

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE
INTERNE ET SPÉCIALITÉS



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERNAL
MEDICINE AND SPECIALITIES

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

*Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du diplôme de
Docteur en Médecine Générale*

Par :

MBEKE NGOUPA Gilles Gabin

Matricule 17M025

Directeur

Pr. NTONE ENYIME Félicien

Psychiatre

Co-directeurs

Dr KAMGA OLEN Jean Pierre

*Chargé de cour
Psychiatrie*

Dr. NTONE Samuel

*Assistant
Psychiatrie*

Année académique 2023 – 2024

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE
INTERNE ET SPÉCIALITÉS



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERNAL
MEDICINE AND SPECIALITIES

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

*Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du diplôme de
Docteur en Médecine Générale*

Par :

MBEKE NGOUPA Gilles Gabin

Matricule 17M025

Date de soutenance :

Jury de thèse

Président du jury : **Pr. NJAMNSHI Alfred**

Rapporteur : **Pr. NTONE ENYIME Félicien**

Membres : **Dr. NGARKA L.**

Dr. ONDOUA I.

Équipe d'encadrement

Directeur

Pr. NTONE ENYIME Félicien

Psychiatre

Co-directeurs

Dr KAMGA OLEN Jean Pierre

Chargé de cour

Psychiatrie

Dr. NTONE Samuel

Assistant

Psychiatrie

Année académique 2023 – 2024

SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTES DES SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	v
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vi
SERMENT D'HIPPOCRATE	xix
LISTES DES TABLEAUX.....	xx
LISTES DES FIGURES.....	xxi
RÉSUME.....	xxii
ABSTRACT	xxiv
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	6
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	40
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS.....	45
CHAPITRE 5 : DISCUSSIONS	69
CONCLUSION	74
RECOMMANDATIONS.....	76
REFERENCES.....	78
ANNEXES	82
TABLE DE MATIÈRES.....	83

DEDICACE

A Mes très chers parents

Monsieur NGOUPA MBEKE Frédéric

Et

Madame MBOULE Sylvie Chantal épouse NGOUPA MBEKE

Merci pour tout !

REMERCIEMENTS

- Au Professeur **NTONE ENYIME Félicien**, qui a promptement accepté de superviser ce travail. Votre rigueur et vos précieux conseils m'accompagneront toujours. Puisse ces mots traduire toute ma profonde gratitude à votre égard.
- Au Docteur **KAMGA OLEN Jean-Pierre**, co-directeur de ce travail, pour l'encadrement, sa disponibilité et son engagement sans faille depuis la conception de ce travail.
- Au Docteur **NTONE Samuel**, co-directeur de ce travail, pour l'encadrement, ses conseils et sa disponibilité à tout moment dont il nous a fait preuve tout au long de ce travail.
- Au président du jury ainsi qu'à tous les membres du jury, pour l'intérêt qu'ils accorderont à ce travail.
- Au Professeur **ZE MINKANDE Jacqueline**, Madame le Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I pour avoir tout mis en œuvre afin de nous assurer une formation de qualité.
- Au personnel enseignant de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, pour leur engagement tout au long de notre formation à faire de nous de bons médecins.
- A Messieurs les Directeurs des différentes formations sanitaires qui nous ont accueillis, pour l'intérêt porté à ce travail et les autorisations que vous avez bien voulu nous accorder pour le déroulement de nos travaux de recherche au sein de vos institutions hospitalières.
- Aux médecins et personnels des différentes structures hospitalières qui ont accepté de participer à l'étude, et pour l'accueil et le temps qu'ils y ont consacré.
- A mes sœurs et frère **Inès, Jovanie, Diane, Olivia et Junior** pour votre soutien et vos encouragements.
- A mes grands-parents, merci pour vos prières qui m'ont accompagnées tout au long de ma formation.
- A ma deuxième mère **Mme ELAH Angeline** et mon parrain **Mr ANOCK Séraphin**, merci pour les conseils et soutiens tout au long de mon parcours.

- A mes tantes et oncles pour le soutien, l'amour, la gentillesse, sans oublier le réconfort inestimable dans les moments difficiles.
- A tout le reste de ma famille pour vos encouragements et votre soutien tout au long de ma formation médicale.
- A mes futurs collègues et amis **FODOM NOUMBISSI, NKENKO Martial, NGANKONG Yvan, NJOYA Mohammed, MANGA Engelbert, MAMADOU DIABY, MONEMVOM Brice, YOUMBI Chanella, NGONO Salomé, EBOLO Jennifer, BOUBA Balkissou, TAMO FODJOUN, ETAPA NGAH** avec qui ce parcours à vraiment pris tout son sens, merci pour votre soutien indéfectible, votre affection et vos encouragements durant toutes ces années.
- Mes camarades de thèse dans le département psychiatrie : **DIN BA BELLO et ZANG Cynthia**
- A mes amis **EBONGUE, ABOUBAKAR, ABENG, ENDOMBA, KALATI, DEFO, KOUDJOU, EONE et BOLO BASSI** de regretter mémoire merci pour l'affection sans mesure et continue que vous avez toujours eue à mon égard.
- A mon groupe de stages hospitaliers, merci pour votre soutien et l'entraide durant ces années de dur labeur.
- A tous mes camarades de la 49^{ème} promotion de médecine générale, 11^{ème} promotion de médecine buccodentaire, 11^{ème} promotion de pharmacie de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, pour votre excellente compagnie durant ce trajet long et pénible qui arrive à son terme.
- Au Chœur des muses FMSB, club danse FMSB
- A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CHUY: centre hospitalier universitaire de Yaoundé

CNLD: Comité national de lutte contre la drogue

CSPro: *Census and Survey Processing System*

DM: depression mental

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual fifth edition*

EPDS : *Edinburg Postnatal Depression Scale*

FMSB : faculté de médecine et des sciences biomédicales

GDS: *Geriatric Depression Scale*

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HGY : hôpital général de Yaoundé

IQR : Interquartile

MENA: Middle East and North Africa

PHQ-9 : *patient health questionnaire 9*

SPSS: *Statistical Package for Social Science*

UNODC : organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime

YUTH: Yaounde University Teaching Hospital

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 Sclolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants	Pr NGANOU Chris Nadège épouse GNINDJIO
Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Sclolarité 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 Alfred KONGNYU
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 Sclolarité et des Statistiques	Mme BIENZA Aline
Chef de Service Adjoint de la Sclolarité 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 MPONO 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
Coordonnateur de la formation Continue	Pr KASIA Jean Marie
Point focal projet	Pr NGOUPAYO Joseph
Responsable Pédagogique CESSI	Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

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
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	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

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphane	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	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
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 Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	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	NYANKOUÉ MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	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	NDJITOYAP 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/ Hépto- 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

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

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 NGABEDE 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

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	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
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
109	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANE Pascal	P	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

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

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
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
132	DJOMOU François (CD)	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 NYEKE Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

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
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
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
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

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
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
194	KAMGNO Joseph (CD)	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

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

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
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	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 épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
218	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	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
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	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	Chirurgien Dentiste
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	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
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

250	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse 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

SERMENT D'HIPPOCRATE

Déclaration de Genève 1948

Au moment d'être admis comme membre de la profession médicale :

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je témoignerai à mes Maîtres le respect et la reconnaissance qui leurs sont dus ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité ;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et Les nobles traditions de la profession médicale ;

Je ne permettrai pas que les considérations d'âge, de maladie où

D'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité,

D'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social, où

Tout autre critère s'interpose entre mon devoir et mon patient ;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre

Les droits de l'homme et les libertés civiques, même sous la menace ;

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Classification des drogues selon leur effet [17]	8
Tableau II : Diagnostics associés aux classes de substances	32
Tableau III : Répartition des répondants selon l'âge et le sexe.....	47
Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale, la religion, le secteur professionnel et le niveau scolaire.....	48
Tableau V : Répartition de la population d'étude selon la consommation de la drogue.....	51
Tableau VI : Répartition de la population d'étude selon les motivations	51
Tableau VII : Répartition de la population d'étude selon le type de substance consommée ...	52
Tableau VIII : Répartition de la population d'étude selon le mode et l'objectif de la consommation.....	53
Tableau IX : Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques liées au cadre familial et à la scolarité.....	54
Tableau X : Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques liées au cadre familial et à la scolarité.....	55
Tableau XI : Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques liées à la vie professionnelle et financière	56
Tableau XII : Répartition de la population d'étude selon les facteurs pathologiques liées à la consommation des substances psychoactives.....	57
Tableau XIII : Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie traumatisant ou stressant provoquant la consommation.....	59
Tableau XIV : Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie traumatisant ou stressant provoquant la consommation (Suite).....	60
Tableau XV: Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie provoquant la rechute.	61
Tableau XVI: Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie provoquant la rechute (suite).	62
Tableau XVII : Répartition de la population d'étude selon les Pathologies Organiques-Après consommation.....	63
Tableau XVIII : Répartition de la population d'étude selon les pathologies psychiatrique- Après consommation	64
Tableau XIX : Répartition de la population d'étude selon les Interactions entre les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux	65
Tableau XX : Répartition de la population d'étude selon les Interactions entre les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux (suite).....	66
Tableau XXI : Répartition de la population d'étude selon les facteurs Pathologique Organiques-Avant consommation	68

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme du flux des patients	46
Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon la région d'origine	49
Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon l'arrondissement de résidence à Yaoundé	50
Figure 4 : représentation de l'allure des profils de personnalités de l'échantillon.....	58

RÉSUMÉ

Contexte : L'organisation mondiale de la sante définit la toxicomanie comme étant une envie irrépressible de consommer une substance (alcool ou drogues) ainsi qu'une tendance à augmenter les doses, entraînant une dépendance psychologique et parfois physique [1]. À ce jour, plusieurs travaux de recherches ont été menées au Cameroun dans les secteurs divers sur la toxicomanie et les troubles psychiatriques la plupart abordent le volet économique. Toutefois très peu de données sont disponibles concernant les facteurs psychologiques et sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé. Devant l'insuffisance des données, il nous est donc paru opportun de faire une étude préliminaire s'attaquant aux facteurs psychologiques et sociaux favorisant la toxicomanie sur des patients toxicomanes dans la ville de Yaoundé et ceci dans 3 hôpitaux de la place.

Objectifs : Étudier les facteurs psychologiques et sociaux favorisant la consommation abusive des substances psychoactives dans la ville de Yaoundé.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive avec collecte de données prospective sur une période de 07 mois, allant du 2 Novembre 2023 au 31 Mai 2024. Était inclus, toutes personnes âgées au moins de 13 ans, être diagnostiqué toxicomane, accepté de participer à l'étude sans distinction d'orientation sexuelle et ayant donné son consentement éclairé. Les données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête préétablie intéressant les facteurs sociodémographiques, le moment, la substance, la personnalité. Elles ont été ensuite saisies et analysées à l'aide du logiciel CsPro version 7.7. Les variables qualitatives étaient exprimées sous forme d'effectif et de fréquences en pourcentage, et comparée à l'aide de Chi 2 avec un seuil de significativité de 5%. Quant aux variables quantitatives, elles étaient présentées à l'aide des paramètres de position et de dispersion.

Résultats : La tranche d'âge la plus retrouvée allait de 25 à 30ans avec une fréquence de 48.0%, le sexe masculin était majoritaire avec 77%. Les célibataires avec 95.0%. La région d'origine la plus représentée était la région du centre avec 48.0%, les catholiques avec 78.0%. Le secteur professionnel le plus représenté était les étudiants avec 60.5%. La consommation avec une valeur $P=0.032$, la région du centre sera la plus représentée avec 48.0%. La consommation moyenne en année $7,9 \pm 4,2$ avec une médiane de 7,0 avec l'intervalle interquartile de [5,0-

10,0]. Les motivations à la consommation les plus rencontrés sont les amis avec 90.0%. Le type de substance la plus consommée est le cannabis (92.5%) et l'objectif de la consommation est la détente (85.5%). Nous avons une association significative entre l'objectif de la consommation notamment la détente et la durée de la consommation avec une valeur $P=0.030$. Les premiers nés seraient plus susceptibles de consommer de la drogue avec un pourcentage de 80.5%, les patients nés dans un foyer monogamique (54.0%), et le type d'éducation la plus représenté est permissive (64.0%). Nous avons une association significative entre le nombre de classe redoubler et la durée de la consommation avec une valeur $P=0.014$. Il y a une association significative entre le type de métier et la durée de la consommation avec une valeur $p=0.014$. La somme dépensée par jour dans la consommation est une moyenne \pm SD $9,967.5 \pm 14,273.1$ FCFA donc l'origine des fonds de la plupart sont les parents avec 76.0%. Le type de personnalités la plus présente dans l'échantillon est la personnalité antisociale de 23.0%. Nous avons une association significative entre l'échec scolaire ou professionnel et la durée de la consommation et une association significative entre le divorce et la durée de la consommation avec une valeur $P=0.034$ et $P=0.01$ respectivement. L'évènement de vie motivant à la consommation les plus rencontrés était les consommateurs proches avec 85.0%. La pathologie psychiatrique la plus retrouvée après la consommation des substances psychoactives est la psychose sans désorganisation avec un effectif de 87 et une fréquence 43,5%. Une association significative a été retrouvée entre l'âge, le type de substance consommée, le type de métier, l'échec scolaire et ou professionnel et la durée de la consommation avec une valeur $p<0.001$, $p=0.046$, $p=0.008$, $p=0.044$ respectivement.

Conclusion : Les toxicomanies sont favorisées principalement par les facteurs psychologiques et sociaux. Elles concernent majoritairement les adultes de sexe masculin, célibataires, tous étudiants, des chômeurs issus d'un foyer monogamique avec une éducation permissive et l'origine des fonds qu'ils utilisent à cet effet provient des leurs parents. Les motivations à la consommation sont les amis, la drogue la plus consommée est le cannabis. La personnalité antisociale est majoritaire et la psychose sans désorganisation est la pathologie psychiatrique la plus retrouvée après la consommation. Les interactions entre les facteurs sociaux et les facteurs psychologiques favorisant les toxicomanies se retrouvent dans l'âge, le type de substance consommée, le type de métier, l'échec scolaire et/ou professionnel.

Mots clés : Substances psychoactives, toxicomanie, profil psychologique, consommation.

ABSTRACT

Background: The World Health Organization defines addiction as an irrepressible desire to consume a substance (alcohol or drugs) and a tendency to increase doses, leading to psychological and sometimes physical dependence [1]. To date, a number of research studies have been carried out in Cameroon in various sectors on drug addiction and psychiatric disorders, most of which deal with the economic aspect. However, very little data is available on the psychological and social factors favorizing of drug addiction in the city of Yaoundé. In view of the paucity of data, it therefore seemed appropriate to carry out a preliminary study focusing on the psychological and social factors favorizing drug addiction in drug-addicted patients in the city of Yaoundé, in 3 local hospitals.

Objectives: To study the psychological and social factors favoring substance abuse in the city of Yaoundé.

Methodology: This was a cross-sectional and descriptive study with prospective data collection conducted over a period of 07 months, from 2nd November 2023 to the 31 May 2024. Included were all persons aged at least 13 years, diagnosed as drug addicts, willing to participate in the study regardless of sexual orientation and having given informed consent. Data were collected using a pre-established survey form covering socio-demographic factors, time, substance and personality. They were then entered and analyzed using CsPro version 7.7 software. Qualitative variables were expressed as headcounts and percentage frequencies, and compared using Chi 2 with a significance level of 5%. Quantitative variables were presented using position and dispersion parameters.

Results: The most common age group was between 25 and 30, with a frequency of 48.0%. Males accounted for 77%. Singles accounted for 95.0%. The most represented region of origin was the central region with 48.0%, Catholics with 78.0%. The most represented professional sector was students with 60.5%. Consumption with a $P=0.032$ value, the central region would be the most represented with 48.0%. Average consumption in year 7.9 ± 4.2 with a median of 7.0 with an interquartile range of [5.0-10.0]. The most common reasons for drinking were friends (90.0%). The type of substance most consumed was cannabis (92.5%) and the objective of consumption was relaxation (85.5%). There was a significant association between the

objective of consumption, notably relaxation, and the duration of consumption, with a P value of 0.030. First-borns were more likely to use drugs, with a percentage of 80.5%, while patients born into monogamous home (54.0%), and the most common type of upbringing was permissive (64.0%). We found a significant association between the number of class repetition and duration of consumption with a $P=0.014$ value. There is a significant association between the type of profession and the duration of consumption with a p-value of 0.014. The amount spent per day on consumption is a mean + SD $9,967.5 \pm 14,273.1$ FCFA, so the origin of most of the funds is parents with 76.0%. The personality type most present in the sample is the antisocial personality at 23.0%. We found a significant association between academic or professional failure and a significant association between divorce and duration of drinking duration of use, with $P=0.034$ and $P=0.01$ respectively. The most common life events motivating consumption were close with 85.0%. The most common psychiatric pathology found after the use of psychoactive substances was psychosis with a headcount of 87 and a frequency of 43.5%. A significant association was found between age, the type of substance consumed, type of occupation, academic and/or professional failure and duration $p<0.001$, $p=0.046$, $p=0.008$, $p=0.044$ respectively.

Conclusion: Drug addiction is favored by psychological and social factors. They mainly concern single male adults, all students, unemployed people from monogamous households with a permissive upbringing, and the source of the funds they use for this purpose comes from their parents. Motivations for consumption are friends, and the drug most consumed is cannabis. The antisocial personality is in the majority, and psychosis without disorganization is the most common psychiatric pathology after drug use. Interactions between social and psychological factors favoring drug addiction are found in age, the type of substance consumed, the type of occupation, and academic and/or professional failure.

Key words: Psychoactive substances, addiction, psychological profile, consumption.

Chapitre I : INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification

L'organisation mondiale de la sante définit la toxicomanie comme étant une envie irrépressible de consommer une substance (alcool ou drogues) ainsi qu'une tendance à augmenter les doses, entraînant une dépendance psychologique et parfois physique [1]. Selon l'atlas OMS sur la toxicomanie, 3.5% à 5.7% des 15-64 ans consommeraient des drogues illicites dans le monde et l'on estime que 10% à 15% d'entre eux deviennent dépendants ou en font un usage nocif [2]. Le taux de consommation de drogues illicites en Afrique subsaharienne est de 1.6% en 2018 contre 1.8% en Europe et en Asie centrale, a-t-on rappelé [3]. Ce taux est « plus élevé » que la moyenne enregistrée dans les régions MENA, Amérique latine, Caraïbes, Asie du Sud, Asie de l'Est et le Pacifique. Les statistiques du Comité national de lutte contre la drogue (CNLD) assurent que 21% de la population camerounaise en âge scolaire a déjà consommé de la drogue [4].

La toxicomanie entraîne plusieurs complications sur différent plan à savoir les complications sur le plan social : la marginalisation, la désinsertion familiale, les violences familiales, des violences basées sur le genre, des démêlées avec la justice car la consommation des drogues est illégale au Cameroun. La prise en charge toxicologique est très faible au Cameroun en raison du manque de structures spécialisées et de l'insuffisance du personnel qualifié.

La toxicomanie sur le plan professionnel est une cause de l'absentéisme, l'abandon scolaire ou du travail, la perte de la motivation ce qui entraîne des pertes financières massives et des pertes en ressource humaine. Sur le plan de la santé mentale, elle est la principale cause de pathologies psychiatriques parmi lesquelles les schizophrénies donc l'expérience clinique nous montre clairement combien les schizophrènes sont particulièrement à risque d'abus ou dépendance des substances psychoactives. Les schizophrénies se retrouvent parmi les conséquences majeures de la toxicomanie dans le monde [7]. Ces chiffres qui selon les spécialités pourraient s'aggraver si des mesures ne sont pas prises contre ce phénomène au Cameroun.

À ce jour, plusieurs travaux de recherches ont été menées au Cameroun dans les secteurs divers sur la toxicomanie et les troubles psychiatriques la plupart abordent le volet économique. Toutefois très peu de données sont disponibles concernant les facteurs psychologiques et sociaux des toxicomanies dans la ville de Yaoundé.

1.2. Problématique

La consommation abusive des substances psychoactive est devenue un problème de santé mentale au Cameroun. Les rechutes y sont fréquentes malgré les tentatives de prévention primaires, secondaires et tertiaires et des traitements parfois bien conduits. Ce fléau affecte de plus en plus le milieu scolaire et professionnel. Selon les statistiques du comité national de lutte contre la drogue publiée en 2022, 21% de la population camerounaise en âge scolaire a déjà consommé la drogue [5]. La couche vulnérable oscille entre 15 et 25 ans et ces substances circulent sous les formes plus inattendues [4]. Devant l'insuffisance des données, il nous est donc paru opportun de faire une étude préliminaire s'attaquant aux facteurs psychologiques et sociaux favorisant la toxicomanie dans la ville de Yaoundé et ceci dans 3 hôpitaux de la place

1.3. Question de recherche

Quelles sont les facteurs sociaux et psychologiques qui favoriseraient les toxicomanies dans la ville de Yaoundé

1.4. Hypothèse de recherche

Il existerait les facteurs psychologique et sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé

1.5. Objectifs de recherche

1.5.1. Objectif général

Étudier les facteurs psychologiques et sociaux favorisant la consommation abusive des substances psychoactives dans la ville de Yaoundé.

1.5.2. Objectifs spécifiques

- 1) Identifier les facteurs sociodémographiques de l'échantillon ;
- 2) Décrire les facteurs sociaux favorisant les toxicomanies ;
- 3) Décrire les facteurs psychologiques favorisant les toxicomanies ;
- 4) Décrire les interactions entre les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé
- 5) Décrire les facteurs associés

1.6. Intérêt :

Faire une étude sur les facteurs psychologiques et sociaux favorisant la toxicomanie sur des patients toxicomanes dans la ville de Yaoundé

1.7. Définition des 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 [9].

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 [10].

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 [11].

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 [12].

Drogue légale : Toute substance telle que l'alcool, la caféine et la nicotine qui sont potentiellement dangereuses mais dont le gouvernement autorise la consommation [13].

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 (p. ex., dysphorie, anxiété, irritabilité) reflétant un syndrome de sevrage motivationnel lorsque l'accès à la drogue est empêché [14].

Poly toxicomanie : 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 [14].

Délinquance juvénile : Comportement criminel, ou actes non conformes aux normes morales ou légales de la société, commis par un mineur [15].

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 [16].

Le vendeur de rue : une personne qui propose des biens à la vente au grand public sans disposer d'une structure bâtie permanente pour vendre. Les vendeurs de rue peuvent être stationnaires dans le sens où ils occupent un espace sur les trottoirs ou d'autres espaces publics/privés ou, ils peuvent être mobiles dans le sens où ils se déplacent d'un endroit à l'autre en transportant leurs marchandises sur des charrettes ou dans des paniers sur leur tête.

Dealer : Individu qui vend des drogues illégales, de quelque type ou quantité que ce soit [16].

Famille monoparentale : Une famille monoparentale est celle qui comprend un seul parent [17].

Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

2.1. Rappels des connaissances sur la toxicomanie

2.1.1. Définitions de drogue :

On appelle « drogue » toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. [8]

2.1.2. 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 interdites par la loi généralement à cause de leurs effets nocifs potentiels à la fois sur la santé physique et mentale de ses consommateurs [18]. Comme exemple 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 [18].

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 les drogues 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% [19].

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

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

considérées comme très dangereuses. Les opiacés, comme la morphine et l'héroïne, sont considérées comme des drogues dures [20].

➤ Selon l'effet sur les systèmes nerveux centraux

Tableau I : *classification des drogues selon leur effet [17]*

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

2.1.3. Description clinique des effets de la drogue

2.1.3.1 Manifestations cliniques liées à la consommation d'alcool

➤ Manifestations aiguës liées à la consommation d'alcool

Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou des loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool [35]
 - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

➤ **Manifestations chroniques liés à la consommation d'alcool**

A. Ingestion récente d'alcool.

- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool.
- C. Au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool :
1. Discours bredouillant.
 2. Incoordination motrice.
 3. Démarche ébrieuse.
 4. Nystagmus.
 5. Altération de l'attention ou de la mémoire.
 6. Stupeur ou coma.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

➤ **Manifestations clinique liées au sevrage**

- A. Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé
- B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage d'alcool décrit dans le critère A :
1. Hyperactivité neurovégétative (p. ex. transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/minute).
 2. Augmentation du tremblement des mains.
 3. Insomnie.
 4. Nausées ou vomissements.
 5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives.
 6. Agitation psychomotrice.
 7. Anxiété.
 8. Crises convulsives généralisées tonico-cloniques.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

2.1.3.2. Manifestations cliniques liées à la consommation de la caféine

➤ Manifestations aiguës liées à la consommation de la caféine :

. Consommation récente de caféine (typiquement une dose élevée bien supérieure à 250 mg).

B. Au moins cinq des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation de caféine :

1. Fébrilité.
2. Nervosité.
3. Excitation.
4. Insomnie.
5. Faciès vultueux.
6. Augmentation de la diurèse.
7. Troubles gastro-intestinaux.
8. Soubresauts musculaires.
9. Pensées et discours décousus.
10. Tachycardie ou arythmie cardiaque.
11. Périodes d'infatigabilité.
12. Agitation psychomotrice.

C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

➤ Manifestations cliniques liées au sevrage de la caféine

A. Usage prolongé et quotidien de caféine.

B. Arrêt brutal ou réduction de la prise de caféine, suivi dans les 24 heures par trois (ou plus) des signes ou symptômes suivants :

1. Céphalées.
 2. Fatigue ou somnolence importante.
 3. Humeur dysphorique, humeur dépressive ou irritabilité.
 4. Difficultés de concentration.
 5. Symptômes pseudo-grippaux (nausées, vomissements ou raideur/douleur musculaire).
- C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas associés aux effets physiologiques d'une autre affection médicale (comme la migraine ou une maladie virale) et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

2.1.3.3. Manifestations cliniques liées à la consommation du cannabis

➤ Manifestations aiguës liées à la consommation du cannabis :

Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :

1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
5. Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.

8. Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (*cf.* les critères A et B du sevrage du cannabis, p. 675).
 - b. Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. Moins de deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :
 1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
 3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
 5. Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
 8. Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.

9. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- c. Besoin de quantités notablement plus fortes du cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- d. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- c. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis [36]
- d. Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

➤ **Manifestations cliniques liées à la consommation chronique du cannabis**

A. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage du cannabis.

B. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans les 2 heures qui suivent l'usage du cannabis :

- 1. Conjonctives injectées.
- 2. Augmentation de l'appétit.
- 3. Sécheresse de la bouche.
- 4. Tachycardie.

C. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

➤ **Manifestations cliniques liées au sevrage du cannabis**

A. Arrêt d'un usage du cannabis qui a été massif et prolongé (c.-à-d. consommation habituellement quotidienne ou presque durant une période d'au moins quelques mois).

B. Au moins trois des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ une semaine après le critère A :

1. Irritabilité, colère, ou agressivité.
 2. Nervosité ou anxiété.
 3. Troubles du sommeil (p. ex. insomnie, rêves perturbants).
 4. Diminution de l'appétit ou perte de poids.
 5. Fébrilité.
 6. Thymie dépressive.
 7. Au moins un des symptômes physiques suivants cause de l'inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilité/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

2.1.3.4. Manifestations clinique liées aux hallucinogènes

➤ Manifestations aigue de la consommation de la phencyclidine

- A. Mode d'usage de la phencyclidine (ou une substance pharmacologiquement similaire) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. La phencyclidine est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de la phencyclidine.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la phencyclidine, à utiliser la phencyclidine, ou à récupérer des effets de la phencyclidine.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser la phencyclidine.
 5. Usage répété de la phencyclidine conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile (p. ex. absences répétées ou mauvaises

performances au travail du fait de l'usage de la phencyclidine ; absences, exclusions de l'école liées à la phencyclidine ; négligence des enfants ou des tâches ménagères).

6. Usage continu de la phencyclidine malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la phencyclidine (p. ex. disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication ; bagarres).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la phencyclidine.
8. Usage répété de la phencyclidine dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. conduire une voiture ou faire fonctionner une machine sous l'influence de la phencyclidine).
9. L'usage de la phencyclidine est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la phencyclidine.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de phencyclidine pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de phencyclidine.

➤ **Manifestations cliniques liées à la consommation aigue des autres hallucinogènes**

Mode d'usage problématique d'un hallucinogène (autre que la phencyclidine) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois:

1. Un hallucinogène est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de l'hallucinogène.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir l'hallucinogène, à utiliser l'hallucinogène ou à récupérer des effets de l'hallucinogène.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser l'hallucinogène.
5. Usage répété de l'hallucinogène conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile (p. ex. absences répétées ou mauvaises

performances au travail du fait de l'usage de l'hallucinogène ; absences, exclusions de l'école liées à l'hallucinogène ; négligence des enfants ou des tâches ménagères).

6. Usage continu de l'hallucinogène malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'hallucinogène (p. ex. disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication ; bagarres).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'hallucinogène.
8. Usage répété de l'hallucinogène dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. conduire une voiture ou faire fonctionner une machine sous l'influence de l'hallucinogène).
9. L'usage de l'hallucinogène est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'hallucinogène.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'hallucinogène pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité d'hallucinogène.

➤ **Manifestations clinique liées a la consommations chronique de la phencyclidine**

- A. Usage récent de phencyclidine (ou d'une substance similaire sur le plan pharmacologique).
- B. Changements comportementaux problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. bagarres, agressivité, impulsivité, imprévisibilité, agitation psychomotrice, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage de phencyclidine.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans l'heure qui suit :

N.B. : Lorsque la substance est fumée, « sniffée » ou utilisée par voie intraveineuse, la survenue peut être particulièrement rapide.

 1. Nystagmus horizontal ou vertical.
 2. Hypertension ou tachycardie.
 3. Engourdissement ou diminution de la réponse à la douleur.
 4. Ataxie.

5. Dysarthrie.
6. Rigidité musculaire.
7. Crises convulsives ou coma.
8. Hyperacousie.

D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance

➤ **Manifestations cliniques liées à la consommation chronique des autres hallucinogènes**

- A. Usage récent d'un hallucinogène (autre que la phencyclidine).
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. anxiété ou dépression marquées, idées de référence, peur de devenir fou, mode de pensée persécutoire, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène.
- C. Altérations des perceptions survenant en pleine conscience, dans un état de plein éveil (p. ex. intensification subjective des perceptions, dépersonnalisation, déréalisation, illusions, hallucinations, synesthésies) qui se sont développées pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène.
- D. Au moins deux des signes suivants se développant pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène :
1. Dilatation pupillaire.
 2. Tachycardie.
 3. Transpiration.
 4. Palpitations.
 5. Vision trouble.
 6. Tremblements.
 7. Incoordination motrice.
- E. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

2.1.3.5. Manifestations cliniques liées aux substances inhalées

➤ Manifestations aiguës

A. Mode d'usage problématique de substances inhalées à base d'hydrocarbures conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. La substance inhalée est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance inhalée.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir la substance inhalée, à utiliser la substance inhalée, ou à récupérer des effets de la substance inhalée.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance inhalée.
5. L'usage répété de la substance inhalée conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage continu de la substance inhalée malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance inhalée.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance inhalée.
8. Usage répété de la substance inhalée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de la substance inhalée est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance inhalée.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de substance inhalée pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de substance inhalée.

➤ Manifestations chronique

A. Usage intentionnel récent ou exposition accidentelle de courte durée aux substances inhalées à forte dose, incluant les hydrocarbures volatils comme le toluène ou l'essence.

- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. bagarres, agressivité, apathie, altération du jugement) qui se sont développés pendant, ou peu après, l'exposition aux substances inhalées.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants se développant pendant ou peu après l'usage ou l'exposition aux substances inhalées :
1. Étourdissements.
 2. Nystagmus.
 3. Incoordination motrice.
 4. Discours bredouillant.
 5. Démarche ébrieuse.
 6. Léthargie.
 7. Diminution des réflexes.
 8. Ralentissement moteur.
 9. Tremblements.
 10. Faiblesse musculaire généralisée.
 11. Vision trouble ou diplopie.
 12. Stupeur ou coma.
 13. Euphorie.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux

2.1.3.6. Manifestations cliniques liées à la consommation des opiacés

➤ Manifestations aiguës

Le fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Les opiacés sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage des opiacés.

3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir des opiacés, à utiliser des opiacés ou à récupérer de leurs effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés.
5. Usage répété des opiacés conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage continu des opiacés malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opiacés.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage des opiacés.
8. Usage répété des opiacés dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage des opiacés est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opiacés.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes des opiacés pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité des opiacés.

N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique des opiacés [37]
 - b. Les opiacés (ou une substance très proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

➤ **Manifestations chroniques**

- A. Usage récent d'opiacé.
- B. Troubles du comportement ou modifications psychologiques, cliniquement significatifs (p. ex. euphorie initiale suivie par de l'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement moteur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'opiacé.

C. Constriction pupillaire (ou dilatation pupillaire due à l'anoxie en cas de surdose grave) et au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après l'usage d'opiacés :

1. Somnolence ou coma.
2. Discours bredouillant.
3. Altération de l'attention ou de la mémoire.

D. Les signes et symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.:

➤ **Manifestations liées au sevrage**

A. L'une ou l'autre des circonstances suivantes :

1. Arrêt (ou réduction) d'un usage d'opiacés qui a été massif et prolongé (au moins plusieurs semaines).
2. Administration d'un antagoniste opiacé après une période de l'usage d'opiacés.

B. Au moins trois des manifestations suivantes se développant de quelques minutes à quelques jours après le critère A :

1. Humeur dysphorique.
2. Nausées ou vomissements.
3. Douleurs musculaires.
4. Larmoiement ou rhinorrhée.
5. Dilatation pupillaire, piloérection, ou transpiration.
6. Diarrhée.
7. Bâillement.
8. Fièvre.
9. Insomnie.

C. Les signes et symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les signes et symptômes ne sont pas dus à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

2.1.3.7. Manifestations clinique liées à la consommation des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques

➤ Manifestations aiguës

L'altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois:

1. Les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, à utiliser des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ou à récupérer de leurs effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.
5. Usage répété d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile (p. ex. absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
6. Usage continu d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (p. ex. disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.
8. Usage répété d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. la conduite d'une voiture ou l'utilisation d'une machine sous l'emprise d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique).
9. L'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

➤ **Manifestations chroniques**

- A. Usage récent d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex. comportement sexuel ou agressivité inappropriés, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.
- C. Au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après l'usage d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :
 - 1. Discours bredouillant.
 - 2. Incoordination motrice.
 - 3. Démarche ébrieuse.
 - 4. Nystagmus.
 - 5. Altération cognitive (p. ex. de l'attention ou de la mémoire).
 - 6. Stupeur ou coma.
- E. Les signes et symptômes ne sont pas dus à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

➤ **Manifestations clinique liées au sevrage**

- A. Arrêt (ou réduction) d'un usage de sédatif, hypnotique ou anxiolytique qui a été massif et prolongé.
- B. Au moins deux des manifestations suivantes se développant de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage de sédatif, hypnotique ou anxiolytique décrit dans le critère A :
 - 1. Hyperactivité neurovégétative (p. ex. transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/minute).

2. Tremblement des mains.
3. Insomnie.
4. Nausées ou vomissements.
5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives.
6. Agitation psychomotrice.
7. Anxiété.
8. Crises convulsives de type grand mal.

C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les signes et symptômes ne sont pas imputables à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, incluant l'intoxication par une autre substance

2.1.3.8. Manifestations cliniques liées à usage de stimulants

➤ Manifestations aigue

A. Mode d'usage d'une substance amphétaminique, de la cocaïne ou d'un autre stimulant conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Le stimulant est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du stimulant.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir le stimulant, à utiliser le stimulant ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser le stimulant.
5. Usage répété du stimulant conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile.
6. Usage continu du stimulant malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets du stimulant.

7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du stimulant.
8. Usage répété du stimulant dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage du stimulant est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le stimulant.
10. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :

- a. Besoin de quantités notablement plus fortes du stimulant pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité du stimulant.

N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent des médicaments stimulants sous surveillance médicale, tels que les traitements pour un déficit de l'attention/hyperactivité ou une narcolepsie.

11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. Syndrome de sevrage caractéristique du stimulant (*cf.* les critères A et B du sevrage d'un stimulant, p. 734).
- b. Le stimulant (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

➤ **Manifestations chroniques**

- A. Usage récent d'une substance amphétaminique, de cocaïne ou d'un autre stimulant.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. euphorie ou émoussement affectif, changements de la sociabilité, hyper vigilance, sensibilité interpersonnelle, anxiété, tension ou colère, comportements stéréotypés, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage du stimulant.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, qui se développent durant ou peu de temps après l'usage du stimulant :
 1. Tachycardie ou bradycardie.
 2. Dilatation pupillaire.

3. Augmentation ou diminution de la pression artérielle.
 4. Transpiration ou frissons.
 5. Nausées ou vomissements.
 6. Perte de poids avérée.
 7. Agitation ou ralentissement psychomoteur.
 8. Faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleurs thoraciques ou arythmies cardiaques.
 9. Confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies ou coma.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris une intoxication par une autre substance.

➤ **Sevrage d'un stimulant**

- A. Arrêt (ou réduction) de l'usage prolongé d'une substance amphétaminique, de cocaïne ou d'un autre stimulant.
- B. Humeur dysphorique et deux (ou plus) des modifications physiologiques suivantes, apparaissant de quelques heures à plusieurs jours après le critère A :
1. Épuisement.
 2. Rêves intenses et déplaisants.
 3. Insomnie ou hypersomnie.
 4. Augmentation de l'appétit.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

2.1.3.9. Manifestations clinique liées à l'usage du tabac

➤ **Manifestations aiguës**

A. Mode d'usage problématique du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Le tabac est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage du tabac.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac.
4. Envie impérieuse (*craving*), ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser du tabac.
5. Usage répété de tabac conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile (p. ex. perturbation du travail).
6. Usage continu de tabac malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac (p. ex. conflits avec les autres au sujet de l'usage du tabac).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du tabac.
8. Usage répété de tabac dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. fumer au lit).
9. L'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac.
10. Tolérance définie par l'un des deux symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de tabac pour obtenir l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de consommation continue de la même quantité de tabac.

11. Sevrage, manifesté par l'un des deux symptômes suivants :

- a. Syndrome de sevrage caractéristique du tabac (*cf.* les critères A et B du sevrage du tabac).
- b. Le tabac (ou une substance très proche, telle que la nicotine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

➤ **Sevrage au tabac**

B. Arrêt brutal de la consommation, ou réduction de la quantité de tabac utilisée, suivi, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes ou symptômes suivants :

1. Irritabilité, frustration ou colère.
2. Anxiété.
3. Difficultés de concentration.
4. Augmentation de l'appétit.
5. Fièvre.
6. Humeur dépressive.
7. Insomnie.

C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance

Manifestations cliniques liées à la consommation des substances inconnues

➤ **Manifestations aiguës**

. Mode d'usage problématique d'une substance psychoactive autre que l'alcool, la caféine, le cannabis, un hallucinogène (phencyclidine et autres), une substance inhalée, un opiacé, un sédatif, un hypnotique ou un anxiolytique, une substance stimulante ou le tabac, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes observées au cours d'une période de 12 mois :

1. La substance est souvent prise en plus grande quantité ou sur une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance.
5. Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
6. Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
8. Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être dangereux physiquement.
9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (*cf.* les critères A et B du sevrage d'une substance autre [ou inconnue] p. 749).
 - b. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

➤ **Manifestations chroniques**

- A. Développement d'un syndrome réversible spécifique de la substance dû à une ingestion (ou exposition) récente d'une substance qui n'est pas décrite ailleurs ou est inconnue.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs, imputables à l'effet de la substance sur le système nerveux central (p. ex. trouble de la coordination motrice, agitation ou ralentissement psychomoteur, euphorie, anxiété, agressivité, labilité de l'humeur, trouble cognitif, altération du jugement, retrait social) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.
- C. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

➤ **Sevrages des substances inconnues**

- A. Arrêt (ou réduction) de l'utilisation d'une substance qui a été massive et prolongée.
- B. Développement d'un syndrome spécifique de la substance rapidement après l'arrêt (ou la réduction) de l'usage de la substance.
- C. Le syndrome spécifique lié à la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont un sevrage d'une autre substance.
- E. La substance impliquée n'appartient à aucune des autres catégories de substances (alcool, caféine, cannabis, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, stimulants ou tabac) ou est inconnue.

Tableau II : Diagnostics associés aux classes de substances

		Troubles psychotiques	Troubles bipolaires	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Troubles obsessionnels- compulsifs et apparentés	Troubles du sommeil	Dysfonctions sexuelles	État confusionnel	Troubles neurocognitifs	Troubles liés à l'utilisation d'une	Intoxication par une substance	Sevrage d'une substance
Alcool	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X			
Caféine					I		I/S					X	X
Cannabis		I			I		I/S		I		X	X	X
Hallucinogènes													
Phencyclidine		I	I	I	I				I		X	X	
Autres		I*	I	I	I				I		X	X	
hallucinogènes													
Substances		I		I	I				I	I/P	X	X	
inhalées													
Opiacés				I/S	S		I/S	I/S	I/S		X	X	X
Sédatifs,		I/S	I/S	I/S	S		I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X
hypnotiques ou anxiolytiques													
Stimulants**		I	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I	I		X	X	X
Tabac							S				X		X
Autres (ou		I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X
inconnues)													

Note. X = La catégorie est reconnue dans le DSM-5.

I = La spécification « avec début pendant l'intoxication » peut être utilisée pour la catégorie.

S = La spécification « avec début pendant le sevrage » peut être utilisée pour la catégorie.

I/S = Soit « avec début pendant l'intoxication » soit « avec début pendant le sevrage » peut être utilisée pour la catégorie.

P = Le trouble est persistant.

* Y compris le trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (lashbacks).

** Inclut les substances de type amphétaminique, la cocaïne et les stimulants autres ou non spécifiés.

2.1.4. Facteurs sociaux liées à la consommation de drogues

2.1.4.1. Influence des pairs

Au cours de l'adolescence, le groupe de pairs devient une référence sociale principale et une sphère privilégiée permettant au jeune d'élargir et de différencier les modes de socialisation et d'individuation [21]. Ainsi, durant cette période de transition, 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 des groupes souvent très exigeants. Ces influences et contraintes 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 [22] 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

2.1.4.2 Influence parentale et familiale

Divers facteurs relatifs à la famille peuvent intervenir dans la consommation des drogues par les 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 [22]. 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 [22].

2.1.4.3 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 susciter 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 [23].

2.1.5 Facteurs psychologiques liées à la consommation de drogues

2.1.5.1. 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 [24].

2.1.5.2. 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 » [27]. Elle constitue en réalité une échappatoire facile et il est très tentant de renouveler l'expérience.

2.1.5.3 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 [22]. 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 [26].

2.1.5.4 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.

2.2. Revues des publications

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

➤ Dans le monde

En 2020, Trucco et al ont réalisé à l'université de Floride aux USA, 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 [27].

Wils et al en 2015 de l'université d'Hawaï 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 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" [28].

À l'école de médecine de Wake Forest aux USA, Suer Ken 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 multi variable, 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 [29].

En Iran, Kabîr 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 Khorramābād.

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 [30].

➤ En Afrique

En Afrique du Sud, Ramsoomar et Mojorelle 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 [31].

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 [32].

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 de cigarettes au cours de la vie 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 %.

➤ **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 (12) 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 [33].

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 ex fumeurs était de 5,6%. Les facteurs indépendants associés au tabagisme actif étaient : l'âge ≥ 30 ans le sexe masculin [10,44(6,75-16,14)], les personnes vivant avec un fumeur et les travailleurs du secteur informel [34].

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 ± 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 [27].

Chapitre 3 : METHODOLOGIE

3.1. Type et durée d'étude

Nous allons réaliser une étude transversale, descriptive et analytique sur une période de 07 mois, allant de Novembre 2023 à Mai 2024.

3.2. Lieu d'étude

L'étude se déroulera dans les services de consultations externes en hospitalisation de psychiatrie de l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY), du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY) et l'hôpital Jamot de Yaoundé.

L'**HGY** est un hôpital de première catégorie, a été créé en 1987 par décret présidentiel est situé au quartier Ngousso dans la capitale politique du Cameroun. Il comprend un service de consultation externe dans lequel le service ou la psychiatrie est constitué d'un major, 4 infirmiers et 1 psychiatre.

L'**HJY** voit le jour en 1933 par décret présidentiel. Il est situé en Mballa 2 Le service de psychiatrie est constitué de trois services ; le service de consultation externe, le service de psychiatrie A et le service de psychiatrie B. Le service de consultation externe est constitué de 4 infirmiers, 4 résidents et 1 psychiatre. Le service de psychiatrie A comporte 8 chambres d'hospitalisation, 8 infirmiers et 3 psychiatres. Le service de psychiatrie B comporte également 8 chambres d'hospitalisation, 10 infirmiers, 4 résidents et 3 psychiatres.

Le **CHUY** est un hôpital de première catégorie a été fonde par un décret présidentiel du 28 octobre 1965. Il s'étend au sud de la rue de mélen, dans le quartier du même nom de la commune d'arrondissement de Yaoundé III, au nord de la faculté de médecine et des sciences biomédicales et à l'ouest du centre international de référence Chantal Biya. Le service de consultation externe est constitué d'un psychiatre, 2 résidents et 4 infirmiers. Les patients de psychiatrie sont hospitalisés dans le service de médecine interne et spécialités

3.3. Population d'étude

Les participants seront recrutés parmi les patients âgés d'au moins 13ans venu en consultations externes ou hospitalisés pour sevrage ou trouble psychiatrique induit par les substances psychoactives.

3.3.1. Critères d'inclusion

- Être âgé d'au moins 13ans
- Être diagnostiqué toxicomane
- Accepter de participer à l'étude

3.3.2. Critères d'exclusion

- Les patients qui ne sont pas dans les hôpitaux indiqués

3.3.3. Échantillonnage et taille d'échantillon

Nous procéderons à un échantillonnage aléatoire. La taille minimale d'échantillon a été calculée grâce à la formule de Cochran :

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)}{e^2}$$

Où :

n = taille d'échantillon

Z = statistique correspondant au niveau de confiance (1,96 pour un intervalle de confiance de 95%)

p = la prévalence attendue de toxicomanes. Nous nous sommes servis des résultats d'une revue systématique de toxicomanie mondial donc la prévalence est de 12.5% [2]

e = niveau de précision (0.1)

Après application numérique, nous avons obtenu une taille minimale d'échantillon de 168 patients.

3.4. Matériel

Pour mener à bien cette étude, nous aurons besoin d'un matériel comportant :

- Une fiche de questionnaire.
- Un ordinateur portable.
- Une connexions internet.
- Un modem wifi.
- Du crédit de communication.
- Une blouse blanche.

- Un stylo à bille.
- Du papier format A4.
- Des logiciels informatique ,(CS pro version 7.7, zotero, excel).

3.5. Considération éthique

Nous allons formuler une demande de clairance éthique auprès du comité institutionnel d'éthique de la recherche de la faculté de médecine et des sciences biomédicales (FMSB) de l'université de Yaoundé I.

3.6. Procédure

Une demande d'autorisation de recherche sera faite et déposé auprès des directeurs généraux de l'HGY, du CHUY et de l'HJY. Les données recueillies au cours de cette étude seront strictement confidentielles. Un formulaire de consentement éclairé sera passé à chaque participant après des explications détaillées et la réponse à toute préoccupation. Ce dernier sera libre d'accepter ou de refuser ou d'interrompre sa participation à n'importe quel moment de l'étude sans que cela n'interfère avec sa prise en charge. Après obtention de la clairance éthique et des autorisations de recherche, nous allons procéder à la collecte des données.

La fiche de collecte de données comportera 3 éléments centraux affectants la toxicomanie à savoir la substance, le moment et la personnalité, nous procéderons ensuite à un interrogatoire au cours duquel nous allons déterminer :

1. **Les facteurs sociaux démographique**, à savoir l'**âge** pour évaluer la tranche d'âge la plus touchée, le **sexe** pour déterminer le pourcentage de fille et de garçons, la situation matrimoniale du patient, sa **religion** pour rechercher les facteurs de stress religieux, l'**ethnie** pour rechercher une corrélation entre la toxicomanie et l'ethnie, son **niveau scolaire** pour déterminer quel niveau est le plus touché, **type profession** pour déterminer le profil professionnel le plus affecté, et son **quartier de résidence** pour évaluer les sites les plus touchés
2. **Les substances utilisées** : ici il sera question de savoir depuis quand est-ce le patient consomme la substance, quel type de substance il consomme, rechercher ses motivations a la consommation (amis, famille, curiosité, réseaux sociaux, télévision), son mode de consommation (en groupe ou en solo), les objectifs de la consommation, les facteurs de consolidation pour savoir ce qui le motive à continuer de consommer, à

rechercher une notion de tentatives d'arrêt, si rechute, a déterminer le nombre de fois, de savoir si le patient a déjà été en cure ou pas.

3. **Les facteurs familiaux** ; son foyer de naissance (monogamie, polygamie, concubinage), son **mode d'éducation** : permettant de rechercher la présence ou non des parents, leur irrégularité, évaluer si l'éducation est sévère ou permissive, si les patients ont été éduqué par un tuteur, déterminer sa nature (grand parents paternels ou maternel, oncles ou tantes paternels ou maternels, ami de la famille, bienfaiteurs), rechercher une notion de maltraitance, notion de stress familial, les traits de personnalités pour permettre de diagnostiquer brièvement un trouble de la personnalité et savoir à quel profil de personnalité il appartient.
4. **Facteurs scolaires** : décrire si le patient est scolarisé ou pas, son niveau scolaire, s'il a déjà redoublé une classe, si oui le nombre de fois, s'il y a une notion d'arrêt scolaire
5. **Facteurs professionnels** Si le patient est déjà en activité professionnelle à savoir quel métier il fait, rechercher des facteurs de stress professionnelle (harcèlement, retard de paiement salarial, paiement insuffisant, des supérieurs exigeants etc.)
6. **Le moment** à savoir l'évènement de vie traumatisant ou stressant à la période de la première consommation ou en cour de consommation, provoquant la rechute par exemple un deuil, un licenciement, la violence des parents, le déménagement, des consommateurs proches, un abandon, un divorce etc.

3.7. Analyse des données

Une fois nos données collectées nous les insérerons dans le masque de saisie confectionné à l'aide du logiciel CS Pro version 7.7 que nous analyserons à l'aide du logiciel SPSS Statistiques version 20. Ensuite, nous présenterons les résultats sous forme de moyenne \pm écart-type pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentages pour les variables qualitatives. Nous utiliserons le test standard de Chi-carré ou le test exact de Fisher pour comparer les proportions. Nous utiliserons le test *t* de student pour comparer les moyennes. Nous effectuerons une régression logistique afin d'éliminer les facteurs confondants. Nous considérerons une valeur $p < 0,05$ comme statistiquement significative.

Chapitre 4 : RÉSULTATS

4.1. Diagramme de recrutement

Nous avons collecté au cours de notre étude, un échantillon de 903 cas reparté dans 3 hôpitaux, nous en avons exclu 8 pour dossier incomplet et nous avons retenu 200 patient répartis comme suit :

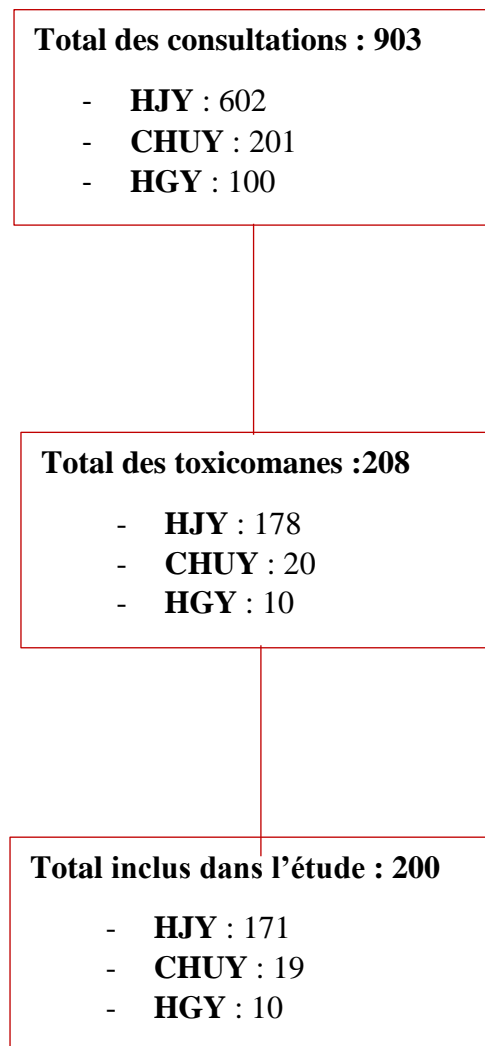


Figure 1 : Diagramme du flux des patients

4.2. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

4.2.1. Age et sexe

Tableau III : Répartition des répondants selon l'âge et le sexe

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Age		
[25,30[	96	48.0%
[20,25[	58	29.0%
30 et +	30	15.0%
[14,20[	16	8.0%
Sexe		
Masculin	154	77.0%
Féminin	46	23.0%

Dans cette étude, la tranche d'âge la plus retrouvée allait de 25 à 30ans avec une fréquence de 48.0%, le sexe masculin était majoritaire avec 77%.

4.2.2. Situation matrimoniale, religion, secteur professionnel et niveau scolaire

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale, la religion, le secteur professionnel et le niveau scolaire

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Situation matrimoniale		
Célibataire	190	95.0%
Marié (e)	10	5.0%
Religion		
Catholique	156	78.0%
Musulman	21	10.5%
Protestant	11	5.5%
Église de réveil	9	4.5%
Évangéliste	3	1.5%
Secteur professionnel		
Étudiant	121	60.5%
Sans emploi	32	16.0%
Élève	24	12.0%
Informel	14	7.0%
Public	9	4.5%
Niveau scolaire		
Universitaire	142	71.0%
Secondaire	51	25.5%
Primaire	6	3.0%
Maternelle	1	0.5%

Dans notre étude, les célibataires étaient les plus représentés avec 95.0%. 3Les catholiques avec 78.0%. Le secteur professionnel le plus représenter était les étudiants avec une fréquence de 60.5%.

4.2.3. Région d'origine de la population d'étude

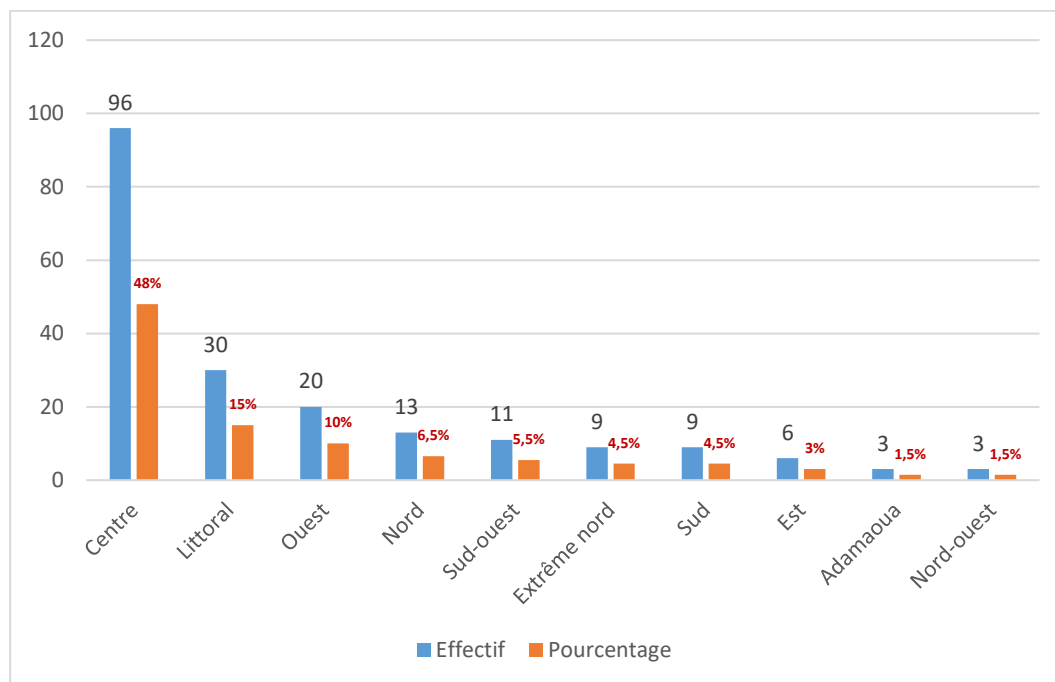


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon la région d'origine

La région d'origine la plus représentée dans notre étude était la région du centre avec un effectif de 96/200 soit une fréquence de 48.0%.

4.2.4. Arrondissement de résidence à Yaoundé

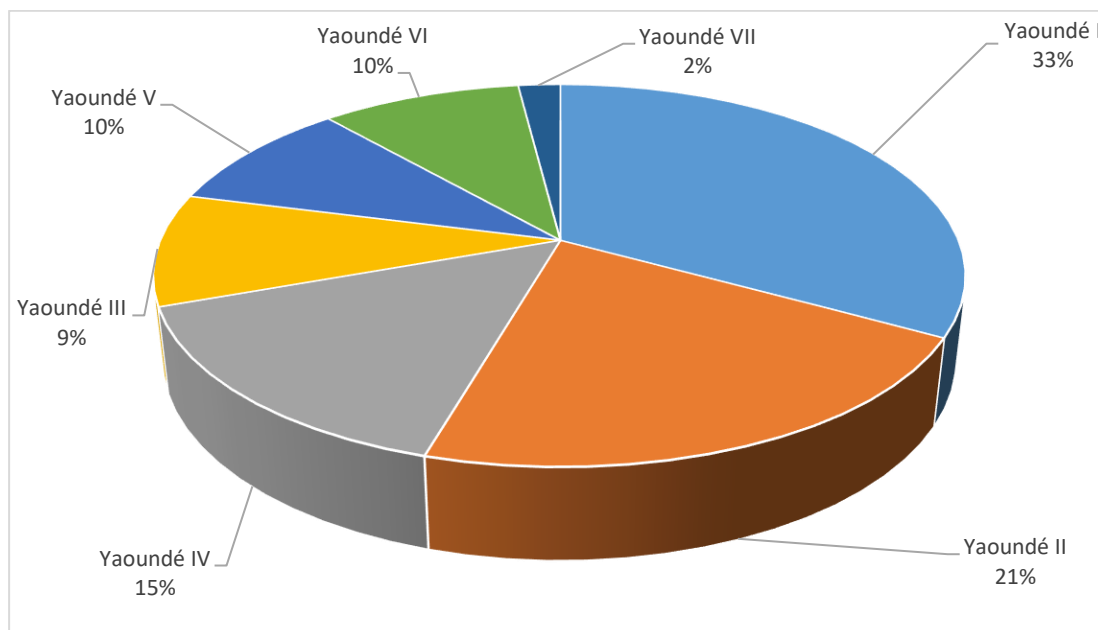


Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon l'arrondissement de résidence à Yaoundé

Dans l'étude, l'arrondissement de résidence la plus représenté était l'arrondissement de Yaoundé Ier avec un effectif de 66/200 soit une fréquence de 33%

4.3. Facteurs sociaux liés à la consommation de la drogue

4.3.1. La consommation de la drogue

4.3.1.1. Années de consommation

Tableau V : Répartition de la population d'étude selon la consommation de la drogue

Variables	N = 200 ¹
Nombre d'années de consommation	
Moyenne \pm SD	7.9 \pm 4.2
Médiane [IQR]	7.0 [5.0 - 10.0]
Min-Max	1.0 - 25.0

Dans cette étude, la moyenne de la consommation en année est 7,9 \pm 4,2 avec une médiane de 7,0 avec l'intervalle interquartile de [5,0-10,0].

4.3.1.2. Les motivations

Tableau VI : Répartition de la population d'étude selon les motivations

Variables	Effectif (N=200)	Fréquence
Ami		
Oui	180	90.0%
Non	20	10.0%
Famille		
Oui	7	3.5%
Non	193	96.5%
Curiosité		
Oui	174	87.0%
Non	26	13.0%
Réseaux sociaux		
Oui	13	6.5%
Non	187	93.5%
Télévision		
Oui	3	1.5%
Non	197	98.5%
Publicité		
Oui	1	0.5%
Non	199	99.5%

Les motivations à la consommation les plus rencontrés sont les amis avec 90.0%.

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

4.3.1.2. Type de substances

Substances consommées

Tableau VII : Répartition de la population d'étude selon le type de substance consommée

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Tramadol		
Oui	8	4.0%
Non	192	96.0%
Alcool		
Oui	49	24.5%
Non	151	75.5%
Cannabis		
Oui	185	92.5%
Non	15	7.5%
Cigarette		
Oui	127	63.5%
Non	73	36.5%
Thaï		
Oui	126	63.0%
Non	74	37.0%
Cocaïnes déchets		
Oui	120	60.0%
Non	80	40.0%
Cocaïne pure		
Oui	19	9.5%
Non	181	90.5%
Autres		
Oui	5	2.5%
Non	195	97.5%

Le type de substance la plus consommé est le cannabis (92.5%).

4.3.1.4. Mode et objectif de la consommation

Tableau VIII : Répartition de la population d'étude selon le mode et l'objectif de la consommation

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Mode de consommation		
En groupe	144	72.0%
Solitaire	56	28.0%
Objectif de la consommation		
Détente	171	85.5%
Se calmer	25	12.5%
Supporter la douleur	4	2.0%
Tentatives d'arrêt		
Non	137	68.5%
Oui	63	31.5%
Déjà été en cure		
Non	168	84.0%
Oui	32	16.0%
En rechute		
Non	154	77.0%
Oui	46	23.0%

. L'objectif de la consommation la plus représenté est la détente (85.5%).

4.3.2. Caractéristiques liées au cadre familial et à la scolarité

Tableau IX : Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques liées au cadre familial et à la scolarité

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Fratric		
1	161	80.5%
2	20	10.0%
Plus de 4	12	6.0%
3	7	3.5%
Foyer de naissance		
Monogamie	108	54.0%
Polygamie	47	23.5%
Parents célibataires	27	13.5%
Concubinage	18	9.0%
Mode d'éducation		
Parents présents	151	75.5%
Père absents	36	18.0%
Parents absents	10	5.0%
Mère absente	3	1.5%
Type d'éducation		
Permission	128	64.0%
Autoritaire	67	33.5%
Abusive	5	2.5%

Les premiers nés seraient plus susceptibles de consommer de la drogue avec un pourcentage de 80.5%, les patients nés dans un foyer monogamique (54.0%), et le type d'éducation la plus représenté est permissive (64.0%).

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

Tableau X : Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques liées au cadre familial et à la scolarité

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Nature du tuteur		
Parents	176	88.0%
Oncles paternels	9	4.5%
Grands parents	7	3.5%
Bienfaiteur	5	2.5%
Oncles maternels	3	1.5%
Notion de maltraitance		
Non	187	93.5%
Oui	13	6.5%
Notion d'autre stress familial		
Non	102	51.0%
Oui	98	49.0%
Nombre de redoublement de classes		
0	136	68.0%
1	20	10.0%
2	16	8.0%
3	15	7.5%
4 et +	13	6.5%
Niveau arrêt scolaire		
Aucun arrêt scolaire	174	87.0%
Après la troisième	19	9.5%
Avant la troisième	7	3.5%

Dans notre étude, la plupart des tuteurs étaient les parents avec un effectif de 176 et une fréquence de 88%

4.3.3. Caractéristiques liées à la vie professionnelle et financière

Tableau XI : Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques liées à la vie professionnelle et financière

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Type de métiers		
Aucun	163	81.5%
Bureaucrate	16	8.0%
Métier physique	13	6.5%
Artiste	8	4.0%
Origine des fonds		
Parents	152	76.0%
Personnels	36	18.0%
Tuteurs	9	4.5%
Amis	3	1.5%
Revenu /Salaire		
50000-100000	89	44.5%
≤50000	56	28.0%
100000-150000	35	17.5%
>150000	20	10.0%
La somme dépensée par jour dans la consommation		
Moyenne ± SD	9,967.5 ± 14,273.1	
Médiane [IQR]	5,000.0 [4,000.0 - 10,000.0]	
Min-Max	500.0 - 90,000.0	

La somme dépensée par jour dans la consommation est une moyenne \pm SD 9,967.5 \pm 14,273.1 FCFA donc l'origine des fonds de la plupart sont les parents avec 76.0%.

4.3.4. Facteurs pathologiques liées à la consommation des substances psychoactives

Tableau XII : Répartition de la population d'étude selon les facteurs pathologiques liées à la consommation des substances psychoactives

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Facteurs pathologiques		
Aucun	180	90.0%
Maladies somatiques	12	6.0%
Maladies mentales	8	4.0%

90.0% des toxicomanes n'avaient aucun facteur pathologique

4.4. Facteurs psychologiques liées à la consommation des substances psychoactives

4.4.1. Traits de personnalité liés à la consommation des substances psychoactives

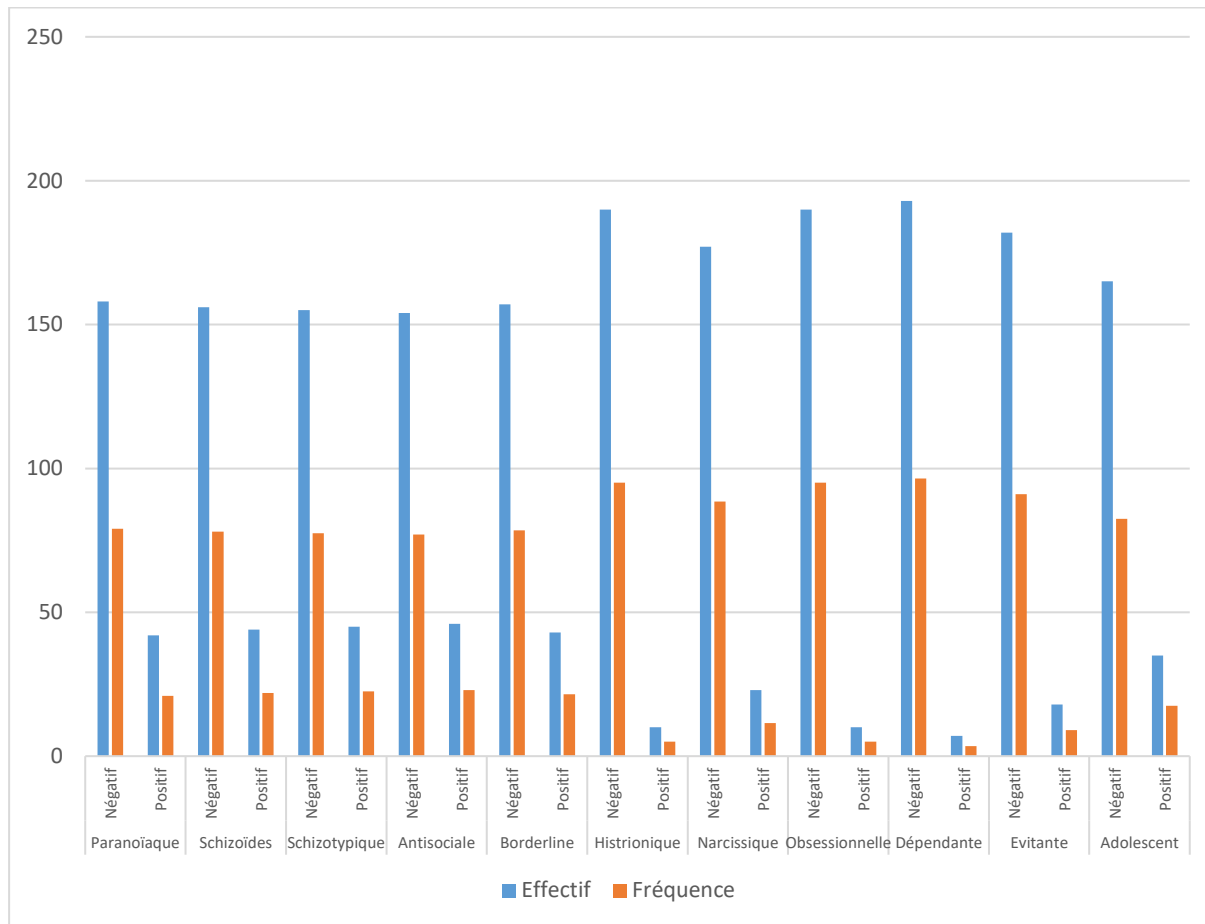


Figure 4 : représentation de l'allure des profils de personnalités de l'échantillon

Dans cette étude le type de personnalités la plus présente dans l'échantillon est la personnalité antisociale de 23.0%.

4.4.2. Évènements de vie liés à l'initiation de la consommation des substances psychoactives

Tableau XIII : Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie traumatisant ou stressant provoquant la consommation

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
deuil		
Non	193	96.5%
Oui	7	3.5%
licenciement		
Non	198	99.0%
Oui	2	1.0%
violence entre les parents		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
déménagements		
Non	199	99.5%
Oui	1	0.5%
consommateurs poches		
Oui	170	85.0%
Non	30	15.0%
harcèlement		
Non	199	99.5%
Oui	1	0.5%
retard de paiement salarial		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
paiement insuffisant		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
abandon rejet		
Non	189	94.5%
Oui	11	5.5%
divorce		
Non	191	95.5%
Oui	9	4.5%
immigration		
Non	197	98.5%
Oui	3	1.5%
échec scolaire ou professionnel		
Non	192	96.0%
Oui	8	4.0%
vécu de maltraitance		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

Tableau XIV : Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie traumatisant ou stressant provoquant la consommation (Suite)

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
viol		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
mauvais cadre de vie		
Non	197	98.5%
Oui	3	1.5%
problèmes de couples		
Non	196	98.0%
Oui	4	2.0%
Sentiment de solitude		
Non	197	98.5%
Oui	3	1.5%

L'évènement de vie motivant à la consommation les plus rencontrés était les consommateurs proches avec 85.0%.

4.4.3. Évènements de vie liés à la provocation de la rechute

Tableau XV: Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie provoquant la rechute.

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
deuil		
Non	199	99.5%
Oui	1	0.5%
licenciement		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
violence entre les parents		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
demenagements1		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
consommateurs poches		
Non	153	76.5%
Oui	47	23.5%
harcèlement		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
retard de paiement salarial		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
payement insuffisant		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
abandon rejet		
Non	197	98.5%
Oui	3	1.5%
divorce		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
immigration		
Non	197	98.5%
Oui	3	1.5%
échec scolaire ou professionnel		
Non	197	98.5%
Oui	3	1.5%

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

Tableau XVI: Répartition de la population d'étude selon l'Évènement de vie provoquant la rechute (suite).

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
vécu de maltraitance		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
viol		
Non	200	100.0%
Oui	0	0%
mauvais cadre de vie		
Non	198	99.0%
Oui	2	1.0%
problèmes de couples		
Non	198	99.0%
Oui	2	1.0%
sentiment de solitude		
Non	198	99.0%
Oui	2	1.0%

L'évènement de vie motivant à la rechute de la consommation des substance psychoactives est les consommateurs proches avec 23.5%.

4.4.4. Les pathologies organiques liées après la consommation des substances psychoactives

Tableau XVII : Répartition de la population d'étude selon les Pathologies Organiques- Après consommation

Variables	Effectif (N=200)	Fréquence
Neurologique		
Non	200	100.0%
Cardiologique		
Non	200	100.0%
Endocrinienne		
Non	197	98.5%
Oui	3	1.5%
Diabétologique		
Non	200	100.0%
Hepatogastrologique		
Non	200	100.0%
Rhumatologique		
Non	200	100.0%
Néphrologique		
Non	200	100.0%

Dans cette étude, la pathologie endocrinienne est liée après la consommation des substances psychoactive avec un effectif de 3 soit une fréquence de 1,5%.

4.4.5. Les pathologies psychiatriques liées après la consommation des substances psychoactives

Tableau XVIII : Répartition de la population d'étude selon les pathologies psychiatrique-Après consommation

Variables	Effectif (N = 200)	Fréquence
Trouble dépressive		
Non	194	97.0%
Oui	6	3.0%
Psychose avec désorganisation		
Non	150	75.0
Oui	50	25.0%
Psychose sans désorganisation		
Non	113	56.5%
Oui	87	43.5%
Trouble anxieux		
Non	195	97.5%
Oui	5	2.5%
Syndrome maniaque		
Non	186	93.0%
Oui	14	7.0%

La pathologie psychiatrique la plus retrouvée après la consommation des substances psychoactive est la psychose sans désorganisation avec un effectif de 87 et une fréquence 43,5%

4.5. Interactions entre les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé

Tableau XIX : Répartition de la population d'étude selon les Interactions entre les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux

Variables	Beta	95% CI	p-value
Age			
[14,20[	Ref.	Ref.	
[20,25[	0.93	-1.4, 3.3	0.4
[25,30[	2.3	-0.04, 4.7	0.054
30 et +	5.5	2.5, 8.5	<0.001
Situation matrimoniale			
Célibataire	Ref.	Ref.	
Marié (e)	0.57	-1.9, 3.0	0.6
Région d'origine			
Adamaoua	Ref.	Ref.	
Centre	-0.18	-4.1, 3.8	>0.9
Est	6.1	0.80, 11	0.024
Extrême nord	-0.06	-4.5, 4.3	>0.9
Littoral	-0.81	-4.9, 3.3	0.7
Nord	0.42	-3.9, 4.7	0.8
Nord-ouest	-6.1	-13, 0.38	0.065
Ouest	0.93	-3.3, 5.2	0.7
Sud	-0.77	-5.4, 3.8	0.7
Sud-ouest	-1.7	-6.1, 2.7	0.4
Secteur professionnel			
Elève	Ref.	Ref.	
Etudiant	1.2	-0.73, 3.1	0.2
Informel	2.6	-0.85, 6.0	0.14
Public	-2.5	-6.4, 1.4	0.2
Sans emploi	2.2	-0.15, 4.6	0.066
Les motivations			
Ami			
Non	Ref.	Ref.	
Oui	-0.76	-2.7, 1.1	0.4
Type de substance consommée			
Tramadol			
Oui	0.39	-2.3, 3.0	0.8
Alcool			
Non	Ref.	Ref.	
Oui	1.3	0.02, 2.5	0.046

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

Tableau XX : Répartition de la population d'étude selon les Interactions entre les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux (suite)

Variables	Beta	95% CI	p-value
Objectif de la consommation			
Détente	Ref.	Ref.	
Se calmer	-0.34	-2.0, 1.3	0.7
Supporter la douleur	3.7	-0.03, 7.4	0.052
Niveau arrêt scolaire			
Aucun arrêt scolaire	Ref.	Ref.	
Avant la troisième	-3.8	-7.6, 0.01	0.051
Après la troisième	-1.4	-4.2, 1.4	0.3
Nombre de redoublement de classes			
0	Ref.	Ref.	
1	0.24	-1.5, 2.0	0.8
2	0.60	-1.3, 2.5	0.5
3	-0.27	-2.6, 2.0	0.8
4 et +	1.9	-1.3, 5.0	0.2
Type de métiers			
Artiste	Ref.	Ref.	
Aucun	2.8	-0.29, 6.0	0.075
Bureaucrate	3.2	-0.69, 7.1	0.11
Métier physique	5.1	1.4, 8.8	0.008
Origine des fonds			
Amis	Ref.	Ref.	
Parents	2.3	-1.7, 6.4	0.3
Personnels	3.6	-0.74, 7.9	0.10
Tuteurs	2.1	-2.6, 6.7	0.4
b inauthenticité			
Non	Ref.	Ref.	
Oui	0.94	-1.3, 3.2	0.4
Divorce			
Non	Ref.	Ref.	
Oui	-1.3	-3.9, 1.2	0.3
Immigration			
Non	Ref.	Ref.	
Oui	1.2	-2.9, 5.3	0.6
Échec scolaire ou professionnel			
Non	Ref.	Ref.	
Oui	3.0	0.08, 5.8	0.044

Dans cette étude nous avons retrouvé une association significative entre l'âge, le type de substance consommer, le type de métier, l'échec scolaire et ou professionnel et la durée de la consommation avec une valeur $p < 0.001$, $p = 0.046$, $p = 0.008$, $p = 0.044$ respectivement.

4.6 Facteurs associées à la consommation des substances psychoactives

Tableau : Répartition de la population d'étude selon les facteurs pathologiques psychiatrique-
Avant consommation

Variables	N = 200	DURÉE CONSOMMATION/année	p- value³
Trouble dépressive			0.2
Non	195 (97.5%)	7.0 (5.0, 10.0)	
Oui	5 (2.5%)	6.0 (5.0, 6.0)	
Psychose avec désorganisation			0.8
Non	195 (97.5%)	7.0 (5.0, 10.0)	
Oui	5 (2.5%)	6.0 (6.0, 8.0)	
Psychose sans désorganisation			0.3
Non	197 (98.5%)	7.0 (5.0, 10.0)	
Oui	3 (1.5%)	16.0 (9.5, 17.0)	
Trouble anxieux			
Non	199 (99.5%)		
Oui	1 (0.5%)		
Syndrome maniaque			
Non	200 (100.0%)		

Dans cette étude, les pathologies psychiatriques les plus retrouvées avant la consommation sont le trouble dépressif et la psychose avec désorganisation avec un effectif de 5 et une fréquence de 2,5%. Nous n'avons retrouvé aucune association significative sur les pathologies psychiatriques avec la durée de la consommation avant et après la consommation.

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

Tableau XXI : Répartition de la population d'étude selon les facteurs Pathologique Organiques-Avant consommation

Variables	Effectif (N=200)	Fréquence
Neurologique		
Non	200	100.0%
Cardiologique		
Non	200	100.0%
Endocrinienne		
Non	200	100.0%
Diabetologique		
Non	200	100.0%
Hepatogastrologique		
Non	200	100.0%
Rhumatologique		
Non	200	100.0%
Néphrologique		
Non	200	100.0%

Dans cette étude, nous n'avons pas de pathologie organique liées avant la consommation de la drogue

Chapitre 5 : DISCUSSIONS

5.1. Limites de l'étude

Cette étude présentait plusieurs limites qui ont influencé la parfaite réalisation de cette recherche.

- La réticence de certains patients à participer à l'étude ;
- Les patients ne répondaient pas au téléphone.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons retrouvé dans notre étude un taux de participation de 96.15% sur 208 patients. Nos résultats se rapprochent de Mwanza et al [33] qui avaient dans leurs études retrouvés une population de 146 patients. Ceci s'expliquerait par le fait qu'il y'avait une réticence de la population à participer à leur étude compare à la notre

L'intervalle d'âge le plus représenté dans notre étude était de 25 à 30 ans avec 48.0%, le sexe masculin étant le plus représenté avec 77.0%. Ceci se rapproche de N'cho et al [35] ou le sexe masculin était le plus représenté avec 55.4% mais par contre une différence avec la tranche d'âge allant de 15 à 19ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que leur étude était basée plus sur les adolescents par contre dans notre étude la majorité des participants étaient de étudiants avec un niveau d'étude universitaire avec 71.0%. Les célibataires étaient les plus représenter avec une fréquence de 95.0%.

Le type de substances le plus utilisé dans notre étude est le cannabis (92.5%), contre le tramadol (4.0%) le moins représenter ce qui se rapproche de P. Salamey et al [34] qui avait comme substance la plus utilisée le cannabis (12.3%) contre les hallucinogènes (3.6%) les moins utilises, mais s'éloigne de Saliou et al [32] qui avais retrouver que le type de substance le plus utilisé était l'alcool (64.41%) contre le cannabis (9.44%) le moins utilisé. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a une grosse accessibilité de certaines substances dans notre étude compare à la leur.

La motivation à la consommation des substances psychoactives dans notre étude était les amis avec 90.0% ce qui se rapproche d'une étude menée par N'cho et al [35] en Côte d'ivoire ou la motivation à la consommation des substances psychoactives était les amis avec une fréquence 84.2%. Cependant, dans une étude réalisée à Cotonou en 2022, Dossou et al [36] avaient retrouvé dans leur étude que la proximité de la famille était la plus grande motivation à

la consommation des substances psychoactives avec 59.52%. Ceci pourrait s'expliquer par les différences culturelles.

5.3. Facteurs sociaux influençant la consommation des substances psychoactives

Certains problèmes ou des crises peuvent entraîner à la consommation des substances psychoactives à la recherche du plaisir, pour se détendre, éveiller des sensations fortes et oublier ses soucis. L'objectif de consommation des substances psychoactives par les toxicomanes dans notre étude était la détente avec une fréquence de 85.5% par contre 20% des autres toxicomanes consommait pour supporter la douleur. Ceci se rapproche d'une étude réalisée au Bénin en 2015 par Kpotebouen et al [38] de qui montrait que la plupart des toxicomanes consommaient à la recherche du plaisir avec 32.93%. Par contre, les résultats obtenus concernant le mode de consommation sont faibles pour les groupes, indiquant que la conformité aux pairs n'est pas un motif évoqué par des consommateurs pour consommer de la drogue contrairement à ce qui nous avons retrouvé dans notre étude avec une fréquence de 72.0%. Nous estimons que cette différence est due aux substances cibles. Dans notre étude, la substance cible était toutes les substances psychoactives par contre pour Pearson et al leur substance cible était le cannabis.

Le foyer de naissance influence fortement le comportement des jeunes adultes. Ce constat a favorisé, pour les analyses effectuées dans cette enquête, le regroupement de la population d'étude en deux groupes à savoir ceux dont les deux parents vivaient ensemble (monogame, polygame ou concubinage) et ceux qui étaient des familles monoparentales (parents célibataires). La plupart des parents dans notre étude étaient mariés, la monogamie était la plus représentée avec 54.0%. Nos résultats s'éloignent d'une étude québécoise chez les élèves concernant l'éducation reçue, la mère était plus présente avec 88.3% [39]. Dans leur étude ils ont également mis en évidence que 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 [35] par contre dans notre étude le mode d'éducation le plus représenté était caractérisé par la présence des parents avec une fréquence de 75.5% et le type d'éducation le plus représenté était permissive avec 64.0%. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans notre étude, la cible était plus le type d'éducation reçue par contre dans la leur ils ont mis en avant l'investissement des parents dans l'éducation de leur population d'étude et une différence avec la taille d'échantillon qui était 200 cas dans notre étude et 1440 dans la leur.

La somme moyenne dépenser par jour dans la consommation des substances psychoactives étaient de 9.9675 ± 14.273 . FCFA ceci se rapproche de N'cho et al [35], une étude menée en côte d'ivoire qui retrouvais une consommation moyenne par jour de 5000 FCFA. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'origine des fonds qu'ils utilisent pour consommer les substances psychoactives préviens des parents étant donné que la plupart des consommateurs dans notre étude sont des chômeurs avec une fréquence de 81.5% donc ils n'ont aucun revenu mensuel.

5.4. Facteurs psychologiques liés à la consommation des substances psychoactives

Le trouble de la personnalité le plus représenté dans notre étude est la personnalité antisociale avec 23.0%. Ceci s'éloigne des cas d'une étude faite au Cameroun en 2017 par Ntone et al [22] où le type de personnalité le plus rencontré était la personnalité obsessionnelle qui est de 29.4%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les substances psychoactives consommées étaient uniquement l'alcool par contre dans notre étude il y avait plusieurs types de substance psychoactive.

La conformité est évoquée par nos sujets, comme l'un des mobiles de la consommation des substances psychoactives. En fait, la volonté de s'identifier aux pairs (les amis consommateurs de ces produits) est un acte de solidarité pour les consommateurs de substance psychoactive. Dans leur lieu de consommation, communément appelé « le terre », il n'y a pas d'étrangers. Tout le monde est traité de la même manière et même celui qui n'a pas d'argent pour s'acheter une tige de cannabis, par exemple, peut être servi par ses pairs. A en croire Richard et al. [39] en 2013, la forte consommation au sein de cette population est aussi dû à un désir de se conformer, de se mettre au même diapason avec les éléments de son environnement facteur de facilitation d'intégration dans le groupe de ses pairs. Dans ce sens, on peut considérer les usages de produits psychoactifs comme des expériences enchâssées dans un contexte social et un stade de la vie, qui peuvent se comprendre comme des tentatives d'ajustement à un environnement donné (familial, amical, éducatif, social) différenciées selon l'âge. Ce qui corrobore avec notre étude qui révèle que la proximité des consommateurs provoquerait l'initiation ou la rechute a la consommation des substances psychoactives avec une fréquence de 85.0% et 23.5% respectivement.

Dans notre étude la pathologie psychiatrique la plus représentée chez les consommateurs après le début de la consommation est la psychose sans désorganisation avec 43.5% ceci s'éloigne de Peretti-Water et al [37] qui aurait retrouvé une prédominance du trouble dépressif avec 23% qui pourrait s'expliquer par le fait d'une différence dans la durée de la consommation qui est en moyenne 7 ans dans notre étude et 2 ans dans la leur.

5.5. Interaction entre les facteurs sociaux et les facteurs psychologique liés à la consommation des substances psychoactives

Il y a plusieurs interactions entre les facteurs sociaux et les facteurs psychologique liés à la consommation des substances psychoactives. Dans cette étude nous avons retrouvé une association significative entre la durée de la consommation et consécutivement l'âge, le type de substance consommé, le type de métier, l'échec scolaire et ou professionnel avec une valeur $p < 0.001$, $p = 0.046$, $p = 0.008$, $p = 0.044$ respectivement. Ceci se rapproche d'une étude réalisée à Lomé en 2021 par Saliou et al [32] où il y'avait une association significative entre l'âge, le type de métier et la durée de la consommation avec une valeur $p = 0.005$ et $p = 0.011$ respectivement.

5.6. Facteurs Associes à la consommation des substances psychoactives

Dans notre étude, nous avons retrouvé qu'il n'y avait pas de facteur pathologique comme comorbidité retrouvée chez les consommateurs dans 90% des cas contre 4%. Notre étude s'éloigne d'une étude menée en 2001 par Peretti-Watel P [37] et al qui avaient retrouvé que les patients recrutés présentaient la plupart des facteurs mentaux avec 23%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des participants étaient des adolescents dans leur étude et aussi avait des antécédents psychiatriques.

CONCLUSION

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Notre travail de recherche se proposait d'étudier les facteurs psychologiques et sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé ceci dans trois hôpitaux de la place. À l'issue de cette étude, il en ressort que :

- La majorité des toxicomanes sont des adultes de sexe masculin (77.0%), célibataires (95.0%) avec un niveau d'instruction universitaire (71.0%) et tous étudiants (60.5%)
- Les motivations à la consommation sont les amis (90.0%), la drogue la plus consommée est le cannabis (92.5), la plupart des consommateurs sont des chômeurs (81.5%) issus d'un foyer monogamique (54.0%), avec une éducation permissive (64.0%) et l'origine des fonds qu'ils utilisent à cet effet provient des leurs parents (76.0%).
- La personnalité anti sociale (23.0%) est majoritaire, l'évènement de vie qui provoque la consommation ou la rechute est la proximité des consommateurs (85.0%) et la psychose sans désorganisation (43.5%) est la pathologie psychiatrique la plus retrouvé après la consommation.
- Les interactions entre les facteurs sociaux et les facteurs psychologiques favorisant les toxicomanies se retrouvent dans l'âge($P<0.001$), le type de substance consommé($P=0.046$), le type de métier($P=0.008$), l'échec scolaire et/ou professionnel($P=0.044$).

RECOMMANDATIONS

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes ;

Au Ministère de la Santé Publique :

- Organiser les formations pour l'éducation et la sensibilisation à la toxicomanie au Cameroun
- Construire des structures publiques spécialisées dans la désintoxication au Cameroun et former le personnel approprié à la lutte contre ce fléau social

Au Ministère de la Défense :

- Renforcer la surveillance concernant l'importation des substances psychoactives au Cameroun
- Démanteler les réseaux des toxicomanes au Cameroun

Au Ministère de l'éducation de base, de l'enseignement Secondaire et de l'Enseignement supérieur :

- Introduire les psychologues dans les établissements scolaires afin de dépister et de prendre en charge la souffrance due à la consommation des drogues

A la FMSB :

- Renforcer les cours et heures des stages en santé mentale
- Organiser les formations du personnel de la FMSB sur les dépistages de la souffrance et de la toxicomanie

Au personnel de santé :

- Participer aux séminaires et formations continues sur la toxicomanie
- Sensibiliser les patients sur la toxicomanie

A la Communauté :

- Dénoncer les dealers dans les quartiers pour faciliter la lutte contre la toxicomanie au Cameroun
- Participer aux différentes formations sur l'éducation et la sensibilisation à la toxicomanie
- Renforcer l'éducation des jeunes

REFERENCES

1. 2023 Monfort Renaissance OMS
2. WHO EMRO, atlas sur la toxicomanie 2010 : ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
3. DSM 5, troubles liés à une substance et troubles addictifs, page 631
4. Cameroon Tribune, consommation de la drogue by Carine Tsile, 14 Juillet 2021, 11h04
5. Dianova organization, Rapport Mondial de l'UNODC sur les drogues, 2022.
6. Vatican News, Paul Valérie Mendongo (Edéa) et Christian Kombe, SJ-Cité du Vatican.
7. Philip GORWOOD, Colombes, schizophrénie et toxicomanie : une vulnérabilité génétique commune, le flyer HS numéro 3 vol.2, sept.2004
8. Cottencin PO. conduites addictives historique, définition, concepts.
9. 15. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of Addiction. Neuropsychopharmacology. Janv 2010;35(1):217-38.
10. Evain A, Rossel L, Schmutz N. Toxicomanie: « Rencontre d'un individu, d'un produit, d'une société ». . Résumé. 2010;
11. Wallonie-Bruxelles PC. Qu'est-ce que la violence
12. Caglar H. Les familles monoparentales: matricentriques et patricentriques, hétéro et homosexuelles. Paris: L'Harmattan; 2010. 301 p. (Psycho-logiques).
13. Souadou A, Dounia M, Éléana T. Les addictions aux drogues légales et illégales.
14. Drogues douces dépendance et risques.pdf.
15. Tableau synthèse sur substances .pdf
16. Hernandez L, Oubrayrie-Roussel N, Prêteur Y. De l'affirmation de soi dans le groupe de pairs à la démobilisation scolaire: Enfance. 1 mars 2014;N° 2(2):135-57.
17. 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.
18. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Siméoni MC. Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. Nov 2001;159(9):622-31.
19. Masquelier-Savatier C. Adolescente curiosité. Marie-Anne et Anne-Marie: Cah Gestalt-Thérapie. 19 sept 2013;N° 31(1):22-39.

20. 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.
21. Peretti-Watel P. Le normal et le pathologique : dépressivité et usages de drogue à l'adolescence. *Sci Soc Santé*. 2003;21(3):85-114.
22. Trucco EM. A Review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacol Biochem Behav*. Sept 2020;196:172969.
23. 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*. 1 janv 2015;135(1):e43-51
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Pefura-Yone EW, Balkissou AD, Theubo-Kamgang BJ, Kuaban C. Prévalence et Facteurs Associés au Tabagisme à Yaoundé, Cameroun. 2016;17.
30. Saliou Salifou, Ekpao Ekpai, Daméga Wenkourama, sonia Kaneka, Charfoundine Affo, Kolou Simliwa Dassa, facteurs associés à la consommation de substances psychoactives par les conducteurs de moto taxi à Lomé.
31. Mwanza Kakengu Francois, Mbamba Balthasar Constant Facteurs Motivationnels D'action aux Substances psychoactives chez les jeunes de la commune de Kimbaseke à Kinshasa, Democratic Republic of Congo

32. P. Salameh, Rachidi, A. Al-Hajje, S. Awada, K.Chouaib, N. Saleh et W. Bawab
Consommation de substances psychoactives des étudiants universitaires libanais :
prévalence et facteurs associés.
33. N'cho Simplicie Dagnan, Pétronille Zengbé-Acray, Eric Martial Kouakou, Ahoussou ,
Franck Kokora Ekou, Damus Paquin Kouassi, Parfait Stéphane Sablé, Konan Rolan
Oussou, Sanansi Cissé, Sory Ibrahim Soumhorou Consommation d'alcool en milieu
urbain chez les élèves du secondaire en Côte d'Ivoire.
34. Dossou-Yovo Harold, Bedie Vignon Dégbédji, Virginie Mongbo, Zekeng Patrice,
Paraiso Moussiliou Noel Prévalence et Facteurs Associés à l'Addiction aux Drogues
par Injecion dans la commune de Cotonou en 2022
35. P. Peretti-Watel, F. Beck les usages de drogues illicites déclarés par les adolescents
selon le mode de collecte, Population / année 2001 / 56-6 / pp 963-985
36. Kpozehouen A, Ahanhanzo YG, Paraiso M, et al. Facteurs associés à l'usage de
substances psychoactives chez les adolescents au Bénin. Santé Publique 2015 ; 27 : 871-
880.
37. Richard et al American psychiatric association Manuel Diagnostic et statistique des
troubles mentaux, DSM v, tradfr. Crocq, M.a., &Guelfi, J.C. Paris : Masson.
38. cf. les critères A et B du sevrage de l'alcool, p. 653. DSM 5
39. cf. les critères A et B du sevrage du cannabis, p. 675. DSM 5
40. cf. les critères A et B du sevrage d'un opiacé, p. 709. DSM 5

ANNEXES

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Annexe 1 :

Clairance éthique

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES
SCIENCES BIOMÉDICALES
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224
Email: decanatfmsb@hotmail.com



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL
SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Ref. : N° 1001 /UY1/FMSB/VORC/DASR/CSB

CLAIRANCE ÉTHIQUE

10 JUN 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné

La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : MBEKE NGOUPA GILLES GABIN

Matricule: 17M025

Travaillant sous la direction de :

- ♦ Dr NTONE ENYIME Félicien
- ♦ Dr KAMGA OLEN

Concernant le projet de recherche intitulé :

**Facteurs psychologiques et sociaux favorisant
les toxicomanies dans la ville de Yaoundé**

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le **CIER** émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du **CIER**. Elle devra collaborer avec le **CIER** lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit



FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Annexe 2 :

Autorisation de recherche Hôpital Général de Yaoundé

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

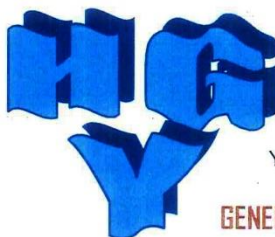
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE

DIRECTION GENERALE

BP 5408 YAOUNDE - CAMEROUN
TEL : (237) 22 21 31 81 FAX : (237) 22 21 20 15.

N/Réf. : **096-24** /HGY/DG/DPM/APM-TR.



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

YAOUNDE GENERAL HOSPITAL

GENERAL MANAGEMENT DEPARTMENT

10 7 FEB 2024

Yaoundé, le

Le Directeur Général

ATO

Monsieur MBEKE NGOUPA Gilles Gabin

Etudiant en Médecine niveau 7

Tél : (237) 695 267 783 Mle :17M025

FMSB - UNIVERSITE DE YDE I

Objet/subject :

Demande d'autorisations de recherches.

Monsieur,

Faisant suite à votre courrier du 31 janvier 2024 dont l'objet est repris en marge,

Nous marquons un avis favorable pour la réalisation de vos travaux de recherche au SERVICE INFECTIOLOGIE dans le cadre de votre étude dont le sujet s'intitule : « **Facteurs psychologiques et sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé** », sous la direction du Docteur NTONE Samuel, Psychiatre.

Pendant la durée des recherches, vous observerez le règlement intérieur de l'institution. Toutefois, les publications se rapportant à ce travail devraient inclure les médecins de l'Hôpital Général de Yaoundé

Recevez, Monsieur, nos salutations distinguées./-

Copies :

- DPM
- Chef service Infectiologie
- Docteur NTONE Samuel
- Archives/chrono.



Prof. EYENGA Victor

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Annexe 3 :

Autorisation de recherche Hôpital Jamot de Yaoundé

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix –Travail-Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

HOPITAL JAMOT DE YAOUNDE



N° **E-6433** /L/MINSANTE/SG/DHJY

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

YAOUNDE JAMOT HOSPITAL

Yaoundé, le **31 JAN 2024**

Le Directeur / The Director

A/To

M. MBEKE NGOUPA Gilles Gabin
Niveau 7 Médecine Générale
FMSB/UYI

Objet/Subject : **autorisation de recherche.**

Monsieur,

Nous vous informons que votre autorisation de recherche en vue de la rédaction d'une thèse de fin d'étude sur le thème : «**facteurs psychologiques et sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé**» a obtenu notre avis favorable.

Vous êtes priée de prendre attache avec Madame le Conseiller Médical qui vous introduira dans les services sollicités.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

LE DIRECTEUR




Prof. Mandimi Nkodo J.M.
Pathologiste

Mballa II, B.P. 4 021 Mballa II, Yaoundé – Cameroun
Tél: 00 (237) 222 20 31 65 – 222 21 52 26 – 222 20 43 90

Site Web :
Fax: 00 (237) 222 20 31 65

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Annexe 4 :

Autorisation de recherche Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROUN
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE
YAOUNDE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL
Tél. : 222 31 25 66 Fax : 222 31 25 67



DIRECTION GENERALE

CELLULE D'APPUI PEDAGOGIQUE
DE LA RECHERCHE ET DE LA COOPERATION
BUREAU DE LA CAPRC

N° 82 /AR/CHUY/DG/DGA/DM/CAPRC/CEAAP/CEARC

AUTORISATION DE RECHERCHE

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de fin d'études, en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat en Médecine Générale, Monsieur MBEKE NGOUPA Gilles Gabin est autorisé à mener une recherche au CHUY sur le thème :
« **Facteurs psychologiques et sociaux favorisant les toxicomanies dans la ville de Yaoundé** ».

Ces travaux se dérouleront dans le service de Médecine Interne sous la supervision du Pr. NTONE ENYIME Félicien, Psychiatre.

Toutefois, il devra obligatoirement déposer un exemplaire de mémoire au CHUY (Bureau de la CAPRC).

En foi de quoi la présente autorisation dont la durée de validité est de 03 mois à compter de la date de signature, lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Yaoundé, le **28 FEV 2024**,

LE DIRECTEUR GENERAL

COPIE :

- CAPRC
- BCAPRC
- SUPERVISEUR
- CHRONO

Annexe 5 :

Résultat du test anti-plagiat



Report: Gilles these DD 3.0-1 10 Juin 2024

Gilles these DD 3.0-1 10 Juin 2024

by Haggai

General metrics

52,936	8,161	272	32 min 38 sec	1 hr 2 min
characters	words	sentences	reading time	speaking time

Score



This text scores better than 99% of all texts checked by Grammarly

Writing Issues

17		17
Issues left	Critical	Advanced

Plagiarism



5
sources

1% of your text matches 5 sources on the web or in archives of academic publications

Annexe 6 :

FICHE TECHNIQUE

I- FACTEURS SOCIAUX DEMOGRAPHIQUE

Age _____

Sexe _____ Situation matrimoniale _____

Religion _____ Ethnie _____ type de Profession _____

Niveau scolaire _____ Quartier de résidence _____

II- LES SUBSTANCES UTILISES

1. Depuis quand vous consommez ? _____
2. La motivation : ☐ ami ☐ famille ☐ curiosité
☐ réseaux sociaux ☐ télévision ☐ publicité
3. Type de substance consommer : ☐ tramadol ☐ alcool ☐ cannabis ☐ cigarette
☐ thaï ☐ cocaïnes déchets ☐ cocaïne pure
4. Mode de consommation : ☐ en groupe ☐ solitaire
5. Objectif de la consommation _____
6. Facteur de consolidation _____
7. Syndrome de sevrage : ☐ oui ☐ non
8. Tentatives d'arrêt : ☐ oui ☐ non
9. Déjà été en cure : ☐ oui ☐ non
10. En rechute : ☐ oui ☐ non

III- FACTEURS FAMILIAUX

1. Foyer de naissance : ☐ Monogamie, ☐ polygamie ☐ concubinage
2. Mode d'éducation : ☐ Parents présent ☐ absent (☐ abandon ☐ hors de la ville
☐ décédé ☐ malade ☐ toujours occupe) ☐ irrégulier ☐ sur protection par le père
☐ sur protection par la mère ☐ comparaison par les frères
3. Type d'éducation : ☐ abusive ☐ permission ☐ autoritaire
4. Nature du tuteur : ☐ grands parents ☐ oncles paternels ☐ oncles maternels
☐ ami de la famille ☐ bien fauteur ☐ parents
5. Notion de maltraitance : ☐ oui ☐ non
6. Notion d'autre stress familial: ☐ oui ☐ non

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

- c) Vie imaginaire parfois intense : ☐ oui ☐ non
- d) Expression elle émotionnelle restreinte : ☐ oui ☐ non
- e) Indifférence a l'éloge et à la critique : ☐ oui ☐ non
- f) Peu ou pas de désir sexuel : ☐ oui ☐ non

3. Schizotypique

- a) Bizarrerie : ☐ oui ☐ non
- b) Excentricité : ☐ oui ☐ non
- c) Affects pauvres : ☐ oui ☐ non
- d) Absence de relations sociales proches : ☐ oui ☐ non
- e) Anxiété social en rapport avec un sentiment de persécution :
☐ oui ☐ non

4. Antisociale

- a) Impulsivité : ☐ oui ☐ non
- b) Intolérance a la frustration : ☐ oui ☐ non
- c) Incapacité à prévoir les conséquences de ses actes : ☐ oui ☐ non
- d) Tendance à la manipulation d'autrui : ☐ oui ☐ non
- e) Agressivité : ☐ oui ☐ non
- f) Incapacité d'empathie : ☐ oui ☐ non
- g) Absence de remords : ☐ oui ☐ non

5. Borderline

- a) Instabilité : ☐ oui ☐ non
- b) Ambivalence affective : ☐ oui ☐ non
- c) Peur de l'abandon : ☐ oui ☐ non
- d) Sentiment de vide intérieur : ☐ oui ☐ non
- e) Impulsivité : ☐ oui ☐ non
- f) Incapacité à contrôler sa colère : ☐ oui ☐ non
- g) Comportements répétés d'automutilons, de menaces suicidaires :
☐ oui ☐ non
- h) Angoisse diffuse permanente : ☐ oui ☐ non

6. Histrionique

- a) Histrionisme : ☐ oui ☐ non
- b) Inauthenticité : ☐ oui ☐ non
- c) Egocentrisme : ☐ oui ☐ non

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| d) Superficialité des affects : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| e) Labilité émotionnelle : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| f) Intolérance a la frustration : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| g) Erotisation des rapports : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| h) Plasticité des attitudes, des comportements : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| i) Suggestibilité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

7. Narcissique

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a) Surestimation de soi : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| b) Besoin d'être admiré : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| c) Sentiment d'être spécial : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| d) Utilisation des autres à des fins personnelles : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| e) Sentiment d'être envié : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| f) Arrogance : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| g) Difficulté d'empathie : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| h) Susceptibilité aux critiques ou aux désaccords d'autrui : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

8. Personnalités Obsessionnelle

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) Rigidité : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| b) Scrupulosité : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| c) Perfectionnisme : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| d) Soucis exagéré pour les détails : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| e) Avarice : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| f) Incapacité à déléguer : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| g) Insistance pour que les autres se plient à leur point de vue : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

9. Personnalités Dépendante

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) Difficultés à initier ou à réaliser seul des projets : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| b) Incapacité à exprimer son désaccord : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| c) Recherche permanente du support d'autrui : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| d) Angoisse d'être abandonné : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

10. Personnalités Evitant

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Inhibition sociale : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| b) Inhibition des relations intimes : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

- c) Sentiment de dévalorisation : ☐ oui ☐ non
- d) Crainte d'être jugé négativement : ☐ oui ☐ non
- e) Sensibilité excessive a la critique : ☐ oui ☐ non

ADOLESCENTS

1. Rébellion : ☐ oui ☐ non
2. Conduites à risque : ☐ oui ☐ non
3. Somatisation : ☐ oui ☐ non
4. Dépression : ☐ oui ☐ non
5. Ascétisme : ☐ oui ☐ non

IX- LE MOMENT

Évènement de vie traumatisant ou stressant	La période de la première consommation	Provoquant la rechute
Deuil		
Licenciement		
Violence entre les parents		
Déménagements		
Consommateurs poches		
Harcèlement		
Retard de paiement salarial		
Paiement insuffisant		
Abandon/ rejet		
Divorce		
Immigration		
Echec scolaire ou professionnel		
Vécu de maltraitance		
Viol		
Mauvais cadre de vie		
Autre traumatisme		
Problèmes de couples		

**FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES
DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

X- COMORBIDITES

1. Pathologies psychiatrique	Avant la consommation	Après la consommation
Trouble dépressive		
Psychose avec désorganisation		
Psychose sans désorganisation		
Trouble anxieux		
Syndrome maniaque		
2. Pathologies organique	Avant la consommation	Après la consommation
Neurologique		
Cardiologique		
Psychiatrique		
Endocrinienne		
Diabetologique		
Hepatogastrologique		
Rhumatologique		
Néphrologique		

Annexe 7 :

FICHE D'INFORMATION DU PARTICIPANT

Thème de l'étude : LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANTS
LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Equipe de recherche

Investigateur principal : MBEKE NGOUPA Gilles Gabin étudiant en médecine général
niveau 7, faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I.

Tel :695267783

email : gillesmbeke@gmail.com

Directeur de recherche : Pr NTONE ENYIME Félicien, psychiatrie au Centre Hospitalier
Universitaire de Yaoundé

Co-directeurs : Dr KAMGA OLEN Jean Pierre, psychiatre à l'Hôpital Jamot de Yaoundé

Dr NTONE Samuel, psychiatre à l'hôpital général de Yaoundé.

Objectif de l'étude : Evaluer les facteurs psychologiques et sociaux motivant la consommation des
substances psychoactives

Votre participation à l'étude, si vous l'acceptez, consistera à répondre aux questions de la fiche
technique. Vous n'aurez rien à payer.

Toutes les informations recueillies pendant cette étude seront confidentielles et ne pourront être
accessibles qu'à l'équipe de recherche et votre médecin soignant.

Vous êtes libres d'accepter ou non de participer à l'étude. Vous pourrez également suspendre
votre participation à tout moment sans que cela ne nuise ni à votre prise en charge, ni à la
relation avec votre médecin soignant.

INFORMATION TO THE PATIENT

Theme of the study: PSYCHOLOGICALS AND SOCIALS FACTORS FAVORISING
DRUG ADDICT IN THE TOWN OF YAOUNDE

Research team

Principal investigator: MBEKE NGOUPA Gilles Gabin level seven medical students, Faculty
of Medicine and Biomedical Sciences of the University of Yaoundé I

Tel: 695267783

email: gillesmbeke@gmail.com

Supervisor: Pr NTONE ENYIME Felicien, psychiatrist, Yaounde University Teaching
Hospital

Co-directors: Dr KAMGA OLEN Jean Pierre, psychiatrist, Yaounde Jamot Hospital

Dr NTONE Samuel, psychiatrist, Yaoundé general hospital.

Aim of the study: Evaluate psychological and social factors that favorises drug consumption

If you accept to participate to this study, you will have to answer to the questions of our data
sheet. Everything will be free of charge.

All the data collected during this study are strictly confidential and will only be accessible to
the research team and to your caregiver.

You are free to accept or not to participate to our study. You can withdraw from the study at
any moment. Your treatment and your relation with your caregiver will not be affected.

Annexe 8 :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e) **M. /Mme /Mlle**

Reconnais avoir été informé et avoir compris le but et les risques de l'étude intitulée : « LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANTS LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE » et accepte librement d'y participer.

L'investigateur principal m'a informé que ma participation est libre et que je peux me retirer de l'étude à tout moment sans que cela ne me porte préjudice.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'une thèse soutenu publiquement. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fait à Le/...../202....

Signature de l'investigateur

Signature du participant

INFORMED CONSENT FORM

I the undersigned **Mr/Mrs/Miss**.....

Acknowledge that I have been informe and have understood the goal, the advantages and the inconveniences of the study entitled “PSYCHOLOGICALS AND SOCIALS FACTORS FAVORISING DRUG ADDICT IN THE TOWN OF YAOUNDE

” and freely accept to participate to it.

The principal investigator explained to me that my participation is free, that I can withdraw myself from the study at any moment and that it will not be harmful for me.

I accept that the data collected during this study be presented during a public defense of a thesis.
I may exercise my right to rectification and opposition to same investigator.

At on the ... /.../202....

Signature of the investigator

Signature of the participant

TABLE DE MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTES DES SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	v
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vi
SERMENT D'HIPPOCRATE	xix
LISTES DES TABLEAUX.....	xx
LISTES DES FIGURES.....	xxi
RÉSUMÉ.....	xxii
ABSTRACT	xxiv
 CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	 1
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	2
1.2. PROBLÉMATIQUE	3
1.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	3
1.4. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	3
1.5. OBJECTIFS DE RECHERCHE	3
1.5.1.Objectif général	3
1.5.2. Objectifs spécifiques	3
1.6. INTÉRÊT :	4
1.7. DÉFINITION DES TERMES OPÉRATIONNELS :	4
 CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	 6
2.1. RAPPELS DES CONNAISSANCES SUR LA TOXICOMANIE.....	7
2.1.1. Définitions de drogue :	7
2.1.2. Classification des drogues :	7
2.1.3. Description clinique des effets de la drogue	8
2.1.3.1 Manifestations cliniques liées à la consommation d'alcool	8

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

2.1.3.2. Manifestations cliniques liées à la consommation de la caféine	11
2.1.3.3. Manifestations cliniques liées à la consommation du cannabis	12
2.1.3.4. Manifestations clinique liées au hallucinogènes	15
2.1.3.5. Manifestations cliniques liées au substances inhalées.....	19
2.1.3.6. Manifestations cliniques liées à la consommation des opiacés	20
2.1.3.7. Manifestations clinique liées à la consommation des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques.....	23
2.1.3.8. Manifestations cliniques liées à usage de stimulants.....	25
2.1.3.9. Manifestations clinique liées à l’usage du tabac	28
2.1.4. Facteurs sociaux liées à la consommation de drogues	33
2.1.4.1. Influence des pairs	33
2.1.4.2 Influence parentale et familiale	34
2.1.4.3 Influence des médias	34
2.1.5 Facteurs psychologiques liées à la consommation de drogues	35
2.1.5.1. Curiosité.....	35
2.1.5.2. Recherche de sensations	35
2.1.5.3 Détresse psychologique	35
2.1.5.4 Autres.....	36
2.2. REVUES DES PUBLICATIONS.....	36

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE..... 40

3.1. TYPE ET DURÉE D’ÉTUDE	41
3.2. LIEU D’ÉTUDE	41
3.3. POPULATION D’ÉTUDE	41
3.3.1. Critères d’inclusion	42
3.3.2. Critères d’exclusion.....	42
3.3.3. Échantillonnage et taille d’échantillon.....	42
3.4. MATÉRIEL.....	42
3.5. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE	43
3.6. PROCÉDURE	43
3.7. ANALYSE DES DONNÉES	44

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS.....	45
4.1. DIAGRAMME DE RECRUTEMENT	46
4.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON	47
4.2.1. Age et sexe	47
4.2.2. Situation matrimoniale, religion, secteur professionnel et niveau scolaire.....	48
4.2.3. Région d'origine de la population d'étude	49
4.2.4. Arrondissement de résidence à Yaoundé	50
4.3. FACTEURS SOCIAUX LIÉS À LA CONSOMMATION DE LA DROGUE.....	51
4.3.1. La consommation de la drogue	51
4.3.1.1. Années de consommation.....	51
4.3.1.2. Les motivations.....	51
4.3.1.2. Type de substances	52
4.3.1.4. Mode et objectif de la consommation.....	53
4.3.2. Caractéristiques liées au cadre familial et à la scolarité.....	54
4.3.3. Caractéristiques liées à la vie professionnelle et financière	56
4.3.4. Facteurs pathologiques liées a la consommation des substances psychoactives	57
4.4. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES LIÉES À LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	58
4.4.1. Traits de personnalité liés à la consommation des substances psychoactives.....	58
4.4.2. Évènements de vie liés à l'initiation de la consommation des substances psychoactives	59
4.4.3. Évènements de vie liés à la provocation de la rechute	61
4.4.4. Les pathologies organiques liées après la consommation des substances psychoactives	63
4.4.5. Les pathologies psychiatriques liées après la consommation des substances psychoactives	64
4.5. INTERACTIONS ENTRE LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET LES FACTEURS SOCIAUX FAVORISANT LES TOXICOMANIES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ	65
4.6 FACTEURS ASSOCIÉES À LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	67

CHAPITRE 5 : DISCUSSIONS.....	69
5.1. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	70
5.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	70
5.3. FACTEURS SOCIAUX INFLUENÇANT LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	71
5.4. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES LIÉS À LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	72
5.5. INTERACTION ENTRE LES FACTEURS SOCIAUX ET LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES LIÉS À LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	73
5.6. FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	73
 CONCLUSION	 74
RECOMMANDATIONS.....	76
REFERENCES.....	78
ANNEXES	82
TABLE DE MATIÈRES.....	83