

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

*Paix-Travail-patrie*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES  
SCIENCES BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON

*Peace-Work-Fatherland*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND  
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE SCIENCES MORPHOLOGIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIES

**PROFIL CLINIQUE DES ADOLESCENTS ET JEUNES  
ADULTES PRIS EN CHARGE POUR ADDICTION AUX  
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES À L'HOPITAL  
JAMOT DE YAOUNDE**

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du Doctorat en médecine générale  
par :

**DIN-BA BELLO**

Matricule : 17M059

**Directeur**

**Pr NSEME ETOUCKEY Eric**

*Médecin légiste*

Maitre de Conférences

**Co-directeur**

**Dr KAMGA Olen Jean-Pierre**

*Psychiatre*

Chargé des cours

**Dr MEGUIEZE Claude – Audrey**

*Pédiatre*

Chargée des cours

*Année académique 2023-2024*

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

*Paix-Travail-patrie*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES  
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SCIENCES  
MORPHOLOGIQUES ET  
ANATOMOPATHOLOGIES



REPUBLIC OF CAMEROON

*Peace-Work-Fatherland*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND  
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF  
MORPHOLOGICAL SCIENCES  
AND ANATOMICAL  
PATHOLOGIES

**PROFIL CLINIQUE DES ADOLESCENTS ET JEUNES  
ADULTES PRIS EN CHARGE POUR ADDICTION AUX  
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES À L'HOPITAL JAMOT  
DE YAOUNDE**

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du Doctorat en médecine générale  
par :

**DIN-BA BELLO**

Matricule : 17M059

Date de soutenance :

**Jury de thèse :**

**Président du jury**

.....

**Rapporteur**

.....

**Membres**

.....

**Equipe d'encadrement :**

**Directeur**

**Pr NSEME ETOUCKEY Eric**

**Co-directeur**

**Dr KAMGA Olen**

**Dr MEGUIEZE Claude – Audrey**

*Année académique 2023-2024*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>DÉDICACE.....</b>	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>iii</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
CONTEXTE.....	7
I.1.JUSTIFICATION .....	8
I.2.QUESTION(S) DE RECHERCHE.....	9
I.3.HYPOTHESES .....	9
I.4.OBJECTIFS.....	9
I.5.DÉFINITION ET TERMES OPÉRATIONNELS.....	10
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>11</b>
II.1 RAPPEL DES CONNAISSANCES .....	13
II.2 DEVELOPPEMENT DU CERVEAU CHEZ L'ADOLESCENT .....	18
II.3 CONSOMMATION DES DROGUES .....	21
II.4 CAUSES DE LA CONSOMMATION DES DROGUES .....	27
II.5 CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION DES DROGUES .....	30
II.6 REVUE DES PUBLICATIONS .....	33
<b>CHAPITRE III : METHODOLOGIE .....</b>	<b>38</b>
III.1.TYPE D'ÉTUDE.....	39
III.2.LIEU D'ÉTUDE.....	39
III.3.DESCRPTION GÉNÉRALE .....	39
III.4.DURÉE DE L'ÉTUDE.....	40

<b>III.5.POPULATION D'ÉTUDE.....</b>	<b>41</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>46</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>71</b>

## **DÉDICACE**

À

Mes chers parents **BELLO LEONARD** et **DESIE LINA ENDELE**  
**BILOUNGA**

## **REMERCIEMENTS**

Nous adressons nos sincères remerciements :

**A notre Maître et directeur de thèse : Pr. NSEME ETOUCKEY Eric**

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier et de superviser ce travail. Nous sommes très reconnaissants pour la disponibilité et la patience que vous avez eu à notre égard lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemples. Nous vous remercions pour les efforts que vous ne cessez de déployer pour le développement de la médecine légale au Cameroun et pour la formation de générations futures. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude ;

**A nos Maîtres et co-directeurs de thèse :**

**Au Dr. KAMGA Olen**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de codiriger notre travail malgré vos multiples occupations. Votre patience, votre bienveillance et votre minutie nous auront marqué. Nous vous remercions de votre enseignement. Veuillez trouver ici, professeur, l'expression de nos sincères remerciements ;

**Au Dr. MEGUIEZE Claude-Audrey**

Je vous remercie sincèrement pour votre patience, votre bienveillance et votre engagement envers l'excellence. Votre passion pour l'enseignement a été une source d'inspiration pour moi, et je suis honoré d'avoir eu la chance de travailler sous votre direction.

**A nos Maîtres et juges**

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce Jury et de bénéficier une fois de plus de votre apport et votre science pour améliorer la qualité de ce travail. Veuillez trouver ici, chers maîtres, l'expression de nos sentiments de respect et de considération ;

**A notre Maître et Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé : Pr ZE MINKANDE Jacqueline.** Pendant notre cursus académique, vous n'avez point cessé de déployer votre énergie pour améliorer la qualité de notre formation. Nous vous témoignons ici notre profonde gratitude ;

**Au personnel enseignant et administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.** Nous vous remercions pour votre dévotion aussi bien pendant les heures de cours que pendant les stages hospitaliers. Trouvez ici nos sentiments de considération ;



**À l'endroit du personnel administratif et soignant des structures suivantes :** l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY), l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY), le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY), l'Hôpital Général de Yaoundé. Merci pour votre encadrement pendant nos stages et votre contribution à l'élaboration de ce travail ;

A **BENGONBESE Ketsia Stéphanie**, ma grande sœur, merci pour ta présence, tes conseils, et la main que tu n'as jamais hésité à tendre pendant tout mon parcours ;

A mes cher frères **M. Séguy NDALE Flavien Kévin et Hamadou AHMADOU Bouba** pour les encouragements multiformes à chaque étape de mon parcours et l'aide qu'ils n'ont jamais manqué ;

A **M. Nana NGANKEU Narcisse**, pour ses encouragements, ses conseils son aide matérielle que spirituelle ;

A **Mme TCHIEUGUI Sofack Ricatie**, pour ses encouragements, ses conseils et son aide chaque fois que j'ai fait appel à elle ;

A **Mme ADA Léonie** qui malgré la distance n'ont jamais cessé de me soutenir ;

A **Mme OKO Marie Josée**, pour ses conseils, son aide et sa bienveillance tout au long de mon parcours ;

Au **Dr NTONE Samuel** pour sa présence en tout temps, ses conseils, encouragements et son aide multiforme ;

Au **Dr EBOUTOU Yvan** pour son temps, sa disponibilité et son aide immense. Ses conseils et son encadrement en statistiques m'ont permis d'appréhender les bases d'utilisation des outils d'analyse de données. Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude ;

Au **Dr GAYMA**, merci d'être un exemple et une inspiration. Son parcours est une inspiration et un défi qui m'a permis de donner le meilleur de moi ;

A mes amies **EWANE Géraldine Lynn, NGUE Marie Christine Mardel et ETOUNDI Louise Marie** qui supportent ma nuisance au quotidien, mais ne manquent jamais de m'aider et me soutenir quand cela s'avère nécessaire ;

A mes amis et collègues **DIOKO Madi Ghislain, ABENA Ngoumou Jordan, FOKA Leslie, NDI Phillip, EYAGA Christian, KAMDEM Claude Dominique, TIEPMA Clyde, FOKOUA Jordan, BOUM Asta, MEGNE Hylarie Reana, NDOUMBE Kandice, KOUEDA Ken, KEDY Helmut-Edouard, MOBOUNG Prudence, FODOM Noubissie Rita** pour vos conseils, encouragements, prières et soutien tout au long de notre parcours ;

A notre délégué **BEKOUMA Laurent**, merci pour votre sollicitude, votre présence et votre bienveillance pendant notre parcours ;

A tous mes oncles et tantes pour votre soutien multiforme et vos encouragements ;

A tous mes camarades et futurs collègues de la 49<sup>e</sup> promotion, pour les bons moments passés ensemble, les difficultés traversées, qui ne nous ont pas empêchés d'être là où nous sommes. Que l'amour et la droiture guide vos pas.

Trouvez ici mes remerciements et félicitations.

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET  
ACADEMIQUE**

## **1. PERSONNEL ADMINISTRATIF**

**Doyen :** Pr ZE MINKANDE Jacqueline

**Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :** Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

**Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération :** Pr ZEH Odile Fernande

**Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants :** Pr NGANOU Chris Nadège épouse GNINDJIO

**Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :**

Dr VOUNDI VOUNDI Esther

**Chef de la Division Administrative et Financière :** Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

**Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation :** Pr NJAMNSHI KONGNYU Alfred

**Chef de Service Financier :** Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

**Chef de Service Adjoint Financier :** Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse ENGUENE

**Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel :** Pr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

**Chef de Service des Diplômes :** Mme ASSAKO Anne DOOBA

**Chef de Service Adjoint des Diplômes :** Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

**Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques :** Mme BIENZA Aline

**Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques :** Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA épouse ONANA

**Chef de Service du Matériel et de la Maintenance :** Mme HAWA OUMAROU

**Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance:** Dr MPONON EMENGUELE Pascale épouse NDONGO

**Bibliothécaire en Chef par intérim :** Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

**Comptable Matières :** M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

## **2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES**

**Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire :** Pr BENGONDO MESSANGA Charles

**Coordonnateur de la Filière Pharmacie :** Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

**Coordonnateur Filière Internat :** Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique :** Pr SANDO Zacharie

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation :** Pr ZE MINKANDE Jacqueline

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale :** Pr NGO NONGA Bernadette

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique :** Pr DOHBIT Julius SAMA

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne:** Pr NGANDEU Madeleine

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie :** Pr MAH Evelyn MUNGYEH

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique :** Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale:** Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique :** Pr TAKOUGANG Innocent

**Coordinateur de CESSI :** Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

**Coordonnateur de la formation Continue :** Pr KASIA Jean Marie

**Point focal projet :** Pr NGOUPAYO Joseph

### **3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS**

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

### **4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB**

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

### **5. PERSONNEL ENSEIGNANT**

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
<b>DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES</b>			
1	<b>SOSSO Maurice Aurélien (CD)</b>	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	<b>ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)</b>	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation

9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
29	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphan	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphan	AS	Chirurgie Thoracique et

			Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
<b>DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES</b>			
49	<b>SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)</b>	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie

68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82	OWONO NGANDEBE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie



92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
<b>DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE</b>			
99	<b>ZEH Odile Fernande (CD)</b>	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
<b>DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE</b>			
110	<b>MEKA Esther (CD)</b>	MCA	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique

123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	CC	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	CC	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
<b>DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE</b>			
132	<b>DJOMOU François (CD)</b>	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie

151	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie
<b>DEPARTEMENT DE PEDIATRIE</b>			
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
<b>DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES</b>			
173	<b>MBOPI KEOU François-Xavier (CD)</b>	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie

181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
<b>DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE</b>			
194	<b>KAMGNO Joseph (CD)</b>	P	Santé Publique /Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacien
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique

208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
<b>DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b>			
209	<b>MENDIMI NKODO Joseph (CD)</b>	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert FranK Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
<b>DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE</b>			
218	<b>NDONGO EMBOLA épse TORIMIRO Judith (CD)</b>	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
<b>DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE</b>			
224	<b>ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)</b>	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE</b>			
229	<b>NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)</b>	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
<b>DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE</b>			

232	<b>BENGONDO MESSANGA Charles (CD)</b>	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Implantologie
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Chirurgie buccale
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Parodontologie
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie buccale
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE</b>			
243	<b>NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)</b>	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE</b>			
248	<b>ZINGUE Stéphane (CD)</b>	MC	Pharmacologie toxicologie
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie moléculaire
250	TEMBE Estella épse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE</b>			
253	<b>NNANGA NGA Emmanuel (CD)</b>	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments

255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I:</b> classification des drogues selon leur effet .....	23
<b>Tableau II:</b> Répartition de la population en fonction de l'âge, du sexe et le niveau d'éducation. .....	48
<b>Tableau III:</b> Données sur la profession, la région d'origine et la religion .....	49
<b>Tableau IV:</b> données sur la primo consommation .....	50
<b>Tableau V:</b> Profiles des lieux et facteurs influençants la consommation .....	51
<b>Tableau VI:</b> conditions favorisantes, motivations et pratiques associées à la consommation courante .....	52
<b>Tableau VII:</b> Profil familial et éducatif du toxicomane.....	53
<b>Tableau VIII:</b> données sur le niveau d'éducation et la profession des parents. ....	54
<b>Tableau IX:</b> Profil clinique des consommateurs.....	55
<b>Tableau X:</b> Caractéristiques de la prise en charge .....	56



## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1:</b> Système nerveux central et système nerveux périphérique .....	14
<b>Figure 2:</b> Un neurone .....	15
<b>Figure 3:</b> Lobes et circonvolutions de l'hémisphère cérébral gauche .....	17
<b>Figure 4:</b> Schéma des principales structures cérébrales et des systèmes de neurotransmission ...	18
<b>Figure 5:</b> Procédure d'échantillonnage .....	41

## **LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES**

**CNLD** : Comité National de Lutte contre la Drogue

**DSM**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**FMSB** : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**ONUDD** : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime

**SIDA** : Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise

**SNC**: Système Nerveux Central

**SNP** : Système Nerveux Périphérique

**TLS** : Troubles Liés aux Substances Psychoactives

**USA**: United States of America

**VIH** : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

## **RESUME**

### **INTRODUCTION**

Une addiction est selon la définition de l'OMS un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements. L'adolescence est définie comme la période située entre l'enfance et l'âge l'adulte, C'est donc l'étape de la croissance au cours de laquelle les jeunes explorent leurs relations avec leur environnement et sont exposées à diverses mœurs dont la consommation des substances psychoactives qui concerne une proportion non négligeable de cette population. Dans le monde, les données concernant la consommation de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes demeurent disparates. L'Afrique est devenue une terre de transit privilégiée pour le trafic d'héroïne et de cocaïne depuis quelques années, et le transport intérieur en développement a permis l'émergence de marchés locaux. Une étude camerounaise conduite en 2017 en milieu scolaire retrouvait que 80,71% des adolescents avaient déjà consommés des substances psychoactives. Toutefois les données sur le profil clinique des consommateurs de ces substances restent rares, bien que les adolescents l'aient adopté et l'appliquent en communauté, d'où la présente étude.

### **METHODOLOGIE**

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive au service de psychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé sur la période de 10 ans allant de 2014 à 2024. Ont été inclus dans l'étude, les patients avec un âge compris entre 10 et 39 ans et qui ont été pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. À l'aide de questionnaires bien structurés, les données ont été collectées et analysées à l'aide de Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 et de Microsoft Excel 2016.

### **RESULTATS**

188 participants ont répondu à nos critères d'inclusion, Nous avons retrouvé un âge moyen de  $26,21 \pm 5,67$  ans, avec des extrêmes de 17 et 39 ans. Le sexe masculin était plus représenté (94,7%), pour un sex-ratio de 17,8. Le niveau d'éducation plus représenté était le niveau d'étude supérieur dans 53,2% des cas. L'âge moyen à la primo consommation dans notre étude est de  $17,14 \pm 2,75$  ans, avec des extrêmes de 10 et 25 ans. La maison de l'ami (59%) était le lieu de consommation le plus fréquent au cours de la primo consommation et l'initiateur était qualifié d'ami du quartier dans 50% des cas. Les fournisseurs habituels étaient l'ami du quartier (46,8%) et le dealer (46,3%)

dans la plupart des cas. Le lieu de procuration de drogue le plus représenté était le quartier de résidence dans 94,7% des cas. L'antécédent de consommation familiale était présent dans 43,6% des cas et il s'agissait pour la plupart du frère/sœur (51,2%). La principale condition favorisant la consommation de drogue était les conflits parents/enfants (56,4%). Concernant les motivations, les plus évoquées étaient respectivement la curiosité (45,2%). La délinquance était la pratique associée la plus fréquente, soit 43,6% des cas. Le principal motif de consultation était l'aide au sevrage, soit 90,9 % des cas. La drogue plus fréquemment consommée était le cannabis (84,6%). La principale voie de consommation était orale (95,8%). Le syndrome de dépendance (50%) et le syndrome dépressif (35,1%) étaient les profils cliniques les plus retrouvés. 59 (31,3%) des participants présentaient des pathologies psychiatriques liées à leur consommation de SPA dont les principales étaient : les troubles dépressifs (51,2%) et les troubles psychotiques (41%). L'hospitalisation a concerné 85,6 % des participants et la durée médiane en hospitalisation était de 30 jours [23-60].

## CONCLUSION

Les consommateurs des substances psychoactives étaient âgés entre [20-30]ans, avec un âge moyen de  $26,21 \pm 5,67$  ans. La substance addictive retrouvée chez les adolescents et jeunes adultes était le cannabis. Les principaux syndromes cliniques retrouvés étaient le syndrome de dépendance et le syndrome dépressif.

## MOT CLES

Substances psychoactives, adolescents et jeunes adultes, profil clinique

## **ABSTRACT**

### **INTRODUCTION**

WHO defines an addiction as a state of periodic or chronic dependence on substances or behaviors. Adolescence is defined as the period between childhood and adulthood. It is the stage of growth during which young people explore their relationships with their environment and are exposed to a variety of customs, including the use of psychoactive substances, which concerns a significant proportion of this population. In recent years, Africa has become a preferred transit area for heroin and cocaine trafficking, and the development of domestic transport has led to the emergence of local markets. A series of studies conducted in schools in Cameroon in 2017 found that 80.71% of adolescents had already used psychoactive substances, the main ones being licit drugs (85.7%). However, data on the clinical profile of users of these substances remain scarce, despite the fact that adolescents have adopted and apply them in the community, hence the present study.

### **METHODS**

We conducted a descriptive cross-sectional study with .The setting of our study was the Jamot Hospital in Yaoundé, in the psychiatry department of over the period of 10 years from 2014 to 2024. Included in the study were patients with an age between 10 and 39 who were treated for addiction to psychoactive substances at the Jamot Hospital in Yaoundé. Using well-structured questionnaires, data were collected and analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 and Microsoft Excel 2016.

### **RESULTS**

188 participants met our inclusion criteria, with a mean age of  $26.21 \pm 5.67$  years, ranging from 17 to 39 years. Males were more represented (94.7%), with a sex ratio of 17.8. The most common level of education was tertiary (53.2%). The average age at first use in our study was  $17.14 \pm 2.75$  years, with extremes of 10 and 25 years. The friend's home (59%) was the most frequent place of first use, and the initiator was described as a local friend in 50% of cases. The usual suppliers were the local friend (46.8%) and the dealer (46.3%) in most cases. The most common place of drug

procurement was the neighbourhood of residence in 94.7% of cases. A family history of drug use was present in 43.6% of cases, and most of these were brothers/sisters (51.2%). The main condition encouraging drug use was parent/child conflict (56.4%). As for motivations, the most frequently cited were curiosity (45.2%). Delinquency was the most frequent associated practice, accounting for 43.6% of cases. The main reason for consultation was to help with withdrawal, accounting for 90.9% of cases. The most frequently used drug was cannabis (84.6%). The main route of consumption was oral (95.8%). Dependence syndrome (50%) and depression (35.1%) were the most common clinical profiles. Our study shows that 59 (31.3%) of the participants had psychiatric pathologies linked to their SPA consumption, the main ones being: depressive disorders (51.2%) and psychotic disorders (41%). Hospitalization concerned 85.6% of participants, and the median duration of hospitalization was 30 days [23-60].

## **CONCLUSION**

Users of psychoactive substances were aged between [20-30] years, with an average age of 26.21  $\pm$  5.67 years. The most addictive substance was found to be cannabis. The main clinical syndromes found were dependence syndrome and depressive syndrome.

## **KEY WORDS**

Psychoactive substances, adolescents and young adults, clinical profile.

## **CHAPITRE I : INTRODUCTION**

## CONTEXTE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit une drogue comme toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de son utilisateur[1]. Cette modification peut se traduire par une addiction qui est selon la définition de l'OMS un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements[1]. L'adolescence est définie comme la période allant de 10 à 19 ans, située entre l'enfance et l'âge adulte. Durant celle-ci, les jeunes sont particulièrement vulnérables du fait de la croissance et du développement cérébral[2]. Le début de l'âge adulte désigne la période qui s'étale entre la fin de l'adolescence (18-19 ans) et le milieu de la quatrième décennie. En 2005, les adultes jeunes représentaient plus de 26 % de la population[3] C'est donc l'étape de la croissance au cours de laquelle les jeunes explorent leurs relations avec leur environnement et sont exposées à diverses mœurs dont la consommation des substances psychoactives qui concerne une proportion non négligeable de cette population.

Dans le monde, les données concernant la consommation de substances psychoactives chez les adolescents demeurent disparates. En 2008, une revue systématique conduite aux USA relevait que 35 % des adolescents dans le monde consommait des drogues licites, tandis que 13 % consommait des drogues illicites[4]. En 2022, une cohorte d'adolescents Canadiens constitué des jeunes pris en charge pour consommation des substances psychoactives dans différentes formations sanitaires retrouvait que la consommation des drogues licites était de 88% et celle des drogues illicites 78% avec comme principaux consommateurs les garçons (74%) âgé de 11,8ans en moyenne à l'initiation et de 14,4ans au moment de l'enquête. Les principales raisons évoquées étaient le plaisir (71,5%) et la curiosité (49,1%). Seul 38,8% admettaient avoir un problème de consommation et les principales atteintes mentales étaient la dépression (38%), l'hyperactivité (28%) et les troubles de conduite (26%)[4].

L'Afrique est devenue une terre de transit privilégiée pour le trafic d'héroïne et de cocaïne depuis quelques années, et le transport intérieur en développement a permis l'émergence de marchés locaux. En 2008 on estimait à 1,78 million le nombre d'utilisateurs de drogues en Afrique sub-saharienne. La prévalence hospitalière des utilisateurs de drogues de tout âge était de 10,36% de toutes les consultations en 2018 en Côte d'Ivoire[5]. En 2019, une étude conduite au service d'addictologie et d'hygiène mentale d'Abidjan rapportait que les enquêtés avaient un âge moyen de 17,20 ans et étaient de sexe masculin dans 92,86% des cas. 38,73% étaient des adolescents, 58,52% étaient en cours de scolarité et avaient atteint le second cycle dans 64% des cas. Parmi les 40,48% de non scolarisés, la majorité n'avait aucune activité professionnelle. L'âge moyen de première consommation était de 15,28 ans et la curiosité avait motivé le premier usage dans 32,95% [6].



Le Cameroun n'échappe pas à cette réalité. Une série camerounaise conduite en 2017 en milieu scolaire retrouvait que 80,71% des adolescents avaient déjà consommés des substances psychoactives, dont les principales étaient les drogues licites (85,7%). La consommation de substances à l'adolescence augmente le risque de développer une dépendance, des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances estimé à 17 % [2]. Toutefois les données sur le profil clinique des consommateurs de ces substances restent rares, bien que les adolescents l'aient adopté et l'appliquent en communauté, d'où la présente étude.

### **I.1. JUSTIFICATION**

Les études qui se sont intéressés aux corrélats de la consommation de psychotropes à l'adolescence font tous état de caractéristiques individuelles, familiales et sociales associées à la présence de cette problématique. Par exemple, au plan personnel, des troubles du comportement et des problèmes de type intériorisé ont été relevés chez les jeunes ayant des problèmes de consommation. Ainsi, ces études concourent à démontrer l'hétérogénéité des adolescents et jeunes adultes en mettant en évidence différents profils de consommation de psychotropes chez ces jeunes de même que des caractéristiques propres à ces profils. Mais en dépit de leur pertinence, les données issues de ces études ne reflètent peut-être plus la situation actuelle en Afrique et particulièrement au Cameroun.

## **I.2. QUESTION(S) DE RECHERCHE**

### **Question principale**

Quel est le profil clinique des adolescents et jeunes adultes pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'Hôpital Jamot de Yaoundé ?

## **I.3. HYPOTHESES**

### **Hypothèse principale**

Le profil clinique des adolescents et jeunes adultes pris en charge pour addiction à l'Hôpital Jamot de Yaoundé est varié

## **I.4. OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier le profil clinique des adolescents et jeunes adultes pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

### **Objectifs spécifiques**

- 1-Decrire les caractéristiques sociodémographique de notre population d'étude.
- 2-Identifier les différents types de substances addictives consommées chez l'adolescent et jeunes adultes.
- 3-Enumérer les syndromes cliniques retrouvés chez les adolescents et le jeunes adultes.

## I.5. DÉFINITION ET TERMES OPÉRATIONNELS

**Substance psychoactive** : tout composé qui est capable de produire une réponse pharmacologique sur le système nerveux central ou qui produit une réponse chimique in vitro, identique ou similaire à des substances contrôlées en vertu de la loi sur l'abus des drogues.

**Addiction** : Impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter un malaise interne et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

**Drogue** : Toute substance chimique, naturelle ou artificielle (à l'exclusion des nutriments, de l'eau ou de l'oxygène) qui, de par sa nature chimique, modifie la structure ou le fonctionnement biologique lorsqu'elle est administrée et absorbée.

**Drogue illégale** : Toute substance que le gouvernement considère comme nuisible au bien-être mental et physique de l'individu, d'où le contrôle ou le découragement de leur consommation par la loi.

**Drogue légale** : Toute substance telle que l'alcool, la caféine et la nicotine qui sont potentiellement dangereuses mais dont le gouvernement autorise la consommation.

**Toxicomanie** : Trouble récidivant chronique qui se caractérise par la compulsion à rechercher et à prendre la drogue, la perte de contrôle pour limiter la consommation et l'émergence d'un état émotionnel négatif (ex : dysphorie, anxiété, irritabilité) reflétant un syndrome de sevrage motivationnel lorsque l'accès à la drogue est empêché.

**Polytoxicomanie** : Consommation de plus d'une drogue ou d'un type de drogue par un individu, en même temps ou de manière séquentielle. Elle englobe la consommation de drogues illicites et de substances légales.

**Délinquance juvénile** : Comportement criminel, ou actes non conformes aux normes morales ou légales de la société, commis par un mineur.

**Violence** : Utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir, menacée ou réelle, contre soi-même, une autre personne, ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou a une forte probabilité d'entraîner des blessures, la mort ou des dommages psychologiques.

**Dealer** : Individu qui vend des drogues illégales, de quelque type ou quantité que ce soit.

**Famille monoparentale** : Une famille monoparentale comprend un seul parent.

## **CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE**



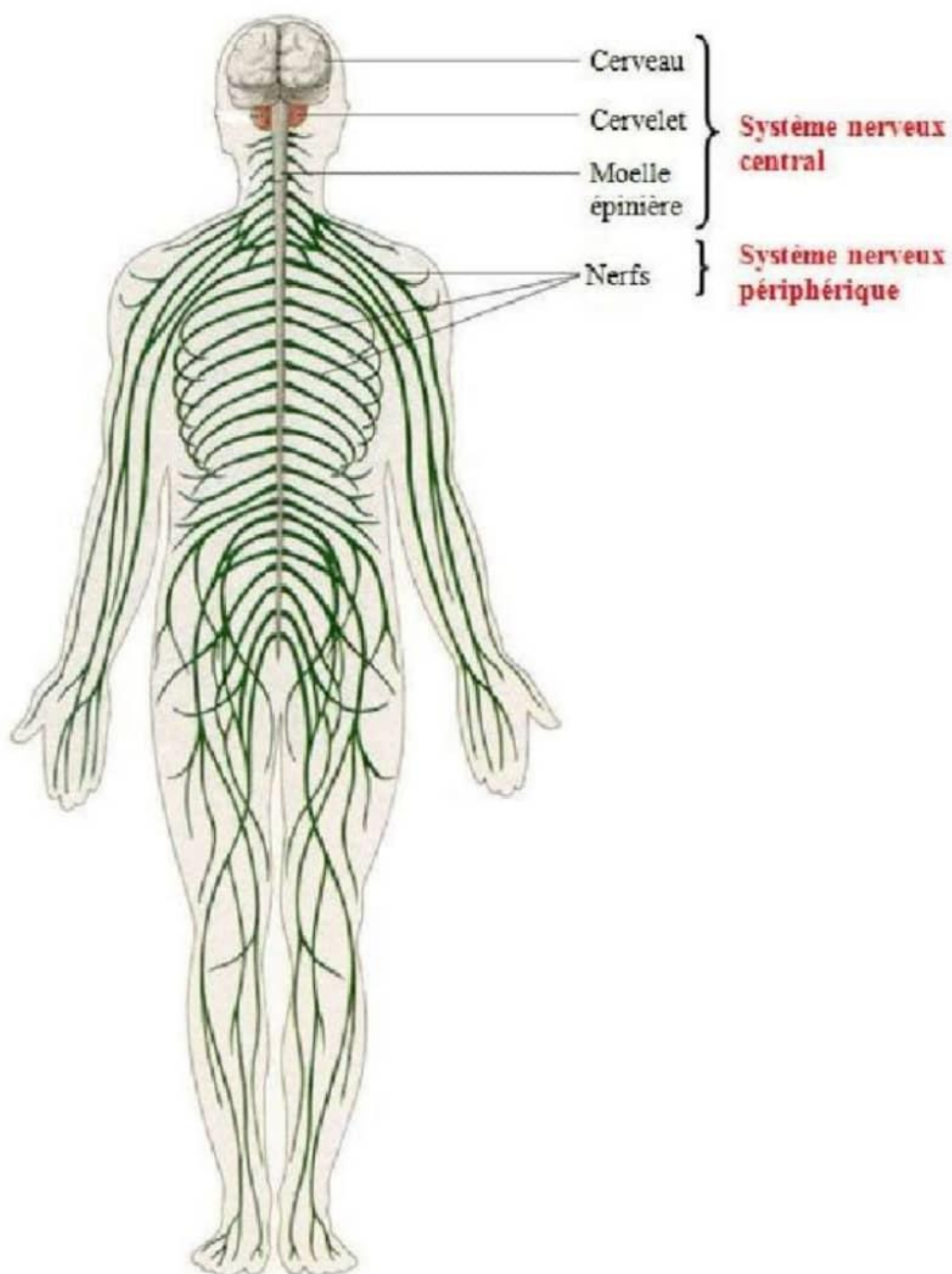
## **II.1 RAPPEL DES CONNAISSANCES**

### **II.1.2 Le système nerveux**

#### **II.1.2.1 Généralités**

Le système nerveux est le principal système de contrôle et de coordination de l'organisme et est l'un des systèmes les plus complexes de l'organisme humain. Il se définit comme l'ensemble des structures qui assure la réception ; l'intégration ; la transformation et la transmission des informations provenant de l'environnement de l'organisme et de lui-même. Il assure ainsi la régulation des principales fonctions de l'organisme [7]. Le système nerveux est formé de deux parties :

- Le système nerveux central, constitué par l'encéphale comprenant le cerveau, le tronc cérébral, et le cervelet situés dans la boîte crânienne, et la moelle épinière située dans le canal rachidien. Son rôle est de recevoir, enregistrer, interpréter les signaux qui parviennent de la périphérie, et l'organiser la réponse à envoyer.
- Le système nerveux périphérique, constitué par les nerfs crâniens et les nerfs spinaux qui sont rattachés au système nerveux central. Son rôle est de conduire jusqu'au système nerveux central les informations issues des récepteurs périphériques de la sensibilité ou de la douleur, et de transmettre les ordres moteurs émis par les centres nerveux. Sur le plan fonctionnel, on distingue le système nerveux relationnel ou somatique qui permet les activités conscientes et le système nerveux végétatif (autonome, inconscient) qui contribue au maintien de l'homéostasie [7]



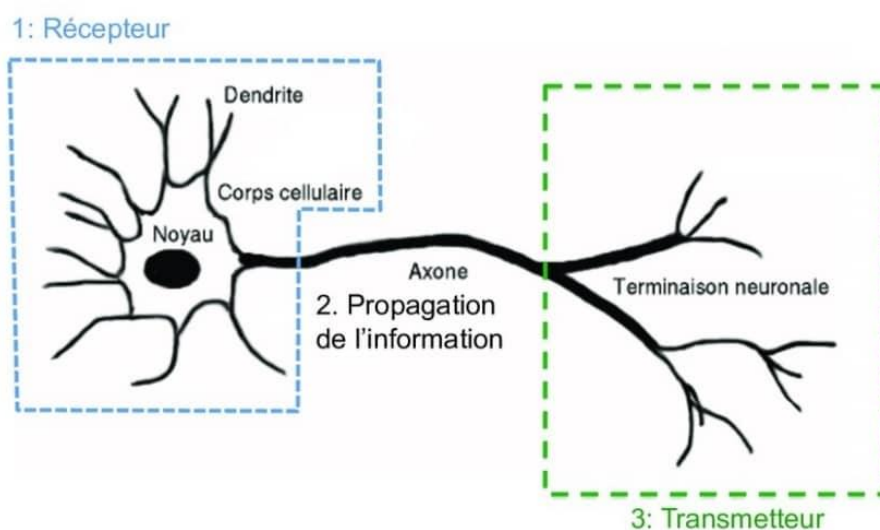
**Figure 1:** *Système nerveux central et système nerveux périphérique [9].*

### ➤ Eléments cellulaires du Système Nerveux

La substance grise est formée de cellules ; la substance blanche est formée de fibres. La cellule et la fibre ne sont que les deux parties d'un même élément essentiel du système nerveux : le neurone. Le neurone n'est pas la seule cellule présente dans le système nerveux. A côté de lui, existe un tissu de soutien et des cellules nourricières : les cellules gliales.

- Le neurone

Le neurone est une cellule anatomiquement et physiologiquement spécialisée dans la réception, l'intégration et la transmission d'informations. Ce rôle complexe lui vaut d'être une cellule ordinaire dans la constitution de sa membrane, son noyau, ses organites, et une cellule singulière, excitable et sécrétrice, adaptée aux tâches de formation, d'entretien et de fonctionnement de réseaux. En effet, le neurone isolé n'existe pas. Chacun d'entre eux est intégré dans des réseaux multiples, ordonnés et hiérarchisés chargés de recevoir ou transmettre un signal, ou de coordonner une fonction complexe. La transmission nerveuse se fait par l'intermédiaire de plusieurs neurones qui sont en rapport les uns avec les autres par leurs dendrites ou par l'articulation d'un axone avec les dendrites d'une ou de plusieurs cellules voisines. La jonction entre les éléments de deux cellules constitue une synapse. L'axone ne se reproduit pas, malgré l'importance de son activité enzymatique et son stock chromosomique. Son activité est entièrement dédiée à ses fonctions de récepteur et de transmetteur. Il se compose d'un corps cellulaire, des dendrites, d'un axone, de synapses et d'un cytosquelette [7].



**Figure 2:** Un neurone [11]



- Les cellules gliales

Les cellules gliales constituent le tissu de soutien du système nerveux. Elles assurent le lien avec les vaisseaux sanguins et apportent les nutriments essentiels au fonctionnement métabolique du système nerveux. Contrairement aux cellules neuronales, les cellules gliales peuvent se multiplier, voire proliférer et devenir cancéreuses. On distingue plusieurs types de cellules gliales: les astrocytes, les oligodendrocytes, la microglie, et les cellules épendymaires [7].

### **II.1.2.2 Le cerveau**

Le cerveau humain est l'organe le plus complexe du corps, au cœur de toutes les activités humaines. Il est de forme ovoïde, de couleur blanc grisâtre et pèse généralement entre 1200 et 1400g. Il est constitué par deux hémisphères (droit et gauche), séparés par le sillon inter hémisphérique, et réunis par des structures assurant une connexion entre les deux hémisphères: le corps calleux et les commissures blanches et grises. Toutes les fibres nerveuses issues du cerveau se regroupent à sa face inférieure au niveau des pédoncules cérébraux droit et gauche qui se rejoignent pour former la partie haute du tronc cérébral (mésencéphale) [7].

L'examen de la superficie du cerveau montre que sa surface n'est pas unie. Des sillons plus ou moins profonds délimitent des circonvolutions qui lui donnent son aspect particulier. Chaque sillon porte un nom. Mais certains d'entre eux sont plus profonds et remarquables ; on les appelle des scissures car elles permettent de diviser le cerveau en lobes. La scissure de Sylvius et la scissure de Rolando sont les deux principales scissures. Ce sont des repères anatomiques et fonctionnels importants :

- La scissure de Sylvius est la plus importante et la plus profonde. Presque horizontale, elle sépare les lobes frontal et pariétal situés en avant et au-dessus d'elle, du lobe temporal situé en dessous et en arrière. Elle recouvre en entier la vallée sylvienne dans laquelle chemine une des trois artères principales du cerveau : l'artère cérébrale moyenne et ses branches de division.
- La scissure de Rolando ou scissure rolandique est presque verticale et nettement visible sur la convexité externe du cerveau. Elle délimite les régions motrices du cerveau situées en avant d'elle (région fronto-rolandique), des régions sensibles et des centres associatifs situées en arrière (région pariéto-rolandique).
- D'autres scissures sont aussi remarquables mais sont moins marquées : la scissure occipitale séparant le pôle occipital du reste du cerveau, la scissure callosomarginale située en entier dans le sillon inter hémisphérique au-dessus du corps calleux.

- Les lobes cérébraux

Les scissures délimitent 4 grands lobes : le lobe frontal en avant, le lobe pariétal et le lobe temporal au milieu, le lobe occipital en arrière. Chaque lobe est traversé par trois à quatre sillons qui vont délimiter des circonvolutions. Dans la profondeur de la scissure sylvienne, on décrit une région particulière de forme triangulaire appelée lobe de l'insula.

- Le cortex cérébral

Une coupe verticale des hémisphères cérébraux montre qu'ils sont constitués d'une couche de substance grise recouvrant une partie centrale de substance blanche. Le manteau de substance grise recouvrant la totalité des circonvolutions de la surface externe du cerveau et tapissant également les sillons et les scissures est constitué de cellules disposées en six couches. Elles constituent le cortex cérébral. Elles se prolongent par des axones qui vont constituer la substance blanche et se diriger vers d'autres aires cérébrales, vers les noyaux gris centraux, ou vers le tronc cérébral. Dans le cortex, comme dans toute la substance grise, il existe de très nombreux interneurons, c'est-à-dire de multiples connexions à très courte distance entre les cellules. [7]

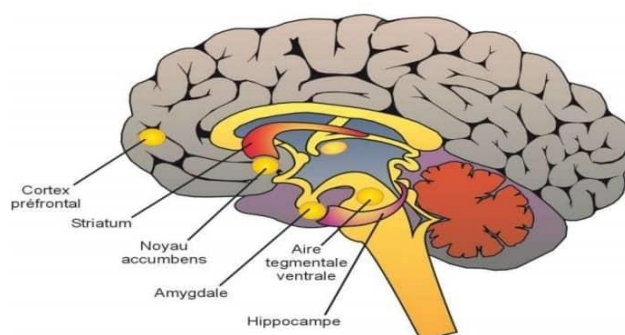


*Figure 3: Lobes et circonvolutions de l'hémisphère cérébral gauche [8]*

### II.1 .3 Addiction et cerveau

La structure des drogues ainsi que leurs effets psychologiques et comportementaux produits sur l'individu sont très divers. Toutefois, toutes ont la particularité de moduler le système neuronal associé au renforcement des effets de la drogue (reward system ou système de récompense) et d'établir une dépendance. Le système de récompense, qui joue "naturellement" un rôle essentiel dans l'initiation et le maintien des comportements importants pour la survie de l'espèce (quête de nourriture, reproduction...), est constitué en circuit articulé autour des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale et de leurs projections sur le système limbique, avant tout le nucleus accumbens (ou striatum ventral). Dans ce cadre on a montré que la voie dopaminergique mésolimbique est activée par des stimuli inconditionnels (e.g., une cigarette pour un fumeur) et que cette activation provoque une augmentation de la libération de dopamine dans le nucleus accumbens. En outre, les études anatomiques ont mis en évidence des connexions entre d'une part le tegmentum ventral et le nucleus accumbens et d'autre part une structure maîtresse du système limbique (e.g., amygdale) et le cortex préfrontal (orbitaire et dorsolatéral) qui contrôlent notamment l'expression des émotions, la réaction à des stimuli inconditionnels, ainsi que la planification et le jugement (figure 1). En conséquence, les drogues influenceraient le circuit neuronal associé à la récompense, au plaisir, et établiraient un état de dépendance de deux façons:

- i) Directement en augmentant la libération de dopamine par leur action sur la voie dopaminergique mésolimbique
- ii) Indirectement en affectant l'activité d'autres systèmes de neurotransmetteurs qui modulent à leur tour l'activité de la voie dopaminergique mésolimbique [9].



**Figure 4:** Schéma des principales structures cérébrales et des systèmes de neurotransmission[10].

---

## II.2 DEVELOPPEMENT DU CERVEAU CHEZ L'ADOLESCENT

Les processus de maturation du cerveau se poursuivent pendant l'adolescence ; il existe de nombreuses preuves que la deuxième décennie de la vie est une période de grande activité en ce qui concerne les changements dans la structure et la fonction du cerveau, en particulier dans les régions et les systèmes associés à l'inhibition de la réponse, à la calibration du risque et de la récompense et à la régulation des émotions. Cette activité ne se limite pas au début de l'adolescence et n'est pas invariablement liée aux processus de maturation pubertaire. Deux observations particulières sur le développement du cerveau à l'adolescence sont particulièrement pertinentes pour notre compréhension du développement psychologique pendant cette période.

Premièrement, une grande partie du développement cérébral à l'adolescence concerne les régions et les systèmes cérébraux qui jouent un rôle clé dans la régulation du comportement et des émotions, ainsi que dans la perception et l'évaluation des risques et des récompenses.

Deuxièmement, il semble que les changements dans l'excitation et la motivation provoqués par la maturation pubertaire précèdent le développement de la compétence de régulation d'une manière qui crée une disjonction entre l'expérience affective de l'adolescent et le développement de la compétence de régulation [3].

- **Affectivité**

Il existe des preuves d'un lien spécifique entre la maturation pubertaire et les changements développementaux en matière d'excitation, de motivation et d'émotion. Par exemple, il est prouvé que le développement pubertaire influence directement le développement de l'intérêt romantique et de la motivation sexuelle. Il est également prouvé que certains changements dans l'intensité et la réactivité émotionnelles, tels que les changements dans la fréquence et l'intensité des conflits entre parents et adolescents, peuvent être plus étroitement liés à la maturation pubertaire qu'à l'âge. Certaines aptitudes cognitives liées au traitement du visage humain ont également montré des altérations intrigantes au milieu de l'adolescence, une diminution apparente des aptitudes au traitement du visage qui est associée à la maturation sexuelle (mesurée par le stade de Tanner par des examens physiques) plutôt qu'à l'âge ou au niveau scolaire. Il existe également des preuves que l'augmentation de la recherche de sensations, de la prise de risque et du comportement téméraire à l'adolescence est influencée par la puberté et non par l'âge chronologique. Il existe également des preuves dans les études animales et humaines soutenant un lien entre l'augmentation des niveaux d'hormones reproductives et la sensibilité au statut social, ce qui est cohérent avec le lien entre la puberté et la prise de risque, puisque plusieurs théories influentes sur la prise de risque chez les adolescents suggèrent qu'au moins une partie de ce comportement est fait dans le but

d'améliorer son statut auprès de ses pairs. Il semble qu'il existe des liens importants entre la maturation pubertaire et le traitement de l'information sociale. Dans certains modèles de développement de la régulation des affects, l'accent est mis explicitement sur les systèmes cognitifs qui exercent un contrôle sur les émotions et les comportements liés aux émotions. De nombreux aspects de la régulation des affects impliquent la capacité d'inhiber, de retarder ou de modifier une émotion ou son expression conformément à certaines règles, objectifs ou stratégies, ou pour éviter des conséquences négatives apprises. Cependant, on comprend de mieux en mieux que les interactions cognitives-émotionnelles à l'adolescence se déroulent également dans l'autre sens de manière importante. Ainsi, tout comme la cognition a un impact important sur l'émotion, l'émotion a un impact important sur les processus cognitifs de base, y compris la prise de décision et le choix comportemental.

➤ **Prise de décision et prise de risque**

Les données comportementales ont souvent donné l'impression que les adolescents ne savent pas prendre de décisions (par exemple, leur taux élevé de participation à des activités dangereuses, d'accidents de la route, de consommation de drogues et de rapports sexuels non protégés). Cela a conduit initialement à des hypothèses selon lesquelles les adolescents avaient des capacités cognitives médiocres en matière de prise de décision ou que les informations sur les conséquences des comportements à risque n'étaient pas claires pour eux. Cependant, contrairement à ces hypothèses, il existe de nombreuses preuves que les adolescents s'engagent dans des activités dangereuses bien qu'ils connaissent et comprennent les risques encourus.

Ainsi, dans les situations de la vie réelle, les adolescents ne se contentent pas de peser rationnellement les risques relatifs et les conséquences de leur comportement - leurs actions sont largement influencées par des sentiments et des influences sociales. L'importance des émotions dans la prise de décision est aujourd'hui de plus en plus reconnue. La "décision" d'adopter un comportement spécifique ayant des conséquences à long terme sur la santé - comme fumer une cigarette, boire de l'alcool ou avoir des rapports sexuels non protégés ne peut être entièrement comprise dans le cadre des processus cognitifs "froids", (La cognition "froide" fait référence aux processus de réflexion dans des conditions de faible émotion et/ou d'excitation, tandis que la cognition "chaude" fait référence à la réflexion dans des conditions de fortes émotions ou d'excitation élevée et qui peuvent donc être beaucoup plus importantes pour comprendre les choix risqués dans les situations de la vie réelle). Ces influences affectives sont pertinentes dans de nombreuses "décisions" quotidiennes qui sont prises au niveau des "intuitions" concernant ce qu'il

faut faire dans une situation particulière (plutôt que des pensées délibérées sur les probabilités de résultat ou la valeur du risque). Ces "intuitions" semblent être le produit de systèmes affectifs dans le cerveau qui effectuent des calculs qui échappent largement à la conscience. Il semble que la puberté et la maturation sexuelle exercent des influences importantes sur au moins certains aspects des influences affectives sur le comportement par le biais de nouvelles pulsions, motivations et intensités de sentiments, ainsi que de nouvelles expériences qui évoquent des sentiments forts (comme le développement d'une implication romantique) [3].

➤ **Effets des drogues addictives sur le cerveau en développement** : adolescents et jeunes adultes

Pendant l'adolescence et jusqu'au début de la vingtaine, on observe des changements importants dans la matière grise et blanche du cortex le cortex frontal, y compris une myélinisation continue, l'amincissement de la matière grise et l'élagage des connexions excessives établies plus tôt dans le développement. Le cortex préfrontal sert également à moduler les activités des systèmes non corticaux, comme la régulation de l'activité des circuits émotionnels dans le système limbique. Des études d'imagerie ont révélé que la connectivité dopaminergique au cortex frontal est plus faible chez les enfants que chez les adultes. Au fur et à mesure que le cortex préfrontal mûrit pendant l'adolescence, il y a une augmentation linéaire de la connectivité dopaminergique. Pendant l'adolescence, on observe une augmentation linéaire du contrôle d'inhibition. Cependant, on observe également une augmentation de l'activité dans le noyau accumbens, ce qui augmente la sensibilité à la récompense. Ces différences sont susceptibles de contribuer à l'augmentation du comportement à risque, de la recherche de la nouveauté et de l'impulsivité qui caractérisent les adolescents [10]. Comme leur cerveau est encore en développement, les adolescents sont donc plus susceptibles d'adopter des comportements à risque, notamment l'auto-administration de drogues et d'afficher une vulnérabilité accrue aux effets des drogues et de l'alcool. Les adolescents et les jeunes adultes sont plus susceptibles de commencer à consommer des drogues que les adultes plus âgés. Ils sont également plus susceptibles de passer de l'expérimentation des drogues au développement de troubles liés à la consommation de substances [7].

## **II.3 CONSOMMATION DES DROGUES**

### **II.3.1 Définition**

La consommation de drogues se définit comme l'utilisation continue de substances, de drogues illégales ou l'utilisation abusive de médicaments sur ordonnance ou en vente libre, avec

des conséquences négatives. Le terme d'addiction quant à lui peut être défini comme « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter un malaise interne » et « la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » [11].

### II.3.2 Classification des drogues

Plusieurs critères permettent de classer les différentes drogues qui existent :

➤ **Selon le statut légal :**

**Drogues illicites :** encore appelées « stupéfiants » : ce sont les substances psychoactives dont la consommation et la manipulation sont interdites. La détention, la production, la consommation, la vente sont interdits par la loi généralement à cause de leurs effets nocifs potentiels à la fois sur la santé physique et mentale de ses consommateurs [12]. Comme exemples de drogues illicites, nous pouvons citer : le cannabis, les opiacés, les hallucinogènes.

**Drogues légales :** Ce sont des drogues dont l'utilisation est permise par le gouvernement. La consommation et la vente sont autorisées par la loi mais réglementées [11]. Il s'agit essentiellement de l'alcool, le tabac, des médicaments tels que les antidouleurs, les somnifères, les remèdes contre le rhume, les colles, les aérosols, les gaz et les solvants. La légalité n'est pas toujours directement liée à la toxicité, ainsi par exemple l'alcool et le tabac peuvent être très toxiques, et très addictogènes mais font partie de cette catégorie.

➤ **Selon le degré de dépendance**

**Drogues douces :** Ce sont celles qui selon la croyance populaire ne créeraient qu'une addiction minime. Principalement, il s'agit du cannabis et des produits qui en sont dérivés, tels que le haschich : résine et sommités fleuries, le kif (résine, feuilles et fleurs), la marijuana (feuilles et sommités fleuries) et le Bhang (feuilles mûres séchées). Les appellations et habitudes variant selon les pays, ainsi que les concentrations en substance psychoactive (D-9-THC), les feuilles en contenant de 2 à 8%, la résine de 6 à 40% et l'huile plus de 60% [13].

**Drogues dures :** Il s'agit des drogues considérées comme plus addictives et toxiques que leurs homologues douces. Les plus médiatisées sont l'héroïne et la cocaïne, toutes deux considérées comme très dangereuses. Les opiacés, comme la morphine et l'héroïne, sont considérées comme des drogues dures [14].



➤ **Selon l'effet sur les systèmes nerveux centraux**

*Tableau 1: classification des drogues selon leur effet [13]*

	Perturbateurs	Stimulants	Dépresseurs
	Agissent sur les perceptions et les émotions	Facilitent la dépense d'énergie, stimulent l'appétit	Diminuent l'activité du cerveau, sédation, relaxation
Substance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cannabis</li> <li>• Solvants</li> <li>• Hallucinogènes</li> <li>• Champignons magiques</li> <li>• LSD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amphétamines</li> <li>• Cocaïne</li> <li>• Ecstasy</li> <li>• Tabac</li> <li>• café, thé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcool</li> <li>• Barbituriques</li> <li>• Benzodiazépine</li> <li>• Opium :Héroïne, morphine, codéine, méthadone</li> </ul>
Mode d'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accélérer et/ou ralentir les processus normaux de l'organisme (effets stimulants ou dépressifs).</li> <li>• Modifient la perception et les émotions</li> <li>• A long terme, ils modifient durablement la personnalité du consommateur qui ne peut plus faire face aux éléments de la réalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accélérer les processus corporels normaux</li> <li>• Augmente la vigilance ou l'humeur</li> <li>• À fortes doses, ils ont des conséquences graves : paranoïa, dépression, fatigue, accidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentit le corps physiquement, en particulier les réflexes</li> <li>• Crée un sentiment de bien-être</li> <li>• A un impact sur le sommeil</li> <li>• Dépendance physique. A forte dose, ils induisent des conséquences graves : arrêt cardiaque ou respiratoire, accidents par perte de vigilance et contrôle de soi</li> </ul>



### **II.3.3 Niveaux de dépendance de drogues**

Tous les usagers d'une substance donnée n'en deviennent pas dépendants et il existe plusieurs façons de classer les types d'usages de substances. Bien que la consommation de drogues puisse mener à l'addiction ou dépendance, celle-ci n'est en réalité que la dernière étape et n'est pas toujours présente. Elle est précédée par plusieurs étapes qu'il est primordial de connaître.

#### **II.3.3.1 Usage simple/Expérimentation**

La notion d'usage au cours de la vie (ou expérimentation) englobe tous les types de consommateurs, dont ceux qui ont essayé une seule fois. Elle constitue donc une mesure de stock et décrit davantage la diffusion du produit dans la population que son usage. Une fois expérimentatrice, une personne le demeure toute sa vie [11]. C'est une consommation ponctuelle ou régulière qui n'induit pas de dommages aux niveaux somatique, psycho affectif et/ou social. L'utilisateur n'est pas dépendant, il module sa consommation en fonction du contexte dans lequel il se trouve et surtout il peut arrêter de consommer s'il le désire. L'expérimentation ne protège cependant pas des risques situationnels et des conséquences judiciaires : accidents de la route, du travail, contrôles routiers, impact des consommations durant la grossesse...

#### **II.3.3.2 Usage à risque**

Il s'agit d'usages pouvant potentiellement provoquer des complications aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social, sans que celles-ci soient encore apparues comme dans le cas de l'usage nocif. Même si celle-ci est apparemment socialement réglée, elle est susceptible d'entraîner des dommages [15].

C'est la consommation dans certaines situations : le risque situationnel (grossesse, âge début, conduite auto) et la consommation selon certaines modalités : le risque quantitatif (ivresses, polytoxicomanies) [14].

#### **II.3.3.3 Usage nocif**

C'est un mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable à la santé : complications physiques ou psychiques. Il est caractérisé par une consommation induisant des dommages repérables aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social. Le diagnostic repose sur

des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives [14]. L'utilisateur peut moduler sa consommation en fonction du contexte et arrêter de consommer s'il le désire, mais il peut aussi être en difficulté pour arrêter plusieurs jours de suite. Dans ce type d'usage, des problèmes ou des conséquences négatives s'expriment, comme par exemple :

- La survenue ou l'aggravation de problèmes personnels, psychologiques, somatiques ou sociaux, liés à l'effet des produits ou à la répétition de leur prise ;
- Des difficultés, voire l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, pendant les études, dans la famille (absence, exclusions, difficultés relationnelles etc.)
- La répétition de l'utilisation d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (travail, conduite...)
- Des problèmes judiciaires répétés liés à la consommation de substance
- L'utilisation de la substance malgré la prise de conscience des problèmes en lien avec la consommation

#### **II.3.3.4 Abus**

Il s'agit d'un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple., absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres) [14].

### **II.3.3.5 La dépendance**

C'est un schéma inadapté de consommation de substances d'euphorie, conduisant à une déficience ou une détresse cliniquement significative ou une détresse cliniquement significative, se manifestant par 3 ou plus de 7 critères survenant sur une période de 12 mois [16]. Elle s'installe plus ou moins progressivement et le consommateur ne se rend pas forcément compte, dans les premiers temps, de la perte de contrôle de ses consommations. Le terme "addiction" est utilisé pour désigner la dépendance psychologique avec ou sans dépendance physique. Le sentiment de perte de contrôle de soi et de tension interne s'accroît.

Elle peut être de deux types :

- La dépendance psychique ou "craving" : Elle est caractérisée par un besoin irrépressible de consommer, le « craving » et entraîne un dysfonctionnement durable des systèmes dopaminergiques, méso limbiques et opioïdes[17].
- La dépendance physique ou syndrome de sevrage : lié au dysfonctionnement d'autres systèmes neurobiologiques [14]. Elle est indiquée par la tolérance et le sevrage, les deux premiers critères, n'est pas toujours présente.

Le diagnostic de dépendance se base sur 6 critères selon le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Pour faire ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :

1. Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;

6. Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives [18].

Les personnes ne sont pas égales devant le risque de dépendance tant au plan biologique que psychologique. Arrêter la consommation de produits ou la réduire s'avère plus ou moins complexe suivant le stade où en est la personne dans son usage.

## **II.4 CAUSES DE LA CONSOMMATION DES DROGUES**

### **II.4.1 Facteurs Sociaux**

#### ***II.4.1.1 Influence des pairs***

Durant la période de transition qui est l'adolescence, les relations aux pairs, qu'elles soient étroites ou plus groupales, contribuent positivement ou négativement au développement psychosocial de l'adolescent et jouent indubitablement un rôle crucial dans le développement de l'identité. L'adolescent cherche une identité dans et par le groupe, que l'on nomme « l'identité sociale ». A cette période, « se fondre dans l'anonymat semble moins dangereux que s'affirmer, se mettre en avant » (Edmond, 2005, 92). L'adolescent a besoin de l'avis, du regard de l'autre, qu'il considère comme un modèle. Le groupe de pairs devient alors le groupe le plus influent pour les jeunes, car ceux-ci vont s'affirmer par les interactions vécues entre eux, même si la famille et l'éducation reçue ont aussi un impact sur la construction identitaire. Pour certains, l'identité personnelle et la découverte de soi ne vont prendre sens qu'en fonction d'influences et de contraintes groupales souvent très exigeantes. Ces dernières s'exercent sur l'adolescent à propos de l'apparence générale mais également concernant le registre des valeurs, des comportements, de choix moraux ou idéologiques. La conformité se définit alors comme la capacité du jeune à « porter un jugement sur les autres et d'adapter son propre comportement à ce qu'il pense que les autres jugent souhaitable ». Habituellement, cette recherche de conformité passe par des conduites telles que le renforcement ou l'imitation et concerne davantage les comportements antisociaux parmi lesquelles la consommation des drogues. Si tout le monde en consomme il n'y a pour eux plus de

raison de s'en faire. Gagnon et Al [19] rapportent même que dans 10,8% des cas, le motif de la consommation des drogues serait l'influence des amis.

Les facteurs qui contribuent à cet effet sont les suivants :

- La peur de l'isolement
- L'inadéquation
- La honte et le ridicule
- Le besoin instinctif de créer des liens

#### ***II.4.1.2 Influence parentale et familiale***

Divers facteurs relatifs à la famille peuvent intervenir dans la consommation des jeunes. Les attitudes et comportements des parents par rapport à l'usage de drogues, les pratiques d'éducation inconsistantes des parents, les conflits familiaux et le peu d'attachement parental sont les principaux [18]. Les enfants dont les parents ou les personnes qui s'occupent d'eux consomment de l'alcool ou d'autres drogues courent un risque accru de subir des conséquences négatives à court et à long terme, allant de problèmes médicaux à des difficultés sociales, psychologiques et comportementales.

Des auteurs ont récemment étudié l'influence des parents sur l'intention des jeunes de consommer de l'alcool. Ils ont ainsi identifié que l'usage d'alcool chez les parents réduit le contrôle parental et augmente l'inconsistance disciplinaire, laquelle est liée à l'augmentation de l'intention des enfants d'en consommer. Aussi, dans la plus récente enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, la proportion d'étudiants qui ont consommé de la drogue au cours d'une période de douze mois est plus élevée parmi ceux qui vivent dans une structure familiale monoparentale que parmi ceux vivant dans une structure familiale biparentale[18].

#### ***II.4.1.3 Influence des médias***

Les réseaux sociaux sont aujourd'hui indispensables à chacun d'entre nous, leur place dans la société est prépondérante. Ils ont cette capacité de fédérer, réunir et de créer une conversation sur le monde qui nous entoure mais ils peuvent également tomber dans les mains des personnes les plus vulnérables, en l'occurrence les jeunes. Les discours véhiculés par ces derniers participent à façonner les représentations sociales, les représentations spatiales et les imaginaires

géographiques. A travers leur contenu de plus en plus porté sur les drogues et autres substances, ils ont un impact sur l'image que s'en fait la population. Elles sont présentées de façon attrayante avec un certain interdit qui ne fait que décupler chez certains le désir de se les procurer.

Il a d'ailleurs été proposé que l'augmentation du temps d'écran contribue à l'augmentation des taux d'adolescents s'abstenant de consommer de l'alcool dépendamment de la mesure dans laquelle un type de temps d'écran promeut les normes sociales [20].

## **II.4.2 Facteurs psychologiques**

### ***II.4.2.1 Curiosité***

La curiosité est elle-même « une force primaire qui relie l'enfant en évolution à son environnement et qui joue un rôle central en approfondissant et en enrichissant cette relation ». Elle est le propre même de l'enfance et de l'adolescence où l'on est porté à découvrir le monde qui nous entoure. Cependant, lorsqu'elle est mal orientée, elle devient source d'angoisse dans la mesure où elle nous emmène du connu vers l'inconnu, de la sécurité vers l'insécurité, du prévisible vers l'imprévisible. C'est ce qui pousse le plus souvent les adolescents à expérimenter des drogues à cette étape de la vie, simplement en quête de plaisirs nouveaux [19].

### ***II.4.2.2 Recherche de sensations***

Face aux problèmes nouveaux, liés à la découverte de leur monde et d'eux-mêmes, les adolescents ne savent parfois pas comment réagir. Pour échapper à une réalité ou une situation difficile pour certains, « la drogue représenterait un moyen d'échapper à une amère réalité ». On connaît l'association entre l'abus des drogues et la désintégration sociale, la pauvreté, l'absence de foyer, le chômage. Pour faire face à une situation difficile, la prise de substance semble être en leurs propres termes, « la seule solution pour gérer mes émotions, mes souffrances, mes problèmes avec les autres et surtout ce que j'ai vécu dans le passé et les malaises » [21]. Elle constitue en réalité une échappatoire facile et il est très tentant de renouveler l'expérience.

### ***II.4.2.3 Détresse psychologique***

La relation entre usage de drogues et détresse psychologique, voire dépression est encore très débattue. D'une part cette dernière est considérée comme une cause de l'abus de substances et d'autre part elle pourrait en être une conséquence [18]. Il est difficile de déterminer à partir de quand un usage de produits psychoactifs devient pathologique, la même remarque vaut pour la

dépressivité. Les psychiatres soulignent que l'adolescence constitue une épreuve psychique faite de doutes, d'interrogations sur soi, marquée par un besoin d'autonomie et une remise en cause des figures parentales : ce travail suscite normalement des affects anxieux et expose l'adolescent à une menace dépressive [22].

#### ***II.4.2.4 Autres***

Rébellion sociale (désobéissance), faible estime de soi, mauvaise gestion du stress, perte ou traumatisme dans l'enfance, pour soulager la fatigue ou l'ennui, pour échapper à la réalité.

## **II.5 CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION DES DROGUES**

### **II.5.1 Au plan de la santé**

#### ***II.5.1.1 Santé mentale***

Les problèmes de santé mentale tels que la dépression, les retards de développement, l'apathie, le retrait et d'autres dysfonctionnements psychosociaux sont fréquemment liés à l'abus de substances chez les adolescents. Les jeunes qui consomment des substances sont plus exposés que les autres aux problèmes de santé mentale, de santé mentale, y compris la dépression, les problèmes de comportement, les troubles de la personnalité, les tentatives de suicide et le suicide. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les étudiants des collèges. Il a été démontré que l'usage de la marijuana, qui est prévalent chez les jeunes, interfère avec la mémoire à court terme, les troubles de la personnalité et les tentatives de suicide. Il a été démontré que la consommation de marijuana, très répandue chez les adolescents, interfère avec la mémoire à court terme, l'apprentissage et les aptitudes psychomotrices. La motivation et le développement psychosexuel/émotionnel peuvent également être influencés [21].

#### ***II.5.1.2 Santé physique***

Les drogues psychoactives affectent le système nerveux central et agissent en modifiant les sentiments d'une personne, ses pensées et son comportement. Elles agissent en affectant directement le cerveau ou le système nerveux central (SNC) ce qui entraîne diverses complications et des problèmes de santé et de comportement [23]. Un des phénomènes liés à la toxicomanie est la criminalité ; les blessures dues aux accidents (comme les accidents de voiture), les handicaps physiques et les maladies, ainsi que les effets d'éventuelles surdoses sont parmi les conséquences sur la santé de l'abus de substances chez les jeunes. Un nombre disproportionné de jeunes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues sont confrontés à un risque accru de décès par suicide, homicide. Les traumatismes, la violence, les lésions des systèmes des organes, divers cancers, des pratiques sexuelles à risque, des décès prématurés et un mauvais état nutritionnel des familles dont le père boit beaucoup sont associés à l'abus de substances.

De nombreux jeunes toxicomanes adoptent des comportements qui les exposent au risque de de contracter le VIH/sida ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. Cela peut inclure la consommation effective de substances psychoactives (en particulier celles qui sont injectées) ou d'un comportement résultant d'une d'un manque de jugement et de contrôle des impulsions alors qu'ils subissent les effets de substances sur l'humeur. Outre la détresse personnelle et familiale, les coûts de santé supplémentaires et la perte de productivité future constituent un fardeau pour la communauté.

### **II.5.2 Au plan académique**

La baisse des notes, l'absentéisme à l'école/au collège et à d'autres activités, et le risque accru d'abandon de l'école/du collège sont des problèmes associés à l'abus de substances chez les adolescents. Un faible niveau d'engagement envers l'éducation et des taux d'absentéisme plus élevés semblent être liés à la consommation de substances chez les jeunes. Les problèmes cognitifs et comportementaux des jeunes consommateurs d'alcool et de drogues peuvent nuire à leurs résultats scolaires et constituer des obstacles à l'apprentissage pour leurs camarades de classe.

La consommation de cannabis en début d'adolescence est un facteur de risque du décrochage scolaire. L'usage régulier et prolongé de cannabis est associé à l'échec et l'abandon des études [7]. La consommation de cannabis interfère avec les capacités d'apprentissage et la réussite scolaire, et les difficultés à l'école sont à leur tour un facteur de risque du décrochage et de l'usage de cannabis. Il a aussi été mis en corrélation l'échec scolaire et la fréquence d'usage de cannabis à l'adolescence et chez les jeunes adultes.



### **II.5.3 Au plan de la sécurité**

La délinquance et l'usage de drogue sont deux phénomènes étroitement liés et la nature de cette relation peut s'avérer très complexe. De façon générale, il est reconnu que la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues est nettement plus élevée dans la population judiciarisée que dans la population générale et que les contrevenants qui font usage de drogues illicites commettent plus de crimes que les non consommateurs. L'usage de drogues peut augmenter les probabilités qu'une personne s'engage dans une carrière délinquante persistante et grave et de façon générale, une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues se traduit fréquemment par une augmentation de la criminalité.

Des auteurs proposent différents modèles explicatifs de la nature des relations drogues-délinquance [24]. Ainsi, le modèle psychopharmacologique soutient que les effets de certaines drogues ont le potentiel d'induire différentes formes d'agression. Dans ce contexte, la personne consommerait pour se donner le courage de commettre un crime. Le modèle économico-compulsif explique que la consommation de drogue incite à la criminalité particulièrement lorsqu'il y a dépendance envers un produit illicite coûteux. Dans ces cas, les crimes deviennent un moyen pour subvenir au besoin d'argent lié à cette dépendance. Le modèle causal inversé explique plutôt que c'est l'implication dans un style de vie criminel qui incite à la consommation.

### **II.5.4 Au plan économique et social**

En plus des difficultés personnelles, l'abus d'alcool et d'autres drogues par les jeunes peut entraîner des crises familiales et mettre en péril de nombreux aspects de la vie familiale, entraînant parfois un dysfonctionnement de la famille. Les frères et sœurs et les parents sont profondément affectés par les jeunes qui consomment de l'alcool et des drogues.

L'abus de substances peut épuiser les ressources financières et émotionnelles d'une famille. De nombreuses familles ayant un toxicomane ont également des difficultés à gérer les activités quotidiennes du ménage, étant donné que les ressources disponibles sont limitées et étaient consacrées à l'alcool et aux drogues plutôt qu'aux besoins de base. Par conséquent, Cela entraîne une perturbation de l'état émotionnel et psychologique des membres de la famille, ce qui affecte à son tour leur niveau de bonheur et leur état psychologique. Les coûts sociaux et économiques liés à l'abus de substances chez les jeunes sont élevés. Ils résultent des pertes financières et de la détresse des victimes de crimes liés à l'alcool et à la drogue, de l'augmentation de la charge de travail des adolescents et des jeunes adultes qui ne sont pas en mesure de subvenir à leurs besoins, et de la demande accrue de services médicaux et de traitement pour ces jeunes [21].

### **II.5.5 Sur les pairs**

Les jeunes toxicomanes sont souvent exclus de leurs pairs et stigmatisés par ces derniers[25]. Les adolescents qui consomment de l'alcool et d'autres drogues se désengagent aussi souvent des activités scolaires et communautaires, privant ainsi leurs pairs et leurs communautés des contributions positives qu'ils auraient pu apporter autrement.

## **II.6 REVUE DES PUBLICATIONS**

Plusieurs travaux ont été menés dans le monde pour déterminer la prévalence et les facteurs de risques de la consommation de diverses drogues.

### **➤ Dans le monde**

#### **• Aux USA**

En 2020, Trucco et al ont réalisé à l'université de Floride, une revue portant sur l'examen des facteurs psychosociaux liés à la consommation de substances chez les adolescents. L'accent y est mis sur la consommation d'alcool, de cigarettes et de marijuana. Ils retrouvent que les pairs et les parents ont tendance à avoir l'effet le plus fort sur le comportement de consommation de substances chez les adolescents. Les influences peuvent être à la fois directes, telles que les offres et la disponibilité pour utiliser des substances, ainsi que des influences indirectes, telles que la perception de l'approbation de l'utilisation de substances. Les écoles et les quartiers contribuent également au comportement des adolescents en matière de consommation de substances, mais cet effet est souvent moins direct [26].

#### **• En Hawaï**

Wils et al en 2015 de l'université ont recherché les facteurs de risque de l'utilisation exclusive de la cigarette électronique et de la double utilisation de la cigarette électronique et du tabagisme chez les adolescents de 05 lycées dont 3 publics et 2 privés. L'échantillon était composé à 53 % de femmes et l'âge moyen était de 14,6 ans (écart-type = 0,7). En ce qui concerne la race et l'origine ethnique, 21 % des participants étaient d'origine asiatique (chinoise, japonaise ou coréenne), 17 % de race blanche, 32 % de nationalité philippine, 20 % d'origine hawaïenne ou d'autres îles du Pacifique (samoans ou tongans) et 10 % d'autres origines ethniques (principalement afro-américaines ou hispaniques). En ce qui concerne la structure familiale, 16 % des participants vivaient avec un seul parent, 13 % étaient dans une famille reconstituée, 60 % étaient avec 2 parents biologiques et 11 % étaient dans une famille élargie. Sur une échelle de 6 points, la moyenne du niveau d'éducation du père était de 4,1 ans (écart-type = 1,2) et celle de la mère de

4,3 ans (écart-type = 1,1), ce qui représente en moyenne une année d'études au-delà du secondaire. Les données de prévalence ont montré que 29 % de l'échantillon avait déjà utilisé des e-cigarettes, 18 % l'ayant fait au cours du dernier mois. La prévalence de la consommation était de 15 % pour les cigarettes, de 47 % pour l'alcool et de 18 % pour la marijuana. Les participants issus de familles monoparentales ou recomposées étaient surreprésentés dans les groupes "cigarettes seulement" et "double usage" [27]

A l'école de médecine de Wake Forest aux USA, Suerken et al en 2014 ont retrouvé que la marijuana était la drogue la plus consommée sur les campus universitaires. Près de 30 % des étudiants ont déclaré avoir déjà consommé de la marijuana à leur entrée à l'université. Dans les modèles de régression logistique multivariable, avoir au moins 100 \$ par mois en argent de poche; aller rarement ou jamais à l'église ; consommation actuelle de cigarettes, d'alcool et de narguilé ; usage à vie d'autres drogues illicites ; et une propension plus élevée à rechercher des sensations était associée à une probabilité plus élevée d'avoir consommé de la marijuana au moins une fois à l'entrée à l'université. L'origine ethnique hispanique, la vie sur le campus et la consommation actuelle de cigarettes et d'alcool étaient associées à une probabilité plus élevée de commencer à consommer de la marijuana au cours de la première année [28].

- **En Iran**

Kabir et al en 2018 ont effectué une étude transversale dans les grandes villes du pays visant à identifier les comportements liés à la toxicomanie chez les étudiants de première année en Iran. Les données de l'étude ont été collectées de manière transversale en décembre 2013 et janvier 2014 dans les villes suivantes : Tabriz, Qazvin, Karaj et Khoramabad.

Un total de 5 252 étudiants de première année ont été sélectionnés au hasard en utilisant une méthodologie d'échantillonnage en grappe proportionnelle. L'âge des participants allait de 17,0 à 34,0 ans (moyenne,  $20,6 \pm 2,4$  ans). La procédure a permis d'identifier trois classes latentes : le groupe sain, le groupe des expérimentateurs et le groupe malsain. Environ 82,8, 16,1 et 2,1 % des élèves ont été classés dans les groupes sain, expérimentateur et malsain, respectivement. La majorité des étudiants de l'échantillon étaient des femmes (62,9 %) et 6,2 % étaient mariés. Seuls 24,8 % des étudiants avaient un ou des amis proches qui fumaient, et 25,5 % avaient un membre de leur famille qui fumait. De plus, l'âge avancé, le fait d'être un homme et le fait d'avoir un ami

proche ou un membre de la famille qui fume peuvent constituer des facteurs de risque pour les comportements de toxicomanie [29].

➤ **En Afrique**

➤ **En Afrique du Sud**

Ramsoomar et Morojele ont mené une étude sur les tendances de la prévalence de l'alcool, de l'âge d'initiation et de l'association avec les méfaits de l'alcool chez les jeunes sud-africains. Une analyse a été menée sur 4 études nationales de prévalence et 2 études de surveillance sentinelle. La consommation d'alcool au cours de la vie est restée stable mais élevée, à 20-25% et 49,1-49,6%, selon les données de l'enquête démographique et sanitaire sud-africaine (SADHS) et de l'enquête sur les comportements à risque des jeunes (YRBS), respectivement. L'âge de l'initiation est resté stable ; 12 % des adolescents ont commencé à consommer de l'alcool avant l'âge de 13 ans. Ils ont également noté que 12 % des adolescents ont commencé à consommer de l'alcool avant l'âge de 13 ans, et que des différences significatives entre les sexes existaient. Plus d'hommes ayant déjà consommé de l'alcool se sont livrés à des beuveries et ont conduit ou marché sous l'influence de l'alcool. Les homicides/violences, les suicides et les décès non intentionnels étaient significativement associés à la concentration d'alcool dans le sang [30].

➤ **Au Nigéria**

En 2013 Abdu-Raheem et al recherchaient les facteurs sociologiques de l'abus de drogues et effets sur les résultats scolaires des élèves du secondaire dans 2 Etats du pays à travers une étude descriptive. L'échantillon était composé de 460 élèves dont il avait été constaté qu'ils consommaient des drogues dans les États d'Ekiti et d'Ondo. Elle a permis de conclure que le contexte familial, la cohésion familiale et l'influence du groupe de pairs sont des facteurs importants qui conduisent à l'abus de drogues. Il a également été découvert que la toxicomanie entraîne de mauvais résultats scolaires dans les écoles secondaires des États d'Ekiti et d'Ondo [31].

➤ **Au Sénégal**

En 2019, une étude a été réalisée par l'UNODC dont l'objectif principal était de fournir une estimation de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives parmi les jeunes Sénégalais en milieu scolaire. L'usage au cours de la vie de cigarettes chez les jeunes

enquêtés de 15 et 16 ans s'élève à 9 % de l'ensemble des élèves ; moins de 5 % des jeunes sénégalais scolarisés déclarent avoir fumé une cigarette durant l'année (3,7 %) et aux environs de 2 % (2,4 %) au cours des 30 derniers jours. Par rapport à l'usage de boissons alcoolisées, 10,4 % des jeunes enquêtés ont déclaré avoir consommé au cours de leur vie soit de la bière, du vin ou un alcool fort ; la prévalence de la consommation d'alcool apparaît moins répandue chez les adolescents musulmans que chez leurs homologues chrétiens. Enfin, l'usage au cours de la vie de tranquillisants ou calmants parmi les jeunes interrogés, concerne 4,6 % alors que la consommation actuelle est de 3 % et la consommation récente de 2,1 % [32].

### ➤ **Au Cameroun**

Enoka et al ont mené en janvier 2022 une recherche qualitative par entrevues semi-structurées portant sur les causes, les conséquences et les moyens de lutte contre la consommation des psychotropes en milieu scolaire. Ils ont travaillé avec douze [8] élèves des Lycées Classique et Moderne de Bafia ayant déjà été traduits au conseil de discipline pour délit en rapport avec la consommation des stupéfiants, sujets clés de leur recherche. Les résultats montrent que, la recherche des effets pour faire face à une situation difficile, vivre une expérience différente et appartenir à un groupe sont les principales causes de la consommation des psychotropes. Relativement, la violence en tant que victime ou auteur, les rapports sexuels non voulus et non protégés, l'exclusion et la déperdition scolaire sont des conséquences à court terme tandis que sur le long terme, ce sont des dommages irréversibles sur le développement du cerveau et la survenue des pathologies comme la schizophrénie, la dépression, l'hypertension artérielle et des accidents cardiovasculaires [31].

En 2014, Pefura et al ont réalisé une étude transversale afin d'évaluer la prévalence et les facteurs associés au tabagisme à Yaoundé. 57,4% sujets étaient de sexe féminin et la médiane d'âge (intervalle interquartile) était de 30 ans (24-42ans). La prévalence du tabagisme actif était de 8,4% et la proportion des exfumeurs était de 5,6%. Les facteurs indépendants associés au tabagisme actif étaient : l'âge  $\geq 30$  ans le sexe masculin [10,44(6,75-16,14)], les personnes vivant avec un fumeur et les travailleurs du secteur informel [33]

Ntone et al se sont quant à eux intéressés aux facteurs favorisant la consommation des boissons alcoolisées à travers une étude transversale et analytique menée chez les étudiants des Campus Universitaires au Cameroun. Ils ont retrouvé une prévalence de consommation d'alcool de 87,93% d'une moyenne d'âge de  $22 \pm 3$  ans. La personnalité la plus rencontrée parmi les étudiants consommateurs d'alcool dans l'échantillon de notre étude était la personnalité

obsessionnelle (29,43%). Les autres facteurs contribuant le plus à la consommation d'alcool étaient l'âge des étudiants pour ce qui concerne l'Université de Bangangté, leur personnalité et leur religion concernant l'Université de Bandjoun et la religion des étudiants à l'Université de Dschang [20].

## **CHAPITRE III : METHODOLOGIE**

### **III.1. TYPE D'ÉTUDE**

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte de données rétrospective et prospective.

### **III.2. LIEU D'ÉTUDE**

Notre étude a eu pour cadre l'Hôpital Jamot de Yaoundé, dans le service de psychiatrie.

### **III.3. DESCRIPTION GÉNÉRALE**

#### **3.2.2.1. Historique**

Cet hôpital doit son nom au Docteur Eugène Jamot, médecin militaire français, qui a porté le projet de création de cet hôpital. Il voit donc le jour un 16 janvier 1989, sous le nom de dispensaire Jamot. Il s'agit d'un hôpital de 2ème catégorie, spécialisé dans la prise en charge des maladies respiratoires et de la santé mentale.

#### **3.2.2.2. Situation géographique**

L'hôpital Jamot est situé dans la région du Centre, au quartier Mballa 2 à Yaoundé, près de la CRTV. Il fait partie du District de Santé de Dioungole qui dessert 575 410 habitants.

#### **3.2.2.3. Organisation du service de santé mentale :**

Le service de psychiatrie qui est le cadre principal dans lequel s'est déroulé notre étude est situé à environs 1km de marche de l'entrée principale, il est constitué de deux blocs architecturaux pour trois sous unités. Le premier bloc est constitué de sept bâtiments abritant deux salles de sécurités, une cuisine non opérationnelle et est subdivisé en psychiatrie A et B.

**Le service de psychiatrie A :** dispose d'un bureau du chef de service de psychiatrie, un bureau du major, une salle des archives, sept salles d'hospitalisation, une toilette externe, trois bureaux de consultations pour les résidents en psychiatrie.

**Le service de psychiatrie B :** dispose de deux bureaux pour deux psychiatres, un bureau pour un médecin généraliste, un bureau du major, une salle du psychologue, neuf salles d'hospitalisation, une toilette externe.

Les deux services possèdent une capacité de 83 lits, environs 35 lits par service. Le deuxième bloc à l'opposé du premier est constitué de sept bâtiments qui abritent trois villas pour chaque



psychiatrie service.

Le troisième bloc est constitué des bureaux des médecins, du major externe, de la surveillante générale adjoint, du maintenancier des archives de psychiatrie B et du bureau d'accueil et d'orientation, un bâtiment servant de cuisine, les toilettes externes, un bâtiment servant de salle de sécurité pour les malades agités en psychiatrie qui servent aussi de lieu d'hospitalisation.

- **Organisation des activités en psychiatrie :**

- Le service de psychiatrie externe qui s'occupe de l'accueil, enregistrement, trie et orientation des patients.
- Le fonctionnement horaire est programmé de la manière suivante :
- Le service de psychiatrie externe est régulier de Lundi à vendredi de 7h30 à 15h
- En psychiatrie A et B le système mis sur pied est un système roulement: deux permanences, deux gardes, et quatre jours de récupération dans les intervalles de 7h30 à 17h30 et 17h30 à 7h30
- Les rondes sont régulières et se font de lundi à vendredi dans les deux services
- Le service de santé mentale offre en plus des services des consultations externes, des hospitalisations, des psychoéducatons et diverses thérapies.

- **Ressources humaines disponibles :**

Le service de santé mentale dispose de trois médecins psychiatres, un médecin généraliste, des résidents en psychiatrie, douze infirmiers spécialisés en santé mentale, un psychologue, six vigiles, trois agents d'entretien.

Nous avons recruté dans le service de psychiatrie A

#### **III.4. DURÉE DE L'ÉTUDE**

L'étude durera 08 mois allant de novembre 2023 à juin 2024.

La collecte des données s'est faite sur une période de 10ans soit de janvier 2014 à mai 2024.

### III.5. POPULATION D'ÉTUDE

#### a. Population source

Elle englobe les adolescents et jeune adulte pris en charge à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

#### b. Population cible

Il s'agit des adolescents et jeune adulte pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'Hôpital Jamot de Yaoundé

#### Critères d'inclusion

- Avoir un âge compris entre 10 et 39 ans ;
- Avoir été pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'Hôpital Jamot de Yaoundé entre 2014 et 2024.

#### Critères de non-inclusion

- Les dossiers incomplets ou inexploitable.

- **Echantillonnage**

#### Type d'échantillonnage :

Nous avons recruté de façon consécutive et non exhaustive toutes les adolescents et jeunes adultes remplissant les critères d'inclusion pendant la période d'étude.

#### Taille :

Afin de s'assurer que la taille de notre échantillon soit requise pour les différentes analyses statistiques, le calcul de la taille minimale de l'échantillon c'est fait à partir de la formule de Lorentz ci-après :

$$N = \frac{t^2 \times p (1-p)}{m^2}$$

1. Soit :

n = Taille de l'échantillon

p = Prévalence attendue de toxicomanes. Nous nous sommes servis des résultats d'une revue systématique de toxicomanie mondial donc la prévalence est de (12.5%) ;

t = Niveau de confiance, 1.96

m = Marge d'erreur ce qui est accepté de chaque côté pour rendre le résultat. Le plus souvent

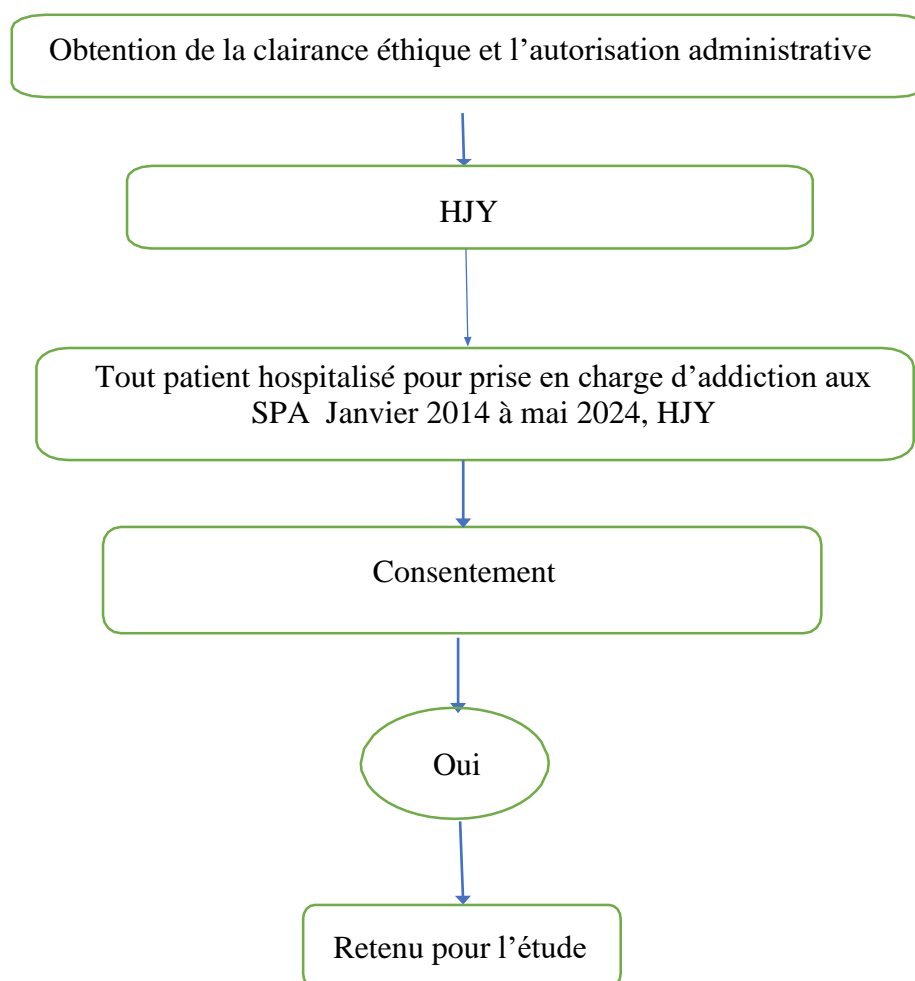
utilisé comme 0,05, soit 5%, ce qui implique l'intervalle de confiance à 95%

➤ Application numérique :

$$N = [3.8416 \times (1-0.125) \times 0.125] / 0,05 \times 0,05 = 168 \text{ patients.}$$

Pour ces valeurs, la taille minimale de l'échantillon était **N = 168 Patients.**

### Procédure d'échantillonnage



**Figure 5** : Procédure d'échantillonnage

### **III.8.2. Outils de collecte de données**

#### **➤ Matériels**

Pour la collecte des données nous avons utilisé :

- Une fiche technique ;
- Une rame de papier au format A4 ;
- Des stylos à bille et crayons ;
- Ordinateur portable ;
- Clé USB ;
- Modem internet.

Pour l'analyse des données

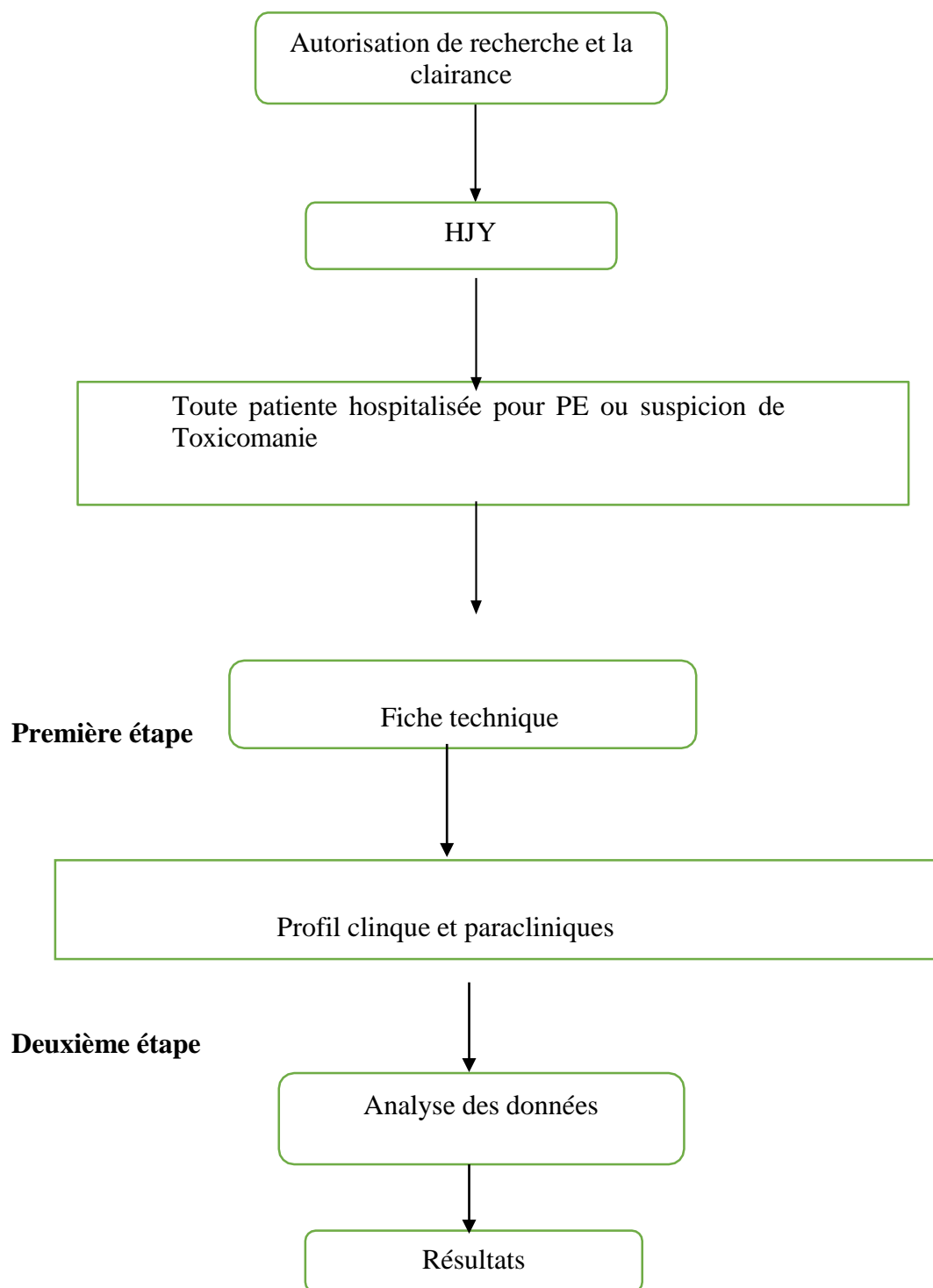
- Le matériel de bureau ;
- Le matériel informatique (Le logiciel SPSS 25.0 et le tableur Excel 2013 ont été utilisés pour l'analyse des données. Le logiciel Word 2013 a été utilisé pour la mise en forme du document.)

#### **➤ Humains**

- Un investigateur principal en ma personne ;
- Une équipe d'encadrants : mon directeur et mes codirecteurs ;
- Des médecins consultants spécialistes et résidents en psychiatrie en service à l'HJY ;
- Un analyste statisticien.

### **III.8.3. Procédures de collecte**

Après l'obtention des autorisations de recherche et la clairance éthique, nous avons expliqué notre étude aux différentes patientes. Leur consentement a été acquis par écrit. Nous nous sommes munis d'une fiche technique pour répertorier les variables nécessaires utile pour la réalisation de notre étude. La collecte des données a été faite conformément aux objectifs spécifiques. Après quoi l'analyse des données a été effectuée puis les résultats publiés.



**Figure 6** : Procédure de collecte des données

### **III.8.4. Analyse statistique des données**

#### **a. Programme utilisé**

Sous la supervision d'un statisticien, les données recueillies à travers la fiche technique ont été traitées et analysées à partir des logiciels SPSS version 23.0 et Epi info version 3.5.4. Les tableaux dressés grâce aux logiciels Microsoft Office Excel et Word 2013.

#### **b. Considérations éthiques et administratives**

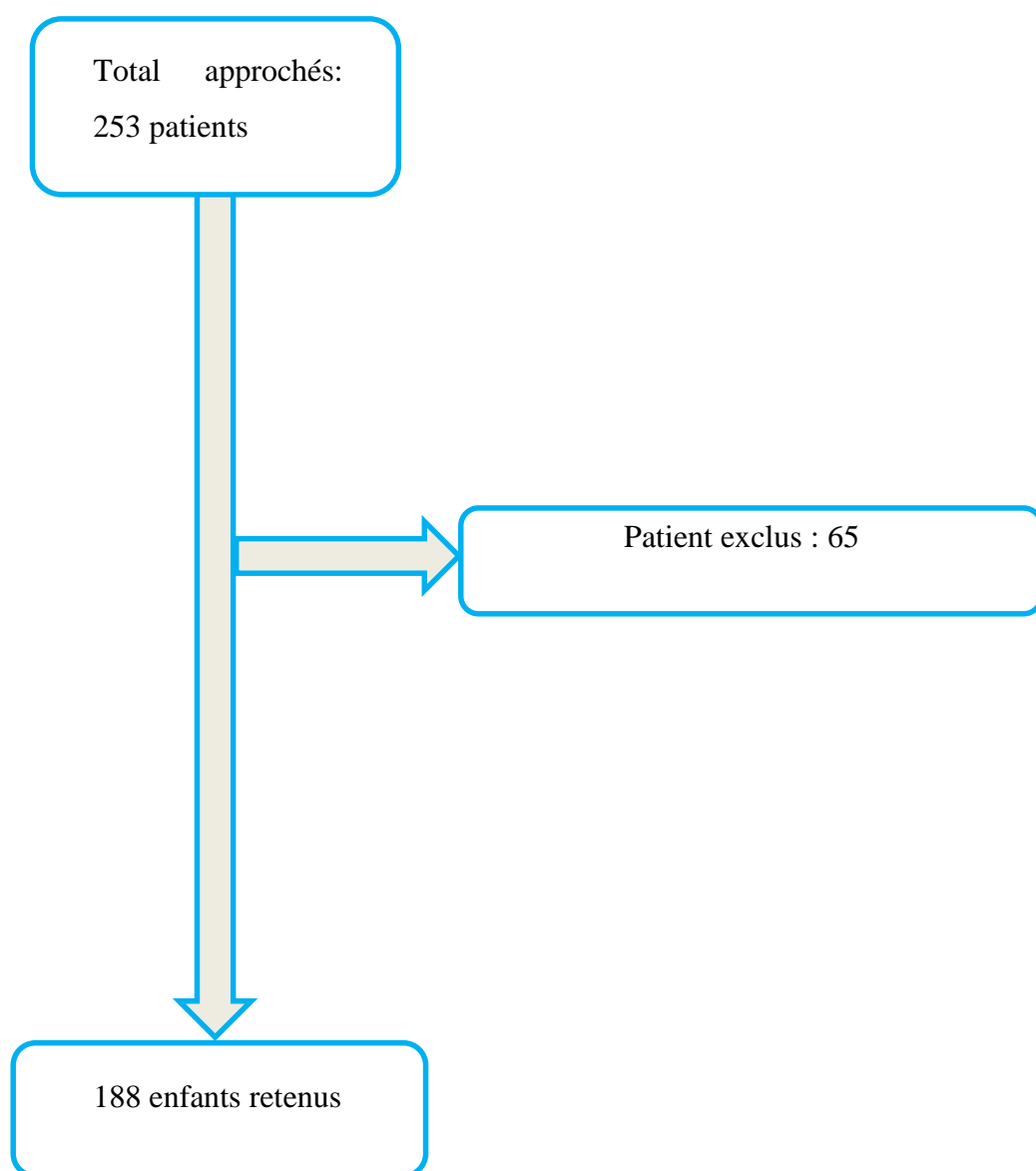
Afin de bien mener notre étude, les principes éthiques nécessaires à suivre étaient les suivants :

- L'intérêt et du bénéfice de la recherche ;
- L'innocuité de la recherche ;
- La confidentialité ;
- La justice c'est-à-dire, le sujet est libre de participer ou non à l'étude et ne saurait subir un quelconque préjudice en cas de refus.

Nous avons débuté notre étude par la rédaction et la présentation de notre protocole au directeur de thèse pour correction et validation. Par la suite, le protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé pour approbation et autorisation. Nous avons poursuivi par l'obtention de l'autorisation du directeur de l'hôpital dans lesquels nous avons effectué le recrutement des patientes ; soit l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

## **RESULTATS**

#### IV.1. Recrutement des participants



**Figure :** Diagramme de recrutement des participants



## IV.2. Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie de la population

Notre étude portait sur 188 patients. Nous décrirons dans ce chapitre les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les caractéristiques de la consommation de drogue.

### IV.2.1. Age, sexe et niveau d'éducation

La majorité des participants étaient inclûts dans l'intervalle d'âgés allant de [20-30[ans, soit 57,4% des cas. Nous avons retrouvé un âge moyen était de  $26,21 \pm 5,67$  ans, avec des extrêmes de 17 et 39 ans. Le sexe masculin était plus représenté (94,7%), pour un sex-ratio de 17,8. Le niveau d'éducation plus représenté était le niveau d'étude supérieur dans 53,2% des cas.

**Tableau II:** Répartition de la population selon de l'âge, du sexe et le niveau d'éducation.

Variables	Effectifs (N=188)	Fréquence (%)
<b>Age (en années)</b>		
[10-20[	28	14,9
[20-30[	108	57,4
[30--40[	52	27,6
<b>Sexe</b>		
Masculin	178	94,7
Féminin	10	5,3
<b>Niveau d'éducation</b>		
Aucun	7	3,7
Primaire	4	2,1
Secondaire	47	25
Supérieur	100	53,2
Formation professionnelle	30	16

### IV.2.2. Profession, région d'origine et religion.

La plupart des participants étaient des élèves / étudiants dans 46,3% des cas, avec prédominance des ressortissants de l'ouest (27,1) et du centre (24,5%). Concernant la religion, les chrétiens étaient les majoritaires avec 87,8% des cas.

**Tableau II** Répartition de la population selon la profession, la région d'origine et la religion

Variables	Effectifs (N=188)	Fréquence (%)
<b>Profession</b>		
Secteur formel	40	21,3
Secteur informel	7	3,7
Elèves /étudiant	87	46,3
Sans emploi	54	28,7
<b>Région d'origine</b>		
Extrême nord	9	4,8
Nord	13	6,9
Adamaoua	0	0
Centre	46	24,5
Littoral	16	8,5
Sud	21	11,2
Est	8	4,3
Ouest	51	27,1
Nord-ouest	21	11,2
Sud-ouest	3	1,6
<b>Religion</b>		
Christianisme	165	87,8
Islam	16	8,5
Athée	7	3,7

### IV.3 Caractéristiques de la consommation de drogue.

L'âge moyen a la primo consommation dans notre étude est de  $17,14 \pm 2,75$  ans, avec des extrêmes de 10 et 25 ans. La maison de l'ami (59%) était le lieu de consommation le plus fréquent au cours de la primo consommation et l'initiateur était qualifié d'ami du quartier dans 50% des cas.

**Tableau IV** Répartition de la population selon la primo consommation

Variables	Effectifs (N=188)	Fréquence (%)
<b>Age primo consommation</b>		
[10-15[	26	14
[15-20[	122	64,8
≥20	40	21,2
<b>Lieu primo consommation</b>		
Maison familiale	39	20,7
Milieu scolaire	38	20,3
Chez un ami	111	59
Milieu professionnel		
<b>Identité de l'initiateur</b>		
Camarade	75	39,9
Membre de la famille	36	19,1
Ami du quartier	94	50
Moi-même	10	5,3
Partenaire sexuel	14	7,4

Les fournisseurs habituels étaient l'ami du quartier (46,8%) et le dealer (46,3%) dans la plupart des cas. Le lieu de procuration de drogue le plus représenté était le quartier de résidence dans 94,7% des cas.

**Tableau V:** Répartition de la population selon les lieux et facteurs influençant la consommation

<b>Variables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Identité du fournisseur</b>	(N=188)	
Ami du quartier	88	46,8
Membre de la famille	21	11,2
Moi-même	50	26,6
Dealer	87	46,3
Partenaire sexuel	9	4,8
Ami de la famille	4	2,1
<b>Lieu de procuration</b>	(N=188)	
Enceinte de l'école	7	3,7
Chemin de l'école	10	5,3
Quartier	178	94,7
<b>Antécédent de consommation familiale</b>		
Oui	82	43,6
Non	103	54,8
<b>Identité de la paire familiale</b>		
Cousin	33	40,2
Frère/sœur	42	51,2
Oncle	7	8,6

L'antécédent de consommation familiale était présent dans 43,6% des cas et il s'agissait pour la plupart du frère/sœur (51,2%).

**Tableau VI:** Répartition de la population selon conditions favorisantes, motivations et pratiques associées à la consommation courante

Variables		Effectifs (N=188)	Fréquence (%)
<b>Conditions familiales favorisantes</b>			
Conflits parents/enfants		106	56,4
Conflits entre parents		20	10,6
Disputes/bagarres fraternelles		9	4,8
Situation financière précaire		3	1,6
<b>Motivation consommation</b>			
Curiosité		85	45,2
Recherche du plaisir		23	12,2
Détresse psychologique		68	36,2
Amélioration capacités physiques/psychologiques		12	6,4
<b>Pratiques associées</b>			
Comportements sexuels à risques		20	10,6
Délinquance		82	43,6
Démêler avec la justice		40	21,3

La principale condition favorisant la consommation de drogue était les conflits parents/enfants (56,4%). Concernant les motivations, les plus évoquées étaient respectivement la curiosité (45,2%) et la détresse psychologique (36,2%). La délinquance était la pratique associée la plus fréquente, soit 43,6% des cas.

#### IV.4. Caractéristiques familiales

Les parents des consommateurs étaient majoritairement divorcés, soit 58% des cas, la monogamie était présente dans 90,7% chez ceux qui étaient mariés. Le type de famille monoparentale était le plus représenté, soit 47,3% des cas. Concernant le profilé éducatif, il était majoritairement monoparental avec présence de la mère (88,3%).

**Tableau VII:** Répartition de la population selon le profil familial et éducatif du toxicomane

<b>Variables</b>	<b>Effectifs (N=188)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Situation parentale</b>	(N=188)	
Mariée	76	40,4
Concubinage	3	1,6
Divorcée	109	58
<b>Régime matrimonial</b>	(N=188)	
Monogamie	69	90,7
Polygamie	7	9,3
<b>Type de famille</b>	(N=188)	
Monoparentale	89	47,3
Biparentale	45	23,9
Reconstituée	33	17,6
Adoptive	21	11,2
<b>Education reçue</b>	(N=188)	
Présence du père	76	40,4
Présence de la mère	166	88,3
<b>Activité collective</b>	(N=188)	
Oui	65	34,6
Non	123	65,4
<b>Type d'activité</b>	(N=188)	
Sport	52	80
Tontine	4	6,1
Chorale	9	13,9

L'activité collective la plus pratiquée est le sport soit 80% des cas contre 6,1% que représentaient les tontines. L'âge médian des pères des consommateurs étaient de 68 ans [62 ; 75] et les mères avaient un âge médian de 55 ans [47 ; 58].

**Tableau VII:** Répartition de la population selon le niveau d'éducation et la profession des parents.

Variables	Effectifs (N=188)	Fréquence (%)
<b>Profession père</b>		
Secteur formel	55	29,2
Secteur informel	80	42,5
Sans emploi	53	28,2
<b>Niveau d'éducation du père</b>		
Aucun	4	2,1
Primaire	16	8,5
Secondaire	73	38,8
Supérieur	95	50,5
Formation professionnelle		
<b>Profession mère</b>		
Secteur formel	59	31,3
Secteur informel	107	56,9
Sans emploi	22	11,7
<b>Niveau d'éducation de la mère</b>		
Aucun	13	6,9
Primaire	26	13,8
Secondaire	63	33,5
Supérieur	73	38,8
Formation professionnelle	13	6,9

Les parents des consommateurs participants exerçaient pour la plupart dans le secteur informel dans les proportions respectives de 42,5% pour les pères et 56,9% pour les mères. Le niveau d'éducation chez les parents était majoritairement supérieur avec 50,5% chez les pères et 38,8 % chez les mères. Les caractéristiques cliniques ont été recherchées et décrites par la suite.

#### IV.5. Caractéristiques cliniques.

Le principal motif consultation était l'aide au sevrage, soit 90,9 % des cas. Les drogues les plus fréquemment consommées étaient le cannabis (84,6%) contre l'héroïne 1,6%. La principale voie de consommation était orale (95,8%). Le syndrome de dépendance (50%) était le profil clinique le plus représenter, le syndrome dépressif (35,1%) et le syndrome de sevrage (28,2%) était les plus retrouvés.

**Tableau IX:** Répartition de la population selon le profil clinique des consommateurs

Variables	Effectifs (N=188)	Fréquence (%)
<b>Motif de consultation</b>		
Agitation	14	7,5
Aide au sevrage	171	90,9
Hallucination visuelle	3	1,6
Hallucination auditive	3	1,6
Malaise	3	1,6
<b>Type de drogue</b>		
Tramadol	28	10,6
Solvants	4	2,1
Cannabis	159	84,6
Chicha	6	3,2
Cocaïne	70	37,2
Cigarette	90	45,9
Héroïne	3	1,6
Alcool	59	31,4
Benzodiazépine	10	5,3
<b>Voie de consommation</b>		
Inhalation	8	4,2
Orale	180	95,8
<b>Syndrome clinique</b>		



Syndrome dépressif	66	35,1
Syndrome anxiolytique	12	6,3
Syndrome de sevrage	53	28,2
Syndrome psychotique	23	12,2
3	5	2,6
Syndrome de dépendance	94	50
Syndrome maniaque	4	2,1
Ivresse alcoolique	7	3,7
<b>Pathologies psychiatrique induite par la consommation de drogue</b>		
Troubles psychotiques	16	41
Troubles schizophréniques	5	12,8
Trouble dépressif	20	51,2
Trouble anxiolytique	3	7,6
Psychose toxique	4	10,2
Syndrome maniaque	4	10,2
Ivresse alcoolique	7	17,9

Notre étude met en évidence que 59 (31,3%) des participants présentaient des pathologies psychiatriques liées à leur consommation de SPA dont les principales étaient : les troubles dépressifs (51,2%) et les troubles psychotiques (41%). L'hospitalisation a concerné 85,6 % des participants et la durée médiane en hospitalisation était de 30 jours [23-60].

**Tableau X:** Répartition de la population selon les caractéristiques d'hospitalisation.

Variables	Effectifs (N=188)	Fréquence (%)
<b>Hospitalisation</b>		
Oui	161	85,6
Non	27	14,4
<b>Durée d'hospitalisation (en jours)</b>		
[10-30]	80	49,6
[30-60[	36	22,3
[60-90[	37	22,9

[90-120[	4	2,5
[120-150]	4	2,5

## DISCUSSION

### **Limites de l'étude**

- Mauvaise conservation des dossiers médicaux.
- Numéro de téléphone indisponible.

## **5.1. Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie de la population**

Notre étude portait sur 188 patients. Nous décrirons dans ce chapitre les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les caractéristiques de la consommation de drogue.

### **5.1.1. Age, sexe et niveau d'éducation**

La plupart des participants étaient âgés entre [20-30[ans, soit 57,4% des cas, avec un âge moyen de  $26,21 \pm 5,67$  ans. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la majorité de nos participants était des élève\étudiant avec un niveau d'étude supérieur dans 53,2% des cas. Le sexe masculin était plus fréquent (94,7%), pour un sex-ratio de 17,8. En effet les garçons sont plus susceptibles de consommer les PSA que les filles comme le rapportait Beck et al en 2015 en France[34]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les hommes ont tendance à prendre plus de risques et sont plus enclins à expérimenter avec des substances psychoactives que les femmes. Les normes sociales et les pressions de groupe peuvent également jouer un rôle dans la consommation de drogues chez les hommes. [34].

### **5.1.2. Caractéristiques de la consommation de drogue.**

L'âge moyen à la primo consommation était de  $17,14 \pm 2,75$  ans, avec des extrêmes de 10 et 25 ans. Ces résultats sont superposables à ceux de Bohongwe au Cameroun et Beck en France qui retrouvaient des âges moyens respectifs de 16 ans et 17 ans[34, 35]. Cet âge précoce de consommation de substances psychoactives et en particulier le cannabis peut s'expliquer par le fait que cette période constitue l'adolescence, une période marquée par des changements sur le plan physique, se caractérisant par un besoin de s'affirmer vis-à-vis de ses pairs, de se construire une identité différente des adultes, où les messages interditeurs ou préventifs sont mis en doute, un

sentiment d'immortalité avec besoin de l'éprouvé et des sensations fortes et du risque pour exister complété par le besoin d'appriivoiser un corps mouvant[35]. La maison de l'ami (59%) était le lieu le fréquent au cours de la primo consommation et l'initiateur était qualifié d'ami du quartier dans 50% des cas. En effet, la proximité et la relation de confiance pourrait expliquer ce constat.

L'antécédent de consommation familiale était présent dans 43,6% des cas et il s'agissait pour la plupart du frère/sœur (51,2%). Notre série suggère donc qu'un exemple dans l'entourage favoriserait la consommation de drogues. La principale condition favorisant la consommation de drogue était les conflits parents/enfants (56,4%) et les motivations les plus évoquées étaient la curiosité (45,2%) et la détresse psychologique (36,2%). Ces résultats sont superposables à ceux d'une série béninoise conduite en 2015 qui retrouvait comme facteurs de risques indépendants associés à la consommation de substances psychoactives, les conflits familiaux, la dépression, l'antécédent familial de consommation, et la recherche du plaisir[36]. Les grands défis qui caractérisent la période d'adolescence sont liés au travail psychique qui accompagne la transformation physiologique de l'adolescent. La dépression peut en découler au cas où les capacités d'adaptation de l'adolescent sont faibles. En cherchant à chasser la dépression, l'adolescent peut être amené à adopter des comportements inappropriés dont la consommation de substances psychoactives.

La délinquance était la pratique la plus fréquente après consommation de drogue, soit 43,6% des cas. Les caractéristiques familiales ont été recherchées et décrites par la suite. Brunelle et al, en 2014 au Canada retrouvait que les adolescents présentant un problème de délinquance sévère avait un profil de consommation de SPA plus sévère[37]. Une série camerounaise conduite en 2023 rapportait que 16 % des élèves ont commis au moins un acte qualifié de *violent* dans les 12 mois précédant l'enquête, avec une proportion de 25 % chez les garçons et 10 % chez les filles. Les actes violents les plus déclarés constituaient des délits qualifiés de modérés, comme se fâcher facilement ou avoir frappé lorsque taquiné/menacé, se battre à coups de poings ou briser des objets[38]. Ce résultat confirme que la consommation de SPA et la délinquance sont associées.

## **5.2. Caractéristiques familiales**

L'état matrimonial de la famille influence fortement le comportement des jeunes. Ce constat a favorisé, pour les analyses effectuées dans cette enquête, le regroupement des adolescents entre deux groupes à savoir ceux dont les deux parents vivaient ensemble (monogame ou polygame) et ceux qui étaient dans les familles monoparentales dont les parents étaient veufs ou séparés et ceux qui étaient orphelins. La plupart des parents étaient divorcés, soit 58% des cas. La monogamie était présente dans 90,7% chez ceux qui étaient mariés. Le type de famille monoparentale était le plus représenté, soit 47,3% des cas. Cette association entre la structure familiale monoparentale et la consommation soit de tabac soit des drogues a été trouvée aussi dans une étude québécoise chez les élèves Concernant l'éducation reçue la mère était plus présente (88,3%)[36]. Le style éducatif désengagé caractérisé par l'indifférence et/ou l'absence de soutien adéquat de la part des parents peut entraîner la délinquance de certains adolescents et l'adoption des comportements à risque comme l'usage des substances psychoactives[36].

Ainsi, les activités collectives étaient pratiquées par seulement 34,6% des participants et il s'agissait principalement du sport dans 80% des cas. Une étude conduite au Bénin en 2015 retrouvait une association significative entre l'appartenance à un groupement et la consommation de SPA[36]. Les parents des participants exerçaient pour la plupart dans le secteur informel dans les proportions respectives de 42,5% pour les pères et 56,9% pour les mères. En effet, les charges des travaux informels sont importantes réduisant le temps consacrés à l'éducation des enfants et donc donnant la possibilité aux jeunes, d'explorer des comportements à risques. Le niveau d'éducation chez les parents était majoritairement supérieur 50,5% chez les pères et 38,8 % chez les mères. Devant ces résultats nous pouvons émettre l'hypothèse d'une pression importante des parents sur les enfants pour atteindre l'excellence. Ceci les conduisant à consommer des SPA soit pour améliorer leurs capacités intellectuelles, soit pour échapper au stress[35].

### 5.3. Caractéristiques cliniques.

Le principal motif consultation était l'aide au sevrage, soit 90,9 % des cas. Ce résultat se rapproche de celui Kiady et al en 2021 à Madagascar avec une prévalence de 58,05% [39]. Nos résultats soulignent une augmentation de cette valeur et donc une augmentation du risque de complications physiques, mentales et sociales liées à la consommation de SPA. Les drogues les plus fréquemment consommées étaient le cannabis (84,6%), la cigarette (45,9%), la cocaïne (37,2%) et l'alcool (31,4%). Une série malgache en 2021 rapportait que les principales drogues consommées par les patients suivi en milieu hospitalier était l'alcool, le cannabis et le tabac [39]. Ces diversités de consommables peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la curiosité, l'influence des amis, l'internet et un exemple dans l'entourage comme le rapportait Eboutou et al en 2023 au Cameroun [40]. Aussi, le cannabis pousse facilement dans nos climats, facile à sa culture.

Le syndrome de dépendance (50%), le syndrome dépressif (35,1%) et le syndrome de sevrage (28,2%) était les plus retrouvés. En effet, les complications résultant d'une consommation chronique de cannabis sont le syndrome de sevrage au cannabis, les troubles cognitifs, le trouble anxieux aigu, un épisode dépressif caractérisé, un syndrome amotivationnel entre autres [41].

Ainsi seul 59 (31,3%) participants présentaient des pathologies psychiatriques liées à leur consommation de drogue dont les principales étaient : les troubles dépressifs (51,2%) et les troubles psychotiques (41%). Ces résultats corroborent ceux de Laqueille et al en 2008 en France qui retrouvait des troubles psychotiques essentiellement chez les consommateurs de cannabis [42]. Les relations entre consommation de cannabis et dépression sont moins nettes qu'avec les troubles cognitifs. La consommation de cannabis peut induire des états d'angoisse aiguë type attaque de panique, dont l'évolution est spontanément favorable avec l'élimination du  $\Delta$ -9-THC [43, 44]. Environ 15 % des sujets indemnes de pathologie psychotique ayant consommé du cannabis présentent des symptômes psychotiques positifs : idées délirantes interprétatives à thèmes de persécution, de suspicion et/ou de grandeur [45].

Lorsque les effets psychotomimétiques durent plusieurs jours ou plusieurs semaines, ils correspondent aux « troubles psychotiques induits par le cannabis » décrits dans les classifications internationales (au maximum un mois dans le DSM-IV et six mois dans la CIM-10), appelés auparavant pharmacopsychoses. Au-delà, les troubles psychotiques induits par le cannabis sont difficiles à distinguer d'un processus de schizophrénie débutante, beaucoup de signes cliniques étant communs aux deux types de troubles [43].

Certaines études, comme l'Epidemiologic Catchment Area (ECA, OR = 4,49), la National Comorbidity Survey (NCS, OR = 1,6), la Christchurch Health and Development Study (OR = 1,4), la Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS, OR = 1,62), l'Adolescent Health Study (OR = 1,10) ont retrouvé une association entre consommation de cannabis et augmentation de la fréquence ultérieure de troubles dépressifs[43]. La dépression associée à la consommation de cannabis pourrait être liée aux échecs scolaires et professionnels et aux difficultés légales liées à la consommation, ainsi qu'à des facteurs génétiques communs qui restent à explorer[44].

L'hospitalisation a concerné 85,6 % des participants et la durée médiane en hospitalisation était de 30 jours [23-60]. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que la majorité de notre échantillon était des consommateurs de cannabis dont la consommation a nécessité une intervention thérapeutique intensive.

## CONCLUSION



Au terme de notre recherche, ayant pour but d'étudier le profil clinique des adolescents et jeunes adultes pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'hôpital Jamot de Yaoundé, il ressort que :

- Les consommateurs des substances psychoactives étaient majoritairement des adultes jeunes avec un niveau d'étude supérieur, Le sexe masculin était plus fréquent.
- Les substances addictives retrouvées étaient le cannabis, la cigarette, la cocaïne et l'alcool.
- Les syndromes cliniques retrouvés étaient le syndrome de dépendance, le syndrome dépressif et le syndrome de sevrage, Syndrome psychotique, Syndrome anxiolytique.

## **RECOMMANDATIONS**

Au vu de ces résultats nous recommandons :

- **Aux Minsante**

Construire des centres de désintoxication pour la prise en charge des toxicomanes.

- **Aux Minesup**

Réaliser la sensibilisation et former les enseignants à l'orientation des consommateurs au dépistage des toxicomanes.

- **Aux personnels médico-sanitaires**

Autoformation, Promotion, éducation sur le sujet d'addictologie afin de développer la prise en charge des toxicomanes.

## **REFERENCES**

- [1] WHO Director-General on the world drug problem, <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-un-on-the-world-drug-problem>
- [2] Santé des adolescents, <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>.
- [3] Masson E. De l'adulte jeune à l'adulte d'âge moyen. *EM-Consulte*, <https://www.em-consulte.com/article/221283/resume/de-l-adulte-jeune-a-l-adulte-d-age-moyen>.
- [4] Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School Effects on Young People's Drug Use: A Systematic Review of Intervention and Observational Studies. *J Adolesc Health*. Mars 2008;42(3):209-20.
- [5] Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci*. Févr 2005;9(2):69-74.
- [6] Père Joseph Armel FOPA DJOUDA ;RAPPORT D'ENQUETE SUR LA CONSOMMATION DE LA DROGUE EN MILIEU SCOLAIRE A YAOUNDE disponible sur [www.spm.gov.cm](http://www.spm.gov.cm).
- [7] [facmed-univ-oran.dz](http://facmed-univ-oran.dz) > fichier\_produit\_2104 Généralités sur le système nerveux.
- [8] Sell LA, Morris J, Bearn J, Frackowiak RSJ, Friston KJ, Dolan RJ. Activation of reward circuitry in human opiate addicts: Reward circuitry in human opiate addicts. *Eur J Neurosci*. Mars 1999;11(3):1042-8.
- [9] Thomasson N. Addiction et cerveau : Rôle des neurotransmetteurs dans la cause et le traitement de la dépendance. 2001;
- [10] Uhl GR, Koob GF, Cable J. The neurobiology of addiction. *Ann N Y Acad Sci*. Sept 2019;1451(1):5-28.
- [11] <https://www.ofdt.fr> > BDD > docs > DADE2019 PDF.
- [12] Souadou A, Dounia M, Éléana T. Les addictions aux drogues légales et illégales.
- [13] Drogues douces dépendance et risques.pdf.
- [14] Tableau synthèse sur substances .pdf.
- [15] [www.amiform.com](http://www.amiform.com) > web > 3-usage-abus PDF.
- [16] Clay S. A Review of Addiction. *Postgrad Med* [Internet]. 15 juill 2008 [cité 14 janv 2023];120(2).Disponiblesur: [http://www.postgradmed.com/index.php?Art=pgm\\_07\\_2008?Article=1802](http://www.postgradmed.com/index.php?Art=pgm_07_2008?Article=1802).
- [17] Munch G, Touzeau D. Les addictions selon le DSM-5.
- [18] Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf.
- [19] Gagnon H, Rochefort L. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: conséquences et facteurs associés. Montréal, Qué.: Direction du développement des individus

et des communautés, Institut national de santé publique du Québec; 2010.

- [20] Masquelier-Savatier C. *Marie-Anne Anne-Marie Cah Gestalt-Thérapie* 2013; :22-39.
- [21] Félicien NE, Estelle WK, Firmin A, Christian T. Facteurs Favorisant la Consommation des Boissons Alcoolisées par les Étudiants des Campus Universitaires au Cameroun. 2017;18:5.
- [22] Peretti-Watel P. Le normal et le pathologique : dépressivité et usages de drogue à l'adolescence. *Sci Soc Santé*. 2003;21(3):85-114.
- [23] Ben Amar M. Les psychotropes criminogènes. *Criminologie*. 3 juill 2007;40(1):11-30.
- [24] enquête sur la consommation de drogues et la santé chez les élèves des écoles secondaires du Sénégal.
- [25] Hoareau E. Stigmatisation de l'utilisateur de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel: *Nouv Rev Psychosociologie*. 22 avr 2016;N° 21(1):33-48.
- [26] Trucco EM. A review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacol Biochem Behav*. Sept 2020;196:172969.
- [27] Wills TA, Knight R, Williams RJ, Pagano I, Sargent JD. Risk Factors for Exclusive E-Cigarette Use and Dual E-Cigarette Use and Tobacco Use in Adolescents. *Pediatrics*. 2015;135(1):e43-51.
- [28] Suerken CK, Reboussin BA, Sutfin EL, Wagoner KG, Spangler J, Wolfson M. Prevalence of marijuana use at college entry and risk factors for initiation during freshman year. *Addict Behav*. Janv 2014;39(1):302-7.
- [29] ] Kabir K, Bahari A, Hajizadeh M, Allahverdipour H, Tarrahi MJ, Fakhari A, et al. Substance abuse behaviors among university freshmen in Iran: a latent class analysis. *Epidemiol Health*. 2 juill 2018;40:e2018030.
- [30] Ramsoomar L, Morojele NK. Trends in alcohol prevalence, age of initiation and association with alcohol-related harm among South African youth: Implications for policy. *S Afr Med J*. 5 juin 2012;102(7):609.
- [31] Abdu-Raheem BO. Sociological Factors To Drug Abuse And The Effects On Secondary School Students Academic Performance In Ekiti And Ondo States, Nigeria. *Contemp Issues Educ Res CIER*. 27 mars 2013;6(2):233.
- [32] Enoka P, Nizeyimana JB, Kamga HL, Linjouom A, Sandrine C, Douyong T. Consommation des psychotropes chez les élèves du Lycée Classique et Moderne de Bafia : Causes, conséquences et mesures de prévention. 2022;12.
- [33] Pefura-Yone EW, Balkissou AD, Theubo-Kamgang BJ, Kuaban C. Prévalence et Facteurs Associés au Tabagisme à Yaoundé, Cameroun. 2016;17.
- [34] Beck, F., Richard, J. B., Guignard, R., Le Nézet, O. et Spilka, S. (2015). Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. Paris, France : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

- [35] Bohongwe HHD, Eyoun C, Basseguin JGA, et al. Profil épidémiologique et clinique des consommateurs de cannabis au centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie de l'Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun. *Pan Afr Med J* 2023; 44: 143.
- [36] Kpozehouen A, Ahanhanzo YG, Paraïso MN, et al. Facteurs associés à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents au Bénin. *Santé Publique* 2015; 27: 871–880.
- [37] \_Abr\_g\_\_Brunelle\_\_Tremblay\_\_Blanchette\_Martin\_\_Gendron\_et\_Tessier.FR.Final.pdf, [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/docs/FWG/GSC/Publication/4242/60/5333/1/93454/5/F\\_1162512706\\_Abr\\_g\\_\\_Brunelle\\_\\_Tremblay\\_\\_Blanchette\\_Martin\\_\\_Gendron\\_et\\_Tessier.FR.Final.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/docs/FWG/GSC/Publication/4242/60/5333/1/93454/5/F_1162512706_Abr_g__Brunelle__Tremblay__Blanchette_Martin__Gendron_et_Tessier.FR.Final.pdf)
- [38] Délinquance, drogues et adolescence : perspectives complémentaires entre le Québec et le Cameroun | Acfas, <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2023/02/delinquance-drogues-adolescence-perspectives-complementaires-entre> (accessed 1 June 2024).
- [39] Profil Epidemioclinique Et Thérapeutique Des Consommateurs De Toxique Dans Le Service De Psychiatrie Befelatanana En 2021
- [40] Sexual Orientation and Associated Factors among Adolescents in Cameroonian Cities—Factors Associated with Sexual Orientation in Adolescents, <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=128173> (accessed 1 June 2024).
- [41] Benard V, Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L. Consommation de cannabis? conduite à tenir en médecine générale. *La Presse Médicale*. juill 2015;44(78): 707-15.
- [42] Laqueille X, Launay C, Kanit M. Les troubles psychiatriques et somatiques induits par le cannabis. *Ann Pharm Fr* 2008; 66: 245–254.
- [43] Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Rapport du groupe d'experts coordonné par le Pôle Expertises Collectives de l'Inserm à la demande de la Mildeca. Paris : Les éditions INSERM, 2014, 482 p
- [44] Marmorstein NR, Iacono WG. Explaining associations between cannabis use disorders in adolescence and later major depression: a test of the psychosocial failure model. *Addict Behav*. 2011;36:773-6.
- [45] Legleye S, Piontek D, Kraus L. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend*. 2011;113(2-3):229-35 .

## **ANNEXES**



## **ANNEXE 1: Demande d'autorisation de recherche**

**DIN-BA BELLO**

Etudiant en 7<sup>e</sup> année

Médecine générale

Faculté de Médecine et des Sciences

Biomédicales de Yaoundé

Tel : 694409203

E-mail : Benbello47@gmail.com

Yaoundé, le

A

Monsieur le Directeur de  
l'hôpital Jamot de Yaoundé

### **Objet : Demande d'Autorisation de Recherche**

Monsieur le Directeur,

Je viens auprès de votre haute bienveillance solliciter une autorisation de recherche dans votre établissement dans le cadre de ma thèse de fin de formation médicale. En effet, je me nomme DIN-BA BELLO, étudiant en 7<sup>e</sup> année de médecine générale, et je réalise une étude sur le « Profil clinique des adolescents pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'hôpital Jamot de Yaoundé ». Cette étude qui est réalisée sous la supervision et sous l'encadrement du Pr.NSEME ETOUCKEY Eric (Médecin Légiste), Dr KAMGA Olen Jean-Pierre (Psychiatre), et du Dr MEGUIEZE Audrey (Pédiatre) a pour but de mieux appréhender les différentes addictions retrouvées chez les adolescents et adultes jeunes.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de ma très haute considération.

### **Pièce jointe:**

- Une copie de mon protocole de thèse.
- Une photocopie de ma carte nationale d'identité

DIN-BA BELLO

## **ANNEXE 2: Demande de clairance éthique**

DIN-BA BELLO

Etudiant en 7<sup>e</sup> année

Médecine générale

Matricule : 17M059

Tel : 694409203

E-mail : benbello[47@gmail.com](mailto:benbello47@gmail.com)

Yaoundé le

A

Mme le Doyen de la Faculté de  
Médecine et des Sciences  
biomédicales de Yaoundé

**Objet :** demande de Clairance éthique

Mme le Doyen,

Je viens auprès de votre haute bienveillance solliciter une clairance éthique dans le cadre de notre thèse de fin de formation médicale.

En effet, je me nomme DIN-BA BELLO, étudiant en 7<sup>e</sup> année de médecine générale, et je réalise une étude sur le « Profil clinique des adolescents pris en charge pour addiction aux substances psychoactives a l'hôpital Jamot de Yaoundé ». Cette étude qui est réalisée sous la supervision et sous l'encadrement du Pr. NSEME ETOUCKEY Eric (Médecin Légiste), Dr KAMGA Olen Jean-Pierre (Psychiatre) et le Dr MEGUIEZE Audrey (Pédiatre) a pour but de mieux appréhender les différentes addictions retrouvées chez les adolescents.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez croire, Madame le Doyen en l'expression de ma très haute considération.

**Pièces jointes :**

- Une copie de mon protocole de recherche.
- Une photocopie du reçu de versement des droits universitaires.
- Une photocopie de ma carte nationale d'identité

DIN-BA BELLO

### **ANNEXE 3: Fiche d'information en anglais**

Sir/Madame, you are invited to participate in this research for the defense of a Doctorate's degree in General Medicine.

**TITLE: Clinical profile of adolescents and young adult treated for addiction to psychoactive substances at the jamot hospital in Yaounde**

**Investigator:** DIN-BA BELLO, 7<sup>th</sup> year medical student in the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences.

**Supervisors:** Pr. NSEME, Medico-legal doctor.

Dr. KAMGA Olen, medical doctor, Psychiatric.

Dr. MEGUIEZE, medical doctor, Pediatrician.

**Aim of study:** The growing use of substances such as alcohol, tobacco, marijuana and illicit drugs among adolescents is a major concern. To better target interventions and prevention policies, it is important to understand the clinical profile of these young people.

**Site of study:** Jamot Hospital Yaounde

**Duration of study:** This study will be carried out from January 2024 to May 2024

**Procedure:** Upon arrival at the hospital, we will have an interview with you and get basic information; we will hand in an anonymous questionnaire for you to complete at home and bring it back the next day.

**Benefits:** participants will benefit from counseling if necessary in relation to a specific situation

**Risk and inconveniences:** your personal information can be read by a loved one so your questionnaire is well protected after you have completed it.

**Confidentiality:** The data collection sheets will be coded in order to preserve the anonymity of the patients, and will be destroyed at the end of the study after validation of the data

**Cost:** Your participation will not be remunerated and no additional costs will be requested from you thereafter. Everything is free.

**Ethical considerations:** ethical clearance has been demanded from the Institutional Review Board of the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences. Participation in this study shall be from your free will. Data will be analyzed in an anonymous and confidential way. Refusal to participate in the study or opting out will neither involve any penalties nor alter the relationship that exist between patients and their attending physicians, hospitals or the study investigators.

For more information or further clarifications about the study you can contact the investigator through the following telephone numbers 694409203 and email address (benbello47@gmail.com).

For other complains you can contact the supervisors:

Name	Contacts
Pr. NSEME ETOUCKEY Eric	6 57 11 00 07
Dr. KAMGA Olen Jean-Pierre	6 97 06 76 41
Dr. MEGUIEZE Claude-Audrey	6 99 10 76 84

#### **ANNEXE 4: Fiche d'information en français**

Monsieur/Madame, nous vous invitons à participer à notre projet de recherche en vue d'obtention du Doctorat en médecine générale.

**TITRE: Profil clinique des adolescents et adultes jeunes pris en charge pour addiction aux substances psychoactives a l'hôpital Jamot de Yaoundé**

**Investigatrice principale :** DIN-BA BELLO, étudiante en 7<sup>e</sup> année de médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.

**Superviseurs :** Pr. NSEME ETOUCKEY Eric, Médecin légiste

Dr. KAMGA Olen, psychiatre

Dr. MEGUIEZE Claude-Audrey, pédiatre

**But de l'étude :** L'utilisation croissante de substances telles que l'alcool, le tabac, la marijuana et les drogues illicites chez les adolescents est une préoccupation majeure. Afin de mieux cibler les interventions et les politiques de prévention, il est important de comprendre le profil clinique de ces jeunes.

**Lieu de l'étude :** Hôpital Jamot de Yaoundé

**Durée de l'étude :** cette étude se déroulera du mois de janvier 2024 au mois de mai 2024

**Procédure :** après une interview avec vous au cours duquel il vous sera expliqué et donné toutes les informations nécessaires pour l'étude, nous remettrons un questionnaire anonyme que vous remplirez à la maison et le ramènerai le lendemain.

**Bénéfices :** les participants vont bénéficier d'un counseling si nécessaire par rapport à une situation précise.

**Inconvénients et risques :** vos informations personnelles peuvent être lues par un proche donc bien protégé votre questionnaire après l'avoir rempli

**Confidentialité :** Les fiches de collecte de données seront codifiées afin de garder l'anonymat des patientes, et seront détruites à la fin de l'étude après validation des données.

**Coût :** Votre participation ne sera pas rémunérée et aucun frais supplémentaire ne vous sera demandé par la suite. Tout est gratuit.

**Considérations éthiques :** Pour cette étude, nous avons demandé une clairance éthique auprès du Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Tous les participants à l'étude le feront de leur plein grès. La collecte, l'analyse et

le traitement des données se fera dans la confidentialité. À tout moment le participant est libre de se retirer de l'étude sans aucune pénalité.

Pour plus d'informations vous pouvez contacter l'investigateur de l'étude au numéro de téléphone 694409203 et à l'adresse mail [Benbello47@gmail.com](mailto:Benbello47@gmail.com) .

Noms	Contacts
Pr. NSEME ETOUCKEY Eric	6 57 11 00 07
Dr. KAMGA Olen Jean-Pierre	6 97 06 76 41
Dr. MEGUIEZE Claude-Audrey	6 99 10 76 84

## **ANNEXE 5 : Formulaire de consentement éclairé en anglais**

**Title of the study: « Clinical profile of adolescents and young adults treated for addiction to psychoactive substances at the jamot hospital in yaounde ».**

I, the undersigned

Mr./Mrs.....in class of.....

Declares that it has been invited to participate in the study entitled “**Clinical profile of adolescents treated for addiction to psychoactive substances at the Jamot hospital in Yaounde**”, whose principal investigator is DIN-BA BELLO, student in 7th year of medical studies at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences of the University of Yaounde I, under the supervision of Pr NSEME ETOUCKEY Eric, forensic Professor, Dr KAMGA Olen psychiatric, Dr MEGUIEZE Claude-Adrey, pediatrician.

- I have been informed about the nature of the study, its purpose, duration, possible benefits and risks and what is expected of me.
- I have read the information document and the annexes to this document. I have had sufficient time to think about it and discuss it with a person of my choice such as a family member.
- I have had the opportunity to ask any questions that came to mind and I have had my questions answered satisfactorily.
- I understood that my participation in this study is voluntary and that I am free to end my participation in this study without changing my relationship with the personnel of school.
- I understand that data concerning me will be collected throughout my participation in this study and that the study investigator guarantees the confidentiality of this data.
- I consent to the processing of my personal data.
- I freely agree to participate in this study, which implies :
  - Answering the questionnaire;
  - I, the principal investigator of the study, take responsibility for providing all required information to the participant regarding the study.

Done in Yaounde.....

Signature of the investigator

Signature of the participant

## **ANNEXE 6 : Formulaire de consentement éclairé en français**

**Titre : «Profil clinique des adolescents et adultes jeunes pris en charge pour addiction aux substances psychoactives a l'hôpital Jamot de Yaoundé.»**

Je soussigné Mr. /Mme..... élève en classe de.....

Déclare avoir été invité (e) à participer à l'étude intitulée «Profil clinique des adolescents pris en charge pour addiction aux substances psychoactives a l'hôpital Jamot de Yaoundé.». Dont l'investigateur principal est DIN-BA BELLO, étudiant en 7ème année de médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ; sous la supervision du Pr NSEME ETOUCKEY médecin légiste, du Dr KAMGA Olen Psychiatre et Dr MEGUIEZE Claude-Audrey pédiatre

- J'ai été informé (e) sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques.
- J'ai pris connaissance ou il m'a été lu le document d'information. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir.
- J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.
- J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec le personnel de l'établissement et l'équipe thérapeutique en charge de la santé.
- J'ai compris que des données seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur de l'étude se porte garant de la confidentialité de ces données.

J'accepte librement de participer à cette étude ce qui implique de :

- Répondre au questionnaire;

Moi l'investigateur principal de l'étude, je prends la responsabilité d'avoir donné toutes les informations requises au participant concernant l'étude.

**Fait à Yaoundé le ...../...../.....**

**Signature de l'investigateur**

**Signature du participant**



**ANNEXE 7 : Fiche de collecte**

**THEME : Profil clinique des adolescents et jeunes adultes pris en charge pour addiction aux substances psychoactives à l'hôpital Jamot de Yaoundé.**

Date:..../..../.....

Site de la collecte :

Code du patient :

**Partie 1 : Données sociodémographiques**

1	Numéro de téléphone :	
2	Age (en années) :	
3	Sexe : 1. Masculin 2. Féminin	
4	Niveau d'études 1. Non scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieure 5. Formation professionnel	
5	Profession 1. Fonctionnaire 2. Elève/Etudiant 3. Secteur formel 4. Retraité 5. Sans emploi	
6	Religion 1. Chrétien(e) 2. Musulman(e) 3. Athé(e) 4. Autre	
7	Région d'origine 1. Extrême-Nord 2. Nord 3. Adamaoua 4. Nord-Ouest 5. Sud-Ouest 6. Ouest 7. Centre 8. Sud 9. Est 10. Littoral	

**Partie 2: Données sociale**

1	Age de la première consommation ?	
---	-----------------------------------	--

	1. 10-12    2. 13-15    3. 15-19    4. : >19	
2	<p>Lieu de la primo consommation ?</p> <p>1. Domicile familiale    2. Chez un ami    3. Milieu récréatif    4. Milieu scolaire 5. Milieu professionnel</p>	
3	<p>Qui fait découvrir la drogue? (choisir une ou plusieurs réponses)</p> <p>1. Camarade de classe, 2. Membre de la famille, 3. Ami du quartier 4. Moi-même 5. Ton copain/Ta copine</p>	
4	<p>Fournisseur (une ou plusieurs réponses) ?</p> <p>1. Ami 2. Membre de la famille 3. Moi-même 4. Dealer 5. Ton copain/Ta copine 6. Amis de la famille.</p>	
5	<p>Où se procure-t-il de la drogue (choisir une ou plusieurs réponses) ?</p> <p>1. A l'école 2. Sur le chemin de l'école 3. Au quartier 4. Ailleurs (précisez)</p>	
6	<p>Un membre de la famille consomme-t-il de la drogue ?</p> <p>1. Oui 2. Non</p> <p>Si oui, qui est-il pour vous ? .....</p>	
7	<p>Est-ce que l'une des conditions familiales suivantes poussent à consommer de la drogue ? (Choisir une ou plusieurs réponses)</p> <p>1. Conflit enfants/parents 2. Conflit entre les parents 3. Disputes/Bagarres avec tes frères et/ou tes sœurs 4. Situation financière précaire (Pas assez à manger, à boire) 5. Autre .....</p>	
8	<p>Motivation ?</p> <p>1. Curiosité 2. Recherche de sensations 3. Détresse psychologique 4. Amélioration des capacités physiques et psychologique 5. Recherche du courage</p>	

9	Pratiques associées à la consommation de drogues 1. Conduites sexuelles à risques. 2. Délinquance juvénile 3. Démêler avec la justice	
---	--	--

### Parie 3 : Données familiale

1	Vos parents sont-ils mariés / en concubinage ? 1. Oui <input type="checkbox"/> 2.Non <input type="checkbox"/>	
2	Type de famille 1. Monogamique 2.Polygamique 3. Monoparentale 3.Recomposé 4.Dispersée	
3	Présence du père 1. Oui 2.Non	
4	Présence de la mère 1. Oui 2.Non	
4	Fait-il partie d'une activité collective (à l'école ou dans votre quartier)? 1. Oui 2.Non	
5	Si oui, laquelle ? 1. Activité sportives 2.Réunions 3.Chorale 5.Autre (précisez).....	
6	Age du père ? (en années)	
7	Profession du père ? 1. Travailleur du secteur public (fonctionnaire) 2.Travailleur du secteur privé 3.Petit indépendant (call-box, coiffeur, couturier, mécanicien, etc.) 4. Chômeur	
8	Niveau scolaire du père ? 1. N'a jamais été à l'école 2. Niveau primaire (jusqu'au CM2) 3. Niveau secondaire (de 6e en Tle) 4. Niveau supérieur (université)	
9	Age de la mère ?	
10	Profession mère?	

	1. Travailleur du secteur public (fonctionnaire) 2. Travailleur du secteur privé 3. Indépendant (call-box, coiffeur, couturier, mécanicien) 4. Chômeur	
11	Niveau scolaire de la mère ? 1. N'a jamais été à l'école 2. Niveau primaire (jusqu'au CM2) 3. Niveau secondaire (de 6e en Tle) 4. Niveau supérieur (université)	
12	Mode de transport pour l'école ? 1. Taxi/Moto 2. Voiture personnelle 3. A pied 4. Bus scolaire	
13	Argent de poche ? 1. Oui 2. Non Si oui, combien en moyenne pour une journée ? 1. 500fcfa-1000fcfa 2. 1000fcfa-2000fcfa 3. 2000fcfa-5000fcfa 4. Plus de 5000fcfa	

#### Parie 4 : Données clinique

1	Motif de consultation : .....	
2	Substances consommées (choisir une ou plusieurs réponses) ? 1. Tramadol (tramol) 2. Solvants (colle forte, déodorant, dissolvant, diluants) 3. Cannabis (Banga, chanvre indien, poulet braisé) 4. Chicha 5. Cocaïne (crack, blanche) 6. Alcool 7. Cigarette 8. Héroïne (héro, cheval, junk, schnouff,) 9. Benzodiazepine (compa, graine) 10. Autre (précisez)	
3	Syndromes cliniques retrouvés .....	
4	Voie de consommation ? 1. Par inhalation (sniffer) 2. Par injection intraveineuse (dans les veines) 3. Par injection intramusculaire (dans les muscles) 4. Par voie orale (par la bouche) 5. Par voie intradermique (sur la peau) 6. Par voie sublinguale (sous la langue)	
5	Patient hospitalisé ou en ambulatoire ? 1. Ambulatoire 2. Hospitalisation Si hospitalisé, combien de jours a-t-il été hospitalisé ? .....	
4	Diagnostic .....	

6	Pris en charge 1. médicamenteuse 2. non médicamenteuse	
7	Si non médicamenteuse, 1. Psychothérapie 2. Sport 3. Isolement	