 soit 51,90% de l'ensemble des toxicomanes.

Après eux, viennent les Halpulaaren :

46 patients soit 22,45% (1987)

19 patients soit 18,25% (1988)

et  
les sérères :

15 patients soit 7,30% (1987)

11 patients soit 10,57% (1988)

-- On note une sur-représentation des wolofs avec 58,05% (87) et 51,90% (88) contre 43,7% de l'ensemble de la population sénégalaise.

Faudra-t-il rechercher les causes de cette sur-représentation dans l'urbanisation plus poussée chez les wolofs avec toutes les conséquences :

- drogues et débauche dans les villes,
- perte plus accentuée des références culturelles,
- occidentalisation de la famille etc...

-- Sous-représentation par contre des sérères avec 7,30% en 1987 et 10,57% en 1988 contre 14,8% de l'ensemble de la population sénégalaise.

Peut-être qu'il faudra rechercher des explications de ce phénomène dans :

- la sédentarité des sérères,
- leur moindre contact avec l'urbanisation,
- la conservation de certaines valeurs culturelles,
- la solidarité dans le groupe ethnique et

- enfin l'existence en milieu sérére d'une psychiatrie traditionnelle de grande renommée qui prendrait en charge une bonne partie de ces malades. Il y a également la case de santé de Niakhar située à 18 kilomètres (km) de Fatick qui joue un rôle non moins important.

-- sous-représentation aussi des halpulaaren avec 22,45% (1987) et 18,26% (1988) contre 23,2% de l'ensemble de la population sénégalaise.

Nous tenterons d'expliquer le fort pourcentage d'usagers de drogues chez les halpulaaren par leur abondance dans la région du Cap-Vert. En effet, une fois l'école coranique terminée, ils se ruent vers la capitale en quête de travail; c'est ainsi qu'on les retrouve surtout dans le secteur informel (cireurs...) sinon beaucoup d'entres eux contribuent à élargir la population de chômeurs et de "délinquants".

Année 1987

Profession	Sexe		Total	
	Masculin	Féminin	Nombre	%
Cadres supérieurs (fonction publique)	10		10	4,88
Cadres moyens	21		21	10,94
Professions libérales (Avocats, Médecins...)	1		1	0,49
Commerçants	9		9	4,39
Ouvriers	37		37	18,05
Artisans	15		15	7,31
Cultivateurs	5		5	2,44
Etudiants-Elèves	26		26	12,68
Sans profession	58	4	62	30,24
Autres (Garçons de ménage, militaires, manoeuvres)	17	1	18	8,78
"Non précisé"	1	-	1	0,49
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>5</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Tableau n° V : Répartition des patients toxicomanes suivant la profession

- Les sans profession : parmi les 205 et les 104 toxicomanes qui constituent notre travail : 30,25% et 41,35% sont des sans profession.

Ce sont des gens désœuvrés, découragés qui présentent un déséquilibre entre le besoin d'action et les possibilités de réalisation et, qui voient s'effacer leurs sentiments d'infériorité sous l'effet des drogues.

- Les ouvriers et artisans :

Leurs pourcentages ne sont pas négligeables, respectivement 18,05% et 7,30% (1987), 14,42% et 1,92% (1988) pour l'effectif enquêté. Il s'agit de jeunes adolescents, renvoyés très tôt de l'école et dont le niveau d'études demeure ainsi très bas.

Ce taux important s'explique aussi par la condition sociale modeste, le contact fréquent avec les drogues surtout les solvants organiques (cas des menuisiers avec le diluant...) et les produits psychotropes (tranquillisants, hypnotiques barbituriques, benzodiazépines à action hypnotique dominante comme le rohypnol..., les amphétamines etc... dénommés "pions".

Les produits pharmaceutiques les plus utilisés selon notre dépouillement par les toxicomanes sont :

- les hypnotiques barbituriques à action rapide : Imménoctal\* ou Noctadiol\* (sécobarbital)

- benzodiazépines 1,4 à action anxiolytique prédominante, nitrées en 7 :

. le rohypnol\* (flunitrazépam) appelé roche par les utilisateurs.

. le mogadon\* (nitrazépam)

- les benzodiazépines carbonylées en 2 : le valium\* (diazépam)

(sédatif, auxiolytique, myorérelaxant et anticonvulsivant) appelé aussi roche 2 (2mg) roche 5 (5mg)

Ces termes servent en même temps de mot de passe.

- les amphétamines (aspirine amphotaminée, "bulgarie").

-- Année 1988 : Répartition des patients toxicomanes  
suivant la profession ;

Année 1988 :

Profession	Masculin	Féminin	Total	
			Nombre	%
Cadres supérieurs (Fonction publique)	1		1	0,96
Cadres moyens	5		5	4,80
	-	-	-	-
Commerçants	2	1	3	2,88
Ouvriers	15		15	14,42
Artisans	2		2	1,92
Cultivateurs	4		4	3,85
Etudiants-Elèves	10		10	9,62
Sans profession	42	1	43	41,35
Autres (garçons de ménages, de salle militaires, manoeuvres)	21	-	21	20,20
	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>2</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

-Le milieu scolaire :

Il est touchée : 12,70% (1987)

9,60% (1988)

N'Diaye dans son mémoire de fin d'études spéciales en population rapporte un taux de 19,9% (enquête menée dans le même pavillon de consultation de Janvier à Juin 1989 (47). Ceci peut s'expliquer par la crise que traverse l'école sénégalaise en ce moment et qui est matérialisée par les grèves, l'année blanche, le chômage... Il y a aussi la déperdition scolaire.

Les résultats de l'enquête épidémiologique effectuée au Sénégal sur la consommation de drogues illicites montre que selon le statut que cette consommation atteint 10,70% de jeunes de (15-24 ans) en milieu scolaire (et 23,9% en milieu extra-scolaire).

- Les cultivateurs :

Il y a une entrée progressive des cultivateurs dans la drogue (notamment au niveau du trafic). La sécheresse persistante, l'émancipation des paysans, l'abaissement continu de leur de vie et l'exode rural peuvent être évoqués comme circonstances favorisantes. Par exemple, en casamance tout un village de paysans a été arrêté en 1987 pour culture de cannabis sur une grande échelle (des champs entiers).

- Les cadres supérieurs :

Ils sont également représentés bien que sur le plan matériel, ils soient relativement plus aisés que les autres.

La toxicomanie ne serait donc pas uniquement l'affaire des pauvres!

## TABLEAUX NVI: REPARTITION DES PATIENTS TOXICOMANES PAR REGION:

Année 1987

Région Sexe	Dakar	Ziguinchor	Diourbel	Saint-Louis	Kaolack	Thiès	Louga	Fatick	Autres (Banjul) (U.S.A)	Nombre
Masculin	148	2	5	10	10	13	3	4	5	200
Féminin	5	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Total	153	2	5	10	10	13	3	4	5	205
%	74,65	0,97	2,44	4,88	4,88	6,34	1,45	1,95	2,44	100

Année 1988

Régions Sexe	Dakar	Ziguinchor	Diourbel	Saint Louis	Kaolack	Thiès	Louga	Fatick	Autres (Banjul) (U.S.A)	Nombre
Masculin	75	1	3	-	5	14	3	-	1	102
Féminin	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Total	77	1	3	-	5	14	3	-	1	104
%										

Région de Dakar: 153 cas de toxicomanie soit 74,65% (1987)

77 cas de toxicomanie soit 74% (1988)

La prédominance des cas originaires de la région de Dakar pourrait s'expliquer par le fait que la capitale du Sénégal, Dakar est de loin, la ville la plus peuplée et la plus importante.

De plus, le C.H.U. de FANN y est implanté alors que des formations sanitaires du même type sont pratiquement inexistantes dans les autres régions (exceptées Tambacounda, Ziguinchor). Il faut préciser qu'une consultation psychiatri-

que a été inaugurée à Saint-Louis en juillet 1987 et une autre (à peu près) régulière à Thiès qui se fait en principe tous les mois. Ceci pourrait expliquer la diminution de pourcentage de la région de Thiès en 1987 (6,34%) contre 12% en 1984 dans le travail de Picard (56) et ceux de Saint-Louis de 9% à 4,88%.

Mais si on considère l'étude épidémiologique de l'UNESCO en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale du Sénégal avec le concours scientifique de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) effectuée au Sénégal sur la consommation de drogues (alcool, tabac, médicaments psychotropes, drogues illicites) parmi les 15 - 24 ans dont le premier cycle du programme débuté en 1986 a été publié en 1988, nous constatons que la consommation des drogues illicites selon les régions est plus élevée à Kaolack (21,5% prennent au moins un produit), suivi de Fatick (20,9%) ensuite viennent Louga (17,2%), Saint-Louis (15,5%), Diourbel (14,9%) (69).

D'après cette étude, les régions de Dakar, Thiès et Ziguinchor seraient les régions les moins consommatrices de drogues illicites.

Ainsi, contrairement à notre étude, Dakar ne viendrait pas en tête, mais en 5e position bien qu'on y trouve en nombre absolu le plus de consommateurs.

C'est ainsi que selon l'enquête sur la population pénale basée sur les données statistiques fournies par les régisseurs de prisons et provenant des registres d'écrou pour l'année 1988 et 1989, adressée à la Direction de l'Administration pénitentiaire, division de la législation, des statistiques et de l'instruction, la densité de la criminalité et de la répression est plus forte dans la région de Dakar. Cela s'explique d'après cette enquête par le fait de la croissance démographique constante de la ville de Dakar ainsi que sa position de plaque tournante pour l'Afrique cf tableau VI.

Regions	Jan	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov.	Dec	Total
Dakar	256	957	1257	975	652	1011	874	821	709	769	816	855	10222
Ziguin	63	71	107	68	76	46	58	61	56	54	54	56	762
Diourbel	54	65	111	59	39	96	68	65	45	55	68	72	797
Saint-Louis	72	50	216	87	55	54	52	40	38	39	48	49	800
Tambacounda	21	28	25	35	32	44	48	25	27	37	46	54	422
Kaolack	104	113	143	99	118	119	116	103	109	107	113	123	1367
Thiès	96	135	219	172	179	151	139	105	108	112	119	126	1661
Louga	35	41	70	35	39	37	33	23	32	22	31	39	437
Fatick	15	19	47	46	24	15	21	9	16	14	23	19	268
Kolda	9	27	16	19	25	10	27	17	23	17	19	16	225
Totaux	995	1506	2211	1595	1239	1589	1436	1269	1163	1218	1337	1409	16967

Tableau n° VI : Répartition géographique des personnes écrouées et de la criminalité

**TABLEAU NVI: REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PERSONNES  
ECROUEES ET DE LA CRIMINALITE ANNEE 1988 :  
ENQUETE SUR LA POPULATION PENALE**

\* Le pourcentage des personnes écrouées dans chaque région: ANNEE 1988

Dakar : 60,24%

Thiès : 9,78%

Kaolack : 8,05%

Saint-Louis: 4,71%

Diourbel : 4,69%

Ziguinchor : 4,49%

Louga : 2,57%

Tambacounda: 2,48%

Fatick : 1,57%

Kolda : 1,32%

\* Pourcentage des personnes écrouées dans chaque région:

ANNEE 1989:

Dakar : 58,45%

Thiès : 10,61%

Kaolack : 9,01%

Diourbel : 5,17%

Saint-Louis: 4,75%

Ziguinchor : 4,26%

Tambacounda: 2,18%

Louga : 1,99%

Kolda : 1,89%

Fatick : 1,69%

Il est donc nécessaire de faire des efforts de prévention non seulement dans la capitale, mais aussi, dans les diverses régions du Sénégal.

**TABLEAU NVII : REPARTITION DES PATIENTS TOXICOMANES  
SELON LEUR SITUATION MATRIMONIALE**

Année 1987 :

Etat-Civil / Sexe	Célibataires	Mariés	Divorcés	Veufs	Non-précisés	Total
Masculin	160	28	11	-	1	200
Féminin	3	-	2	-	-	5
Total	163	28	13	-	1	205
%	79,50	13,66	6,34	-	0,50	100

Année 1988

Etat-Civil / Sexe	Célibataires	Mariés	Divorcés	Veufs	Non-précisés	Total
Masculin	88	14	-	-	-	102
Féminin	1	-	1	-	-	2
Total	89	14	1	-	-	104
%	85,57	13,46	0,97	-	-	100

1987

\* Mariés : 13,65%

\* Divorcés : 6,30%

\* Célibataires: 79,50%

1988

\* Mariés : 13,45%

\* Divorcés : 0,95%

\* Célibataires: 85,57%

La prédominance des célibataires tient du jeune âge des patients dans un contexte de crise économique favorisant le mariage tardif. De plus, l'usage des drogues peut entraîner une marginalisation qui détourne l'individu du mariage ou le retarde. D'après le recensement effectué en Mai-Juin 1988, 44% des hommes en âge de se marier sont des célibataires contre seulement 19,3% chez les femmes.

**Tableau n°IX : Répartition des patients toxicomanes  
suivant la drogue utilisée :**

Année 1987 :

Toxique utilisé	Nombre	Pourcentage
Cannabis (local salsa, lopito, niakoye, sinsemilla)	66	32,20
Hashich	01	0,50
	07	3,40
Solvants organiques ("Guinz")	01	0,50
Héroïne	02	0,95
Cocaine	01	0,50
Cannabis + psychotrozes	33	16,10
psychotropes + alcool	28	13,65
Cannabis + Psych. + Alcool	25	12,20
Cannabis + Psych + Sol.orga.	01	0,50
Cannabis + Psych. + Sol.orga. + Alcool	01	0,50
psychotropes + Alcool	04	1,95
psychotropes + solv. orga.	01	0,50
Héroïne + Cannabis + Psych.	01	0,50
Héroïnes + Cannabis + Alcool	01	0,50
Morphine + Héroïne + Cannabis + Pions	01	0,50
Cocaine + Psychotropes	01	0,50
"Non précisés"	20	9,75
Alcoolisme	10	4,90
Total	205	100

-- Année 1988 :

**Répartition des patients toxicomanes suivant la drogue utilisée:**

Année 1988 :

Toxique utilisé	Nombre	Pourcentage
Cannabis (local, salsa, lopito, niakoye, sinsemilla)	22	21,16
Hashich	1	0,96
Hashich + L.S.D + Alcool + Héroïne	1	0,96
psychotropes (barbituriques, benzodiazepines...)	6	5,77
solvants organiques ("guinz")	-	-
Héroïne	2	1,92
Cocaine	-	-
Cannabis + psychotropes	18	17,31
Cannabis + alcool	10	9,62
Cannabis + Psych. + Alcool	-	-
Cannabis + Psych + Sol.org.	12	11,54
Cannabis + Psych. + Sol.org. + Alcool	7	6,73
Psychotropes + Alcool	2	1,92
psychotropes + solv. org.	1	0,96
Héroïne + cannabis	1	0,96
Héroïne + Cannabis + Alcool	-	-
Héroïne + Cannabis + Psych.	2	1,92
Héroïne + subst. Psych	2	1,92
"Non précisé"	17	16,35
Total	104	100

-- Le cannabis est non seulement la drogue la plus utilisée seule (32,19%) ; mais aussi celle qui est présente dans presque toutes les associations de drogues.

Pourtant plus que toute autre substance toxique, c'est elle qui est la plus combattive dans la législation. Presque toutes les lois votées pour lutter contre l'usage de la drogue font allusion au cannabis. Dès lors on peut se demander si la répression policière seule suffit pour venir à bout de ce phénomène?

Toujours au Sénégal en 1979, Seck (1) affirmait que "tous les usagers de chanvre indien recensés sont de sexe masculin".

Dans notre travail pour 1987 et 1988, nous avons trouvé 5 cas de sexe féminin en 1987 et 2 cas de sexe féminin en 1988 alors que Colomb et collaborateurs (5) en 1962 écrivaient "pratiquement le cannabisme ne touche pas les femmes..."

Par contre les résultats trouvés en France par Olivier (49) indiquent que "la répartition des toxicomanes selon le sexe est de 2,5 hommes pour 1 femme environ".

Mais nous pensons qu'actuellement les moeurs se relâchent, les femmes ne sont plus des "saintes nitouches".

Les effets ressentis par les consommateurs après la prise du cannabis sont modulés par des facteurs intrinsèques et extrinsèques :

\* intrinsèques : - la richesse du vécu personnel dépend de l'individu consommateur, son expérience et sa technicité, ses motivations à utiliser le cannabis, son état d'humeur au moment de la prise, sa sensibilité individuelle, son niveau intellectuel ou culturel qui sont autant de facteurs conditionnant,

- la concentration en produit actif et la quantité inhalée jouent également un rôle déterminant dans la manifestation des effets ressentis.

\* extrinsèques : l'environnement joue un rôle important particulièrement dans le cas du cannabis qui est considéré comme une drogue de groupe (69).

Tous ces facteurs interviennent largement dans la réussite du "voyage" qui selon les jeunes se déroulerait en 3 étapes :

- l'éniivrement (night)
- sensation de bien-être (feeling)
- somnolence, sommeil (down)

Cette ivresse cannabique (high) associe des éléments cliniques somatiques et psychologiques.

Elle se déroulerait en 4 phases successivement entrecoupées de période calme :

- une phase de sensation de bien-être euphorique survenant une à deux heures après l'inhalation.
- une phase caractérisée par une hyperesthésie sensorielle responsable d'illusions, voire d'hallucinations. Le sujet peut alors déborder de tendresse euphorique ou être victime d'un raptus anxieux. Les notions de temps et d'espace sont perturbées et les phénomènes sensoriels engendrent un monde extraordinaire.
- la phase du repos extatique ou "Kif" fait suite
- une dernière phase permet le sommeil.

Le cannabis, à quantités égales, considéré à tort comme le moins actif des hallucinogènes et la moins toxique des drogues classiques, devient dangereux en fonction de l'importance de la dose, de la fréquence de l'usage, ainsi que de la sensibilité au produit.

La dépendance psychique existe avec le cannabis. Elle est modérée et même forte pour les individus qui font un usage régulier, voir quotidien de la drogue.

Par contre, on ne peut parler de dépendance psychique chez la grande majorité des consommateurs occasionnels (69).

Les auteurs considèrent qu'il y a absence de dépendance physique chez la grande majorité des consommateurs occasionnels. Par contre, il existe un syndrome caractéristique associé couramment à une forte consommation chronique de cannabis décrit en 1968 par Glothin et West sous le nom de "syndrome amotivationnel".

Les caractères principaux de ce syndrome sont :

- l'apathie,
- la diminution des motivations, de l'attention et du jugement,
- la distraction,
- la réduction de l'efficacité,
- la perte du sens des réalités,
- le goût pour le laxisme des moeurs plutôt que pour une vie structurée et dirigée vers un but,
- le désintéressement pour le futur et l'impossibilité de préparer l'avenir,
- la négligence de l'hygiène corporelle.

Ce syndrome a été noté chez quelques uns des patients du pavillon de consultation de l'hôpital Fann et parmi quelques fumeurs interviewés.

Quoiqu'il en soit, il apparaît que ce syndrome associé à l'usage du cannabis constitue une détérioration sociale.

-- la consommation de psychotropes ou "pions" est assez importante. Elle prend des proportions de plus en plus inquiétantes. L'accès à ces produits est assez facile, surtout dans les marchés des quartiers pauvres (Colobane, Thiaryoye, Tilène).

Les toxicomanes entrent aussi dans les pharmacies avec le plus souvent une ordonnance falsifiée ou volée, si elle n'est pas tout simplement erronée (deux boîtes de valium pour un enfant de 10 ans par exemple).

Parfois c'est la nature et la quantité du produit demandé qui éveillent des doutes (je voudrais de l'elixir parégorique pour mes copains et moi : on est tous en vacances et on a tous la diarrhée) quant à l'authenticité de l'éventuelle ordonnance. L'attitude du client au moment de la demande aussi doit attirer l'attention du pharmacien.

Parmi les comportements sociaux actuels favorisant la toxicomanie, il apparaît que la banalisation occupe une place importante.

-- l'utilisation des solvants organiques ou "guinz" est l'apanage de la préadolescence. Les produits sont d'obtention facile : quincailleries, librairies où ils sont en vente libre et de coût assez bas. De plus, ils ne souffrent d'aucun caractère illicite.

Selon l'enquête épidémiologique (69), près d'un jeune sur 10 prend des "pions" à Louga ou Fatick et 11,5% des non scolaires en prennent contre 3,8% des scolaires.

Pour le "guinz", il touche près d'un jeune sur 10 à Kaolack et Fatick et 12,9% des non scolaires contre 3,2% des scolaires.

-- Signalons l'introduction, certes timide, de drogues "dures" (opiacés, cocaïne) en 1987 et 1988. Déjà, en 1985, M'Bodj le signalait dans sa thèse (40).

Selon les statistiques de la police judiciaire, il y a une utilisation locale de ces drogues depuis 1986.

Interpol en 1983-1984, avait signalé un transit de cocaïne à travers le Sénégal. Il n'est pas impossible qu'il existe une certaine toxicomanie à ces drogues chères, non seulement dans la classe bourgeoise mais aussi chez les enfants de prolétaires qui sont appâtés puis huppés par les mailles des criminels de trafiquants.

L'étude épidémiologique réalisée au Sénégal en 1986-1987 montre que les drogues dures viennent loin derrière le "yamba" (6,9%), les pions (5,9%), le guinz (5,1%), les drogues dures (2,1%). Cependant, dans la seule région de Kaolack, parmi les jeunes, 4,6% ont déjà pris des drogues dures ce qui représente un jeune sur 22 (1/22).

Il n'y a aucun cas d'usage de Datura metel dans notre travail par contre celle de l'étude épidémiologique (69), rapporte que 1 jeune sur 33 (1/33) a déjà goûté au Datura à Fatick. Ce rapport est de 1/300 à Ziguinchor.

Il faut noter l'importance de la polytoxicomanie et pour laquelle toutes les combinaisons ont été réalisées.

Nous précisons enfin, que nous ne classons pas l'alcoolisme dans le cadre des toxicomanies (drogue trop familière et trop socialisée). Cependant, nous mentionnerons l'usage de l'alcool dans les polytoxicomanies.

\* Illustrations concernant la répartition des patients toxicomanes du pavillon de consultation de Fann suivant la drogue utilisée :

. Pour le cas typique concernant l'association morphine + héroïne + cannabis + pions; il s'agit de la fiche n° 18.193 de l'année 1987, c'est un jeune qui a été entraîné par des marins.

Sinon à part ce cas, nous n'avons pas retrouvé de cas d'utilisation de morphine, ni des cas de saisies de cette drogue (cf police judiciaire) au Sénégal.

. Toujours pour l'année 1987 Fiche n° 17492, on a relevé une association de cocaïne + barbituriques (noctadiol et imménoctal) + benzodiazépines ("Roche" qui peut signifier Valium ou Rohypnol. C'est un mot de passe qui est utilisé dans le milieu par les toxicomanes pour déjouer la vigilance des policiers surtout. En effet, ces comprimés sont mélangés à d'autres produits (aspirine...) qui apparemment ne sont pas nocifs ou prohibés.

A noter que "Roche" est le nom du laboratoire Roche qui a mis sur le marché le Valium et le Rohypnol. Suivant le dosage donc, on retrouve le Roche 1 (c'est à dire 1mg qui correspond au Valium 1mg ou Rohypnol 1mg, Roche 2 etc...)

. Pour l'année 1988 : fiche n°18932, il s'agit d'une fille cette fois-ci : C...F., qui a été amenée par les gardes pénitentiers. Elle a été détenue pour toxicomanie à l'héroïne. Elle a été pris en flagrant délit en train de fumer en compagnie d'amis qui eux fumaient de la cocaïne.

Elle a vécu à Paris un certain temps où elle prenait en plus de l'héroïne du chanvre indien, mais d'après elle, l'héroïne elle y avait déjà goûté à Dakar avant de partir à l'étranger.

. Fiche n°18482 : Année 1988 : Ah... T.D. 32 ans,

on note l'association : Hashich + alcool + L.S.D + héroïne.

Ce malade a été reçu pour troubles du comportement avec éléments auto-agressifs majeurs sans structure précise sur un terrain de toxicomanie.

Il a débuté à Kaolack en 1972 avec le hashich et l'alcool. Cette toxicomanie s'est aggravé en Europe (séjour de 1978 à 1984) avec l'utilisation du L.S.D et de l'héroïne. A son retour, il a eu au début des problèmes de fournisseurs surtout pour le L.S.D.(qu'il continue de prendre de façon épisodique;) mais pour l'héroïne il sait où se ravitailler à Dakar :

- A la "rue sans loi" qui se trouve dans le quartier de la Gueule Tapée non loin du cinéma El hadj,

- A Grand-Dakar à coté du cinéma El Mansour

- Signalons aussi qu'en dehors de l'hôpital, à Dakar-plateau, dans certains milieux très aisés (bourgeois, aristocrates), on utilise le crack appelé "tam-tam" dans leur jargon; il s'agit de cristaux agglomérés obtenus à partir de la cocaïne en présence de sels alcalins (bicarbonate de soude). Le produit se présente sous forme de suc épais appelé "caillou" que les fumeurs déposent sur du papier cellophane, au dessus d'un verre. Ensuite ils mettent une braise sur le caillou à l'aide d'une pince. Il se produit une effervescence avec dégagement de vapeurs, qu'ils inhalent à l'aide d'une pipette (Aux Etats-Unis, les fumeurs utilisent une pipe à eau). Le principe actif arrive au cerveau en quelques secondes et provoque des effets 4 à 5 fois plus intenses que ceux provoqués par la simple cocaïne. Au bout du voyage, souvent on débouche sur la mort.

**Tableau n°X : Répartition selon les affections rencontrées  
et qui sont révélées par la toxicomanie :**

Année 1987 :

Affections	Nombres de cas	Pourcentage
Dépression	15	8,10
Bouffée délirante aiguë	13	7,03
Confusion mentale	3	1,62
Accès maniaque	4	2,16
Accès mélancolique	-	-
Syndrome dissociatif ou schizophréniforme	19	10,27
Psychose hallucinatoire chronique	25	13,51
Troubles de type paranoïaque	3	1,62
Délire chronique	1	0,55
Manifestation de type névrotique	6	3,25
Troubles épileptiformes	4	2,16
troubles du comportement sans diagnostic nosographique précis	61	32,97
Autres manifestations pathologiques	19	10,27
Sans affection patente avec demande de cure de désintoxication	12	6,50
	185	100

1988

Affections	Nombres de cas	%
Dépression	5	4,80
Bouffée délirante aiguë	10	3,62
Confusion mentale	2	1,92
Accès maniaque	2	1,92
Accès mélancolique	1	0,96
Syndrome dissociatif ou schizophréniforme	7	6,74
Psychose hallucinatoire chronique	11	10,58
Troubles de type paranoïaque	1	0,96
Délire chronique	2	1,92
Manifestation de type névrotique	-	-
Troubles épileptiformes	7	6,74
Troubles du comportement sans diagnostic nosographique précis	38	36,54
Autres manifestations pathologiques	5	4,80
Cure de désintoxication :	13	12,50
	104	100

Répartition selon les affections rencontrées et qui sont révélées par la toxicomanie :

-- Les troubles du comportement :

Ils prédominent. Les patients toxicomanes après usage intensif de drogue ont présenté à l'entrée les signes suivants :

- agressivité
- agitation psychomotrice
- hallucinations visuelles et auditives
- insomnie...

Certaines données importantes n'ont pu être retrouvées dans les dossiers à saisir :

- . les raisons avancées amenant la prise de la drogue,
  - . les effets ressentis après la prise de la drogue,
  - . les renseignements sur la qualité des interrelations au sein de la famille etc...;
- c'est pourquoi nous avons réalisé un guide d'entretien basé sur des témoignages pour essayer d'expliquer certains attitudes et comportements.

-- La bouffée délirante aiguë (B.D.A.) :

Son incidence sur les malades est telle que nous pensons que chaque fois qu'un jeune homme vient consulter dans un tableau aigu d'agitation psychomotrice avec logorrhée et délire, il faut d'abord penser à une prise de drogue.

-- La dépression : elle est peut être liée aux multiples crises qui frappent nos populations : crise dans les valeurs culturelles, crise économique, crise de la famille, les stress etc...

-- La schizophrénie : elle occupe une place non négligeable ainsi que les psychoses hallucinatoires chroniques. Cela pose le problème des pharmacopsychoses : quelle est la part des drogues dans la survenue des affections mentales?

-- La demande de cure de désintoxication sans affection patente :

Il existe une volonté manifeste de la part de certains toxicomanes à venir solliciter une cure de désintoxication avant l'apparition des troubles psychiatriques. Ceci est encourageant d'autant plus que la plupart des "bons" résultats ont été obtenus chez ces patients ; mais la réinsertion s'avère toujours difficile (manque d'infrastructures d'accueil...).

\* Les autres données

- l'état de santé des parents, la situation conflictuelle

Dans la plupart des cas, le père est décédé, parfois c'est la mère ou les deux à la fois, quand les parents sont vivants et bien portants, il y a le plus souvent des conflits :

- soit un divorce,

- soit le malade ne s'entend pas avec l'un de ses parents.

Nous avons noté qu'il existait fréquemment un défaut d'identification, soit l'enfant est élevé par une tierce personne ou alors il est influencé par la télévision ou certains films qui développent chez lui une violence aveugle, gratuite et nocive.

La télévision quant à elle entraîne une érosion de l'identité du jeune qui sans s'en rendre compte devient un consommateur de l'information et non un acteur. Il perd ainsi sa personnalité car il se réfère à des héros fictifs ("Alexis, Steven...") et négatifs qui n'oeuvrent en rien à l'affirmation de notre culture au lieu de se référer à son père par exemple.

- Les lieux d'usage de la drogue

La plupart des toxicomanes font usage de la drogue dans leur chambre en allumant de l'encens pour camoufler l'odeur du produit utilisé. D'autres le font en brousse ou sur les plages... En somme, ils se cachent. Sont-ils conscients de l'hostilité manifestée par l'entourage à l'encontre de cette forme de recherche du plaisir !

- Le niveau d'étude :

Tout en déplorant le fait qu'il n'y ait pas eu une meilleure tenue des fiches avec tous les renseignements nécessaires pour notre étude ce qui a engendré un certain nombre "d'indéterminés" entraînant du coup des résultats qui auraient tendance à être moins objectifs, nous pouvons cependant affirmer que le niveau d'étude des malades consultant pour "motif toxicomanie" est très bas en général (d'après le dépouillement des fiches de Fann et les enquêtes sur le terrain).

En effet, comme l'ont noté d'autres études antérieures, il s'agit le plus souvent de la catégorie des ouvriers et des sans profession qui voient leurs études, s'arrêter au niveau du primaire.

Les résultats de Gruselle abondent dans le même sens (22).

- La personnalité :

D'après M'Bodj (40) : 50% de ces patients "toxicomanes" ont une personnalité psychotique, ensuite viennent les psychopathiques, puis les névrotiques.

Il faut noter que la plupart des drogués sont des gens à structure psychologique perturbée

- La durée de l'intoxication :

Elle est variable, de deux à cinq ans en moyenne avec des extrêmes de six mois à vingt ans et plus.

- Les motivations :

Elles sont difficilement appréciables. Cependant elles sont sous-tendues par :

- \* un contexte socio-économique très difficile,
- \* une situation familiale très conflictuelle,
- \* un désir d'imitation, d'identification ou d'intégration au sein du groupe,
- \* une déception,
- \* un déficit sexuel,
- \* une absence d'identification (au père),
- \* parfois, aucune raison n'est évoquée par le malade.

- Le motif de consultation :

Le plus souvent, il s'agit de troubles du comportement remarqués par l'entourage et qui ont commencé depuis un temps variable. Parfois, il s'agit d'un tableau aigu qui cache une bouffée délirante. Le tableau s'accompagne fréquemment de délire mystique, de thèmes persécutifs qui font attribuer l'affection, par les parents, de "rabs" (esprits des ancêtres), de "ligeey" (maraboutage) ou de "Jomi" (hallucinations visuelles qui seraient dues à la rencontre de mauvais esprits surtout la nuit) d'où la nécessité d'informer ces derniers afin qu'ils puissent reconnaître un drogué d'un non drogué c'est à dire d'un vrai malade mental.

- L'évolution :

Elle est bonne dans certains cas où les malades ont suivi des consultations régulières jusqu'à la reprise d'une vie presque "normale"; mais le diagnostic de guérison n'a jamais été mentionné sur la fiche.

Elle est défavorable dans d'autres cas malgré un traitement souvent long. Nous pouvons être en présence de malades dont la personnalité est profondément

ment atteinte, de patients "accrochés" qui ne peuvent plus se passer de la drogue.

Parfois le malade est perdu de vue sans que l'on puisse apprécier l'évolution.

- Le traitement :

#### **a) La psychothérapie :**

Elle n'est pas systématique. Elle est pratiquée par les médecins à l'hôpital de Fann. Ces derniers l'utilisent surtout en cas de conflit aigu dans la famille ou dans le cas d'une demande de cure de désintoxication. Il s'agit le plus souvent d'entretiens réguliers ayant pour but de permettre au malade de dépasser ses conflits.

#### **b) La chimiothérapie**

Elle est toujours appliquée. Dans les toxicomanies à composante psychotique, on administre au patient un neuroleptique. En cas de dépression associée, on ajoute un antidépresseur. Une fois la décompensation jugulée, le malade est pris en charge pendant trois à six semaines (où il ne fume plus) ensuite il échappe au contrôle de FANN à sa sortie car il n'y a pas d'équipes qui puissent prendre le relais au niveau du secteur de ce patient ; ce qui entraîne une forte chance de rechute. En effet, plongé de nouveau dans le milieu conflictuel, le sujet peut recommencer à se droguer. Une réinsertion sociale est donc nécessaire, mais cela dépasse la compétence des psychiatres pour entrer dans le cadre plus global de la politique gouvernementale.

Il faudrait préciser que la plupart des patients avaient déjà un diagnostic et la toxicomanie dans ce cas n'est qu'un épiphénomène.

Nous avons utilisé pour le travail de FANN une méthode comparative avec une variable dépendante qui est la variable clef : le sexe (masculin, féminin) croisé avec les autres items considérés provenant des différentes variables (âge, ethnique, religion...).

Le seul problème est le pourcentage de femmes qui est trop faible car il n'obéit pas aux critères rigoureux d'un échantillon dit représentatif.

Si nous avons réalisé une enquête dans certains "milieux déviants" (boîtes de nuit, prisons...), nous aurions très certainement trouvé un pourcentage plus élevé et assez éloquent, les "déviants" étant plus nombreux dans ces endroits qu'ailleurs. Mais, nous avons voulu interroger une "population" dont, au début,

on pouvait espérer qu'elle ne se droguait pas; une enquête dans ce sens, nous semblait plus fructueuse et les résultats qui en découleraient, refléteraient mieux la réalité. Il y a également les problèmes des moyens essentiellement techniques et économiques. Le constat que nous avons fait après ce travail : c'est qu'il y a plus de demandes de consultation pour motif "toxicomanie" par rapport aux travaux antérieurs d'où une certaine progression qui démontre que la toxicomanie est en croissance dans notre société. Il faut cependant noter que si ce dépouillement n'est pas représentatif de l'évolution de la toxicomanie au Sénégal dans sa globalité ; il est quand même représentatif des états morbides, des états d'inquiétude, de l'angoisse des jeunes qui viennent de plus en plus solliciter une certaine aide (cure de désintoxication).

#### **I-1-1-4 Témoignages ou observations - Commentaires:**

Nous avons relevé divers modes d'entrée dans la toxicomanie. A travers des exemples caractéristiques, nous essaierons d'en donner les causes.

##### **. Observation n1 :**

M... B. jeune fille de 22 ans (1/07/66), musulmane, élève au Lycée Lamine GUEYE en classe de 5ème. De père monogame, elle est l'aînée d'une famille de 5 enfants. Son père (ingénieur des travaux publics), et sa mère ont divorcé quand elle avait 11 ans. Elle est célibataire, sans enfant (avortement), toucouleur, sénégalaise.

A l'entretien...M... a fait remarquer en 1985 lors des surprise-party où elle a commencé à fumer le "lopito" (variété de chanvre indien) en plus de la cigarette qu'elle prenait déjà. Puis en 1986, elle a été initiée au "sniffing" de l'héroïne par des copains à elle qui logent à la Médina. Au début, la "came" (drogue) était gratuite pour l'appâter, ensuite ils lui réclamaient de l'argent (15.000 F CFA le gramme d'héroïne). Enfin de Janvier à Juillet 1988, elle a séjourné en France chez son oncle et c'est là qu'elle a commencé à se prostituer, à voler les bijoux de sa maman.

En Septembre 1988, elle s'est confiée à sa mère (qui est secrétaire de direction) comme quoi, elle voulait arrêter, mais elle n'a pas assez de force pour le faire seule. C'est ainsi qu'elle fut hospitalisée à la clinique Sokhna Fatma. Vingt jours après, elle fuguait à nouveau interrompant la cure de désintoxication. Ensuite le 7 Janvier 1989, elle fut hospitalisée d'urgence pour septicémie à staphylocoque avec des pics de 40° de fièvre. Les médecins suspectaient également une tuberculose et le sida.

Les effets de l'héroïne sur le malade sont les suivants d'après elle :

- . somnolence ( tu crois dormir alors que tu ne dors pas),
- . extase profonde,
- . tu te crois bien alors qu'au fond tu n'es pas bien (toxicomaniè honteuse)
- .tu n'a plus envie de rien que de ça (plus d'amis à part ton groupe de "marginiaux", plus envie d'étudier ...),
- . asthénie sexuelle et engourdissement,
- . constipation de temps en temps,
- . perte de poids et d'appétit (elle n'a envie de manger que des trucs sucrés dans ces moments là),
- . apathie.

Elle n'a jamais eu d'overdose, mais elle en a entendu parler. Sa dose journalière est de 1 g par jour à 15.000 F le g soit 450.000 F par mois, plus que le salaire d'un cadre supérieur de la fonction publique.

Autres signes :

- . insomnie tenace,
- . céphalées
- . chair de poule
- . douleur au niveau de la colonne vertébrale,
- . crachats abondants...

Elle a été élevée par sa mère qui est catholique, apparemment très pieuse et respectable (fait partie d'une grande famille très connue au Sénégal). Sa mère est sèrère. Elle est complètement dépassée par le comportement de sa fille, cependant, elle n'a ménagé aucun effort pour lui donner une bonne éducation. Son père est toucouleur, très conservateur, musulman.

Elle prend sa drogue de préférence dans les toilettes quand elle est à la maison. Elle met la poudre d'héroïne dans une cuillère, elle y ajoute un peu de jus de citron. Elle chauffe ensuite le bas de la cuillère jusqu'à ébullition. Elle laisse décanter avant d'aspirer le liquide dans sa seringue, puis dans ses veines. Ces veines au niveau de l'avant-bras et des mains étaient toutes sclérosées à cause des nombreuses piqûres. Elle est de personnalité faible.

### **Commentaire :**

Nous constatons que cette jeune fille a évolué dans un milieu défavorable (mauvaises compagnies qu'elle reconnaît elle-même). Elle n'a pas eu de modèle d'identification parentale : non seulement le père est absent (divorce), mais il l'a rejetée à cause de la drogue qu'elle consomme, or elle l'aime beaucoup (carence affective); la mère travaille beaucoup, a des horaires impossibles et n'a donc pas assez de temps à lui consacrer. Elle ne connaît rien de la culture de ses parents (ni le poular, ni le sérère), et par conséquent ne la vit pas. Elle se sent alors mal dans sa peau et se drogue la mauvaise fréquentation aidant, pour finir son angoisse et résoudre ses problèmes.

Cette forme de fuite ou de retrait résigné pose des problèmes car elle empêche la mise au jour réelle des conflits, n'offrant qu'une illusion de réalité avec des apparences de solutions menant bien souvent à des situations sans issue.

### **Observation n2**

B... ND. jeune homme de 25 ans (8/8/64 à Moscou) musulman, sénégalais, au chômage pour l'instant, il a son B.E.P.C (niveau secondaire). De père monogame (administrateur de société), il est le 3e enfant d'une fratrie utérine de 4 enfants. Son père et sa mère ont divorcé quand il avait 8 ans (en 1972).

Il est marié, père de deux enfants. Il est wolof. Il habite la médina. Son père est wolof, musulman, sa mère sérère catholique. Elle est professeur de russe. Ils sont remariés tous les deux.

A l'entretien... B... nous confie qu'il a pris le yamba pour la première fois en 1976 donc à l'âge de 12 ans. Il prenait déjà de l'alcool, sa maman étant catholique, consommation qu'il a diminué depuis 1987. Cependant, il prend de temps en temps sa coupé de champagne (fêtes). Il a commencé à goûter à l'héroïne en 1984 où il fumait 2 à 3 fois dans le mois. Ensuite il a fait un séjour en Gambie où il a augmenté les doses. Puis il a arrêté à son retour d'après lui et ce n'est qu'au mois de Juillet 1987, qu'il a commencé à fumer régulièrement sous l'influence d'un copain revenu de France et qui ne fumait que du hashich et de

l'héroïne. Au bout de deux ans de 1987 à 1989, il s'est rendu compte qu'il ne pouvait plus se passer de sa dose, mais surtout que ça leur coûtait trop d'argent sa femme et lui, plus les copains (ils dépensaient environ neuf cent mille francs par semaine).

Sa femme est d'abord venu à l'hôpital pour demander une cure de désintoxication. Trois semaines après, le mari suivait. A l'arrivée, ils se plaignaient des signes suivants :

- insomnie tenace
- angoisse, asthénie
- amaigrissement
- affaiblissement de la mémoire, phobies etc...

B... a un esprit libéral, mais n'ose pas s'opposer ouvertement. Par contre, son père est autoritaire, très religieux et depuis son retour de la Mecque, il est devenu plus tolérant. Sa mère est peu pratiquante, mais croit en Dieu. Elle boit beaucoup d'alcool (champagne). Il trouve que sa mère a trop souffert et bien que très imposante, il l'aime bien.

#### **Commentaire :**

Nous sommes en présence d'un sujet de personnalité névrotique qui a été marqué par les mauvaises relations de ses parents.

Il a un père autoritaire, intolérant, qui l'écrase et l'étouffe littéralement

Tandis que lui, il est de caractère faible. Il est très attaché à sa mère qu'il aime et plaint à la fois. Il n'a qu'un but : la réhabiliter. Tout ceci aboutit à un conflit intérieur dont il ne peut trouver la "solution" que dans la drogue.

Nous pensons être en présence d'un homme dont l'entrée dans la drogue est essentiellement due à l'interaction des mauvaises relations entre ses parents et sa structure psychologique très faible.

#### **Observation n3**

ND... F. est un homme de 40 ans (3/04/1950), musulman, sénégalais, sérieux, il est étudiant en 1ère année de droit, mais il a travaillé auparavant dans plusieurs établissements et à chaque fois, on le renvoyait à cause de son comportement qui dérange.

Son père était un commis principal des postes et télécommunications, décédé. Sa mère est ménagère, toucouleur et ne s'est pas remariée.

Il est célibataire avec un enfant de 10 ans. Il a une déception sentimentale à l'âge de 25 ans et il a beaucoup consommé de "pions" par la suite. Il habite Fass.

A l'entretien ...ND... nous apprend que depuis 1965, il s'intoxique aux barbituriques et benzodiazépines (Imménoctal Mandrax, Valium, Rohypnol Temesta ...), il n'avait alors que 15 ans. Il a été hospitalisé une première fois à la clinique Baba Ly Almamy en 1977 pendant plusieurs mois. Il reprendra la drogue un mois plus tard. Sa deuxième hospitalisation remonte au mois de Mai 1989 où il s'est présenté à FANN avec comme signes :

- un état dépressif très marqué; en effet il a tenté de se suicider avec une lame en se coupant les veines. Ensuite, il a pensé à sa mère, au chagrin qu'il allait encore occasionner, il s'est ressaisi et s'est dirigé vers l'hôpital FANN pour demander de l'aide : soins et cure de désintoxication. Il a pleuré dans le bureau du médecin parce qu'il venait de réaliser tout le temps qu'il a perdu et qu'il ne pouvait plus rattraper, alors il s'est senti coupable. Son intoxication a duré 24 ans (1965 - 1989).

Dire qu'il est rentré dans la toxicomanie "aux pions" par curiosité. En effet, il a entendu parler de l'imménoctal\*, il a noté dans le dictionnaire Vidal les indications et les effets secondaires, il est allé se faire faire un ordonnance qu'il a remis à son frère qui avait un carnet de santé. Celui-ci est allé se faire servir à la pharmacie. Le patient a pris la boîte de comprimés, en a avalé deux, a marché pendant un certain temps et a commencé à se sentir euphorique. Cette sensation lui a plu, il a continué en augmentant les doses de plus en plus.

Il a fini par se chercher une copine qui travaille dans une pharmacie et celle-ci lui délivrait les médicaments régulièrement.

L'euphorie du départ s'est transformé en irritabilité, puis agressivité et une installation insidieuse du phénomène de tolérance. Le malade ne pouvait plus s'exprimer correctement, sans prendre sa dose avant son arrivée à FANN. Actuellement l'évolution est bonne pour le moment.

### **Commentaire :**

Curiosité sur terrain non préparé de structure psychologique faible.

#### OBSERVATION N4 :

P...M. jeune homme de 27 ans (1/07/62 à Banjul), libanais naturalisé gambien, célibataire sans enfants, chrétien. Il a arrêté ses études au primaire et était au chômage. Issu d'une famille monogame dont le père homme d'affaires est décédé quand il avait 6 ans, il est le 7ème enfant de sa mère d'une patrie utérine de huit enfants (trois garçons et 5 filles). C'est sa mère (aide comptable, qui gère les biens de la famille avec l'aîné) qui l'a élevé. Elle l'a trop gâté car elle lui octroyait trop de liberté.

Il a été hospitalisé une première fois en 1987 à la clinique Moussa DIOP de FANN puis une deuxième fois en 1989 amené par sa soeur et son ami, pour usage abusif de drogue depuis 1985: héroïne, chanvre indien, pions (en cas de manque d'héroïne, il peut prendre 4 comprimés de "Roche 2" en une seule prise...)

A son arrivée, il présentait les signes suivants:

- insomnie tenace + + +,
- troubles digestifs (diarrhée...),
- amaigrissement + + + (manque d'appétit),
- affaiblissement de la mémoire, angoisse,
- sensation de chaleur au niveau du corps,
- troubles sexuels, asthénie...

Il avait peur parce qu'il savait qu'il était devenu prisonnier de ses drogues surtout l'héroïne. Il en prenait quotidiennement au moins 1 gramme par jour (15.000 F CFA par jour). Après avoir fumé dit-il il était abattu, insensible, les yeux éjectés, l'air bizarre"... à la descente, il est très irrité et n'a qu'une seule envie reprendre une autre dose ou dormir en avalant beaucoup de "pions". Au début, c'est très agréable parait-il, mais quand la tolérance s'installe, ça devient un calvaire.

Le soir, il sortait souvent avec ses amis pour aller dans les boîtes de nuit, c'est ainsi qu'il a été initié au chanvre indien puis à l'héroïne par des copains touristes.

**COMMENTAIRE :**

Mauvaises fréquentations sur personnalité à structure psychologique perturbée.

**OBSERVATION N5 :**

D...S. (fiche n19840) homme de 34 ans (né en 1952 à Dakar), sénégalais, wolof, il a interrompu ses études au primaire. Il est vitrier de métier.

Issu d'une famille polygame, il est le troisième d'une patrie utérine de douze enfants. Il est marié et père de trois enfants. Il est accompagné par sa femme et son ami.

Il a été hospitalisé le 9/05/1989 pour demande de cure de désintoxication.

A l'entretien... Dame raconte, qu'il a commencé par le traditionnel yamba qu'il fume depuis dix huit ans. En 1985, il était en contact permanent avec l'héroïne par le biais de ses camarades commerçants et un jour par curiosité, il a goûté au produit alors qu'il avait résisté pendant huit mois. Ensuite la dépendance s'est installée avec des périodes de manque qui se traduisent par:

- larmoiements, céphalées, rhinites, nausées,
- douleurs articulaires, courbatures, douleurs abdominales,
- bâillements, troubles sexuels,
- insomnie tenace + + +, irritabilité...

D... ne venait à bout de son calvaire qu'en reprenant de la drogue (1g à 1,5g par jour qu'il déposait à la partie supérieure d'une cigarette par aspiration, la poudre d'héroïne se mélange au tabac, il tire après avoir diminué le filtre).

**COMMENTAIRE :**

Curiosité sur une personnalité à structure psychologique perturbée.

**OBSERVATION N6 :**

A... ND. (fiche N 19285), homme de 34 ans, sénégalais, wolof, il travaille depuis treize ans dans une entreprise en bâtiment. Il a son C.A.P en bâtiment. Il est fonctionnaire.

Son père et sa mère ont divorcé quand il avait quatre ans.

Le patient également est divorcé avec une fille de onze ans. Il a commencé à abuser des drogues depuis le lycée à l'âge de seize ans: chanvre indien, usage d'alcool sous ses diverses formes, usage de morphine et d'héroïne.

Cette polytoxicomanie a entraîné un amaigrissement considérable, une tendance à l'errance, une négligence corporelle et vestimentaire, des abandons de poste, ce qui lui a valu des avertissements et des menaces de renvoi.

L'altération de son état général était tel qu'il a été hospitalisé dans une clinique pendant un mois. Par la suite (rechute), il s'est adressé à l'hôpital FANN pour solliciter un certificat médical.

Il est l'aîné d'une famille de neuf enfants. Elevé d'abord par sa grand-mère, il fut confié à une cousine, après le décès de celle-ci.

**COMMENTAIRE :**

Défaut d'identification. Forte tendance polytoxicomanique, Vie affective très instable...

**OBSERVATION N7 :**

F... ND. jeune femme de 38 ans. Elle travaille depuis déjà plusieurs années. Elle a une profession libérale. Elle est très dynamique et se consacre beaucoup à son travail. Son rythme de travail est tellement infernal, qu'elle se sent obligé de prendre des médicaments (tranquillisants, barbituriques) pour tenir le coup. Voyant que cela lui fait du bien, elle ne tarde pas à augmenter les doses d'elle-même, se passant de l'avis de son médecin. Elle ne tarda pas à y ajouter l'alcool sous les conseils d'une de ses amies. Les problèmes de ménage commencèrent à surgir en plus des tracasseries du "boulot", la tension devient de plus en plus tendue et un beau jour le mariage éclate; ce qui a eu pour conséquence l'accentuation de l'usage des hypnotiques barbituriques et autres substances psychotropes par la patiente. Après de nombreuses consultations auprès des tradipraticiens, la famille décide de l'amener à l'hôpital.

L'évolution est favorable suite aux entretiens de la patiente avec les psychiatres, avec la collaboration des membres de la famille.

**COMMENTAIRE :** Sujet anxieux avec une personnalité vraisemblablement névrotique sur fond de dépression.

### **ILLUSTRATION SOUS FORME D'INTERVIEW: (année 1989)**

**Charles HANCH, Psychiatre:**

Tout est question de déséquilibre social. La soixantaine, le crâne chauve, les yeux pétillants d'intelligence derrière des lunettes très fines, Charles HANCH, coopérant Belge dirige le projet Belgo-Sénégalais de Santé Publique. C'est un Projet de Psychiatrie sectorielle s'intégrant dans le cadre des soins de santé primaire et intéressant les quartiers suburbains de Pikine-Guédiawaye-Yeumbeul et Thiaroye. Le départ récent de HANCH après douze (12) années de service, soulevé des questions pour la continuation et le développement de cette structure légère de soins. Il était un compagnon de Feu le Professeur Henri COLLOMB, une des figures les plus illustres de la psychiatrie moderne.

**QUESTION :** Quelles sont les causes de la toxicomanie?

**REPONSE :** Pour moi, l'angoisse explique beaucoup de choses. Personne n'est épargnée: le jeune chômeur qui se "décarcasse" pour trouver du travail durant des années en vain, la jeune prostituée, les vieux etc...

Il y a aussi le fait que les jeunes n'ont plus de repères, ni d'éléments d'identification valables, ils s'identifient à BOB MARLEY, ALPHA BLONDY... ces musiciens qui font l'âge du Gandja et autres, Marijuana etc...

Alors que leur première référence devait être leurs parents mais est-ce que les parents d'aujourd'hui sont des modèles? Est-ce qu'ils prennent le temps de causer avec leurs enfants. Il est vrai que les jeunes voient plus la télévision, donc retiennent plus ce qu'ils y regardent que les conseils bénéfiques qu'un papa aurait dû leur prodiguer. Ce dernier n'ayant souvent pas le temps à cause de ses nombreuses préoccupations.

Tout s'effrite. La religion également, peu de gens y croient maintenant. C'est connu, quand on est démuni, on pratique en général peu ou mal sa religion. Les valeurs affectives ne sont plus ce qu'elles étaient dans l'Afrique. La gérontocratie, le droit d'aînesse, le conflit de génération est permanent. La polygamie mal comprise n'est pas en reste. Comment voulez-vous qu'un père de "20

gosses" puisse éduquer, surveiller, inoculer les valeurs traditionnelles à sa progéniture, s'il n'est jamais là! Il quitte à 6h du matin le quartier "Cheikh WADE" au fin fond de Guédiawaye pour aller travailler à Dakar. Le soir il rentre tard, éreinté, rompu, il se couche ou fait d'autres enfants. La promiscuité aidant, livrés à eux-mêmes, les enfants s'initient rapidement à l'usage du "guinz" puis des stupéfiants à l'école de la rue.

**QUESTION:** Quelles sont les couches sociales les plus atteintes? Les gens ont tendance à croire que les milieux deshérités sont les plus touchés? Est-ce exact?

**REPONSE :** Non, c'est seulement l'arbre qui cache la forêt. Les pauvres ont toujours bon dos. On en trouve dans toutes les couches sociales. Manifestement, ce n'est pas une question de couches sociales, mais plutôt de déséquilibre social. Les toxicomanes issus d'un milieu pauvre ne se droguent pas plus que d'autres. Il y a certains intellectuels qui s'intoxiquent à forte dose: le valium ou le rohypnol à la place du yamba par exemple.

**QUESTION :** Comment se drogue-t-on ici à Pikine et environs?

**REPONSE :** Généralement, les jeunes dès l'âge de la puberté, commencent par le "guinz", les "piöns", ensuite le yamba. Ils ne s'arrêtent pas. C'est peu fréquent, mais ils goûtent parfois au Datura metel (Katidiantabé), les effets de cette plante étant trop brutals, ils ne recommencent pas l'expérience. Parfois et le plus souvent, c'est l'escalade vers les drogues dures (héroïne surtout).

**QUESTION:** Les filles sont-elles concernées?

**REPONSE :** Jusque dans les années 1983, les filles étaient peu concernées, mais actuellement elles y viennent de plus en plus (cf. statistiques sur la population carcérale concernant les femmes). Elles s'adonnent aux drogues dures comme les hommes. Elles se prostituent dans la plupart des cas pour trouver l'argent nécessaire pour acheter leur "dose" de drogue.

Ce n'est pas du tout esthétique, en effet même une femme qui fume une cigarette ce n'est pas vraiment un beau spectacle.

**QUESTION :** Dr HANCH, quels sont les voeux que vous formulez pour redresser la barre avant que le navire ne chavire?

**REPONSE :** Je voudrais que les sénégalais se penchent sérieusement sur le problème car tout un chacun est concerné et l'étudient sous tous les aspects.

En effet dans presque chaque maison actuellement, il y a au moins un drogué: si ce n'est pas le fils, c'est le frère, la soeur, la nièce ou le cousin.

Je suis allergique aux séminaires et aux colloques. Mais si les gens s'impliquent sérieusement, je suis prêt à collaborer. Entre temps, il a pris sa retraite. Il est retourné en Belgique.

Nous avons découvert des choses tout aussi intéressantes à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye et chez quelques psychiatres ayant leur cabinet privé. Mais le sujet étant trop vaste, il fallait circonscrire le travail et nous avons décidé de ne pas en parler. Ces différentes constatations nous amènent à dire qu'au Sénégal comme partout ailleurs, il est difficile d'appréhender le phénomène de la pharmacodépendance du point de vue des statistiques sanitaires et de l'étude statistique sur le comportement toxicomanique. Cependant, il semble évident que le nombre de toxicomanes recensés est nettement inférieur à la réalité. Ce travail ne peut que se limiter à une ambition, celle de donner les tendances en matière de toxicomanies, de dégager les points saillants en attendant la grande démarche scientifique c'est-à-dire une étude épidémiologique très poussée à l'instar de celle qui a été réalisée par la commission Nationale de l'Unesco au Sénégal, grâce au concours scientifique de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale de Paris (INSERM). (69).

### **I-1.2 : Les centres de sauvegarde des enfants en danger moral ou "délinquants".**

L'inadaptation sociale des jeunes est un phénomène qui ne revêtait aucune importance particulière dans les communautés traditionnelles africaines parce qu'elle était amortie par l'organisation sociale élargie de la famille, mais actuellement, elle constitue l'un des maux de la société moderne. En effet, les sociétés modernes connaissent des problèmes dus aux mutations sociales aux changements (urbanisation rapide, famille nucléaire etc...); ce qui entraîne des crises sociales extrêmement importants.

La jeunesse constitue l'un des secteurs les plus sensibles aux bouleversements sociaux, économiques et culturels. Cette couche de la population qui constitue 53% de la population sénégalaise a moins de 25 ans et elle souffre déjà de plusieurs maux qui ont pour noms: toxicomanie, délinquance juvénile, prostitution etc...

Or c'est cette même jeunesse qui doit assurer la relève de demain d'où la nécessité de la responsabilité, de lui offrir un meilleur devenir.

Notons cependant que de nombreux facteurs entrent en jeu, ils sont d'ordre psychologique, social, racial, éducatif, professionnel ou familial. L'ennui et l'inadaptation sociale sont de fréquents pourvoyeurs de drogues.

Le Sénégal, comme beaucoup de pays d'Afrique a perçu très tôt le problème de l'inadaptation juvénile. C'est ainsi que bien avant les indépendances, les autorités d'alors se sont préoccupées de la mise sur pied d'une politique de sauvegarde de l'enfance délinquante. C'est pourquoi, il a été décidé la création d'établissements dont le but était d'assurer l'accueil, l'observation et la rééducation des enfants "délinquants" ou en danger moral.

Parmi ces établissements, nous pouvons citer:

- le centre d'accueil et d'observation pour mineurs inadaptés (CAOMI I) créé en 1957. (16). L'accent était mis sur l'action pédagogique, psychologique et les traitements médicaux requis par l'Etat.

Le décret n77-659 du 25 Juillet 1977 portant création de la Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale (DESPS) affirme dans son article 5 le primat de la prévention (69).

Sur douze structures (12) que compte l'Education Surveillée, neuf (9) se consacrent à la prévention. Parmi ces structures, nous pouvons citer:

- le centre de sauvegarde de Cambérène (prévention spécifique et générale)
- le centre de sauvegarde de Pikine Guédiawaye (idem)
- le centre d'observation et d'orientation de Liberté VI situé entre le camp pénal et le camp LECLERC.
- l'association sénégalaise pour la sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ASSEA). Créé en 1955 par des bonnes volontés (le magistrat BENGHYA...), elle n'a été reconnue que le 1er Mars 1966. Le gouvernement n'a commencé à la subventionner qu'en 1975. La mission est l'insertion de l'enfant en danger moral et le rétablissement des relations affectives entre sa famille et lui-même;
- l'Action Educative en milieu ouvert (AEMO): par son influence sur les familles et leurs articulations avec les autres secteurs d'encadrement de la jeunesse: centre départemental d'éducation populaire et sortie (C.D.E.P.S.), foyers, centres culturels etc..., cette structure contribue activement à l'action préventive;

- le centre fermé de Sébikotane: centre de réadaptation
- le centre d'adaptation sociale (C.A.S.) et de rééducation de Rufisque. Il compte uniquement des filles.
- le centre de NIANING: C.A.S. et de protection sociale (PS)
- le centre de Kandé (Ziguinchor): centre de sauvegarde.

C'est au sein de cet environnement, notamment les centres de sauvegarde de Cambérène, Pikine-Guédiawaye, Asséa et Liberté VI, que se sont déroulées nos recherches et observations.

Nous ne retiendrons que le centre de sauvegarde de Cambérène parce que c'est la structure la plus importante avec l'affectif le plus élevé et le centre de Liberté VI pour certaines comparaisons.

#### **I-1.2.1. Méthodologie :**

Les sources de renseignements que nous vous livrons sont constituées par:

- les dossiers des pensionnaires des centres de protection sociale (C.P.S),
- les registres d'entrée au niveau de ces institutions,
- nos observations au niveau de certains CPS,
- les études faites au niveau de ces centres par des éducateurs spécialisés, des assistants sociaux..., la division des études, recherches et statistiques de la direction de l'Education Surveillée et de la Protection sociale (DESPS) qui coiffe tous les centres de sauvegardé et de protection sociale. Elle est sous la tutelle du Ministère de la Justice.
- les illustrations et observations recueillis auprès de délinquants de la rue et des institutions sanitaires.

#### **I-1.2.2. : MATERIEL D'ETUDE :**

Le matériel d'étude que nous avons utilisé pour ce travail comprend:

- les fiches d'observation et les registres des CPS,

- les mémoires réalisés sur le même sujet;
- les documents de la DESPS,
- de l'administration pénitentiaire;
- de ENDA Tiers-Monde;
- de Revue (souka magazine n11 Février Mars 1990)

### **I-1.2.3. : ANALYSE DES DONNEES: Résultats globaux et analyse synthétique**

#### **I-1.2.3.1 : INVESTIGATIONS SUR LA TOXICOMANIE AU CENTRE DE PROTECTION SOCIALE (enquête indirecte)...**

Elle a été sous-tendue par la consultation des dossiers des pensionnaires et du registre d'entrée, ce qui nous a donné une image qui devrait refléter l'ampleur de la toxicomanie chez ces adolescents ou enfants en danger moral.

##### **A) Le placement des mineurs :**

Le centre de protection sociale accueille des jeunes garçons âgés de 8 à 21 ans "délinquants" ou en "danger moral".

L'enfant en danger est selon CHAZAL: "celui dont la santé physique et morale, l'éducation, l'épanouissement d'une part, l'insertion sociale de l'autre, sont gravement compromis par suite des carences et des déficiences du milieu social" (4).

Ces enfants sont confiés au C.P.S par décision judiciaire.

Ce sont des enfants ou adolescents qui ont commis des délits sanctionnés par la loi. Ils représentent la majorité de la "clientèle". Parmi ces mineurs, la plupart ont séjourné pendant un certain temps en prison. Les contingents repérés au cours de la prise en charge comme toxicomanes, qui sont acheminés de lus en plus vers les institutions de la Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale (DESPS) témoignent de l'ampleur du phénomène. C'est ainsi que la directrice de cette institution affirmait en 1988 : "l'un des aspects les plus pernicieux du phénomène de l'inadaptation sociale de l'enfance et de l'adolescence au Sénégal, est sans contexte: la toxicomanie" (69).

Dans ses manifestations multifacettes, cette inadaptation sociale est vécue la plupart du temps dans le milieu urbain où les chocs de toutes sortes rythment quotidiennement la vie sociale, faisant régner une atmosphère d'angoisse existentielle où le laminage des valeurs morales fragilise l'individu et la communauté.

Il est à noter que les centres de sauvegarde reçoivent tous les mineurs des régions du Sénégal âgés de moins de 21 ans en danger moral qui leur sont confiés par décision judiciaire ainsi que les enfants facés pour assistance éducative.

### **B) MOTIF DU PLACEMENT :**

Le motif du placement dominant demeure le VOL organisé ou simple. Dans une étude réalisée au centre de protection sociale de Liberté VI, sur une durée de quatre années (de 1980 à 1988), 54,80% des mineurs qui y ont été admis (les 165 sur 301 au total) l'étaient à la suite de cas de vol organisé; 17,94% y ont été placés pour vol simple. (16).

Il s'agit en effet de vols pour satisfaire des besoins immédiats donc qui visent l'argent surtout, les bijoux, les objets de consommation courante ou toute chose susceptible de rapporter de l'argent le plus vite possible.

Viennent ensuite le cas de Vagabondage qui constitue un délit sanctionné par la loi car il contribue largement au développement de la délinquance juvénile; le recel et les coups et blessures rares à cette époque, on enregistre actuellement une augmentation notable (cf. tableau n° XI).

L'usage occasionnel ou abusif des drogues semble prendre considérablement de volume et se diversifie quant aux produits utilisés. Les mineurs sont assez bien organisés dans leurs bandes pour consommer leurs drogues sans se faire prendre (très fréquemment) par la police, ce qui fait que, si on devait avancer des chiffres, ils risqueraient d'être bien au-dessous de la réalité.

### **C) Occupation professionnelle des mineurs avant le placement :**

La majorité de ces mineurs sont sans emploi. Le problème le plus crucial demeure le problème scolaire ; en effet, la plupart de ces enfants sont renvoyés de l'école à partir du cours élémentaire (C.E.) ou du cours moyen (C.M.). L'oisiveté et le chômage sont alors des conditions favorables à la prise de drogue et à la délinquance.

Délits commis	Janv		Fev		Mars		Avril		Mai				Juill.		Août		Sept.		Oct		Nov.		Déc.	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	2638	21	2590	30	2422	39	2324	38	2461	7	1009	7	1086	5	1354	-	1497	2	1568	19	1610	10	1600	18
Vagabondages																								
Mendicité	24	-	16	-	35	-	16	-	32	-	21	-	25	-	42	-	37	-	47	-	84	15	67	-
Recel	70	-	69	-	164	-	166	-	181	-	146	-	104	1	127	2	106	-	96	2	85	2	98	1

Délits commis	Janv		Fev		Mars		Avril		Mai		Juin		Juill.		Août		Sept.		Oct.		Nov.		Déc.	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Vols	1701	17	1662	14	1906	15	2088	15	2133	6	2112	8	2076	8	2255	9	2196	4	2248	9	2335	11	2251	7
Vagabondages																								
Mendicité	46	-	90	-	44	-	80	-	103	-	47	-	49	-	44	-	43	-	33	-	230	-	195	-
Recel	91	1	154	1	168	1	188	1	181	1	180	4	168	1	166	2	169	0	90	3	83	2	89	3

Tableau I : Répartition suivant le délit commis : enquête sur la population carcérale : année 1988

Comme l'ont si bien dit des psychiatres dans des travaux antérieurs : "les jeunes gens désœuvrés sont livrés à la rue. Ces longs après-midi d'ennui, ces nuits de discussions avec les copains dont on ne se sépare qu'au petit jour et auxquelles succèdent des grasses matinées prolongées souvent jusqu'à l'heure du déjeuner, cette inaction forcée, tout cela mine le moral de la plupart. Un désir bien compréhensible d'évasion d'une réalité quotidienne, autant que le souci obsédant de tromper l'oisiveté, pousse des jeunes souvent réunis en petits groupes à user de ces substances euphorisantes auxquelles les hommes depuis les temps les plus reculés ont fait appel pour soulager leur angoisse". (28)

### **I-1.2.3.2 Approche sociologique des mineurs toxicomanes :**

#### **a) L'âge :**

La majorité des mineurs concernés ont un âge compris entre 13 et 19 ans (avec des extrêmes de 8 ans) cf. tableau n2. Cet âge correspond à l'adoscence qui selon Pierre DACO "est l'époque des grands conflits familiaux, philosophiques, métaphysiques. C'est l'âge le plus excessif, le plus malheureux dans une durée de vie. Or cet âge se heurte aux murs les plus épais qui aient jamais existé. Nombre de jeunes gens vivent dans des conditions sociales et familiales proprement épouvantables. La drogue est le terrible moyen choisi par des jeunes qui veulent se faire entendre par un monde qui refuse de les écouter;" (11).

#### **b) Situation familiale des mineurs :**

On ne peut pas parler de délinquance sans s'intéresser à la famille car le milieu familial joue un rôle important dans la santé mentale des individus.

Nous constatons que dans ces centres de protections sociales, les enfants les plus touchés sont ceux dont les parents ont divorcés, sont morts ou séparés. Ces situations étant souvent génératrices de conflits divers pouvant aboutir à une utilisation de drogue pour y rechercher un apaisement.

D'autres enfants vivent dans des familles nombreuses aux moyens de subsistances réduits qui comportent plusieurs épouses, une plétore de "gosses" que le père laisse en mourant à des mères qui sont le plus souvent analphètes et de simples ménagères sans revenus mensuels. Cette polygamie mal comprise et mal appliquée est presque toujours source de conflits et peuvent aboutir à des formes d'inadaptation.

Année 1989

Age	13 à 18 ans		19 à 25 ans		26 à 35 ans		36 à 45 ans		46 à 56 ans		56 ans +		Totaux
	G	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Janvier	59	11	1095	32	1444	34	540	13	285	2	115	-	3631
Février	62	14	1069	35	1483	37	593	15	286	2	116	1	3713
Mars	84	9	1175	36	1492	35	551	11	312	3	105	1	3814
Avril	169	26	1428	30	1865	31	786	11	347	8	123	2	4826
Mai	94	2	1333	32	1767	54	677	13	264	4	64	2	4306
Juin	86	3	1312	24	1706	36	725	11	275	11	64	1	4246
Juillet	92	5	1326	26	1756	36	742	16	272	2	68	-	4341
Août	107	7	1321	37	1674	43	778	20	292	2	119	-	4400
Sept	122	6	1450	37	1715	36	747	14	289	4	72	-	4492
Octobre	126	10	1348	21	1724	30	688	16	221	3	93	-	4280
Nov	112	7	1557	56	1976	46	696	17	230	1	86	-	4784
Déc	88	6	1490	45	1867	48	714	17	303	4	94	-	4676

Répartition de la population, selon l'âge et le sexe

Age	13 à 18 ans		19 à 25 ans		26 à 35 ans		36 à 45 ans		46 à 56 ans		56 ans +	
	G	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Janvier	94	02	1365	40	1834	28	871	22	331	04	80	1
Février	40	33	1236	49	1875	45	943	36	312	11	78	-
Mars	98	34	1358	60	1854	45	87	31	355	8	141	2
Avril	83	19	1321	52	1729	27	819	18	325	5	108	1
Mai	79	14	1481	31	1812	26	805	17	305	05	139	1
Juin	50	07	772	37	875	31	422	16	178	8	96	-
Juillet	92	7	721	38	1060	31	464	16	164	4	49	-
Août	89	10	871	50	1072	41	538	20	278	6	109	-
Septembre	91	12	952	34	1154	36	533	18	205	4	121	-
Octobre	81	13	1063	34	1266	33	516	23	207	10	95	2
Novembre	58	4	1069	12	1395	48	543	32	229	19	114	-
Décembre	69	8	1085	36	1342	38	550	11	283	4	106	-

Dans les communautés africaines, il existait des solidarités naturelles qui faisaient que l'enfant était pris en charge par tout le groupe. Ainsi, lorsque les parents disparaissent, il y avait toujours un oncle ou un frère pour recueillir l'orphelin. Cette convivialité n'existe plus dans notre société moderne parce que la famille nucléaire a emboîté le pas à la famille élargie, qui a fait naufrage. Mais, les valeurs comme le "Mougne" (patience), le "Diom", (la dignité), nous nous devons des les conserver et éviter l'individualisme poussé à l'extrême et l'excès de liberté. Cet orphelin dans ce système se retrouve seul, avec sa mère démunie, il devient vulnérable et peut ainsi se livrer à des actes délictueux.

La situation socio-professionnelle des parents est importante parce qu'elle conditionne l'harmonie familiale et l'éducation des enfants.

Tous les spécialistes qui se sont penchés sur les causes de l'inadaptation sociale de l'enfance au Sénégal sont unanimes à considérer qu'elles ne sont guère profondes ; mais tiennent plutôt à des facteurs socio-économiques". (69)

#### **I-1-2-3-3 Eléments Statistiques et comportement social des mineurs toxicomanes :**

i) Quelques statistiques du C.P.S. concernant la distribution annuelle des contingents de mineurs pris en charge selon qu'ils sont :

- inculpés d'usage ou de trafic de stupéfiants.
- repérés comme toxicomanes au cours de la prise en charge.
- non toxicomanes
- non déterminés

Analyse sommaire des tableaux "statistiques" (1) et (%) :

Tableau n3 : De 1980 à 1983 :

) De 1980 à 1983

Contingents de mineurs : année	%	%	%	%	Total	
	1980	1981	1982	1983	Nombre	%
Inculpés d'usage ou de trafic de "stupéfiants"	7 35 %	6 34 %	72 59 %	73 52 %	158 --	52 %
Repérés comme toxicomanes au cours de la prise en charge	-	-	-	-	-	-
Non toxicomanes	6 30 %	5 27 %	29 25 %	26 18 %	66 -	22 %
Non déterminés	7 35 %	7 39 %	21 17 %	40 30 %	77 -	26 %
TOTAL	20 100 %	18 100 %	122 100 %	141 100 %	301	100 %

De 1984 à 1986

Contingents de mineurs : année	%	%	%	Total	
	1984	1985	1986	Nombre	%
Inculpés d'usage ou de trafic de "stupéfiants"	5 5 %	2 2 %	1 1 %	8	
Repérés comme toxicomanes au cours de la prise en charge	14 15 %	23 23 %	9 21 %	46 -	19 %
Non toxicomanes	77 80 %	75 75 %	34 77 %	186 -	78 %
Total	96 100 %	100 100 %	44 100 %	240 -	100 %

52 % sont inculpés d'usage ou de trafic de produits stupéfiants

- 22 % des mineurs n'utilisent pas de drogues,

- 26 % restent indéterminés ; le dépouillement n'ayant pas pu être terminé pour les rapports d'observation et de comportement et ceci pour diverses raisons.

Le traitement de ces données afférentes aux contingents de mineurs non déterminés aurait pu accroître le pourcentage des mineurs toxicomanes inculpés d'usage ou de trafic de drogues et celui des mineurs repérés comme toxicomanes.

Pour la distribution annuelle, si pour les années 1980 et 1981 les pourcentages des mineurs officiellement pris en charge suite à un usage ou un trafic de produits qualifiés "stupéfiants" se stabilisent autour de 35 % et 34 % respectivement; nous notons par contre une progression alarmante de cette même catégorie, atteignant 59 % en 1982 et 52% en 1983.

Cette étude a été circonscrite dans le but de mettre en exergue uniquement les contingents de mineurs inculpés d'usage de drogue et ceux repérés mais qui n'en usent pas ou pas encore.

Les rapports sur le comportement de l'ensemble des mineurs ont pu être consultés. La rubrique "contingents de mineurs repérés comme toxicomanes au cours de la prise en charge" a été très révélatrice du phénomène toxicomanie "officieuse" des mineurs. En effet, de 59% en 1982, 52% en 1983, ce pourcentage a considérablement chuté :

5% (1984)

2% (1985)

1% (1986) pour ne représenter que 30% de l'ensemble des 240 mineurs.

Par contre, les mineurs repérés comme toxicomanes font leur entrée remarquée avec :

- 15 % en 1984

- 23 % en 1985

- 21 % en 1986

soit un pourcentage triennal de 19 % c'est-à-dire six fois plus que les mineurs inculpés d'usage de "stupéfiants".

Nous notons pour la même période, une très forte proportion de mineurs n'usant pas de drogues :

- 80 % en 1984

- 75 % en 1985

- 77 % en 1986

soit 78 % pour la même période triennale.

A première vue, les mineurs repérés comme toxicomanes sont en constante augmentation ce qui reflète une manifestation significative du phénomène "toxicomanie" dans l'institution.

En revanche, le nombre de mineurs inculpés d'usage ou de trafic de produits qualifiés de stupéfiants diminue progressivement et notablement au fur et à mesure que le séjour de ces enfants en danger moral se prolonge dans le C.P.S.

Cette baisse de taux pourrait s'expliquer par le fait que les mineurs sont mieux compris au C.P.S. et surtout l'approche y est différente.

Les éducateurs sociaux les comprennent mieux que la police usant comparativement de la répression. Les parents eux sont souvent dépassés et incapables d'expliquer correctement le comportement de leurs enfants en cas de bouffés délirantes aiguës.

Il est nécessaire si on veut aider l'enfant en détresse, d'adopter à son égard une attitude ouverte quoique sans complaisance, essayer de répondre à ses besoins affectifs et même l'amener à faire des confidences.

La répartition annuelle des effectifs regroupés de la direction de l'Education Surveillée et de la protection sociale (DESPS) ne peut avoir ici qu'une valeur indicative (tableau n3).

En effet, elle ne reflète ni la prise en charge globale (structures non prises en comptes pour données non encore traitées), ni le pourcentage réel des valeurs relatives des contingents de mineurs toxicomanes ("structures à vocation préventive traînant des effectifs très importants de "non toxicomanes" par exemple).

Répartition annuel d'effectifs regroupés entre mineurs toxicomanes et mineurs non toxicomanes	Contingents mineurs toxicomanes	%	Contingents mineurs non toxicomanes	%	Effectifs	Nombre et désignation des structures prises en compte sur douze (12)	Nombre et désignation des structures non prises en compte sur douze (12)
1984	73	17 %	353	83 %	426	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C.P.S./CAS (Nianing)</li> <li>• CPS/AEMO (St Louis)</li> <li>• AEMO/Thiès</li> <li>• CS/Thiès</li> <li>• AEMO/Ziguinchor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COORD/AEMO (Dakar)</li> <li>• CAS/Sébikotane</li> <li>• CAS /Cambérène</li> <li>• AEMO/Kaolack</li> <li>• CS/Ziguinchor</li> </ul> <p>(5)</p>
1985	121	20 %	479	80 %	600	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPS/CAS (Nianing)</li> <li>• CPS/AEMO (St Louis)</li> <li>• AEMO/Thiès</li> <li>• CS/Thiès</li> <li>• AEMO/Ziguinchor</li> <li>• CAS/Sébikotane</li> <li>• CS/Ziguinchor</li> </ul> <p>(9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AEMO (Kaolack)</li> <li>• CAS (Cambérène)</li> <li>• COORD/AEMO (Dakar)</li> </ul> <p>(3)</p>
1986	87	9 %	897	91 %	984	idem (9)	idem (3)

ii) Comportement social des mineurs toxicomanes dans le centre de protection sociale (C.P.S.) :

L'enquête menée au niveau de l'entourage et nos propres observations sur le comportement des drogués au C.P.S., révèlent que les adeptes du chanvre-indien sont en général pacifiques et entretiennent de bonnes relations avec leurs camarades. Cependant, ils peuvent être dès fois impulsifs ou alors déconcertants avec des rires incoercibles et une exaltation euphorique.

Les consommateurs des barbituriques et de benzodiazépines hypnotiques (Imménoctal, Mandrax, Rohypnol...) et les inhalateurs des solvants organiques tels que le diluant cellulorique, les colles fortes, l'essence ordinaire, employés en inhalation à partir de chiffons imbibés (c'est le "guinz") sont agressifs, têtus et grossiers.

Sur une étude faite au C.P.S. de Liberté VI en 1984, un des mineurs sous l'emprise du diluant cellulorique, a déchiré avec un tesson de bouteille le ventre d'un de ses compagnons qui dormait. Il ne s'est rendu compte du dommage causé que lorsqu'il est redévenu lucide (16). Cet adolescent avait dessiné sur sa poitrine une "tête de mort" avec un objet tranchant.

Ces scènes de ce genre sont fréquentes dans le centre d'après les éducateurs.

En dehors des centres de sauvegarde et de la protection sociale qui ne peuvent pas accueillir tous les jeunes en "danger moral", il faut noter que le phénomène est quasi national. C'est ainsi que l'on retrouve ces adolescents appelés "Fakh-man" dans la ville de Thiès, où ce problème a pris une ampleur telle qu'il mérite une attention particulière.

C'est ainsi que Mr KANE (Enda Tiers-Monde : Atelier jeunesse Action, document sur le mode de vie des inhalateurs de solvants organiques, l'exemple de la ville de Thiès) a observé dans cette ville ces jeunes adolescents.

Du fait de sa position privilégiée par rapport au rail, Thiès est le principal lieu de regroupement de ces jeunes enfants. C'est ainsi qu'on y retrouve des délinquants de Thiaroye, Rufisque, Kaolack, Dakar et d'autres localités ; généralement celles desservies par le train. Ils ont à peine 15 ans, abandonnés à eux-mêmes, ayant rompu tout lien avec leurs familles (cf. tableau VI).

Ils se déplacent souvent en groupe, régi par des règles de conduite très strictes propres à maintenir la cohésion du groupe. Parmi celles-ci, l'obligation

pour chacun de travailler (pas de parasitisme), la nécessité pour les plus forts de défendre les plus faibles, l'initiation des nouveaux venus aux habitudes du groupe : le "gninz", le vol à la tire, la bagarre, le "jengu" qui signifie dans leur langage : le goût du risque et la détermination. Le groupe est hiérarchisé autour d'un chef auquel tout le monde se réfère avant d'entreprendre quelque action que ce soit. C'est généralement le plus âgé, le plus expérimenté dans la marginalité et le "plus dur".

Ils fréquentent les gares, les marchés et places publiques, les plages les cinémas...se livrent à toutes sortes d'actes de vagabondage. Si pendant la journée, ils font les portes-faix à la gare ou au marché, se livrant à des petits larcins à l'occasion, si aussi, certains d'entre eux se consacrent à la cueillette des feuillages de caïlcédrot revendus aux propriétaires de bétail, la nuit, ils s'adonnent à des actes de violences inqualifiables. C'est ainsi que plus d'une fois, ils se sont emparés de chèvres ou de moutons, qu'ils ont égorgé pour en faire un repas ou ont commis des actes de viols sur des femmes.

Pour admettre que des jeunes gens puissent aller aussi loin dans la marginalité, il faut garder à l'esprit, qu'ils sont presque toujours dans les "Vapes" (c'est-à-dire sous l'effet, des vapeurs du solvant volatil inhalé). On ne peut en rencontrer un qui n'ait pas son morceau de tissu imbibé de diluant ou d'essence qu'il porte fréquemment au nez ou à la bouche.

Nous ne terminerons pas sans citer les apprentis "cars rapides" et certains handicapés physiques pour qui la drogue permet de s'évader de leur univers de misère et de souffrance.

Il semble après ces constatations qu'il y a un besoin impérieux d'instauration d'une politique sociale pour tous les sénégalais surtout les plus démunis. Il faut également résoudre les difficultés matérielles engendrées par la crise économique : le problème du chômage en particulier.

#### **I-2-3-4 : La prise en charge des mineurs dans le C.P.S. :**

##### **i) La vocation du centre de protection sociale (C.P.S.) :**

Le C.P.S. a pour vocation, par l'application de méthodes et procédés psycho-éducatifs diversifiés, d'assurer aux jeunes "délinquants" ou en danger moral qui lui sont confiés par décision judiciaire, l'accueil, l'observation et l'orientation éducative.

L'accueil a pour but de prendre immédiatement en charge un mineur devant être soustrait le plus rapidement possible à un milieu défavorable pour sa santé,

sa sécurité, sa moralité ou son éducation. Il s'agit d'accueillir le mineur pendant tout la durée de l'instance judiciaire, de rassembler tous les renseignements utiles concernant le passé de l'enfant (antécédents héréditaires et personnels, milieu social et familial).

L'observation englobe une série d'opérations visant à évaluer la personnalité du sujet observé à travers ses conduites, à déceler ses déficiences et ses aptitudes. Plusieurs activités psycho-éducatives sous tendent son action.

L'orientation éducative consiste à déterminer en fonction des aptitudes et motivations du jeune, et en relation avec les possibilités de placement, la mesure la plus apte à favoriser sa réinsertion sociale.

L'insertion sociale vise, à assurer la participation active à la vie communautaire des personnes frappées d'incapacité ou d'handicap (au sens social du terme). Pour atteindre ce but, il est nécessaire d'assurer à tous ces individus une réadaptation adéquate et réduire considérablement, tout ce qui, dans leur environnement, peut augmenter le gêne.

La réadaptation sociale est un processus axé sur un objectif et limité dans le temps. Elle vise à mettre une personne atteinte d'une déficience, en mesure de parvenir à un niveau fonctionnel optimal du point de vue mental ou social ; donc lui fournir les moyens d'essayer de changer sa vie.

Toutes ces différentes activités sont menées par une équipe pédagogique.

ii) L'encadrement pédagogique :

Il comprend une direction, un personnel éducatif et un service social.

**A) La direction :**

Elle est assurée par un éducateur spécialisé qui s'occupe de la direction administrative de l'établissement, l'organisation et la coordination des divers services;

L'adjoint au directeur est chef de service éducatif. Il est en rapport avec l'équipe éducative, assure l'animation, l'affectation et la sortie des mineurs, la liaison avec l'action éducative en milieu ouvert, les spécialistes : médecins, psychologues, centre d'orientation professionnelle, les familles.

**B) Le personnel éducatif :**

Il comprend :

### **1) Les éducateurs scolaires :**

Les enseignants prennent le nom d'éducateurs scolaires. L'équipe des éducateurs scolaires comprend cinq éducateurs spécialisés, chacun ayant la responsabilité d'une classe. Ils tiennent un cahier d'observation et présentent un rapport sur l'enfant pendant la réunion de synthèse.

### **2) Les éducateurs de groupe :**

L'éducateur de groupe est responsable de l'accueil et de l'insertion des nouveaux mineurs par diverses activités après les heures de classe. Il oeuvre à créer un esprit de solidarité au sein du groupe. Il dispense suivant l'emploi du temps des séances d'animation culturelle. Il assure l'encadrement des activités sportives et des techniques d'expressions.

Le C.P.S. dispose d'un cahier à la permanence dans lequel l'éducateur de service note toutes les remarques faites sur les mineurs et sur la vie du groupe.

### **3) Le service social :**

Le service social est assurée par un assistant social qui diligente principalement les enquêtes sociales concernant les mineurs admis au C.P.S. Il assure aussi la couverture sanitaire à partir de l'infirmerie pour les premières interventions.

### **C) Le personnel de service général :**

Ce personnel regroupe : la secrétaire dactylographe, l'économiste, les cuisiniers, la lingère et l'ouvrier qui est chargé de la couverture des opérations des travaux utilitaires;

Les activités scolaires sont incontestablement celles qui occupent la majeure partie du temps des mineurs pendant leur séjour au centre. Les programmes, les méthodes sont ceux de l'enseignement public primaire. La méthode utilisée est celle dite "active", elle appelle la participation active de l'élève. Elle est collective et non individuelle. Les cours ne sont organisés que pour les mineurs du centre. Ils fréquentent les classes selon leur niveau ; ce qui leur permet un rattrapage scolaire. En effet, la plupart d'entre eux ont été renvoyés de l'école publique très tôt.

Des travaux utilitaires sont exécutés par les mineurs sous la surveillance de l'éducateur de groupe. Dès leur réveil, ces derniers les répartit en petits groupes. Ils procèdent au nettoyage de la cour, des dortoirs et du réfectoire avant de se consacrer au balayage des classes. Les mercredis après-midi, ils font la lessive. Ces activités ont une grande importance d'après les éducateurs car elles permettent de déceler les lacunes de ces enfants, leurs réactions face à certaines tâches afin de les interpréter et de trouver un remède aux écarts de conduite qu'elles traduisent.

Le manque de formation des éducateurs en matière d'animation sportive, aggravé par un certain désintéressement, fait que les jeux sont utilisés non comme un moyen d'observation des mineurs, mais simplement comme un moyen de distraction.

### **I-2-3-5 : La Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale (D.E.S.P.S.) : cadre de prévention contre la toxicomanie.**

Le décret n77 - 659 du 25 Juillet 1977 portant création de la D.E.S.P.S. affirme en son article 5 le primat de la prévention.

Les critiques faites sur ces institutions fermées sont conclu à une certaine réserve : coût trop élevé, cadre de vie inadapté à l'environnement familial des mineurs une fois retournés chez eux etc...Elles sont entre autres, les raisons qui ont conduit la D.E.S.P.S à accorder la priorité à l'action préventive. Cette action préventive offre l'avantage de toucher le plus grand nombre de personnes (mineurs, familles, environnement) à moindre frais. La prévention s'exerce d'abord par l'intermédiaire des centres de sauvegarde ensuite des services de l'action éducative et de la protection sociale en milieu ouvert (A.E.M.O.) auprès des tribunaux régionaux et départementaux.

Le centre de sauvegarde reçoit principalement des demi-pensionnaires et des externes des deux sexes, ce qui permet d'augmenter considérablement la capacité d'accueil et de briser les freins psychologiques qui empêchaient d'atteindre l'élément féminin.

Par son équipement (classes, ateliers, foyers socio-culturels) pôle d'attraction des jeunes des quartiers environnants, le centre des sauvegarde par la souplesse de son fonctionnement constitue un outil essentiel dans la prévention de la toxicomanie en particulier de l'inadaptation sociale de l'enfance en général.

Le service d'action éducative et de protection sociale en milieu ouvert (A.E.M.O) par son influence sur les familles et les articulations avec les autres secteurs d'encadrement de la jeunesse (C.D.E.P.S et centres culturels, foyers...) contribue également à l'action préventive.

L'A.S.S.E.A (Association Sénégalaise pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence) est un centre de transit entre le mineur et sa vraie famille.

Cadre de prévention de l'inadaptation sociale de l'enfance, la D.E.S.P.S. est de plus en plus confrontée à la manifestation insidieuse de la toxicomanie juvénile ; en effet, la plupart des mineurs délinquants sont des polytoxicomanes et cette pratique de la drogue est liée à la carence affective et au désœuvrement. Aussi, pour éviter d'être dépassée par le phénomène, la D.E.S.P.S. devra-t-elle solutionner la triple équation d'approche appropriées pour dépister, prévenir et traiter le toxicomane juvénile.

C'est pour cela que nous pensons que dans un but préventif des options sont à faire à savoir :

- la diminution de la répression aveugle en direction des toxicomanes car si cette mesure seule devait régler le problème, les Etats-Unis aurait déjà jugulé le phénomène "drogue" depuis longtemps,

- l'accentuation des mesures répressives contre ceux qui vivent de la drogue (marchand, commanditaires, distributeurs et revendeurs c'est à dire les "dealers", les garçons irresponsables des officines pharmaceutiques...)

- la réflexion pour la mise sur pied d'un nouveau mode de vie plus cohérent associant dans une harmonie parfaite les valeurs culturelles traditionnelles et modernes,

- une réforme de l'école sénégalaise dans le sens d'une formation pour l'épanouissement réel des élèves et des maîtres: (cf. recommandations Etats Généraux sur l'Education);

- création ou restructuration des maisons de jeunes, des centres culturels dans les quartiers ; la multiplication des activités de vacances est souhaitée : les colonies de vacances, les scouts, les pionniers, les éclaireurs... pour développer l'esprit de créativité des jeunes adolescents et promouvoir ainsi leur personnalité,

- l'aide aux familles nombreuses et déshéritées en fonction de leurs besoins.

### I-1-2-4 : Illustration et Observation :

Observation : Abdourahmane...D. est un garçon de 19 ans, il habite grand-Dakar. Il est amené en urgence à l'hôpital par les membres de sa famille accompagnés de policiers. Les parents ont dû alerter la police à cause des agressions physiques, des insultes et des menaces que le mineur leur adressait. Le patient n'a fait qu'une année à l'école primaire, puis il est allé apprendre la menuiserie métallique qu'il a dû abandonnée par la suite à cause de son abus abusif pour les drogues. Il a commencé par l'alcool puis le chanvre indien, les "pions", le diluant cellulosique. Il est capable dit-il de prendre toutes sortes de drogues qui lui tombent entre les mains.

Son père est âgé, sa mère est aveugle et vit avec eux dans une même chambre. Il est le deuxième enfant d'une fratrie utérine de trois enfants.

Illustration : "One hand" : le "gninz, c'est ma vie".

Tout le monde le connaît sous ce sobriquet. Un pull-over rouge crasseux, un chiffon dans la main valide, il sillonne le quartier de Darou-Khoudouss, avec une meute de chiens. Assez grand pour ses 16 ans, Moussa F. fréquente Pikine depuis sept mois. Plissant le front, le visage osseux, les yeux rouges, un mégot de "camélia" sur le bout des lèvres, il me confie : "tu vois, on m'appelle "one hand" parce que, je me suis cassé le bras droit voilà un an et je ne suis pas parti à l'hôpital. Maintenant, je n'arrive plus à tendre le bras, il est complètement paralysé".

Jetant son chiffon, il fouille les poches de son pantalon velours, très sale à la recherche d'allumettes. Puis, il sourit et me confie : "j'appartiens à une excellente famille. Mon père vit de façon très aisée. Il a une superbe villa à la Sicap, mais je ne me sens pas à l'aise dans le foyer. Alors, j'ai commencé à "fuguer".

J'ai goûté le "gninz" pour la première fois au cinéma AL AKBAR avec des copains. Ensuite, nous sommes venus nous installer ici à Pikine. Et ces chiens? "Bof, ce sont mes amis, ils me tiennent compagnie, j'en ai sept. Ils me protègent également. Je passe la nuit dans ce bâtiment désaffecté. Puis, le matin, nous allons dans les Niayes chasser quelques rongeurs".

Soudain, "one hand" se dirige de l'autre côté de la pièce où nous nous trouvons, puis revient avec une fille de son âge. "C'est ma fiancée, nous vivons ensemble depuis trois mois seulement, elle passe la nuit chez sa tante. Mais, nous sommes toujours ensemble".

Aspirant longuement sur le chiffon aspergé de diluant cellulosique, il se lève brusquement, siffle, ses chiens se rassemblent autour de lui : "c'est l'heure d'aller rejoindre mes copains, ils m'attendent". De sa démarche souple, il s'enfonce dans les Niayas. Son fief est très vaste : de l'autoroute aux H.L.M. Guédiawaye.

Je le suis, pataugeant dans les rizières, sautant les puits peu profonds aménagés dans les jardins. Il retrousse les bas de son pantalon en voyant quelques garçons taper sur un ballon. C'est un excellent joueur, il est titulaire dans l'équipe cadette de Pikine, une formation très réputée, me lance un de ses compagnons de misère. Ainsi, ils s'amuseront jusqu'au crépuscule. "Ce soir, je vais au cinéma, il y a un bon film de karaté. On y va ensemble? J'ai assez d'argent pour nous deux". Je décline poliment l'invitation. "Je suis un bon pick-pocket m'avoue-t-il, je ne peux pas en manquer, le guinz c'est ma vie, c'est cher".

Sacré "One hand", il étonnera toujours.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans citer le centre de sauvegarde islamique qui se construit actuellement au Golf-Nord sous l'impulsion de l'organisation non gouvernementale (O.N.G.) Djamra. Il sera ouvert à tous musulmans et non musulmans, croyants et non croyants, conformément à la philosophie de la solidarité islamique qui dépasse toutes les frontières. La première pierre a été posée le 26 Février 1989.

Notons également que Djamra a créé récemment un système d'écoute et d'accueil pour la réadaptation sociale des toxicomanes appelé "Geew" (le cercle) (24).

En un mot, le problème de la toxicomanie chez ces jeunes "délinquants" est l'affaire de tous et nous estimons qu'aucun sacrifice n'est trop grand pour réinsérer ces adolescents "révoltés sociaux" dans le circuit de production. C'est de la tolérance, de la générosité, de la faculté d'écoute que dépend toute la problématique du jeune en difficulté. Il ne faut pas dramatiser, il ne faut pas banaliser non plus et se souvenir toujours de cet adage : "votre enfant n'est pas le vôtre, c'est celui de son temps". (Confucius).

### **1.1.3 : Direction de la police judiciaire (Ministère de l'intérieur)**

Les services de polices impliqués dans les grands centres urbains, s'orientent principalement vers la régression de la détention, du trafic et de l'usage des stupéfiants.

Du fait de son implantation rurale, la gendarmerie s'oriente beaucoup plus vers la répression de la culture et du transfert des stupéfiants.

Les services des douanes dont les attributions sont prévues par l'article 12 de la loi 72-24 du 19 Avril 1972, apporte une contribution appréciable dans la lutte contre le trafic des stupéfiants surtout au niveau des frontières, à l'aéroport (fouille des bagages) et port. Leur travail est particulièrement difficile au niveau de l'aéroport et du port. En effet, pour des raisons économiques le Sénégal accorde beaucoup de privilèges aux touristes, considérés comme source de devises; ce qui entraîne des facilités surtout au niveau du contrôle des bagages. Cette simplification comporte des risques et met en jeu non seulement les intérêts du trésor public, mais encore la santé publique.

La valise diplomatique mise en cause : en Mars 1986, le premier conseiller à l'Ambassade du Sénégal à Bonn était pris en Allemagne avec 48 kilogrammes (ou kilos) de haschich (32) ; mais également des députés et autres militaires africains (exemple du sous-officier de gendarmerie qui avait fait passer 15 kilogrammes de cannabis par l'avion du Président du Togo (32). Les trafiquants parviennent également, pour échapper à la vigilance de la police et de la douane, à s'assurer la complicité de ces citoyens au dessus de tout soupçon.

Entre 1982 et 1985, estime Interpol (l'organisation internationale de police), 40 kilos d'opium, 87 d'héroïne, 787 kilos de cannabis et 400.000 comprimés de substances psychotropes ont été saisis un peu partout dans le monde sur des diplomates et des militaires africains."

En plus du traditionnel "yamba, dont la production a réellement augmenté : de dix kilogrammes neuf cent soixante quinze grammes (10kgs 975 grs), on est passé à deux tonnes trois cent douze kg quatre cent trente grammes (2t.31kgs.430grs) de 1983 à 1989.

L'héroïne quant à elle, fait l'objet d'un commerce de détail dans tous nos quartiers, surtout à Dakar.

Les substances psychotropes sont des drogues de synthèse qui sont vendues dans nos marchés au grand jour. Cette consommation qui connaît une

montée vertigineuse a obligé les autorités du Ministère de la Santé Publique à prendre un certain nombre de mesures pour limiter leur importation. La circulation n548/MSP/DP du 14 septembre 1982 qui donne la liste des spécialités pharmaceutiques dont l'importation est soumise à autorisation et qui est en ce qui concerne les psychotropes la suivante : Rohygnol Noctadiol, Sonuctane, Reposal, Imménoctal, Binoctal; cette circulation fixe les quantités maximales pouvant être importées, jusqu'à nouvel ordre par un soit 2400 boîtes par grossiste, par an et par spécialité, 72 boîtes par pharmacien d'office, par an et par spécialité pour ceux qui se ravitaillent directement à l'étranger.

Notons aussi l'article (569 du code de la santé publique inscrivant au tableau B le Palfium, le Dolosal, la Spalmalgine. La circulaire n549/M.S.P/DP du 14 Septembre 1982 rappelle l'inscription au tableau B de ces produits. L'arrêté ministériel n8977 du 5 Août 1982 fixant les différentes spécialités pharmaceutiques qui peuvent être détenues dans un dépôt de médicaments (J.O.R.S. n4919, 20 novembre 1982, p,745).

En 1989, 1487 individus ont été impliqués à des titres divers dans le trafic des stupéfiants et des substances psychotropes. Ce chiffre comprend les Sénégalais et les étrangers (en 1982, le nombre total de trafiquants était de 40 seulement).

Huit cent vingt trois (823) saisies ont permis de mettre la main sur trois tonnes et demie de cannabis; Dix neuf (19) opérations ont abouti à la saisie de plus de quatorze (14) kilogrammes d'héroïne. Pour ce qui est de la cocaïne, huit (8) saisies ont permis de mettre la main sur près de 4 kilos de cocaïne. Quand on sait qu'en 1985, aucune saisie d'héroïne, ni de cocaïne n'a été faite sur le territoire national, l'on peut mesurer la situation actuelle. Près de douze mille comprimés de barbituriques et autres amphétamines ont été saisi.

S'agissant de l'usage, huit cent (800) toxicomanes ont été interpellés en 1989. Ce chiffre concerne aussi bien des usagers occasionnels que des toxicomanes avérés.

Les chiffres que nous allons vous livrer proviennent du Ministère de l'Intérieur par le biais de la Direction de la Police Judiciaire (D.P.J), division des affaires judiciaires qui, depuis 1972, mène une enquête sur la criminalité (légale, réprimée ou apparente) et la population pénale.

La D.A.J centralise également toutes les informations concernant la drogue (type de drogues, les saisies, la production, le trafic et la possession pour usage, les personnes impliquées) dans le but de les exploiter et de dresser des statistiques. Ces enquêtes tiennent compte des rapports trimestriels des bri-

gades de gendarmerie, de la douane et de la police mais aussi des données fournies par les registres d'écrou des établissements pénitentiaires.

### **I- 1.3.1 : Méthodologie**

Les sources de renseignements sont constituées par :

- les documents contenant les données statistiques de la D.P.J division des affaires judiciaires qui comprend trois bureaux : le bureau des affaires criminelles, celui des affaires judiciaires et celui des affaires économiques

- les statistiques des registres d'écrou de l'Administration Pénitentiaire.

### **I - 1.3.2 : Matériel d'étude**

Le matériel d'étude utilisé comprend :

- les documents trouvés au niveau de la D.A.J à savoir :

. les rapports trimestriels des services de police, de la douane et de la gendarmerie de 1982 (année où les statistiques ont commencé à être dressés) à 1989.

. les registres d'écrou des établissements pénitentiaires.

Certaines remarques s'imposent :

Les services de sécurité publique continuent de quantifier les substances psychotropes et le cannabis en sachets, cornet (1 cornet pèse 7g), sacs, et en comprimés; ceci malgré une note ministérielle leur rappelant qu'il faut quantifier en kilogrammes que ce soit pour le cannabis et ses dérivés, les substances psychotropes ou l'héroïne qu'ils envoient parfois en képa ou dose (1 képa correspondrait à 1 centigramme). Cette situation serait due à l'absence de balance au niveau de certains postes de police ou commissariats de police. Par contre, les brigades de gendarmerie fournissent un effort dans ce sens, c'est ainsi qu'en 1984 et 1985, ils ont quantifié en kilogrammes les substances psychotropes, ce qui pose un problème d'harmonie au niveau des données, tantôt ce sont les kg, tantôt des comprimés... Or, ces états statistiques sont dressés conformément aux questionnaires des Nations-Unies relatives à l'application des conventions internationales sur les drogues. Ils sont ensuite transmis au Secrétaire Général Interpol (Organisation Internationale de Police Criminelle).

## I-1.3.3 Analyse des données : résultats globaux et analyse synthétique

année 1982

Types de drogues	Nombre de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées : trafiquants et usagers
Héroïne					
Cocaine					
Feuilles et résine de cannabis	406	-	618,578kg	759 cornets	440
Hashich liquide	2	-	-	-	2
Substances psychotropes Barbi. Tranquillizants-Amphétamines	20	-	579 comprimés	-	21

1983

Types de drogues	Nombres de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées trafiquants et usagers
Héroïne					
Cocaine					
Feuilles et résine de cannabis	313	10,975kg	1212,456 kg	152,284 kg	545
Hashich liquide	-	-	-	-	-
Substances psychotropes Barbi. Tranquillizants-Amphétamines	66	-	2.602 cp	1.069	134

cp = comprimés

tb = tablettes

Drogues	14 ans	19 - 19 ans	20 - 20 ans	26 - 45 ans	46 ans et +
Autres opiacés	-	1	-	-	-
Cannabis	2	70	125	204	16
Barbituriques et Tranquillisants	-	2	17	29	3
Amphétamines et autres stimulants	-	-	-	4	-
Autres hallucinogènes	-	29	-	7	-

Répartition par tranches d'âge : 1983

Année 1982

Drogues	Nationaux		Non-nationaux	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cannabis	357	5	5	-
Barbituriques et Tranquillisants	18	8	3	1
Amphétamines et Autres	15	6	3	2

Nombre d'usagers officiellement fichés

Année 1984

Types de drogues	Nombre de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées trafiquants et usagers
Héroïne					
Cocaine					
Feuilles et résine de cannabis	301	-	719,614kg	11,442 kg	598
Hashich liquide	-	-	-	-	-
Substances psychotropes (Barbi-Tranquillisants-Amphétamines)	93	-	1,533 kg	0,692 kg	81

Année 1985

Types de drogues	Nombres de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées trafiquants et usagers
Héroïne					
Cocaine					
Feuilles et résine de cannabis	670	-	4908,364 kg	-	151
Hashich liquide	1	-	2,948 kg	-	7
Substances psychotropes (Barbi-Tranquillisants-Amphétamines)	121	-	6322 cp 26.210 tb 305 kg	-	195

Année 1986

Types de drogues	Nombre de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées trafiquants et usagers
Héroïne	1	-		0,330 kg	3
Cocaine	-	-	-	-	-
Feuilles et résine de cannabis	451	-		570,650 kg	786
Hashich liquide	1	-	0,650 kg	-	-
Substances psychotropes (Barbi. Tranquillizants-Amphétamines)	68	-		3118 cp.	124

Année 1987

Types de drogues	Nombres de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées trafiquants et usagers
Héroïne	10	-	5,592 kg	0,009 kg	26
Cocaine	3	-	0,003 kg	-	10
Feuilles et résine de cannabis	2.131	74,510 kg	23716,607	1311,352 kg	1698
Hashich liquide	2		0,480 kg	-	2
Substances psychotropes (Barbi. Tranquillizants-Amphétamines)	101	11	7.736 cp.	4.802 cp.	372

Année 1988

Types de drogues	Nombre de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées trafiquants et usagers
Héroïne	12	-	1,256 kg+	38 kepa	33
Cocaine	3	-		0,662 kg	4
Feuilles et résine de cannabis	966	434 kg + 2 sachets	1 tonnes 923 kg 260 g + 699 cornets		2.104
Hashich liquide	1	-		0,662 kg	6
Substances psychotropes (Barbi, Tranquillizants-Amphétamines)	215	-	-	14.177 cp.	378

Année 1989

Types de drogues	Nombres de saisies	Niveaux Labo et Production	Niveau Trafic	Possession et usage	Personnes impliquées trafiquants et usagers
Héroïne	19	-		14,525 kg + 18 kepa	57
Cocaine	8	-		3,923 kg	34
Feuilles et résine de cannabis	823	2 tonnes 312 kg	3t542 kg 430g	174 g	1702
Hashich liquide	2	-	-	0,752 kg	2
Substances psychotropes (Barbi, Tranquillizants-Amphétamines)	323	-		11.950 cp. + 24 tablettes	500

Les résultats de l'exploitation des données chiffrées ainsi recueillies sont loin d'être satisfaisantes pour plusieurs raisons :

- l'information n'est pas complète. Les états du premier semestre de l'année 1984 des commissariats urbains de Diourbel et du commissariat central de Dakar ont été transmis, mais n'ont pas été retrouvés au niveau du service de la D.A.J. Par contre, ceux du deuxième semestre des commissariats de Mbacké et du commissariat central de Dakar n'ont pas été envoyés au moment où on dressait les statistiques pour la même année. Toujours dans la même année, en ce qui concerne la douane, seul le bureau de l'aéroport de Dakar-Yoff a fait parvenir les chiffres du premier semestre. Les saisies opérées par les autres services relevant de cette administration : subdivision Dakar-extérieur, Dakar-port, services régionaux... n'ont pas été communiquées. Il en a été de même pour l'année 1988.

Pour l'année 1987, les états statistiques n'ont pas été établis pendant cinq mois (d'Avril à Août) à cause de la grève des policiers.

Pour l'année 1989, plusieurs états n'ont pas été transmis par les commissariats de sécurité publique, malgré les nombreuses lettres de rappel.

De nombreuses lacunes, erreurs ou omissions relevées au cours de l'exploitation des documents statistiques reçus par la D.A.J, ont fait qu'il n'a pas été possible de répondre à certaines questions posées dans la partie "c" du formulaire des Nations-Unies réservée aux usagers ou intoxiqués et aux tranches d'âge : sauf pour l'année 1982 pour le nombre d'usagers officiellement fichés et pour l'année 1983 pour la répartition par tranche d'âge. Un seul cas de décès lié à l'abus de drogues a été signalé à la police en 1985.

Un seul cas de vol de médicament a été signalé à la direction de la police judiciaire pour l'année 1987. Ce vol a été perpétré à la pharmacie de Hann et portait sur plusieurs produits dont trois cent treize (313) boîtes d'artane \* 5mg lot n332 (Anticholinergique). Les toxicomanes ont cependant peu d'attrait pour cette spécialité, bien qu'ils l'utilisent quelquefois (en cas de manque).

Pour le Ministère de la Santé qui doit jouer les premiers rôles, le nombre total d'usagers internés dans les formations sanitaires est souhaité par la D.P.J, les autorités gouvernementales, les Nations-Unies pour une meilleure prise en charge; pour cela, il faudra établir une base de données.

Ainsi, ces chiffres sont de toute évidence approximatifs et ne reflètent que partiellement l'ampleur du fléau, d'autant plus qu'il est prouvé qu'au minimum 30%

des affaires pénales traitées dans les commissariats et les brigades de gendarmerie n'apparaissent pas dans les statistiques de ces services : c'est le phénomène des arrangements (14). Faut-il multiplier par 30, 40 ou 50 les chiffres officiels? Il semblerait que ce ne serait pas exagéré.

Malgré les lourdes peines prévues, le nombre d'individus condamné ne cesse d'augmenter.

Il ressort des études menées par ENDA Dakar en 1980, dans une zone péri-urbaine de Dakar, sous la direction de Hanck et Dieng (28), que sur 156 jeunes interrogés (50% des jeunes de 15 à 30 ans du quartier), 120 ont répondu à leur question, dont 10% fument de la drogue notamment le "yamba". Il suffit également de consulter les tableaux issus de la D.A.J (Bureau des Affaires Criminelles) pour se rendre compte du nombre de personnes impliquées pour trafic et usage de drogues :

- 1982 : 40 trafiquants dont 30 nationaux et 10 non nationaux
- 1983 : 743 trafiquants dont 685 nationaux et 58 non nationaux
- 1984 : 538 trafiquants dont 491 nationaux et 47 non nationaux
- 1985 : 1713 trafiquants dont 1285 nationaux et 428 non nationaux
- 1986 : 913 trafiquants dont 874 nationaux et 39 non nationaux
- 1987 : 2108 trafiquants dont 1957 nationaux et 151 non nationaux
- 1988 : 2091 trafiquants dont 1949 nationaux et 142 non nationaux
- 1989 : 1487 trafiquants dont 1407 nationaux et 80 non nationaux.

La progression n'est pas constante mais plutôt en dents de scie. Cependant de 1982 à 1988, le nombre de trafiquants interpellés a été multiplié par 20. Le nombre de nationaux impliqués est passé de 30 en 1982 à des milliers depuis 1987. Les non nationaux aussi augmente de plus en plus et dépasse la centaine. Parmi les arrestations, on a remarqué surtout les ressortissants des pays anglophones (Gambie, Ghana, Nigéria.) et qui importent une autre variété de cannabis appelé "lopito", mais ils sont également des passeurs de drogue dite "dures" (héroïne, cocaïne).

La menace est réelle et présente pour Dakar, mais aussi pour toutes les capitales africaines. En effet, tout est bon pour ramener de la drogue de l'extérieur

surtout l'Asie du Sud-Ouest et du Sud-Est : les semelles des chaussures creuses, les objets d'art évidés pour aménager de caches, les fauteuils ramenés d'Europe pour le cousin... Il n'y a plus de doute : les passeurs africains n'ont plus rien à apprendre de leurs "collègues" européens ou sud-américains.

L'explication est simple, le marché européen et américain étant de plus en plus saturé ou plus efficacement quadrillé par les policiers, les trafiquants se sont tournés depuis 1980 vers notre continent; ou les moyens de lutte employés contre eux sont encore embryonnaires.

Ils peuvent aussi facilement organiser des filières. Aujourd'hui, la plupart des passeurs sont des Nigériens qui travaillent avec le sous-continent indien. (cf. tableau : l'Afrique et la drogue et le Nigéria : plaque tournante du trafic d'héroïne).

Ils s'y approvisionnent en drogue, puis reviennent à Lagos, avant de réembarquer pour l'Europe et l'Amérique.

Sur 277 kg d'héroïne saisis en France en 1985, une cinquantaine de kg provenaient de Lagos. Les saisies d'héroïne mettant en cause des ressortissants du Nigéria sont passés de 30 kg en 1984 à 100 en 1985. (cf. OCRTIS : Office Central pour la Répression du trafic illicite des stupéfiants)

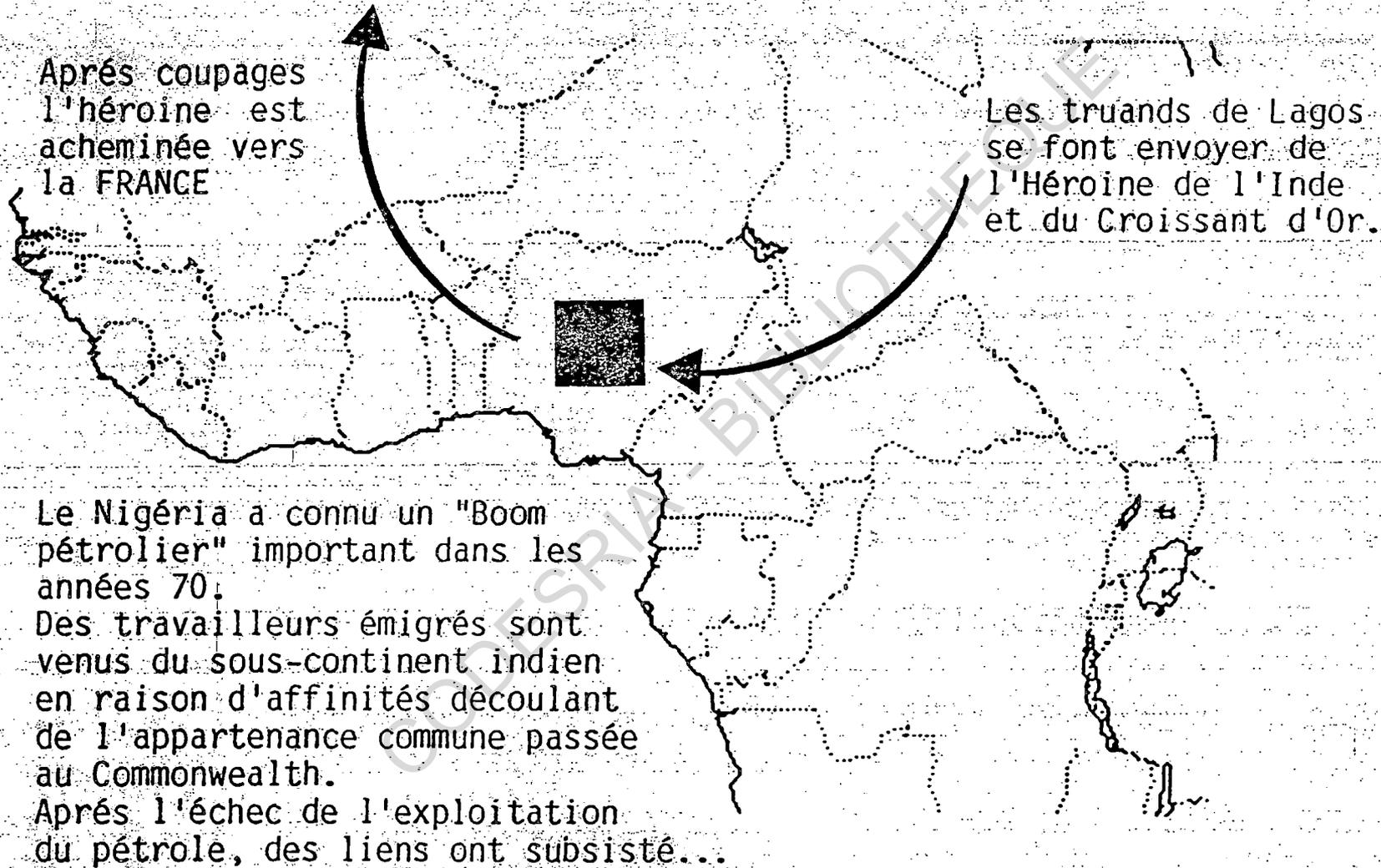
La marchandise vient de l'Inde, du Pakistan ou du triangle d'or (Thaïlande, Birmanie, Laos). Elle est reconditionnée en sachets de 100 à 200 grammes et sont remis à d'autres passeurs embauchés pour 50.000 à 100.000 F.CFA et qui prennent le relais.

En 1986, on a déjà intercepté 16 kg d'héroïne à Abidjan et 8 autres au Ghana. Un record en Afrique Noire dans la mesure où on n'y avait jamais dépassé des saisies de 100 ou 200 grammes.

Par ailleurs, la production, l'exportation, la consommation de cannabis et l'importation, le trafic illicite des substances psychotropes, prennent des proportions alarmantes. Les comprimés circulent au grand jour et l'herbe pousse partout.

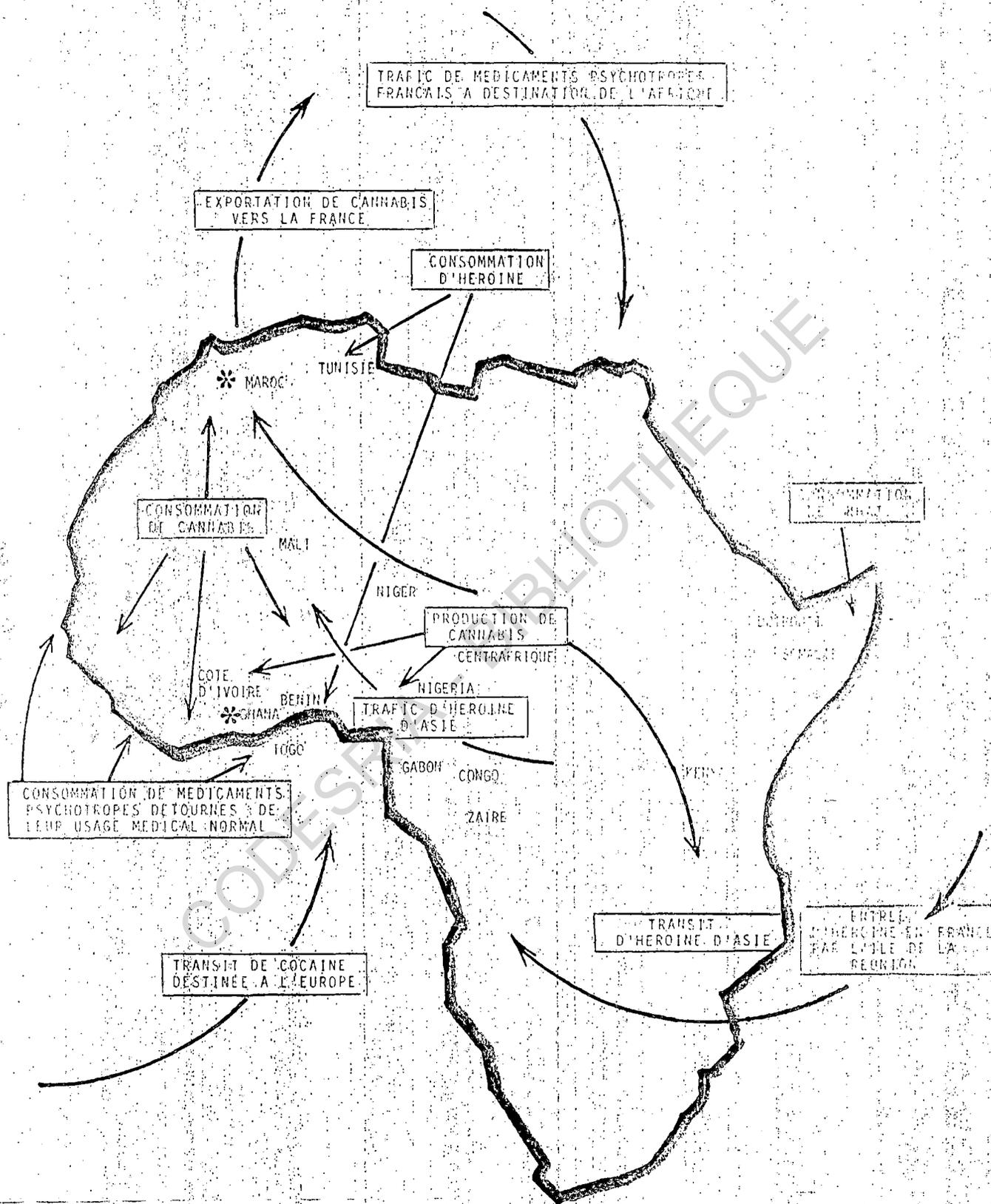
Fumé, mâché, prisé par les étudiants pour tenir le coup des examens, par les chauffeurs de taxis qui roulent nuit et jour, par ceux qui n'ont pas d'emplois, le cannabis est devenu à la fois une composante du sous-développement (qui fragilise et angoisse) et une source de revenus. On en produit pour consommer et exporter.

# LE NIGERIA : PLAQUE TOURNANTE DU TRAFIC D'HEROINE



# L'AFRIQUE ET LA DROGUE

Réalisation : Bernard LEROY, J.J. EVRY - 1988



Entre 1982 et 1984, les saisies européennes en provenance de l'Afrique Noire ont représenté 10 tonnes par an, avec une pointe de 13 tonnes en 1984 et près de 16 tonnes en 1985. Au Sénégal, en 1985, 5 tonnes de cannabis à peu près ont été intercepté au niveau du trafic, en Côte d'Ivoire : 2 tonnes, au Lesotho : 14 tonnes. Quant à l'Afrique de l'Est et du Sud-Est, elle participe dit-on à Interpol, de "façon limitée par rapport à ses potentialités, à l'approvisionnement du marché extérieur et intérieur; sans doute parce-que au Kenya comme au Zimbabwe, les champs sont systématiquement détruits. Mais les deux plus gros producteurs et fournisseurs de toute l'Afrique sont le Maroc avec 37 tonnes saisies à l'extérieur du pays en 1985, 20 tonnes en Europe et le Soudan avec 75 tonnes.

Ces chiffres, encore très loin de la réalité montre tout de même qu'on lutte contre le trafic de cannabis avec autant de détermination qu'on combat la consommation du célèbre khat, la plante qui fait des ravages dans la corne de l'Afrique et au Yémen. Des après-midi entiers, hommes et femmes mâchent et remâchent les feuilles au goût âcre et légèrement sucré. On organise des "khat parties" qui se transforment souvent en joutes poétique avant que ne s'assoupissent les participants, devenus momentanément impuissants(33).

Les drogues de synthèse sont importées sous licence falsifiée vers l'Afrique Noire à partir de la France, la Grande Bretagne, l'Allemagne de l'Ouest, la Belgique, la Bulgarie... D'après Interpol, la Côte d'Ivoire est parmi les pays les plus affectés. La brigade spéciale des stupéfiants ivoiriennes a saisi, en 1985, selon les chiffres communiqués à Interpol : 376.000 comprimés d'antidépresseurs et 900.000 comprimés de stimulants comme les amphétamines.

Le phénomène existe aussi, mais dans une moindre importance au Sénégal, au Niger, au Congo.

En Afrique de l'Est et au Sud, le marché illicite dominé par la méthaqualone (Mandrax\*) est alimenté par un important trafic avec l'Inde dont la Zambie est la plaque tournante.

Si les policiers sont tout à fait à l'aise dans la chasse au cannabis, ils ont en revanche beaucoup de mal à identifier les psychotropes. Et puis dans ce domaine reconnait-on à Interpol, il n'y a pas ou peu de plaintes, peu ou pas de victimes recensées comme telles, le trafic est encore plus difficile à cerner".

C'est plutôt la direction de la pharmacie qui s'occupe de la réglementation, des autorisations de mise sur le marché des produits pharmaceutiques. Malheureusement, ce service ne dispose pas de moyens pouvant lui permettre

d'exercer toutes les compétences qui sont les siennes. Son rôle s'arrête au contrôle de l'importation des stupéfiants vendus en pharmacie ou entrant dans la préparation de certains médicaments.

Il faut cependant préciser, que ce trafic mondial met en jeu tant d'intérêts politiques et économiques énormes et contradictoires, qu'ils deviennent incontrôlables, s'insérant dans la complexité du jeu économique mondial.

Ce commerce de drogue a atteint des proportions telles que les sept pays les plus industrialisés, réunis à Paris en juillet 1988, ont jugé nécessaire d'affirmer leur intention de lutter contre le blanchissement de l'argent provenant de ce commerce. En 1988, son marché a représenté plus de 9% du commerce mondial, soit environ trois cent (300) milliards de dollars. Une telle performance correspond, à titre de comparaison, au produit intérieur brut (PIB) de l'Italie ou de celui de tout le continent africain, l'Afrique du Sud exceptée. Selon le chef de l'office (français) central des stupéfiants, le commerce de la drogue aurait produit neuf cent (900) milliards de franc français (ff) de bénéfices dans le monde en 1988, c'est à dire plus des deux tiers du montant total de la dette africaine. Il faut dès lors, se demander, comment une telle masse d'argent "sale" arrive à être recyclée dans le système financier international.

Le danger est là dans notre pays, nous avons de gros besoins de financement et les trafiquants ont d'énormes possibilités financières, donc il nous faut être vigilants. Une récente enquête menée par les services compétentes français a révélé que plusieurs centaines de milliers de francs français (FF) ont été transférés au Sénégal par certains de nos nationaux (Soleil du 26/06/90). On peut dire que le trafic de drogue présente aujourd'hui des caractéristiques nouvelles, en particulier :

- une dispersion, pour ne pas dire " banalisation" du trafic, qui est à la fois signe et cause d'une relative banalisation de la drogue, une multiplication des usagers revendeurs et des non-professionnels, sans aucun lien avec le "milieu" traditionnel des gros trafiquants (c'est à partir de ces petits revendeurs que se développe le "trafic des fourmis" qui constitue une véritable épidémie.)

En effet, pour arriver à se fournir, un jeune héroïnomane contamine plusieurs personnes par an dans son entourage immédiat. Ainsi, des foyers " épidémiques" se propagent de banlieue en banlieue, de ville en ville, créant un problème nouveau dans la mesure où la drogue est fournie sur place, et non plus dans les points chauds traditionnels des grandes métropoles.

Le problème essentiel reste le problème des cultures illicites. Jusqu'à présent, tous les programmes mis en oeuvre pour l'éradication de ces cultures illicites,

n'ont pas donné de gros résultats. En effet, les cultures vivrières ne sont pas aussi rentables que celles-ci. On peut rappeler que les exportations de cocaïne, de marijuana et de haschisch rapportent davantage à la Colombie que la production de café. La culture de yamba rapporte plus au paysan sénégalais que celle de l'arachide.

Mais cette situation doit-elle pousser au pessimisme voire au découragement? Nous ne le pensons pas, surtout dans le cas de notre pays, car une application complète et déterminée de la nouvelle stratégie de lutte contre les stupéfiants, ne peut que provoquer un contrôle concret et systématique du trafic illicite des drogues sur l'ensemble du pays. Mais quel que soit l'effort dans ce domaine, aucun résultat significatif ne peut être enregistré sans une coopération nationale de tous les services concourant à cette lutte et une coopération régionale voire internationale des Etats.

#### **I - 1.4 : Le milieu carcéral**

Point n'est besoin de démontrer que les sociétés africaines en général et la société sénégalaise en particulier sont à leur tour ébranlées par les facteurs généraux de la criminalité que sont le spectacle de la violence, la concentration urbaine et les contre-coups de la récession économique mondiale. En effet, si l'on avait coutume de chanter la tranquillité de nos villes et campagnes, longtemps épargnées des agressions à main armée et autre escroquerie à grande échelle, force est de constater aujourd'hui que les effets induits du progrès, en plus des "stress", engendrent dans la plupart des pays africains un développement intensif et irrémédiable de la criminalité.

Une enquête fort intéressante sur la criminalité réalisée en 1980 au Sénégal, parue dans la revue n°11 de la sûreté nationale reconnaît à la ville son important facteur criminogène par rapport à la relative stabilité de la criminalité à la campagne.

Reprenant la théorie de l'école de Chicago ou théorie du territoire naturel des plantes encore appelée théorie de l'équilibre biotique des plantes qui comporte une connotation sociologique, pour cette école : toute politique rationnelle d'urbanisation devrait tendre à faire que les individus vivent en symbiose avec leur quartier, qu'ils s'y trouvent en équilibre. Mais ce qui se produit actuellement dans nos grandes cités, c'est que les plus forts et les plus nantis chassent les plus faibles et les moins nantis dans les mauvaises terres et les quartiers populeux (Colobane, Guédiawaye...) sous les mauvais climats.

La ville de Dakar qui comptait à peine vingt cinq mille (25.000) habitants en 1910, deux cent trente mille (230.000) en 1955 est passée à six cent quatre

vingt mille neuf cent trente deux (680.932) habitants ou population résidante en 1988 (cf. Recensement général de la population et de l'habitat).

L'agglomération urbaine de Dakar et sa presqu'île ont attiré plus récemment des ruraux venus de toutes les régions.

L'enquête de la revue de la sûreté nationale et les registres d'écrou des prisons révèlent que la délinquance sénégalaise se développe vers la violence : coups et blessures volontaires, meurtres, vols d'une part, d'autre part usage, détention, trafic de stupéfiants, faux, fausse monnaie, proxénétisme etc...

Selon les statistiques établies sur la base des registres d'écrou des prisons de Dakar, la criminalité légale qui ne concernent que les personnes condamnées, montre que les usagers de drogues sont par ordre d'importance :

- les mécaniciens, maçons, menuisiers
- les chauffeurs et les tailleurs
- les chômeurs
- les fonctionnaires et les étudiants
- les détenus

Leurs lieux de résidence restent invariablement les quartiers populeux de Dakar ou de la banlieue.

Cette situation que révèle la criminalité légale traduit-elle la réalité?

Notons cependant que la criminalité légale (nombre de personnes condamnées) est différente de la criminalité réprimée qui correspond aux personnes déferées au parquet par les services de police et de gendarmerie, cette dernière est également différente de la criminalité apparente qui est constituée par le nombre d'infractions à caractère criminelle et correctionnelle constaté par les services répressifs.

La thèse de Seck (65) en 1979 avec un échantillon de deux cent cinquante (250) personnes n'aboutit pas au même résultat que celui du milieu carcéral; en effet, selon Seck, on note une sur-représentation de la Sicap et des quartiers H.L.M. (Habitations à Loyer Modéré). En tout cas, ce qui est constant et prouvé est que si pendant longtemps les usagers ont été les chômeurs et les ouvriers des quartiers populeux des villes, depuis quelques années, les consommateurs

sont de plus en plus des étudiants, des lycéens, des fonctionnaires, des gens appartenant à des milieux beaucoup plus aisés.

Parmi les toxicomanes traduits devant les tribunaux, une catégorie surprend : les détenus

Comment se procurent-ils la drogue?

Les détenus de confiance, ceux qui font des corvées, ceux qui bénéficient d'un régime de semi-liberté profitent-ils de leur situation privilégiée pour introduire la drogue dans la prison, alors qu'une fouille doit-être opérée à l'entrée?

Si les toxicomanes et les trafiquants détenus continuent de se droguer et de trafiquer, à quoi sert donc la prison?

Si on parle beaucoup de drogués, si les Etats prennent des mesures draconniennes, c'est parce que ces individus constituent un danger pour eux-mêmes mais aussi pour la société.

Durant ces dernières années, parmi les usagers ou trafiquants de drogue saisis par voie de justice (police, gendarmerie) et déférés au parquet, les détenteurs de chanvre indien sont jugés par le tribunal départemental.

Le tribunal régional, à compétence plus élargie, se charge des usagers ou trafiquants de psychotropes et de l'association de ce délit à un autre (port illégal d'une arme par exemple).

Les drogues "dites dures" (héroïne, cocaïne...) relèvent aussi du tribunal régional.

Dans la plupart des cas, il s'agit de flagrant délit et l'affaire est jugée rapidement par les tribunaux compétents. Mais, s'il s'agit d'un fait grave, comme la saisie d'une grande quantité de chanvre indien, le juge d'instruction s'occupe du jugement : on dit qu'il y a réquisitoire introductif d'un cabinet. Pour les mineurs, c'est le 4ème cabinet.

Les militaires sont jugés par leur tribunal.

#### **1 - 1.4.1 Méthodologie :**

La méthodologie utilisée est basée sur l'exploitation des enquêtes menées chaque année depuis 1982 jusqu'en 1989 (excepté 1986 document emprunté et non ramené) sur la population pénale et la criminalité réalisée par la direction

de l'administration pénitentiaire division de la statistique et fondée sur les données statistiques fournies par les régisseurs de prisons (maisons d'arrêt et de correction, camps pénaux) à partir des registres d'écrou. La revue n°11 de la sûreté nationale aussi a été utilisée.

#### **I - 1.4.2 Matériel d'étude :**

Il est constitué par les documents de l'administration pénitentiaire

#### **I - 1.4.3 Analyse des données : les résultats globaux et l'analyse synthétique**

D'après les enquêtes sur la population carcérale et la criminalité, l'évolution du nombre de personnes écrouées se présente de la manière qui suit :

1982 : 9950 personnes écrouées

1983 : 11725 personnes écrouées

1984 : 15641

1985 : 38797

1987 : 17254

1988 : 16967

1989 : 20483

L'importante augmentation du nombre de personnes écrouées depuis 1983 traduit l'intensité galopante de la criminalité légale. Cette intensité est naturellement la conséquence de la croissance démographique et de l'exode rural.

Il s'agit de personnes qui, pour des raisons diverses, ont été mises en prison. Ces chiffres traduisent en quelque sorte l'activité des juridictions répressives.

Parmi les principaux crimes et délits punis, nous n'avons retenus que l'usage, la détention et le trafic de stupéfiants dans la répartition générale de la population pénale.

La nature des infractions ayant motivé les poursuites et condamnations.

La répartition suivant les délits commis et punis :

usage et trafic de stupéfiants :

. 1443 hommes et 10 femmes en 1982

. 1027 hommes et 10 femmes en 1983

. 634 hommes et 9 femmes au 1er et 3e trimestre de 1984

. 4723 hommes et 33 femmes au 1er et 2e semestre de 1985 et 6 agents de l'Etat, ont été incarcérés pour détention et usage de stupéfiants en 1985 toujours,

. 4312 hommes et 108 femmes au 2e semestre de 1987 et 8 agents de l'Etat ont été incarcérés pour détention et trafic de stupéfiants la même année

. 7176 hommes et 314 femmes pour 1988 et 13 agents de l'Etat ont été incarcérés pour détention et usage de stupéfiants,

. 8804 hommes et 295 femmes en 1989.

Le nombre total de délits introduit au parquet du palais de justice a été estimé à 9152 cas en 1985. Les cas se rapportant à la drogue se chiffrent à 618 soit 06,75%.

Dans 572 cas soit 92,55%, il s'est agi de flagrant délit et les sujets ont été jugés par les tribunaux départemental et régional.

Dans 46 cas, soit 7,45% sont concernés :

. des mineurs : au nombre de 24 donnant lieu à un réquisitoire du 4e cabinet;

. des militaires : chiffrés à 14 jugés par le tribunal militaire,

. des cas graves : au nombre de 8 avec réquisitoire introductif au niveau d'un cabinet

Les délinquants primaires ont souvent bénéficié de sursis. Les trafiquants ont été condamnés conformément aux dispositions de la loi.

(tableau)

TYPE DE DELITS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE %
Détention chanvre indien (C.I.)	116	18,77
Détention psychotropes	90	14,56
Détention et usage de C.I.	104	16,83
Détention et trafic psych.	74	11,97
Détention et trafic C.I.	106	17,15
Détention et trafic psych.	80	12,95
Détention et usage C.I. + Psych.	34	05,50
Détention et trafic C.I. + Psych.	14	02,27
TOTAL	618	100

Répartition selon le type de délits par le parquet du Palais de Justice

Les résultats du tableau montre l'importance du cannabis dans cette étude (14). Les taux les plus élevés se rapportent respectivement à la détention, à l'usage et au trafic et à la détention de chanvre indien :

- 18,77%

- 16,83%

- 17,15%

La détention et le trafic de substances psychotropes est non moins importante (14,56% et 12,95%). Notons cependant qu'il n'est signalé nul part dans les registres d'écrou des prisons d'individus incarcérés pour trafic de substances psychotropes bien que le délit d'exercice illégale de la pharmacie existe. Les délits d'usage, de détention et/ou de trafic de stupéfiants occupent une place importante dans la gamme des infractions ayant entraîné l'incarcération des "délinquants".

Concernant les agents de l'Etat, il s'agit de ceux qui ont été placés sous mandat et incarcérés dans les différents établissements pénitentiaires pour détention, usage ou trafic de stupéfiants. Leur "délinquance" est plutôt acquisitive c'est à dire que la relation existe entre leur emploi et l'infraction commise.

Cette forme acquisitive de la criminalité reflète sans nul doute la recrudescence du phénomène criminel dans notre pays.

La délinquance féminine qui était presque inexistante il y a une dizaine d'années au Sénégal, connaît une augmentation régulière que ce soit en matière de stupéfiants où elles sont passées de 10 en 1982 à 295 femmes en 1989, ou bien pour des délits divers où le nombre total de femmes sénégalaises écrouées correspond à un total de 1012 en 1988 et 939 en 1989.

La répartition par classe d'âge est plus riche en enseignements. La tranche d'âge de 13 à 18 ans est passée de 391 adolescents en 1982 à 1087 en 1989, celle de 19 à 25 ans de 3629 jeunes en 1982 à 16315 en 1989; celle de 46 à 55 ans de 606 adultes en 1982 à 3414 en 1989.

La population pénale est très jeune dans son ensemble. Toutefois, il faut préciser que le nombre de mineurs de 13 à 18 ans est dû surtout à la lenteur des procédures administratives, en effet, beaucoup de ces mineurs ne sont pas placés sous mandat de dépôt. Ils sont confiés à l'administration pénitentiaire en attendant qu'ils soient pris en charge par leurs parents ou par les institutions spécialisées (centres de sauvegarde).

Cette criminalité juvénile est non négligeable, mais la criminalité la plus forte se situe chez les jeunes de 19 à 25 ans.

Selon l'article 699 du code de procédure pénale, tous les détenus inculpés de trafic, détention ou usage de stupéfiants ne peuvent plus bénéficier désormais de la libération conditionnelle; ceci entre dans le cadre de la lutte contre l'usage et le trafic illicite des drogues.

## **Chapitre II : Que recouvre le terme de toxicomanie dans la réalité sénégalaise :**

Nous commencerons, pour répondre à cette question, par différencier les drogues socialement admises de celles incriminées dans la toxicomanie au Sénégal.

### **II.1 Les drogues socialement admises :**

#### **II.1.1 "Les drogues traditionnelles africaines" :**

Dès lors que l'on constate l'utilisation actuelle de la drogue, on est amené à se poser la question quant à son utilisation dans nos sociétés traditionnelles. En tentant de répondre à cette question, on est donc ramené au problème de l'essence de la drogue et de son évolution. Il s'agit en effet, de restituer une définition de la drogue qui soit conforme aux acceptions de la société traditionnelle. Nous sommes ainsi donc amenés à considérer "comme drogues, dérivés ou équivalents, tout ingrédient dont l'utilisation produit des effets qui modifient le comportement, les perceptions voire la conscience de l'individu, lorsqu'ils n'occulent, ne surajoutent, ne troublent, ou ne créent d'autres conduites objectives ou subjectives" (document non encore publié, réalisé par le psychiatre Moussa Ba de l'hôpital de Fann).

Concernant la société traditionnelle, on peut la définir comme étant l'ensemble d'un groupe humain régi par leurs traditions, c'est à dire par un ensemble de règles et un langage visant une organisation donc une régulation sociale.

C'est ainsi que les peuples primitifs utilisaient des drogues pour provoquer des états de transe au cours des rites religieux ou pour préparer les guerriers au combat.

Au Sénégal, elles étaient et sont encore employées de nos jours soit individuellement, soit collectivement au cours des cérémonies religieuses, des cultes animistes, des rites de passage et des initiations (circoncision...)

L'utilisation de la drogue répond de ce fait à un code culturel intégré dans une vie communautaire avec des doses précises manipulées par des connaisseurs ou par des personnes âgées dans des cercles restreints.

La connaissance parfaite que les initiés prescripteurs ont des effets de ces drogues, fait qu'il est rare d'assister à l'éclosion de manifestations pathologi-

ques non maîtrisables : cela fait que ces drogues sont socialement admises. (Datura metel, "beer" de mil, "sëng", "ngow"...) )

## **II 1.2 " Les drogues et autres produits excitants de consommation régulière mais socialement admis" :**

Au Sénégal, la consommation régulière de la noix de kola (*Cola nitida*), du café (*Coffea sp.*) et du thé (*Thea sinensis*) est largement répandue. Dans la plupart des ethnies sénégalaises, offrir des noix de kola est une marque traditionnelle et indispensable d'hospitalité. Leur consommation est courante lors de certaines cérémonies également.

Ces produits sont officiellement et librement vendus partout et presque dans tous les coins de rue tant sur les étalages sommaires aux marchés que dans les boutiques.

Ces produits dont une grande partie de la population n'arrive plus à se passer sans se plaindre de malaise général, de céphalées, d'insomnie, d'asthénie et de prostration, sont classés parmi les "drogues mineures".

Les effets de ces drogues "habituelles" n'inquiètent personne et on ne leur accorde aucune signification en tant qu'indicateur de santé mentale.

## **II - 2 Les drogues incriminées dans les toxicomanies au Sénégal**

### **II - 2.1 Le cannabis :**

#### **i) La drogue la plus consommée :**

L'analyse des tableaux VII et IX révèle que le cannabis (chanvre indien ou "yamba") demeure la drogue la plus utilisée dans notre pays.

Notre conclusion rejoint celle de l'UNESCO (59) qui déjà en 1977 pensait que dans les pays suivants (Nigéria, Togo, Ghana, Kenya, Sierra-Léone et Sénégal); "parmi les drogues illicites, seul le cannabis a été signalé comme faisant l'objet d'un usage important".

Pour Kerharo (36), parmi les drogues africaines, le chanvre indien est la drogue la plus utilisée puisque selon des estimations de l'OMS (1985) il y a dans le monde plus de deux cent (200) millions de consommateurs parmi lesquels, il faut compter un nombre de plus en plus important d'africains.

Comment s'explique alors cette propension vers le cannabis observée dans notre pays?

ii) Les raisons de la propension des toxicomanes sénégalais vers le cannabis

Nous retiendrons dans un premier temps comme facteurs favorisant, l'extension d'une pratique qui était traditionnelle dans certains groupes sociaux et l'imitation surtout par les jeunes de modes importées, conséquences des influences culturelles.

Dans un second temps, il y a la facilité relative de se procurer la drogue.

En effet, le yamba se vend en sachet ou en cornet de papier fin qui contient le mélange des feuilles, des tiges et des graines appelé "joint". Il est le plus souvent fumé, seul ou mélangé au tabac, en groupe ou consommé en infusion sous forme de tisane (thé...). Autrefois, il était l'apanage de quelques désœuvrés, actuellement, il s'est répandu d'une manière assez générale à presque toutes les couches de la population. Actuellement, c'est une variété de chanvre indien d'origine ghanéenne connu sous le nom de "lopito" qui est en vogue dans le milieu toxicomane et il est très prisé par ces derniers car d'après eux les effets seraient plus intenses que ceux du yamba ou niakoye. Mais d'après l'étude qui a été faite dans le laboratoire de chimie analytique et toxicologie de l'Université Cheick Anta Diop de Dakar par Kane 1988-1989 (34), le "lopito" (Ghana) et le yamba ou niakoye (Sénégal) ont à peu près la même teneur en tétrahydrocannabinol (T.H.C) : 0,36 mg/g ; cette teneur est supérieure à celle du Local-Salsa (origine Gambie) : 0,28 mg/g.

Cependant la teneur relative en cannabinol (CBN) du lopito est plus élevée que celle du Local-Salsa et du yamba. Le cannabidiol (CBD) n'est présent dans l'herbe qu'à l'état de traces.

Le cannabis liquide par contre qui provient du Nigéria, du fait même de sa préparation, renferme de fortes concentrations des différents cannabinoïdes sous un petit volume. Il est probable que les teneurs en THC, CBN et CBD dépendent des lieux et des techniques de culture, donc des facteurs écologiques mais également de la partie de la plante utilisée. Il est donc très facile de se procurer le yamba localement où grâce à un trafic venant des pays limitrophes. De plus l'adepte peut se ravitailler par cueillette dans un champ ou dans un jardin. Le cultivateur ne laisse pas le temps à la plante de fleurir par crainte d'être appréhendé par les autorités judiciaires, cela pourrait expliquer la faible teneur en principe actif du yamba sénégalais par rapport au haschich (cannabis liquide). Ces facilités expliquent l'extension rapide de ce type de drogue.

## II - 2.2 Les drogues d'importation :

Il s'agit surtout des produits pharmaceutiques : tranquillisants, barbituriques et excitants, stimulants majeurs (amphétamines). Ces derniers sont surnommés localement "pions".

D'après les sources de la police judiciaire, après le cannabis, ce sont les "pions" qui connaissent un usage très répandu.

En effet, les "drogues" ont un rapport très étroit avec les principales vertus qui poussent certaines personnes à recourir à ces substances. C'est ainsi que certains produits tels que les amphétamines, la cocaïne combattent la fatigue. D'autres comme l'alcool, les tranquillisants, la morphine et des dérivés présentent l'avantage d'améliorer l'humeur. Quand aux barbituriques, tabac... ils chassent dit-on, les soucis ou du moins permettent de les oublier. Le yamba, la mexaline, le LSD... sont utilisés dans le but de provoquer le rêve.

Ceci montre la foi aveugle que les gens ont vis à vis de la médecine à qui ils ne cessent de demander des merveilles, or le médicament est un couteau à double tranchant (pharmakos) et c'est la dose qui fait le poison.

Ainsi la prescription de tranquillisants est de plus en plus répandue. Et, il n'est pas exagéré de dire que dans bien des cas, le corps médical est à l'origine de certaines dépendances aux somnifères et autres analgésiques, inconsciemment.

Il y a aussi le délicat problème de l'automédication avec les accidents graves qu'elle peut engendrer. Elle s'explique aussi bien par l'absence d'information des populations que par l'insuffisance de la couverture sanitaire. Aussi, est-il fréquent de voir quelqu'un, soulagé par tel ou tel médicament, le proposer amicalement à son voisin, tous les deux ignorant complètement les risques d'une telle conduite.

D'autres médicaments non psychotropes peuvent faire l'objet d'une utilisation détournée. C'est le cas de certains antiparkinsoniens tels que la trihexyphénydyle (Artane\*) (25), prescrit comme traitement des effets secondaires des neuroleptiques. Ils peuvent donner lieu à des abus en raison de leurs effets stimulants et sont responsables parfois de syndromes confuso-oniriques. L'intoxication s'accompagne de signes neuro-végétatifs de type atropinique (sécheresse de la bouche, mydriase, tachycardie, dysarthrie, etc...)

Le caractère licite de ces produits destinés à la thérapeutique médicale et qui doivent donc être disponibles sur tout l'étendue du territoire national rend la

lutte contre cet usage difficile. Il est facile de se procurer ces médicaments dont le prix est modique, soit directement dans certaines pharmacies, soit dans les marchés ou même dans la rue. En effet, si un gros effort de réglementation de la distribution des médicaments est fait au Sénégal, il n'en est apparemment pas de même dans les pays limitrophes, notamment anglophones (Gambie). Contrairement aux drogues licites (l'alcool et le tabac), la consommation de médicaments intéresse autant sinon plus, les filles que les garçons. Dans une enquête épidémiologique récente (69) menée au Sénégal, on a noté une fréquence de 12,2% des filles contre 10,4% des garçons. Le statut social de la femme dans les traditions culturelles est un des facteurs explicatifs de cette situation. Dans le même contexte, cette équipe a constaté que dans les milieux où l'interdiction de fumer et de prendre de l'alcool, étaient très stricte de la part des chefs religieux, la consommation de médicaments psychotropes était le plus

élevé ; substitution des médicaments à l'alcool et au tabac. Signalons que cette consommation de produits pharmaceutiques peut être à l'origine de complications médicales et sociales liées à l'utilisation prolongée conduisant à l'intoxication aiguë, ou au syndrome de sevrage.

### **II - 2.3 Les drogues et associations de drogues traditionnelles ou non et de découverte locale :**

Les principales drogues connues en milieu traditionnel au Sénégal proviennent presque toutes des plantes. La pharmacopée traditionnelle sénégalaise (kerharo 1974) comprend une grande variété de préparations à partir de plantes douées de pouvoirs stupéfiants ou sédatifs. L'utilisation individuelle ou collective de ces dernières n'est pas un phénomène nouveau. Si l'on se place dans une perspective historique, on peut vérifier que leur utilisation était bien codifiée et se faisait lors de circonstances précises. Ces découvertes empiriques de drogues végétales montrent la richesse de la flore sénégalaise en substances ayant une activité psychotrope peu ou mal connue.

La société traditionnelle est un cadre socio-culturel dans lequel l'usage de la drogue s'est fait par coutume et croyance et s'est transmis de génération en génération.

Les entretiens que Omais (50) a eu avec des guérisseurs et notabilités coutumières vivant dans la banlieue de Dakar et dans la région du Sine-Saloum ont permis de confirmer cela. Les méthodes de préparation varient en fonction de l'ethnie et du milieu considérés.

i) Boissons provenant de la fermentation de produits locaux :

- chez les sereer (sérères) :

Il s'agit d'une boisson provenant de la fermentation du jus de la noix de "aridge" en sérère ou "beer" en wolof (*sclerocarya birrea*). Il existe aussi d'autres boissons provenant de la fermentation du mil, du sorgho ou du "bassi" (beer).

- chez les wolof :

On recueille le jus de "aridje" ou "beer" en grande quantité que l'on fait bouillir jusqu'à concentration pour obtenir le "ngow" qui fermente, donne une boisson très alcoolisée.

- En Casamance :

Les produits utilisés proviennent de la fermentation du lait de coco, de la sève de palmier "le sèng" ou de la noix de rônier.

Le but recherché peut être curatif, préventif, magique ou spirituel.

- chez les bousong (Sénégal Oriental)

Les grands prêtres absorbent de grandes quantités de "beer" pour pouvoir veiller à la "sécurité" des villageois.

ii) "Les hallucinogènes" :

Ce sont des produits que n'utilisent, semble-t-il, que les guérisseurs ou les initiés.

- En Basse Casamance, il existerait des décoctions tirées de la racine de certaines plantes. Bues au coucher, ces décoctions permettent à l'individu d'arriver à percer les secrets du passé ou à prédire le futur.

- Le *datura metel* ou *katidiantabé* est, semble-t-il, utilisé chez les sereer, les peulh pour exorciser c'est-à-dire pour libérer les personnes victimes des mauvais esprits (*dëm*). Dans le walo, il est utilisé pour transmettre un savoir à un individu dont on veut tester la capacité à recevoir.

### iii) "Les aphrodisiaques" :

Nous ne citerons que le "Mbag" (*Ficus platyphylla*), le "Xail" (*khaya senegalensis*) connu en français sous les noms de caïlcédrat, acajou du Sénégal ou encore quinquina du Sénégal, le "dinjar" ou gingembre (*Zingiber officinale*). Ce dernier est très apprécié et utilisé comme boisson lors des cérémonies familiales; la préparation se fait en mettant dans un morceau de tissu la poudre de rhizome et en ajoutant une quantité suffisante d'eau, de sucre afin d'obtenir un sirop.

### iv) Les produits stimulants "mineurs" :

Le tabac saba ou Tonkoro au waalo, Tankoro en Basse Casamance, Takoro ou Dankoro (sereer) ou *Nicotiana rustica* (nom scientifique) est assez caractéristique. C'est une petite plante cultivée dans le Nord, le centre et le sud du Sénégal; elle était connue pour ses propriétés stimulantes. Les guerriers le chiquaient ou le fumaient durant les séances de recueillement à la veille des combats.

Le "Xémé" provient d'un mélange de tiges de mil et de coques de fruit de baobab, brûlés, puis filtrés et auquel on ajoute des feuilles de takoro broyées.

Une autre variété de taba saba est (*Nicotiana tabacum*) elle est aussi prisee et chiquée.

La consommation régulière de ces poudres peut engendrer une dépendance physique et psychique surtout. Chez les grands consommateurs, l'état de manque est très anxiogène et se manifeste par une léthargie, une sensation de fatigue, des céphalées et des vertiges.

Il semble que le yamba soit très "mal connu" sur le plan traditionnel d'après OMAIS (50). Son utilisation à l'époque semble être inconnue.

### v) Autres produits :

Une autre forme de toxicomanie de découverte locale, mais plus récente est le "guinz" dont l'utilisation va sans cesse croissant. Il s'agit d'un chiffon imbibé de diluant cellulosique ou d'essence que les adolescents reniflent.

Il y a aussi le corrector, les crayons feutres, les vernis laques, les colles, l'éther, les dégraissseurs, l'essence etc... Il y a également l'association de la bière et de l'essence (65) qui constitue une drogue spéciale. Une bouteille de bière

au 3/4 pleine sera remplie avec de l'essence super pour constituer le mélange toxique à l'effet éniyant.

L'association de la banane et de certains produits chimiques est aussi utilisée (65). Elle donnerait une drogue dite "dure".

De nos jours, ces diverses combinaisons et plantes constituent de nouvelles sources d'approvisionnement qui échappent totalement au contrôle.

## **II -3 Vie familiale du toxicomane sénégalais :**

### **II 3.1 Son environnement :**

La famille, unité de base de la société, creuset où se moule l'homme, est l'un des milieux sociaux qui influence le plus les toxicomanes de notre échantillon. De nombreuses études ont montré des liens subtils et complexes qui se tissent entre l'environnement, les déséquilibres psychiques des parents et les organisations pathologiques de leurs enfants.

Notre étude nous a permis de constater que la majeure partie des toxicomanes de notre échantillon est rencontrée dans la vie de tous les jours, sont issus de famille polygame.

Or, la polygamie de tout temps a existé au Sénégal et en Afrique, mais l'organisation de la communauté était telle que les enfants ne souffraient pas d'importante carence affective de la part des parents.

L'enfant africain avait droit à tous les égards dans notre société. Dès sa naissance, il vit dans un climat affectif en parfaite symbiose avec sa mère; c'est le maternage.

A ce propos, NDO citée par Gandaho (20) écrit :

" la mère et l'enfant font une seule et même unité, l'enfant s'accroche à la mère qui est entièrement disponible et l'enfant peut accéder à n'importe quel moment du jour et de la nuit au sein maternel, à la chaleur de son corps. Ses bras sont toujours prêt à donner le refuge qu'il cherche, son dos jamais fatigué de le porter, ses mains de le masser, ses chants de le bercer. Cela va de soi car toutes ces attitudes, elle ne fait que les répéter.

Elles ont été accomplies par sa mère, et sa fille fera les mêmes gestes pour sa petite fille. Cela est fixé une bonne fois et de mémoire d'homme, on n'a jamais rien su d'autre :

les mêmes gestes, presque ritualisés se répéteront à l'infini. Elle véhicule sans se tromper ce que la tradition lui a appris".

A partir du sevrage, l'enfant est séparé de sa mère et transféré au groupe qui se charge de son éducation. L'éducation de l'enfant est donc assurée par le groupe, ceci est un processus continu intégré à la vie de tous les jours. Les individus les plus jeunes sont éduqués par les plus âgés : ainsi donc, l'intégration de l'individu au groupe ne s'arrête jamais. Mais le contact avec la civilisation occidentale a obligé les parents géniteurs à être les seuls éducateurs de l'enfant, rôle auquel ils n'ont pas été préparés.

En outre, les parents pour une raison ou une autre estiment certains de leurs enfants plus que d'autres; soit parce qu'ils ont la santé fragile, soit parce que leur accouchement a été difficile, soit parce qu'il y a une histoire marquante concernant ces enfants.

Ce jeu de préférence des parents provoque parfois chez l'enfant un sentiment de dévalorisation, de jalousie, d'infériorité, d'abandon. Le droit de la famille, véritable statut personnel de la femme, inspire particulièrement le législateur du social, parce que la femme est le noyau de la cellule de base qu'est la famille. Elle joue un rôle prépondérant dans l'équilibre et la structure du corps social; sur ce plan, le biologique et le sociologique se ressemblent étrangement, leurs règles fonctionnelles se recoupent et le sociologue n'est rien d'autre qu'un biologiste de la société.

Nombre de jeunes gens vivent dans des conditions sociales et familiales proprement épouvantables. De plus les adolescents sont maintenus dans l'adolescence bien plus longtemps qu'autrefois pour des raisons économiques.

Jamais il ne fut autant qu'aujourd'hui demandé aux parents, en effet, le problème de la drogue est avant tout une question de prévention et d'hygiène mentale. Aussi la tâche antidrogue devrait s'installer d'abord au niveau familial. Et tout couple parental, au lieu de dire : que faire? devrait se demander "qui sommes-nous" disait Pierre Daco (psychologue), car l'enfant, lui aussi est un symptôme sain ou malade : celui du couple que forme ou non ses parents. "Et ce qui pousse des jeunes gens vers la drogue renchérit-il, vers le laisser aller ou toute autre forme de lent suicide, c'est la glu de l'informulé et des arrières-plans sordides, hypocrites, mercantiles de notre enquête".

## II - 3.2 Sa carence affective :

Par cette dénomination, nous entendons l'absence physique ou dans le cas contraire, le manque total d'intérêt manifesté par l'un ou les deux parents pour l'éducation de leurs enfants tout au long des différentes étapes de leur croissance.

La plupart de l'effectif enquêté provient de familles incomplètes ou dissociées, cela veut dire que soit les parents sont séparés, soit divorcés, soit décédés tous les deux ou que l'un d'eux est déjà mort. Il ne fait donc aucun doute que la perturbation des relations intra-familiales affecte l'équilibre psychique de la personnalité du sénégalais.

La fréquence avec laquelle la carence affective a été notée chez nos toxicomanes provenant de ces milieux désunis, nous fait partager l'avis de plusieurs auteurs.

Seck (65) signalait déjà au Sénégal en 1979 que "les familles de drogués sont deux fois plus disloquées. Cette dislocation du foyer apparaît comme un facteur aggravant de la désinsertion du jeune".

Pela (52) qui faisait une étude sur 35 toxicomanes, est arrivé à la conclusion que 21 étaient issus des foyers dans lesquels le père était absent soit à cause de la mort ou du divorce ou de la séparation.

Curtet et Poulichet (10) pensent aussi que "la majorité des toxicomanes d'origine française vient de familles dissociés (décès, abandon, divorce etc...)

En Belgique, Violon (71) écrit "qu'en ce qui concerne l'intégrité familiale, les enfants de foyers dissociés ont plus fréquemment essayé plusieurs drogues".

Ainsi, dans ces milieux traumatisants, la pauvreté des contacts familiaux et sociaux limite les possibilités d'identification aux figures parentales ou substitutives et bloque les mouvements de confiance mutuelle qui permettent le passage progressif dans une vie sociale adulte.

Vivre dans ces familles incomplètes aura des conséquences néfastes pour l'enfant, mais surtout pour l'adolescent. Au demeurant, ce dernier aura des difficultés relationnelles. Il ressent douloureusement son vide intérieur, ce désarroi intime qu'il porte en lui-même. Il voudrait le combler par un objet d'amour qui s'unirait à lui et qu'il porterait en lui éternellement (62).

Il découvre alors dans la drogue un moyen d'estomper sa souffrance, une façon de combler ce vide intérieur, une sorte de consolation affective, véritable chaleur de substitution. La drogue apparaît alors comme un substitut, un dérivatif ou une compensation du manque affectif dont il souffre.

## **II - 4 Attitudes à l'égard du problème**

### **II - 4.1 Attitude de la collectivité :**

Les non-consommateurs de drogues, en un mot, les personnes qui n'ont jamais fait l'expérience regardent le cannabis avec une certaine méfiance : "la drogue est dangereuse... elle rend fou".

La société se considère comme menacée par l'abus inconsidéré de la drogue auquel elle impute les actes de violence et les excès des jeunes. Elle s'inquiète aussi des dangers que la drogue fait peser sur la santé des utilisateurs, avec cette conséquence que les jeunes ne pourront pas remplir correctement leurs fonctions lorsque viendra pour eux le moment d'assumer leur part de responsabilité dans l'édification de la nation. Nombreux sont ceux qui préconisent des dispositions pénales pour endiguer le phénomène. Mais est-ce là une bonne approche de solution? Nous partageons le même point de vue que Olievenstein (62) qui pense que "la toxicomanie est un phénomène de société qui répond à une certaine demande; régler ce problème simplement par la répression est une folie". Quelle est l'attitude de la société traditionnelle? Pour elle, "les drogués sont des personnes impolies, des étrangers à la communauté. Ce n'est pas une maladie cette toxicomanie pour eux, mais plutôt les conséquences d'une mauvaise éducation. Le toxicomane apparaît comme non inscrit dans aucun modèle préétabli pour une prise en charge efficace, d'où on les entend dire : "ces jeunes sont des malades de votre civilisation c'est-à-dire des malades des blancs donc ils doivent être vus et soignés par ceux qui ont appris la médecine des blancs".

### **II 4.2 Attitude des écoles et autres institutions :**

Les autorités scolaires condamnent sans équivoque l'usage de la drogue. Le représentant d'une organisation de jeunes a déclaré pour sa part : "les problèmes que pose la drogue au Sénégal sont alarmants. Les jeunes d'aujourd'hui consomment impunément des drogues et finissent par attraper des troubles mentaux. Au lieu de jouer un rôle dans la société, ils finissent par être à la charge de l'Etat. C'est la drogue qui est responsable de l'accroissement de la délinquance juvénile et des délits commis par ceux qui devraient être nos dirigeants de demain. La morale baisse dans nos écoles et établissements d'ensei-

gnement supérieur dont les élèves et étudiants posent d'autant plus de problèmes qu'ils subissent l'influence de la drogue".

Pour Diop - Ahyi et collaborateurs (13) : " le toxicomane formule rarement lui-même une demande de prise en charge. Dans ces cas rares, il prend conscience de la gravité de sa situation, des risques de déchéance, des difficultés qu'il éprouve à abandonner tout seul la drogue. C'est alors que très anxieux, il vient solliciter une aide à laquelle il ne croit pas toujours car il est certain d'avoir abîmé à jamais son "cerveau". Le plus souvent, la demande de prise en charge est faite par les autres. Ces tiers sont les proches parents, les amis, les forces de l'ordre, la justice et les sapeurs-pompiers. Après la consultation, les toxicomanes peuvent bénéficier de soins à titre externe ou être hospitalisés.

Mais à l'hôpital ils s'intègrent difficilement à la communauté. Ils posent d'énormes problèmes d'inadaptation sociale (transgression, vol, tentative de viol, troubles du caractère, perversion...). Ils refusent le statut de malades, statut d'ailleurs que les membres de l'institution ( malades, accompagnants et même soignants), ne sont pas décidés à leur accorder. Pour la plupart des membres de la communauté, les drogués ne sont pas des malades. Ce sont des "mal éduqués", des "voyous", des "agressifs" des "pervers", des "déracinés". Les toxicomanes sont d'autant plus mal vécus que dans la recherche hésitante d'une nouvelle approche thérapeutique institutionnelle, ils viennent changer les habitudes et disloquer le service, en contaminant les malades fragiles et suggestibles. Ils se retrouvent spontanément en clans de marginaux solidaires prêts à animer la contestation et à organiser la rébellion.

L'approche thérapeutique de la toxicomanie est difficile. Le traitement pour avoir quelque chance de succès suppose la compréhension préalable du symptôme.

Et pour guérir "ce malaise de la civilisation", la meilleure approche ne serait-elle pas de changer la société?"

#### **II - 4.3 Attitude des parents :**

La position des parents, généralement assez avertis de la drogue, est sans équivoque, ils condamnent tous sévèrement le chanvre indien, les opiacés, les substances psychotropes, le "guinz".

Ils dénoncent à juste raison les avatars de la civilisation contemporaine qui n'a plus d'éthique. Lorsque le jeune n'est pas encore atteint par le vice, aux conseils menaçants, ils préfèrent un breuvage ou l'amulette qui l'éloigneraient des mauvaises fréquentations.

D'autres préconisent des mesures sévères contre ceux qui s'y adonnent. Un parent s'exprimait en ces termes : "Je suis fermement contre, car indépendamment des dommages qu'elle peut causer à la santé, cela fera plus de mal à la nation que de bien".

Pour certains qui voient les enfants drogués des amis du quartier, c'est la condamnation ferme et sans équivoque des mauvais parents, des mauvais éducateurs, mais surtout des trafiquants qui sont considérés comme des criminels car ils tuent à petit feu nos enfants, nos frères, nos soeurs... La condamnation de la société à l'égard des trafiquants et des usagers est à la mesure de la peur qu'ils ont pour leurs progénitures chez qui ils craignent une imitation voire une contagion.

#### **II - 4.4 Attitude des toxicomanes eux-mêmes :**

Parmi ces fumeurs, certains admettent la nocivité du chanvre indien. Ils citent le cas de quelques uns de leurs camarades victimes de troubles mentaux pour avoir abusé de la drogue. Ils sont même conscients des risques qu'ils courent de se faire arrêter par la police et de la peine d'emprisonnement éventuelle. Mais tous affirment les vertus et la douceur du cannabis. Ils s'étonnent de ce que les autres ne les imitent pas. En général, ils affichent un air de supériorité envers les non-consommateurs. La déclaration suivante d'un jeune fumeur résume cette attitude : "Dans ma famille, la seule personne valable à mes yeux est mon cousin, comme moi, traité de "joint-man" (fumeur de yamba)... je vous assure qu'en dehors de nous deux, tous les autres ne connaissent rien (ils ne sont pas des "guerriers").

Le consommateur de drogues n'est pas accepté par la société sénégalaise et une fois découvert, il est détesté dans son milieu et rejeté par la famille. Il s'en suit une mort sociale qui engendre des morts vivants.

Mais le drogué devenu malade mental, reçoit néanmoins le concours de sa famille qui fait tout pour le sauver : c'est la règle d'assistance aux frères en toute épreuve et ceci est une loi sacrée suivie par la plupart. C'est ainsi que la majorité des patients qui arrivent à l'hôpital sont accompagnés par leurs parents.

### **Chapitre III. Aspects médico-légaux :**

Les pays africains ont des préoccupations relatives à la drogue. Cette spécificité tient à des traditions, à une culture propre et à des difficultés qui, pour la plupart, sont liées à la modicité des moyens qui peuvent être mis en oeuvre.

#### **III-1 Mesures visant à réduire l'abus et le trafic illicite des drogues au Sénégal :**

##### **III.1.1 Au plan national :**

Pour le magistrat, il est difficile de considérer le toxicomane comme un malade car, selon lui il y a l'intention coupable parce que quand le toxicomane fume, il sait que c'est réprimé par la loi et cependant, il le fait; par contre pour le psychiatre qui est sous serment, quand les complications entraînées par l'usage abusif des drogues surviennent, il faut soigner le toxicomane car il est souffrant, malade.

Il doit l'aider à passer le cap du sevrage, la douleur physique

mais surtout psychique ceci pour dire que la lutte contre le fléau doit comporter une stratégie globale.

Les infractions portant sur les stupéfiants et les substances psychotropes relèvent du droit commun au Sénégal et pour cela sont justiciables des tribunaux correctionnels ordinaires. Il n'existe pas de juridictions spécialisées pour connaître les affaires de drogues.

Cependant il y a une exception qui vise les cas où des mineurs de 13 à 21 ans sont en cause en matière de drogues.

Ceux-ci bénéficient d'un privilège de juridiction et sont renvoyés dans un premier temps devant le juge d'instruction

des mineurs, qui a pour mission de procéder à une enquête sur la pertinence de l'infraction et aussi sur la personnalité du mineur. Dans un second temps, le mineur est traduit devant le tribunal spécial pour enfants. Il existe une dizaine de tribunaux pour enfants au Sénégal.

Par ailleurs, il faut signaler que le législateur sénégalais a classé les drogues stupéfiantes en deux catégories, d'une part celles provenant de la production

locale, tels le cannabis ("yamba") ou le datura ("katidiantabé") et d'autre part les drogues de synthèse telles l'héroïne...

Depuis la loi 84-20 du 2 Février 1984 fixant les attributions des tribunaux départementaux en matière correctionnelle, ces juridictions sont exclusivement compétentes pour connaître des affaires de drogues de production locale (yamba); par contre toutes autres affaires de drogues de quelque nature que ce soit relèvent de la compétence des tribunaux régionaux.

Les infractions à la législation sur la drogue commises hors du Sénégal par des sénégalais peuvent être poursuivies et jugées au Sénégal par les juridictions sénégalaises à la double condition que d'abord, le fait commis à l'étranger soit puni par la législation du pays où il a été commis, et aussi qu'un des éléments constitutifs de l'infraction ait été accompli au Sénégal. Dans le cas où l'infraction a été commise par des étrangers ils ne pourront être poursuivis et jugés au Sénégal que si un des éléments constitutifs de l'infraction a été accompli dans ce pays (article 668 du code de procédure pénale et article 3, alinéa 3 de la loi 72-24 du 19 Avril 1972).

Les condamnations concernant les délits commis en matière de drogues sont rayées sur les bulletins 2 et 3 du casier judiciaire lorsqu'elles font l'objet d'une réhabilitation.

En cas d'intervention d'une loi d'amnistie, les fiches du casier judiciaire portant ces condamnations sont retirées du casier.

Les condamnations prononcées en matière de drogue au Sénégal concernent en général le chanvre indien. Cependant de plus en plus on retrouve sur le marché des substances psychotropes telles que Noctadiol, l'Imménoctal, le Rohypnol, le Valium ...

Il y a de plus en plus de personnes appréhendées et poursuivies en matière d'infraction à la législation sur la drogue.

La prédominance de la jeunesse se fait de plus en plus importante pour les délinquants de 18 à 30 ans qui sont presque : tous des chômeurs ou des sans emplois.

Le nombre d'étrangers également augmentent de plus en plus. Il s'agit notamment des ressortissants de pays anglophones tels que la Gambie, le Ghana, le Nigéria).

### III.1.1.1 Textes législatifs et réglementaires en matière de stupéfiants :

- La répression rigoureuse des délits portant sur les stupéfiants a toujours été le souci du législateur. C'est ainsi que dès les lendemains de l'Indépendance du Sénégal, le législateur est intervenu par un premier texte :

- Décret n°62-316 : M.S.A.S.(Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du 16 Août 1962 portant création de brigades spéciales de lutte contre l'usage et le trafic illicite des stupéfiants ...(Journal officiel de la République du Sénégal, J.O.R.S. n 3547, 1er Septembre 1962, p.1469).

- loi n. 63-16 : du 5 Février 1963 réprimant la culture, la détention, le commerce, et l'usage de chanvre indien (J.O.R.S.,n 3589, 18 Mars 1963, p.390 ).

- Décret n°65-441 : du 25 Juin 1965 portant création d'une commission nationale des stupéfiants (J.O.R.S.,n 3735, 17 Juillet 1965, p. 796).

C'est en application de la convention unique de 1961 que cette commission a été créée.

- Loi n 72- 24 du 19 Avril 1972 relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants (J.O.R.S; n 4224, 13 Mai 1972, p. 75).

Elle a été abrogée et remplacée par la loi 63-16.

- Décret n°72-686 : du 10 juin 1972 fixant la liste des stupéfiants en application de la loi n 72-24 du 19 Avril 1972, relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants (J.O.R.S n4234, 1er Juillet 1972, p.1089).

- Décret n 74-1064 : du 30 Octobre 1974 complétant l'article 1er n 72-686 du 10 Juin 1972 fixant la liste des stupéfiants, en application de la loi n72-24 du 19 Août 1972 relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants (J.O.R.S., n 4394, 14 Décembre 1974, p. 1973) Décret qui insère le *Datura metel* L. Solanaceae.

- Loi n 75-815 : du 21 juillet 1975 abrogeant et remplaçant l'article 8 de la loi 72-24 du 19 avril 1972 relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants (JORS , n 4436, 21 juillet 1975, p.1010).

- Loi n 77-109 : du 26 Décembre 1977 abrogeant et remplaçant l'article 2 et le deuxième alinéa de l'article 3 de la loi n 7224 du 19 Avril 1972 relative à la ré-

pression des infractions en matière de stupéfiants (J.O.R.S., n4610, 21 Janvier 1978, p.81).

### **III.1.1.2 Caractéristiques de cette législation :**

- Elle est de portée très générale d'après les termes de l'article 2.

- Les pénalités seraient sévères de 1 à 5 ans de prison et une amende de 500.000 à 5 millions de francs CFA pour certains délits (production, falsification, importation, exportation); le maximum de la peine porté à 10 ans;

- Elle a une portée internationale : les pénalités sont applicables même si divers actes constituant éléments de l'infraction ont été accomplis dans des pays différents.

Les pénalités particulières ont été prévues dans les autres conventions (1961...) et finalement adoptées dans la convention de 1988 :

- interdiction de séjour;

- interdiction des droits de l'article 34 du code pénal.

- interdiction d'exercer la profession grâce ou sous le couvert de laquelle ce délit a été commis;

- retrait du passeport pour trois ans ou plus,

- possibilité d'astreindre le délinquant à une cure de désintoxication et de ne pas prononcer les peines prévues, donc assistance médicale (injonction thérapeutique);

- possibilité de confiscation (des moyens de transport, des objets mobiliers).

- possibilité de fermeture d'établissement.

- procédure de flagrant délit prévue expressément donc efficacité et rapidité.

### **III.1.2. Au plan international :**

#### **III.1.2.1 : Avant 1961**

Déjà la Commission Internationale de Shanghai en 1909 avait adoptée neuf résolutions portant sur divers aspects des problèmes de l'opium mais sans insti-

tuer d'obligations pour les pays participants. Dès 1912, les représentants des principales grandes puissances tiennent à la Haye, la première "conférence sur l'opium" afin d'essayer d'établir une réglementation internationale de l'opium et des stupéfiants aujourd'hui reconnue par soixante (60) Etats. Il est à noter que le cannabis n'était pas mentionné dans le texte de cette convention. C'est pour quoi une "résolution sur le chanvre indien" fut ajoutée :

"la conférence estime désirable d'étudier la question du chanvre indien, d'un point de vue statistique et scientifique, dans le but d'enrayer ses abus, si cela se révèle nécessaire par voie de règlement intérieur ou d'accords internationaux".

En 1920, la société des Nations créa la commission consultative du trafic d'opium et autres drogues nuisibles. Puis eurent lieu dans ce contexte international, l'accord relatif à la suppression de la fabrication, du commerce intérieur et de l'usage de l'opium préparé à Genève en 1924.

La Société des Nations à Genève organise alors une seconde "conférence de l'opium". A la demande du représentant égyptien, le cannabis est ajouté à la liste des substances dangereuses devant être contrôlées par la législation internationale.

Le contrôle du chanvre indien fut ainsi défini :

"les sommités en fleur ou en fruit de la plante pistillifère *Cannabis sativa*, dont la résine n'a pas été extraite, quel que soit son nom dans le commerce".

La Convention Internationale de Genève de 1925 impose donc aux pays signataires, le contrôle intérieur et l'établissement de statistiques relatives à la production, la fabrication, la consommation, les stocks, l'importation et l'exportation des drogues dérivés de l'opium, de la feuille de coca et du cannabis.

La Convention Internationale de Genève de 1931 a eu pour but de limiter la fabrication et le commerce mondial des stupéfiants aux besoins médicaux et scientifiques en instituant un système obligatoire d'évaluation des quantités nécessaires sur la base des besoins légitimes.

La Convention Internationale de Genève de 1936 élabore une législation destinée à prendre des mesures nationales contre le trafic.

### **III.1.2.2. La Convention Unique des Nations-Unies de 1961, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et la Convention de 1988.**

Après la seconde guerre mondiale, l'organisation des Nations-Unies (O.N.U.) succédant à la Société des Nations, héritera du devoir de faire appliquer la législation excessivement complexée sur les stupéfiants qui comprenait plus d'une demi douzaine de traités. Le département des Affaires Economiques et Sociales des Nations-Unies mit sur pied un Bureau des Stupéfiants (B.S) pour entreprendre les travaux préparatoires d'une Convention Unique qui remplacerait les huit organismes internationaux existants, tout en renforçant et en simplifiant l'appareil de contrôle international. Le Bureau des Stupéfiants de l'O.N.U. publie aussi depuis 1949 un Bulletin des Stupéfiants.

En 1948, l'O.M.S fut créée. Au moyen de cette organisation les professions médicales et les organismes de santé publique de plus de 120 pays sont à même d'échanger leurs connaissances et leurs expériences. L'O.M.S a constitué un comité d'experts sur la dépendance vis à vis de la drogue (pharmacodépendance), qui sert de comité consultatif au Bureau des Stupéfiants de l'O.N.U. sur des sujets techniques et scientifiques. Les membres de ces groupes d'experts sont sélectionnés pour leur compétence et leur expérience technique. Ils travaillent sans rémunération, à titre personnel et en tant que représentants de leur gouvernement ou d'un organisme quelconque.

En 1954, ce même comité d'expert avisa le Bureau des Stupéfiants de l'O.N.U. que le cannabis n'avait aucune valeur médicale et que l'usage de cette drogue était dangereux à tous les points de vue, physique, mental et social.

En 1960, le comité d'experts avisa le Bureau des Stupéfiants de l'O.N.U. que: " les préparations de cannabis sont en fait désuètes et qu'il n'y a aucune justification à leur usage médical".

C'est surtout en se fondant sur les rapports successifs des experts du comité sur la pharmacodépendance de l'O.M.S. publiés au cours de ces dix dernières années, que le B.S. de l'O.N.U. recommanda l'inclusion des dérivés du cannabis dans la Convention Unique de 1961 sur le contrôle des stupéfiants. Après des années de travail préparatoire accompli par le B.S., la Conférence des Nations Unies; membre de l'O.N.U., se rassemble pour rédiger cette convention unique. Quelques uns des meilleurs toxicologues et pharmacologues étaient présents aux séances des délégations nationales. On demandait ainsi aux pays où le cannabis n'avait jamais été cultivé pour ses propriétés intoxicantes de prendre un engagement spécial :

"Toutes les fois que les conditions prédominantes dans le pays ou sur le territoire d'un des signataires rendent désirable la prohibition de la culture du pavot somnifère, de l'arbre à coca et des plantes de cannabis afin de protéger la santé et le bien-être public et afin de prévenir la diffusion du trafic illicite de ces drogues, le signataire concerné doit en interdire la culture".

La Convention Unique fut saluée par la plupart des pays comme un pas vers le contrôle des drogues dangereuses à travers le monde. Elle fut aussi saluée comme un exemple de la coopération internationale qui peut s'accomplir grâce à l'O.N.U.

Au cours des années qui suivirent, la Convention fut ratifiée par la plupart des Nations participantes dont le Sénégal.

Elles donnent certainement de meilleurs instruments aux gouvernements pour enrayer l'usage sans cesse accru des stupéfiants de par le monde. Lorsque les recommandations pour diminuer l'offre et la demande sont appliquées comme au Japon et à Singapour, on assiste à un contrôle efficace du trafic et de l'usage des drogues illicites (76).

Cette Convention n'est pas la dernière de la série de conférences tenues depuis le début du siècle pour limiter l'usage des stupéfiants. De nouveaux accords ont été réclamés par le comité sur la pharmacodépendance de l'O.M.S. pour contrôler l'usage des hallucinogènes, des sédatifs (barbituriques), des stimulants (amphétamines) et des tranquillisants. Une nouvelle conférence tenue à Vienne en 1971 s'est terminée par un accord international contrôlant l'usage d'un grand nombre de drogues psychotropes récemment synthétisées. Cette convention sur les substances psychotropes de Vienne du 21 Février 1971 a été ratifiée par le Sénégal. (8)

Elle établit la classification et le contrôle des hallucinogènes, des amphétamines, des barbituriques et des tranquillisants.

Depuis 1961, la commission des stupéfiants du Conseil Economique et Social de l'O.N.U. a renouvelé chaque année ses recommandations visant à réprimer le trafic des stupéfiants décrits dans la Convention de New-York (1961) et dans la Convention de Vienne (1971). C'est ainsi qu'en Décembre 1988, une autre convention a été adoptée par la Conférence des Nations-Unies, à sa 6ème plénière contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. Cette Convention insiste plutôt sur le trafic, la prévention, l'information et le traitement (9).

Les points saillants que nous avons retenues dans cette Convention sont :

- les livraisons surveillées : elles peuvent désormais être interceptées soient telles quelles, soit après que les stupéfiants ou les substances aient été soustraits ou aient été remplacés en tout ou en partie par d'autres produits ;
- le gel des biens des trafiquants ;
- le blanchiment de "l'argent sale" de la drogue ;
- les cultures illicites : la production c'est-à-dire l'offre, la nécessité de remplacer les cultures illicites par des cultures vivrières rentables, et de lutter pour la suppression de la demande ;
- la nécessité de réduire l'ampleur et l'étendue du trafic illicite par mer, air et d'en atténuer les graves conséquences.
- les parties doivent également prendre les mesures qu'elles jugent nécessaires pour contrôler sur leur territoire, la fabrication et la distribution des substances inscrites au tableau I et au tableau II (7).

La présente Convention a été ratifiée par le Sénégal au cours de l'année 1989.

### **III 2 Réadaptation des toxicomanes :**

#### **III.2.1 L'encadrement des drogués :**

Pour les drogués occasionnels, un soutien psychologique est nécessaire. Il doit être apporté par les membres de la famille, les enseignants, l'employeur, les médecins, les psychologues... Une information claire, bien adaptée doit suffire le plus souvent à dépasser ce cap.

En ce qui concerne les drogués habituels, une préparation méthodique à la réinsertion professionnelle ainsi qu'un suivi médical et social sont nécessaires.

Mais il est également important de protéger le "convalescent" de la tentation comme disait Bennani (2). Celui qui s'est drogué est en effet entré dans une sorte de culte dont les adeptes aiment à se rencontrer, se comprennent et se fournissent en drogue mutuellement, suivant les mêmes rites, parlent le même langage.

Des liens difficiles à analyser, mais puissants et durables se créent entre drogués. Celui qui a "décroché" reste toujours l'objet de multiples sollicitations de la part de ses anciens camarades toxicomanes, d'où la nécessité de l'éloigner d'eux.

Une formation, un travail ne règlent pas toujours les désespoirs de ces individus; en effet, les centres de travail ont des limites, ils n'agissent pas en profondeur; camouflent un moment les difficultés par une activité, mais celles-ci finissent par réapparaître un jour ou l'autre. Cependant, quand la toxicomanie est d'origine sociale (habitat en cité dortoir, chômage) changer de lieu et apprendre l'ébauche d'un métier semblent être de bonnes solutions.

Les familles d'accueil qui seraient disponibles à accepter le jeune drogué au sein de leur foyer, pour un meilleur encadrement de ce dernier qui a besoin de se retrouver, serait une excellente chose. Ce contexte familial lui apporterait plus d'ouverture et une vie plus équilibrée.

### **III.2.2 L'exclusion des grands drogués de la vie sociale ordinaire :**

La plupart des grands toxicomanes vendent de la drogue ; incapables de travailler de manière régulière, le plus souvent sans ressources, mais consommant de grandes quantités de drogues, ils en vendent afin de compenser la quantité consommée avec le bénéfice réalisé.

Ils en distribuent aussi gratuitement à des jeunes, mais à leur insu, du moins au début, afin de s'assurer une clientèle dans le court terme. Ainsi, les jeunes drogués chercheront par tous les moyens l'argent nécessaire pour se procurer les drogues . C'est un système d'impôt quasi féodal où tous les toxicomanes sont les otages les uns des autres. Les trafiquants (les commanditaires), ont trouvé un moyen extraordinaire pour prélever une espèce de "plus-value" énorme sur la société, à travers les drogués qui sont leurs otages.

Par ailleurs, les consommateurs de drogues sont très solidaires, ils se fournissent mutuellement, "dépannant" ceux qui sont en état de manque parfois, et achetant pour les camarades, d'où une certaine convivialité.

Les toxicomanes invétérés par cette convivialité forment de nouveaux toxicomanes et leur favorisent leur approvisionnement en produits toxiques. Ils sont donc dangereux et doivent être exclus de la vie sociale ordinaire pour assurer la protection de la collectivité et la leur.

Cette solution doit s'imposer, même à ceux qui considèrent avant tout que l'intoxiqué est un malade irresponsable de ses actes. En effet comme le souligne Bennani (2), avant la découverte des médicaments modernes, il était admis par tous, que les tuberculeux devaient être isolés pendant plusieurs années dans des Sanatoria pour éviter la contamination de leur entourage, bien qu'ils n'aient pas absorbé volontairement le bacille de Koch, ni cherché à le transmettre. Aujourd'hui, personne ne s'indigne de l'internement à vie de l'alcoolique devenu un aliéné dangereux.

Actuellement, il conviendrait que les grands drogués soient enfermés par décision judiciaire dans des centres spécialisés différents, pour éviter l'entretien de la contamination des établissements réservés aux traitements des sujets moins intoxiqués. Dans ces centres, les grands drogués auraient la possibilité de travailler manuellement (menuiserie...) ou intellectuellement selon leurs aptitudes, de pratiquer des activités sportives, de recevoir des visites contrôlées, de bénéficier des soins et de l'encadrement requis.

### **III.2.3 Création de centres d'accueil et de réhabilitation :**

Les tribunaux sénégalais ont eu à connaître d'affaires de drogues durant toutes ces dernières années, mais ils n'ont jamais ordonné de mesure de traitement, d'éducation de post-cure, de réadaptation ou de réintégration sociale à l'égard des toxicomanes qu'ils ont eu à juger ; parce que tout simplement ces structures n'existent pas jusqu'à présent. En effet, elles ont été prévues depuis la convention unique des Nations-Unies de 1961.

### **III.3 : Le combat contre l'extension de la toxicomanie :**

#### **III.3.1 : Programme d'information et d'éducation :**

Le principal objectif devrait être d'éliminer la pharmacodépendance par une éducation qui sensibilise les individus non seulement aux dangers des drogues et aux conséquences de la pharmacodépendance, mais également aux avantages d'une vie affranchie de cette servitude.

L'éducation relative aux problèmes liés à l'usage des drogues, devrait se préoccuper des raisons qui incitent les individus à s'y adonner en les préparant à affronter et à résoudre sans recourir aux drogues les préoccupations que posent les transformations des structures sociales, la désintégration de la grande famille, l'exode rurale des jeunes vers les centres urbains et l'absence ou l'insuffisance de loisirs sains.

Il est suggéré de limiter un programme d'information sur les drogues, aux produits qui sont en usage dans une zone donnée. En pratique, il s'agirait par conséquent de veiller à ce que les groupes visés disposent d'une information simple, objective et actuelle concernant les produits qui engendrent la dépendance et leurs effets à court et à long terme sur l'organisme humain et comprennent les causes qui provoquent la consommation excessive de ces produits.

Les éducateurs ne doivent pas plaquer un langage qui vient d'ailleurs et qui ne passerait pas. Tout le problème est une question de reformulation des nombreux documents provenant d'autres pays et d'autres cultures.

Prenant en considération les limites de l'efficacité des mesures répressives ou thérapeutiques, les responsables nationaux adoptent désormais et de plus en plus des politiques de prévention fort diversifiées. Précisons que l'on distingue :

i) la prévention primaire : qui vise à empêcher qu'un trouble, un processus ou un problème ne se produise ;

ii) la prévention secondaire : destinée à reconnaître et, une fois qu'il est reconnu, à supprimer ou à modifier dans un sens positif, et le plus rapidement possible, un trouble, un processus ou un problème ;

iii) la prévention tertiaire : qui a pour but d'enrayer ou de retarder la progression d'un trouble, d'un processus ou d'un problème et de ses séquelles alors même que persiste la situation qui l'a suscité.

Au Sénégal, le gouvernement fait tout son possible pour lutter contre ceux qui cultivent le chanvre indien.

Les pays producteurs d'opium, et de hachisch ne sont pas encore disposés à renoncer à la culture du pavot et du cannabis, qui génère une source d'argent importante pour eux.

La production des hallucinogènes, des amphétamines et des autres psychotropes ne peut-être abandonnée à cause de leur utilité thérapeutique.

Les trafiquants sont organisés en réseaux strictement cloisonnés, disposant de capitaux importants, ne pardonnant pas la moindre indiscretion à ceux qui sont arrêtés. C'est regrettable qu'il y ait dans le monde des individus toujours prêts à risquer, même leur vie, pour les sommes d'argent que rapporte ce trafic

; tout en sachant qu'ils sont en train de détruire d'autres êtres humains comme eux.

Il est donc à notre avis plus efficace de lutter contre la consommation de la drogue (programme de prévention, d'information et de sensibilisation) que de pourchasser les trafiquants qui ont plus d'un tour dans leurs sacs. Il importe donc de prendre les drogués en charge et de leur prémunir contre la contamination.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**TROISIEME PARTIE**

## TROISIÈME PARTIE :

### CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette contribution à l'étude des toxicomanies au Sénégal pour voir l'évolution du phénomène durant ces dix dernières années (1979 - 1989) vise en outre, à faire un bilan de la situation.

L'ouverture du Sénégal sur le monde marquée surtout par l'accroissement du trafic portuaire et aérien, l'afflux des touristes etc... et sa position privilégiée entre l'Europe, les autres pays africains et l'Amérique du Sud qui en fait une plaque tournante, favorisent l'usage de la drogue. Les mutations économiques et technologiques d'où découle la désorganisation des structures sociales jouent un rôle déterminant.

Ainsi au terme de notre étude, nous avons constaté que :

1) le cannabis demeure la drogue la plus utilisée compte tenu de sa disponibilité de son faible prix utilisée et des vertus "fortifiantes" que les consommateurs lui attribuent.

La consommation de drogues dites dures (dérivés de l'opium, héroïne, cocaïne, L.S.D25) semblait être une pratique très rare et même inexistante au Sénégal avant 1986. Depuis cette année, ces drogues, l'héroïne surtout, ont commencé à être consommé localement et prend des proportions de plus en plus alarmantes surtout au niveau des jeunes. Il est vrai que ce phénomène n'est pas du coup comparable à celle des pays développés; mais si rien n'est fait, tout devient possible ;

2) l'âge moyen de nos consommateurs se situe entre 19 et 30 ans avec une nette prédominance pour les sujets de sexe masculin;

3) les célibataires sont prédominants;

4) les deux principales religions au Sénégal sont représentées et les musulmans sont prédominants;

5) toutes les ethnies, toutes les régions, toute la profession, sont représentés

6) Plus des 2/3 des drogués ont fait leur première expérience très jeune entre 11 et 22 ans;

7) La pression du groupe et la curiosité constituent les principales raisons avancées pour la première prise de la drogue;

8) "les mauvaises fréquentations" constituent les circonstances liées à l'entrée dans la toxicomanie selon les déclarations de la majorité des toxicomanes;

9) la plupart des usagers de drogues de notre échantillon sont issus de la basse couche sociale et beaucoup d'entre eux sont des sans-profession et des ouvriers. Mais notre étude nous a démontré que la toxicomanie n'est pas seulement l'affaire des pauvres;

10) le niveau d'étude est très faible dans l'ensemble;

11) plus de la moitié des toxicomanes fume le cannabis en groupe, dans des endroits cachés;

12) les consommateurs sont, pour la plupart issus de familles polygames aux revenus faibles;

13) Beaucoup de drogués ont souffert d'une carence affective et se sont retrouvés soit dans les centres de sauvegardé de l'enfance et de l'adolescence, soit dans le milieu carcéral, ou simplement dans la rue;

Nous pensons que les problèmes que soulève la toxicomanie sont plus profondes que l'on se l'imagine.

La toxicomanie recouvre des problèmes affectifs profonds, parfois des sentiments de désespoir intime, de vide intérieur chez certaines personnes et l'usage de la drogue entraîne une inappétence devant les choses de la vie, un sentiment de non valorisation, une impression de n'être pas aimé ou désiré.

Chez d'autres enfin, la toxicomanie est l'expression d'une véritable "crise de la société et de la civilisation". Le drogué après diverses recherches de solutions restées vaines, fait le saut qui peut lui être fatal. Il lance un défi à la société.

Ces troubles de comportement expriment l'agressivité vis à vis du milieu, de l'autorité et des valeurs sociales. Nous pensons que la toxicomanie doit être comprise dans ce cas, comme un syndrome qui a valeur de transgression. Le drogué défie la société et ses lois. Il engage une lutte inégale qui peut lui coûter la vie. C'est cette compréhension qui nous a conduit à la recherche de solutions préventives pour lutter contre l'usage des drogues, de tenir compte en priorité de l'aspect psycho-social de la toxicomanie. Plus que le drogué, il nous

semble que c'est la société qui est accusée d'être malade, comment guérir alors ce "malaise de la civilisation" ?

A ce sujet, conformément à l'option du gouvernement qui veut que la priorité soit donnée à la médecine préventive sur la médecine curative, et convaincu comme le dit le proverbe africain "qu'un vieux bouclier vaut mieux qu'un bon pansement", nous pensons, qu'un certain nombre de mesures s'imposent :

- la diminution de la répression en direction des toxicomanes pour éviter que ne se développe, par réaction chez eux, "le mythe de la répression affrontée et déjouée";

- l'accentuation des mesures répressives contre ceux qui vivent du commerce des drogues (cultivateurs, vendeurs etc...);

- la mise en route du schéma multidisciplinaire complet issu de la Conférence Internationale sur l'Abus et le Trafic Illicite des Drogues, Vienne du 17 au 26 Juin 1987 (58), destiné à réduire l'abus et le trafic illicite des drogues, compte tenu de la situation nationale ;

- la mise en route d'une étude pluridisciplinaire destinée à adopter un nouveau mode de vie qui combinerait harmonieusement les valeurs socio-culturelles, traditionnelles et modernes ;

- l'aide aux familles en fonction de leurs besoins qui peuvent être de plusieurs ordres (besoins matériels, éducationnels, affectifs etc...) ;

- la réforme de l'école sénégalaise dans le sens non pas d'information mais de véritable formation pour l'épanouissement réel de la personnalité des élèves et des maîtres afin que chaque citoyen puisse espérer avoir sa place, ni plus ni moins dans la société ;

- l'information et l'éducation des populations sur les méfaits de l'usage des drogues, dans le but d'un changement d'attitude ; ce qui postule sur le plan pédagogique à l'utilisation de méthodes techniques et de moyens précis;

- la consolidation de la famille, creuset où se moule l'enfant qui sera l'adulte de demain en y soignant la qualité des relations interpersonnelles ;

- l'organisation de l'assistance sociale en direction des pauvres, des chômeurs...

- le contrôle de la vente des médicaments dont surtout ceux du tableau "B" ;

- la création de centres de loisirs sains pour les jeunes.

De nos jours, la toxicomanie juvénile de masse demeure comme l'affirme Olivenstein : "un problème qui dépasse l'univers des rapports immédiats avec les proches, et semble vouloir échapper aux divers systèmes pédagogiques et idéologiques" (62).

L'enfant exprime ses problèmes, sa détresse à travers son comportement. Celui-ci doit être déchiffré et compris. Il est important de situer en conséquence le trouble du comportement dans son contexte psychologique et social. Lorsque la compréhension des problèmes de l'enfant va de pair avec la satisfaction de ses besoins physiques, psychologiques et sociaux, une thérapie appropriée est susceptible de produire des transformations dans son comportement (62).

Comme un travail de thèse n'est jamais épuisé, d'autres chercheurs pourront après ces recherches introductives, se consacrer plus amplement à certains aspects de la question.

Il ne nous reste donc qu'à solliciter que ce travail apporte sa modeste contribution à l'étude d'un problème actuel dans notre pays, en Afrique et dans le monde contemporain.

D'autres diront que c'est un rêve que de vouloir lutter contre la toxicomanie ; mais ne serait-ce pas plutôt un projet de société dont nous devons faire le pari du 21ème siècle ?

## GUIDE D'ENTRETIEN :

1 - Traits signalétiques :

1.1 Marié

1.1.1 Votre âge?

1.1.2 Depuis quand?

1.1.3 Avez-vous des enfants?

Si oui, a) combien?

b) leur (s) âge (s)?

c) ils sont à la charge de qui?

1.1.4 Combien de femmes avez-vous?

1.1.5 Où vivez-vous?

. avec qui?

1.1.6 Votre nationalité?

1.1.7 Votre religion?

1.1.8 Votre ethnie?

1.1.9 Autres : précisez (veuf, divorcé)

. pourquoi avoir divorcé?

1.2 Célibataire

1.2.1 Votre âge?

1.2.2 Avez-vous des enfants?

Si oui, a) combien?

b) leur (s) âge (s)

c) ils sont à la charge de qui?

1.2.3 Où vivez-vous?

- avec qui?

1.2.4 Votre personnalité?

1.2.5 Votre religion?

1.2.6 Votre ethnie?

2 - Situation socio-professionnelle :

2.1 Avez-vous été à l'école?

Si oui, jusqu'en quelle classe?

2.2 Pourquoi avez-vous arrêté?

2.3 Quel (s) diplôme (s) avez-vous reçu (s)?

2.4 Avez-vous une profession?

Si oui a) l'exercez-vous?

b) que vous apporte-elle?

2.5 Au cas où vous n'aurez pas de profession, que faites-vous dans la vie?

3 - Rapports avec la famille

3.1 Des membres de votre famille (à préciser sont-ils encore en vie)?

- Si oui a) que fait votre père?

b) que fait votre mère?

3.2 Où habitent-ils?

3.3 Vos parents, sont-ils encore en ménage?

Si non a) depuis quand ont-ils divorcé?

b) Pourquoi?

3.4 Qui vous a élevé?

3.5 Avez-vous des frères et sœurs?

Si oui a) combien?

b) que font-ils?

3.6 Quel est votre rang au sein de la famille cognotique?

3.7 Votre père a combien de femmes?

3.8 Que reprochez-vous à vos proches (père, mère, frère et sœur)?

3.9 Quels souvenirs gardez-vous de votre enfance?

4 - Contacts avec la drogue :

4.1 Quand l'avez-vous essayée pour la première fois?

4.2 A quel âge?

4.3 Qui vous l'a fait connaître?

4.4 Sous quelle (s) forme (s) l'avez-vous consommée (s)?

4.5 Comment l'avez-vous trouvée la première fois?

4.6 Où restez-vous de préférence pour la prendre?

4.7 La prenez-vous seul ou en groupe?

4.8 Où vous approvisionnez-vous?

4.9 Prenez-vous d'autres drogues (à part le cannabis)?

4.10 Au bout de combien de temps avez-vous commencé par sentir les effets?

4.11 Que vous a apporté la drogue?

4.12 Quelle (s) remarque (s) aviez-vous faite (s) sur vous-même?

. votre physique

. votre comportement

. vos rapports avec les gens (comment vous trouvent-ils)?

4.13 A quelle dose êtes-vous présentement?

4.14 A combien vous revient votre drogue?

4.15 Quels sont vos projets d'avenir?

4.16 Vos parents, connaissent-ils votre état actuel?

4.17 Comment réagissent-ils?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**1. ANDRADE (A.S.) -**

La demande d'assistance psychiatrique au Sénégal. Approche statistique.  
Thèse Méd., Dakar, 1979, n 56, 44 p.

**2. BENNANI (A.) -**

A propos de deux plantes hallucinogènes du Sénégal :

- Cannabis sativa Cannabinaceae

- Datura metel Solanaceae.

Thèse Ph., Dakar, 1989, n 8, 159 p.

**3. CERISEL (J.) -**

Problèmes médico - sociaux posés par les toxicomanes.

Thèse Méd., 1954, n 55.

**4. CHAZAL (J.) -**

Les droits de l'enfant.

Collection: "Que sais - je", n 852, 80 p.

**5. COLLOMB (H.), DIOP (M.), AYAT (H.) -**

Intoxication par le chanvre indien au Sénégal.

Cahiers d'Études Africaines, 1962, III, 9, p. 139 - 144

**6. COMMISSION D'ENQUETE SUR L'USAGE DES DROGUES  
A DES FINS NON MEDICALES.**

Rapport provisoire.

Imprimerie de la Reine sur le Canada, Ed. Ottawa, 1970, 364 p.

**7. CONVENTION UNIQUE SUR LES STUPEFIANTS DE 1961.**

Nations-Unies, Août 1962, n de vente F. 73. XI. 1, 468 p.

**8. CONVENTION DE 1971 SUR LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES.**

Nations-Unies, New-York, Février 1971, n de vente F.78.11.3, 35 p.

**9. CONVENTION DES NATIONS - UNIES CONTRE LE TRAFIC  
ILLICITE DE STUPEFIANTS ET DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES.**

Nations-Unies, Vienne (Autriche), 25 Novembre - 20 Décembre 1988,  
33 p.

**10. CURTET (F.), LE POULICHET (S.) -**

La toxicomanie des maghrébiens.

Actualités psychiatriques, 1983, n 5, p. 73 - 75.

**11. DACO (P.). -**

Les prodigieuses victoires de la psychologie moderne.  
Collection Marabout et Armand, 1979, 500 p.

**12. DIOUDONNAT (I.). -**

Ces hallucinogènes précolombiens.  
Thèse Méd., Paris Broussais Hôtel - Dieu, 1976, n39, 105 p.

**13. DIOP (B.), AHYI (R.G.), TRIPET (L.), SECK (A.M.). -**

Approche thérapeutique de la toxicomanie - Expérience  
sénégalaise. Communication présentée aux 9èmes journées  
médicales de Dakar, 15 - 20 Janvier 1979 : Toxicomanie en Afrique.  
Médecine d'Afrique Noire, Vol. 27, n3, 1980, p. 259 - 266.

**14. DIOUM (A.). -**

Les stupéfiants au Sénégal.  
Mémoire de fin de stage, E.N.P, 1981, 72 p.

**15. DIRECTION GENERALE DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS.**

L.S.D. et autres drogues.  
55, Rue d'Amsterdam, 75008, Paris, 1987.

**16. DOS - REIS (A.A.). -**

Réflexions sur la toxicomanie dans un centre d'accueil et  
d'observation pour mineurs inadaptés (l'exemple du centre de  
protection sociale).  
Mémoire de fin d'études, E.N.E.A.S, Dakar, 1984, 42 p.

**17. FACY (F.) DIRECTEUR DE RECHERCHE INSERM U. 302 & COL.**

Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées.  
Etude épidémiologique 1986 -1987, vers une base de données en  
toxicomanie.  
France, INSERM, 1986 -1987, 39 p.

**18. FALANA (M.). -**

Données actuelles sur les dérivés morphiniques notions de  
récepteurs et d'endomorphines.  
Thèse Ph., Dakar, 1988, n13, 173 p.

**19. FASSIN (D.), GUEYE (M.). -**

Drogue et société en Afrique : le cas sénégalais. Développement et santé, n°61, Février 1986, p. 22 -25.

**20. GANDAHO (P.). -**

Contribution à l'étude des conduites suicidaires en milieu béninois. A propos de 65 cas.  
Thèse Méd., Cotonou, 1984, n°189, 166 p.

**21. GIONO - BARBER (H.), GIONO - BARBER (P.). -**

Problèmes posés par l'usage du Cannabis. Communication présentée aux 9èmes journées médicales de Dakar, 15 -20 Janvier 1979: Toxicomanie en Afrique.  
Médecine d'Afrique Noire, Vol. 27, n 3, 1980, p. 197 - 212.

**22. GRUSELLE (G.). -**

Aspects clinique et médico - légal d'une population de toxicomanes hospitalisés (A propos de 64 observations).  
Thèse Méd., Lyon I, 1971, n 195.

**23. GUELFY (J.D.), BOYER (P.), SYLLA (C.), RENE (O.M.). -**

Manuel de psychiatrie.  
France, Ed., Imprimerie Presse Universitaire de France (P.U.F), 1987, n 32 108.

**24. GUEYE (L.). -**

Le "Geew" système d'accueil et d'écoute pour la réadaptation sociale des toxicomanes.  
Ed. Djamra, Dakar, 1988, 33 p.

**25. GUEYE (M.), OMAIS (M.).-**

Tentative pour une approche socio-culturelle de l'usage abusif des drogues au Sénégal.  
Psychopathologie Africaine, vol. 19, n2, 1983,  
p. 141 à 172.

**26. GUEZ (N.).-**

Drogues d'Afrique.  
Jeune Afrique Economie, 1984, n 52, p. 36 à 40

**27. HADJADJ (I.)-**

L'héroïne et les opiacés.

Association des 5 Topazes (loi 1901), 91-270 Vigneux-sur-Seine,

3 Avenue Maurice Thonez

Brochure n2, Tours, 25 Appt., 483

**28. HANCK (C.), DIENG (I.M.)-**

Enfance - Jeunesse dans les environnements africains.

ENDA, Dakar, 1980, 643 p.

**29. HIBERT (B.)-**

Aspects divers de la toxicomanie au chanvre indien.

Thèse ph., Dakar, 1981, n 97

**30. Institut Francophone de lutte contre la Drogue.-**

Substances psychotropes.

Paris, I.F.L.D., s.d., 26 p.

**31. Institut Suisse de Prophylaxie de l'Alcoolisme.-**

Ed. Imprimerie E. Muchstuhl S.A., Lausanne, 1987, ISPA,

ISBN - 2 - 88183-008-0.

**32. Jeune Afrique Magazine.-**

Novembre 1986, n 31

**33. KALIX (P.)-**

Une drogue nommée khat.

La Recherche, n 172, décembre 1985, p. 1444 - 1451

**34. KANE (T.)-**

Etude toxicologique de quelques échantillons de Cannabis  
d'origine africaine.

Thèse ph., Dakar, 1989, n 67, 141 p.

**35. KERHARO (J.)-**

La Pharmacopée Sénégalaise : catalogue des plantes médicinales  
et toxiques des wolofs et sérères

Annales Pharmaceutiques Françaises, 1967, 25, 151, p. 385-438

**36. KERHARO (J.)-**

Drogues Africaines et Toxicomanies.

Communication présentée aux 9èmes Journées Médicales de Dakar,  
15-20 janvier 1979 : Toxicomanie en Afrique.

Médecine d'Afrique Noire, vol. 27, n 3, 1980, p. 187-196

**37. LEWIN (L.)-**

Phantastica.

Ed. Payot, Paris, 1970, vol. 1, 349 p.

**38. LO (I.)-**

Programme de Lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des drogues  
dans les pays africains. Communication Présentée aux  
9èmes Journées Médicales de Dakar, 15-20 janvier 1979 :

Toxicomanie en Afrique.

Médecine d'Afrique Noire, vol. 27, n 3, 1980, p. 219-232

**39. MARTIN (W.R.), JASINSKY (D.R.)-**

Physiological Parameters of Morphin Dependence ;  
in Man, J. Psychiatr. PES., 7, 9, 1969.

**40. MBODJ (C.T.)-**

Contribution à l'étude de la Toxicomanie au Sénégal, enquête effectuée  
au niveau du Service de Psychiatrie du CHU de Fann.

Thèse Med., Dakar, 1986, n 54, 56 p.

**41. Médecine d'Afrique Noire.-**

Cahier : 3, Tome : 25, n 1-6, 1980

**42. MONIOFONGA - BROUSTA (G.)-**

Phénomènes de possession et plantes hallucinogènes.

Psychopathologie africaine, 1976, vol. 12, n 3, p. 317-318

**43. MUHARY (M.)-**

Pharmacodépendance et stratégies de lutte possibles contre  
l'abus des drogues.

Impact : sciences et société, 1984, c:xxx III, n 34, p. 81-88.

**44. NAHAS (G.)-**

La Réglementation Internationale des Drogues Toxicomanogènes.

In Drogue et Civilisation, les Entretiens de Rueil,

Pergamon press, France, 1962, Nations Unies.

Les Nations Unies et la lutte contre l'abus des drogues, New York, 1977.

**45. NAHAS (G.)-**

Pour une Classification Internationale des Drogues-Toxicomanogènes.

In Entretien de Rueil (16 mars 1981).

Drogue et Civilisation, Refus social ou acceptation ?

Paris, Pergamon press, 1982, p. 15-36

**46. NAHAS (G.), TROUVE (R.) & COLL.-**

Toxicomanie - Pharmacodépendance

Paris, Masson, 1988.

**47. NDIAYE (B.)-**

Aspects épidémiologiques actuels de la maladie mentale au Sénégal à travers l'évaluation de 6 mois d'activités du pavillon de consultation de la Clinique Moussa DIOP (janvier-juin 1989).

Mémoire de Fin d'Etudes Spéciales de Psychiatrie, Dakar, 1989.

**48. NDOYE (O.)-**

Contribution à la Mise en Oeuvre d'une Politique d'utilisation rationnelle des psychotropes au Sénégal.

Thèse Ph., Dakar, 1989, n 40.

**49. Olivier (M.)-**

Quelques données statistiques pour situer le problème de la drogue.

Tempo médical, 1984 n 170 p. 20-25.

**50. OMAIS (M.)-**

Particularités de la toxicomanie au Sénégal (aspects psychologiques, socio-culturels et thérapeutiques).

Thèse Med., Dakar, 1982, n 85.

**51. Organisation Internationale de Police Criminelle.-**

Statistiques trimestrielles sur la répression du trafic.

The quest review, troisième trimestre, 1988.

**52. PELA (O.A.)-**

The dynamics of drug use in Nigeria.  
British Journal of Addiction, 1982, 77, p. 205-207.

**53. PELLETIER (M.)-**

Mission d'Etude sur l'ensemble des problèmes de la drogue.  
Rapport du Président de la République par Mr Pelletier.  
Paris, janvier 1978

**54. PELT (J.M.)-**

Les Drogues, leurs histoires, leurs effets.  
Paris, Doin, 1979, 220 p.

**55. PELT (J.M.)-**

Drogues et Plantes magiques.

Arthème Fayard, France, 1987

**56. PICARD (P.G.P.)-**

Évaluation des Activités de Consultation Externe du service de  
Psychiatrie du CHU de Dakar.  
Thèse Med., Dakar, 1984, n 121, 142 p.

**57. POROT (A.)-**

Les Toxicomanes.  
Paris, PUF, 1971, Collection "Que sais-je.?"

**58. Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'usage  
et le trafic illicite des drogues.**

Nations Unies, Vienne, 1987

**59. Rapport de la Réunion sur l'Education relative aux problèmes  
liés à l'usage des drogues dans 6 pays d'Afrique.**

Lomé, 13-17 septembre 1976, Paris, UNESCO, 1977, (Doc. ED/MD/44).

**60. REYNAUD (M.)-**

Les Toxicomanies : alcool-tabac-médicament-drogue.  
Ed. Maloine, Paris, 1984.

**61. ROUX (J.M.) & COLL.-**

Toxicomanies autres que l'alcoolisme.  
Encyclopédie Médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37.396 A, 10, 7, 1983.

**62. SAGBO (N.F.)-**

Contribution à l'étude de la toxicomanie en milieu béninois  
(A propos des conclusions d'une enquête menée dans la ville de Cotonou).  
Thèse Med., Bénin, 1985, n 249, 174 p.

**63. SCIENCE & VIE.-**

Dossier Drogue, n° 160, Hors Série, septembre 1987.

**64. SECK (A.M.), JOUFFE (G.), SYLLA (O.)-**

L'abus des médicaments psychotropes.  
Médecine d'Afrique Noire, 1980, vol. 27, n 31, p. 581-585.

**65. SECK (M.D.)-**

Problèmes posés par la toxicomanie au chanvre indien ou "yamba"  
chez les jeunes sénégalais.  
Thèse Med., Dakar, 1979, n 60, 122 p.

**66. SENEGAL. Santé et Affaires Sociales (Ministère)-**

Les textes législatifs et réglementaires sénégalais en matière de stupéfiants...  
Psychopathologie Africaine, vol. 19, n 2, 1983, p. 173-191.

**67. SYLLA (O), SAVREUX (U.), CISSE (A.)-**

Sur les multiples formes du dopage dans différents milieux sociaux.  
Communication présentée aux 9èmes Journées Médicales de Dakar,  
15-20 janvier 1979 : Toxicomanie en Afrique.  
Médecine d'Afrique Noire, vol. 27, n 3, 1980, p. 213-218.

**68. "TOI ET LA DROGUE" : Médicaments susceptibles d'entraîner  
une pharmacodépendance. Dossier du pharmacien.  
Paris, octobre 1988.**

**69. UNESCO.-**

Consommation de drogues par les jeunes au Sénégal. Résultats de l'enquête  
épidémiologique effectuée au Sénégal sur la consommation de drogues (alcool,  
tabac, médicaments psychotropes, drogues illicites), parmi les 15-21 ans.  
ED/ SCM/ QAL/DR/88, Paris, Dakar, 1988

**70. VARENNE (G.)-**

L'abus des drogues.  
Ed. DESSART, Bruxelles, 1971, 417 p.

**71. VIOLON (J.)-**

Problèmes psychologiques et sociaux posés en milieu scolaire en relation avec la consommation de drogues.

Journal de la pharmacologie belge, 1982, XXXVII, 5, p. 377-382.

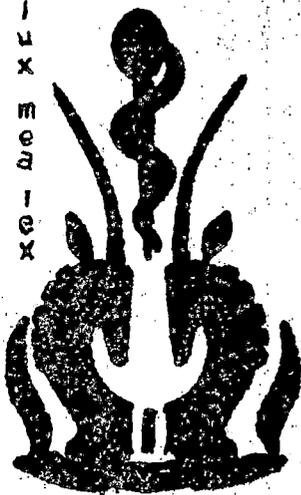
**72. ZAFIROPOULOS (M.)-**

Drogues, déclassement et stratégie de disqualification. In Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1982, vol. 4, n 42, p. 61-75.

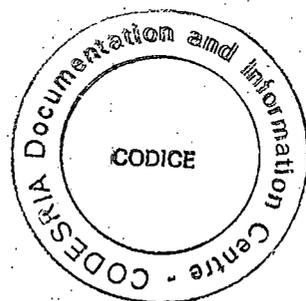
**73. "ZONE 2".-**

Du 18 Mai 1978, n 17, p. 22

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE



# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE



## SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ,

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

VU  
LE PRÉSIDENT DU JURY

VU  
LE DOYEN

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP  
D A K A R