

BURKINA FASO.

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LE SANTE.

SECTION PHARMACIE.

ANNEE UNIVERSITAIRE 1996-1997.

N°

**CONTRIBUTION A LA LUTTE CONTRE LA DROGUE AU BURKINA FASO,
ETUDE DU PROFIL DES SUBSTANCES DE TRAFIC.**

THESE.

présentée et soutenue publiquement le 16 Mai 1998
pour l'obtention du

**DOCTORAT EN PHARMACIE
(Diplôme d'Etat)**

par

**KOUMARE Amadou
né à Abidjan (Cote d'Ivoire) le 11 Août 1969.**

MEMBRES DU JURY

Président: Professeur	B. KOUDOGBO	(Toxicologie)
Membres: Professeur	I. P. GUISSOU	(Pharmacologie/Toxicologie)
Professeur	B.K. SONDO	(Santé Publique)
Docteur	A. OUEDRAOGO	(Psychiatrie)
Docteur	A. THIOMBIANO	(Législation)

Directeur de Thèse: Pr. I. P. GUISSOU.

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
Faculté des sciences de la santé
(FSS)

Année Universitaire 1996-1997

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr R.B. SOUDRE
Vice-Doyen chargé des affaires Académiques et directeur de la section Pharmacie (VDA)	Pr I.P GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation(VDR)	Pr Ag J. KABORE
Directeur des stages de la section Pharmacie	Dr R. OUEDRAOGO
Coordonateur C.E.S. de Chirurgie	Pr Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Arouna TATIETA
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme Hakiéta KABRE
Secrétaire du VDR	Mme Edwige BONKIAN

Audiovisuel

Mr Alain P. PITROIPA

Reprographie

Mr Philippe BOUDA

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE**ENSEIGNANTS TITULAIRES****Professeurs titulaires**

Rambré Moumouni	OUIMINGA	Anatomie Organogénèse et Chirurgie
Hilaire	TIENDREBEOGO	Sémiologues et pathologie médicales
Tinga Robert	GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwendé Robert	SOUDRE	Anatomo-pathologie
Amadou	SANOU	Chirurgie digestive
Innocent Pierre	GUISSOU	Pharmacologie-toxicologie

Professeur associé

Ahmed	BOU-SALAH	Neurochirurgie
-------	-----------	----------------

Maîtres de Conférences Agrégés

Julien	YILBOUDO	Orthopédie-traumatologie
Bibiane	KONE	Gynécologie-obstétrique
Alphonse	SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël	OUEDRAOGO	Chirurgie
François René	TALL	Pédiatrie
Jean	KABORE	Neurologie
Joseph Yssouf.	DRABO	Endocrinologie
Blaise	SONDO	Santé Publique

Maîtres de Conférences Associés

Jean	TESTA	Epidémiologie-Parasitologie
------	-------	-----------------------------

maîtres-assistants Associés

Rachid	BOUAKAZ	Maladies infectieuses
--------	---------	-----------------------

maîtres-assistants

Lady Kadidiatou	TRAORE	Parasitologie
Mamadou	SAWADOGO	Biochimie
Issa	SANOU	Pédiatrie
Ludovic	KAM	Pédiatrie
Adama	LENGANI	Néphrologie
Omar	TRAORE N°1	Chirurgie
Si Simon	TRAORE	Chirurgie
Adama	TRAORE	Dermatologie
Abdoulaye	TRAORE	Santé Publique
Kampadilemba	OUOBA	Oto-rhino-laryngologie
Piga Daniel	ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert	WANDAOGO	Chirurgie
Daman	SANO	Chirurgie
Arouna	OUEDRAOGO	Psychiatrie

Assistants Chefs de cliniques

Tanguet	OUATTARA	Chirurgie
Sophar	HIEN	Chirurgie
Philippe	ZOURE	Gynécologie-obstétrique
Christian T.	SANOU (In memoriam)	Oto-rhino-laryngologie
Madi	KABRE	Oto-rhino-laryngologie
Doro	SERME(In memoriam)	Cardiologie
Virginie	TAPSOBA	Ophthalmologie
Hamadé	OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation- Physiologie
Joachim	SANOU	Anesthésie-Réanimation- Physiologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES(FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S.	TRAORE	Immunologie
Akry	COULIBALY	Mathématiques
Sita	GUINKO	Botanique-Biologie végétal
Guy V.	OUEDRAOGO	Chimie minérale

Maitres de Conférences

Laya	SAWADOGO	Physiologie-Biologie cellulaire
Boukary	LEGMA	Chimie-Physique générale
Laou Bernard	KAM (in mémorial)	Chimie
François	ZOUGMORE	Physique
Adama	SABA	Chimie organique

Maître -Assistants

W.	GUENDA	Zoologie
Léonide	TRAORE	Biologie cellulaire
Marcel	BONKIAN	Mathématiques
Longin	SOME	Mathématiques-Statistiques
Aboubakary	SEYNOU	Statistiques

Assistants

Makido Bertin	OUEDRAOGO	Génétique
Appolinaire	BAYALA (in mémorial)	Physiologie
Jeanne	MILLOGO	TP Biologie cellulaire
Raymond	BELEMTOUGOURI	TP Biologie cellulaire
Gustave	KABRE	Biologie
Drissa	SANOU	Biologie cellulaire

INSTITUT DU DEVELOPPEMENT RURAL (IDR)Maitres de Conférences

Didier	ZONGO	Génétique
--------	-------	-----------

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION(FASEG)maître-assistant

Tibo Hervé	KABORE	Economie-Gestion
------------	--------	------------------

Assistant

Mamadou	BOLY	Gestion
---------	------	---------

FACULTE DE DROIT ET SCIENCES POLITIQUES (FDSP)Assistant

Jean Claude	TAITA	Droit
-------------	-------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette	BARY	Psychologie
Dr Bruno	ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel	SOMBIE	Planification
Dr Nicole	PARQUET	Dermatologie
Dr Anette	OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama	THIOMBIANO	Législation pharmaceutique
Dr Sidiki	TRAORE	Galénique
Mr Mamadou	DIALLO	Anglais
Dr Badioré	OUATTARA	Galénique
Dr Tométo	KALOULE	Médecine du travail
Dr Alassane	SICKO	Anatomie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr Lamine	DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr Abibou	SAMB	Bactério-virologie (Dakar)
Pr José Marie	AFOUTOU	Histologie-embryologie (Dakar)
Pr Makhtar	WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr M.K.A.	EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr ag Mbayang	NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr ag R	DARBOUX	Histologie-embryologie (Bénin)
Pr ag E	BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean Jacques	BERJON	Histologie-embryologie (Creteil)
Dr Frédéric	GALLEY	Anatomo Pathologie (Lille)
Dr Moussa	TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste	KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie	KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur	N'GOLET	Anatomo-Pathologie (Brazzaville)

Mission Française de coopération

Pr Etienne	FROGE	Médecine légale
Pr Henri	MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr Denis	WOUESSI DJEWE	Pharmacie galénique (Paris XI)
Pr M.	BOIRON	Physiologie
Pr Blaise	KOUDOGBO	Toxicologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc	VAN DAMME	Chimie analytique-Biophysique
Pr V.	MOES	Galénique

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL A...

MES PARENTS

Je suis là grâce à vous et vous en remercie de tout cœur.

A SEYDOU FOFANA (in memorium)

De chez toi je suis allé pour la première fois à l'école.

Jamais je ne t'oublierai.

Repose toi en paix.

MES FRERES ET SOEURS.

Par votre soutien vous m'avez aidé à être ce que je suis.

Trouvez ici l'expression de mon amour fraternel.

A MADAME LE PHARMACIEN IDANI AWA.

Vous êtes une mère pour moi , et par conséquent je ne puis vous remercier par de simples mots. Je vous assure qu'au fond de moi vous resterez toujours une maman.

Vous m'avez beaucoup aidé par votre disponibilité , votre soutien , vos conseils et vos encouragements sans cesse renouvelés.

TOUS MES CAMARADES DE LA SECTION PHARMACIE.

Ce travail est du votre.

A NOS MAITRES ET JUGES

NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

LE PROFESSEUR KOUDOGBO BLAISE.

Vous nous faites un grand honneur de présider ce jury et de juger cette thèse.

Notre rencontre avec vous, nous a permis de connaître un homme plein d'expériences chaleureux, pragmatique et réaliste. Cela a été aussi un lieu de grand espoir pour notre avenir.

Vous nous avez beaucoup aidé à parfaire ce travail malgré votre emploi de temps assez chargé.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos plus vifs remerciements pour vos conseils votre soutien et votre disponibilité.

Notre Maître et Juge

LE PROFESSEUR GUISSOU

Dans la vie, tout vient de Dieu soit ; mais il est important d'être en grâce auprès de certains hommes. Et pour citer Newton nous dirons que pour voir plus loin , il faut que ceux voient déjà plus que toi t'acceptent sur leurs épaules.

Depuis la première année jusqu'à ce jour , vous avez été pour beaucoup dans ce qui émerge. Vous avez dirigé ce travail avec tout l'engagement qu'il faut et nous avons été impressionnés par la conjugaison de votre rigueur scientifique avec une très haute sociabilité.

Très cher professeur ; ce n'est pas une langue de bois , vous êtes une référence.

Veillez accepter notre profonde reconnaissance et nos plus vifs remerciements pour vos conseils , votre soutien , votre disponibilité et ...votre patience.

Puisse ce travail être à la hauteur de vos attentes.

Soyez en certain cher professeur nous vous en serons toujours reconnaissant.

Notre Maître et Juge

LE PROFESSEUR SONDO BLAISE .

Vous nous avez fait un grand honneur de juger cette thèse.

Votre enseignement et vos conseils nous suivront toujours

En vous , nous reconnaissons un homme très savant dans sa matière.

Soyez en remercié.

Notre Maître et Juge***Le Docteur OUEDRAOGO Arouna.***

Au tout début de cette étude nous avons été vous contacter au service et vous nous avez fait d'une grande disponibilité.

Votre présence dans ce jury nous confère une grande joie.

Veillez trouver ici l'expression de notre haute considération.

Notre Maître et Juge***LE DOCTEUR THIOMBIANO ADAMA.***

Nous vous exprimons toute notre gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Votre enseignement nous a été très précieux et en vous , nous reconnaissons un homme toujours à l'écoute de ses enseignés et prêt à leur prodiguer des conseils tant en rapport avec les activités académiques que sur le plan social.

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants de la F.S.S. pour les enseignements reçus.

A tous les enseignants missionnaires de la F.S.S.

Pour votre participation à notre formation.

Au personnel de la "Pharmacie des écoles".

Au comité national de lutte contre la drogue.

A la Pharmacie Diawara.

A la division des stupéfiants et mœurs de la police.

A monsieur Yaro de l' IRSS.

A monsieur Pape Ibrahima N'GONE DIOP de l'EIER.

Pour votre grand soutien dans la réalisation de ce travail.

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

ABREVIATIONS

Ad: Adrénaline.

Ach: Acétylcholine.

AMPC: Adénosine monophosphate cyclique.

CNLD: Comité National de Lutte Contre la Drogue.

DA: Dopamine.

MDA: Méthylène dioxy-3-4 amphétamine.

MDMA: 3, 4 méthylène dioxy méthamphétamine.

O.M.S.: Organisation Mondiale de la Santé.

SOMMAIRE

I INTRODUCTION.....	20
II. ENONCE DU PROBLEME.....	23
I ERE PARTIE.....	25
RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES.....	25
I CONCEPT DE DROGUE.....	26
II PROPRIETES DES DROGUES.....	28
1 STRUCTURES CHIMIQUES ET CLASSIFICATION EN ANNEXE.....	28
2. CARACTERISTIQUES PHARMACOLOGIQUES.....	28
2.1 - <i>STIMULANTS DU S.N.C.</i>	28
2.2. - <i>HALLUCINOGENES</i>	33
2.3. <i>STUPEFLIANTS MORPHINIQUES</i>	36
2.4. <i>GROUPE DES MEDICAMENTS A USAGE DETOURNE</i>	40
III. ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES DU TRAFIC ILLICITE ET DE L'ABUS DES DROGUES... 42	42
IV. PROBLEMATIQUE JURIDIQUE.....	46
V ATTITUDES INTERNATIONALES ET NATIONALES ADOPTEES CONTRE LA DROGUE..... 47	47
2 EME PARTIE.....	50
ETUDE ET TRAVAUX PERSONNELS REALISES.....	50
I- OBJECTIFS.....	51
1 - OBJECTIF GÉNÉRAL.....	51
2 - OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	51
II MATERIEL ET METHODE.....	52
1 - CADRE DE L'ÉTUDE.....	52
2. POPULATIONS D'ETUDE.....	52
3. MATERIEL D'ETUDE.....	52
4. METHODE D'ETUDE.....	53
4.1. <i>Type d'étude</i>	53
4.2. <i>Déroulement de l'étude</i>	53
5. ENQUETE EN PHARMACIE D'OFFICINE.....	58
3 EME PARTIE.....	59
RESULTATS DE L'ETUDE.....	59
I - PRESENTATION ET COMMENTAIRE DES RESULTATS.....	61
1. DONNÉES DE LA LITTÉRATURE BIBLIOGRAPHIQUE.....	61
2. ANALYSE DES DOCUMENTS EXISTANTS.....	61
3. RÉSULTAT DE L'INVENTAIRE DE 1992 À 1995.....	62
4. - RÉSULTATS DES TESTS DE COLORATION.....	66
5. RESULTATS DE LA CHROMATOGRAPHIE SUR COUCHE MINCE.....	68
6 - RÉSULTATS DE LA SPECTROPHOTOMÉTRIE ULTRA-VIOLET.....	76
.....	76

7. - RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE.....	77
7.1. Répartition de psychotropes délivrés à la Pharmacie des Ecoles.....	77
7.2. Analyse de l'ordonnançier de la Pharmacie Diawara sur la sortie de psychotropes.....	80
8. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE AU BURKINA FASO.	80
9. PROFIL DES TRAFIQUANTS.....	81
VIII CONCLUSION / RECOMMANDATIONS.....	90
VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	92
IX ANNEXES.....	99

I INTRODUCTION.

Le **BURKINA FASO** est un pays ouest-africain de 274000km² pour 10 316 000 habitants. Il est enclavé et délimité par le Niger à l'Est et au Nord-Est, par le Mali au Nord et au Nord-Ouest, par la Côte-d'Ivoire au sud-ouest, et par Ghana, le Benin et le Togo au Sud. Cette position géographique fait du Burkina un carrefour de transactions commerciales en Afrique de l'Ouest.

Parmi les produits de ces transactions, la drogue a progressivement occupé une place importante.

En effet il ressort des statistiques de saisies que le trafic illégal et la consommation locale de drogues au Burkina Faso se sont accrus depuis 1983.[8]

Les saisies sont constituées par les drogues et médicaments à usage détourné . En plus du grave problème de toxicomanie que causent les drogues, s'ajoutent les différentes intoxications aiguës et chroniques dues à ces médicaments.

Les gens s'adonnent à la drogue pour diverses raisons :

Les toxicomanes cherchent à assouvir leurs dépendances.

D'autres veulent fuir certaines réalités de leur vie par la consommation d'anxiolytiques.

Ces groupes sont constitués par les jeunes qui y sont entraînés par les difficultés socio-économiques et l'incertitude de l'avenir.

La drogue est aussi consommée pour des buts pratiques. C'est le cas dans les écoles pendant les périodes d'examens, dans les zones cotonnières pendant les cultures, au travail et sur les sites aurifères à tout moment.

Les chauffeurs routiers utilisent les drogues pour se maintenir en état de veille.

Les femmes consomment les drogues pendant les fêtes et leurs activités lucratives

Les jeunes filles abusent des antihistaminiques pondérogènes et des vitamines à la recherche d'esthétique corporelle.

Les rites sociaux sont des moments de consommation de drogues.

A coté de ces motifs il faut noter l'important phénomène de dopage au cours des événements sportifs. En effet, les oppositions sportives entre les quartiers et les villages donnent lieu à des dopages aux stimulants pour l'obtention des différents titres.

Le problème s'aggrave avec ceux qui consomment les "médicaments" du marché illicite pour se "soigner".

Ces usagers s'exposent à tous les dangers d'intoxication aiguë ou chronique.

Toutes les couches d'âge sont touchées par le phénomène de drogue au Burkina.

Face à cela les autorités ont réagi par la création d' un Comité National de Lutte Contre la Drogue par le Décret N°93-231/PRES/PM du 26 juillet 1993. Ce qui conduira à la définition d'une politique Nationale de lutte contre la drogue.[8]

Connaître le champ de l'usage de la drogue, c'est connaître les ensembles qui le constituent dont la résultante est le comportement d'usage. Nous nous sommes donc intéressé à l'ensemble que sont les substances du trafic illicite.

Pour cela, nous avons fait une étude scientifique afin d'identifier par des méthodes analytiques les molécules constitutives de ces drogues, et une classification pour faire le point des médicaments détournés.

Avant l'exposé de notre travail, nous avons parlé des études et travaux antérieurs.

La conclusion de notre travail est précédée d'une discussion qui fait une approche avec d'autres auteurs.

II. ENONCE DU PROBLEME.

Au BURKINA, la lutte contre l'usage de la drogue est menée dans sa seule dimension toxicomaniaque, qui est un phénomène si complexe et essentiellement social dont la valeur scientifique est peu prise. Par ailleurs, le nombre de consommateurs de drogues a toujours augmenté, alors que le nombre véritable de toxicomanes ne suit pas la même progression.[50]

Il faut donc distinguer l'usage des drogues selon les buts et le profil de substances.

Le problème de la drogue, quoique bien perçu par ses conséquences néfastes; n'est pas apprécié en pratique dans tous ses contours. En effet si l'on est conscient du danger causé par la consommation des stupéfiants, on ne fait pas la part des différents types de drogues du trafic. On assimile généralement les stupéfiants, les médicaments psychotropes dont l'usage est détourné et les médicaments du trafic illicite dont il est fait abus .

Sur le marché noir des drogues, on trouve des copies de médicaments de qualité médiocre voire assassine, diffusées par des réseaux de revendeurs parallèles, sans contrôle technique, économique ou politique.

Une attention particulière doit être accordée à l'usage non médicale des drogues dans nos pays.

Pour contribuer à la lutte contre la drogue notre travail est entrepris dans le but de faire le point entre les substances toxicomanogènes (drogues) et les médicaments à usage détourné.

Pour ce qui est des motifs de consommation; les effets recherchés au départ sont les mêmes. Il se résumant à la production d'un état de plaisir ou d'euphorie, l'apaisement d'une tension , le soulagement de la douleur, la facilitation du sommeil, la stimulation des énergies, le dépassement de soi-même...

La population n'est pas très préoccupée par ce sujet passionné, et considère comme normal l'usage à des fins de stimulation des énergies et de dépassement de soi. Il est très courant dans les campagnes, pendant les périodes de culture que des paysans droguent leurs animaux de culture pour un meilleur rendement; et cela après s'être drogué soi-même.

Par ailleurs si la consommation de cocaïne et d'héroïne n'atteint pas celle des pays industrialisés en gravité, il se pourrait néanmoins qu'il en aille autrement à l'avenir.[55]

L'abus des drogues tend à se propager à la façon d'une épidémie, de sorte que même un nombre limité de cas peut constituer une menace grave pour la société.

Il tend à gagner les adolescents qui risque d'être maintenus dans un état de sujétion économique et de créer un problème social pendant la majeure partie de leur âge adulte.

L'abus est un facteur de criminalité au niveau social et de trafic international à l'échelle mondiale, sapant les conventions sociales et favorisant la corruption et d'autres formes de déviances.[55]

Les autorités ont réagit par l'adoption d'une politique de lutte contre la drogue et la mise en place d'un comité national de lutte contre la drogue. Jusque là les actions sont surtout répressives par le biais du personnel des forces de répression que sont la police, la douane et la

gendarmerie. En pratique on sent un vide du côté sanitaire, éducatif et judiciaire que le comité se fixe comme objectif de combler.

Notre travail a été entrepris dans le but de connaître les drogues du trafic illicite par une identification scientifique. Pour cela des méthodes analytiques ont été utilisées.

Par ailleurs, nous avons mené une enquête pour savoir les problèmes en officine relatifs à l'usage des "drogues", en particulier les psychotropes.

Les résultats de notre travail contribuent à renforcer les outils à utiliser dans le cadre de la lutte contre la drogue au Burkina.

I ère PARTIE.

RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES.

I - CONCEPT DE DROGUE

La drogue est définie comme toute substance qui, introduite dans l'organisme vivant peut modifier une ou plusieurs fonctions.[53,]

Cette large définition comprend alors les substances toxicomanogènes et les médicaments.

Pour avoir une approche réaliste des drogues du trafic illicite, nous nous situons dans le cadre d'une telle définition. L'important à savoir est que toutes les drogues du trafic illicite font l'objet d'abus.

Le marché de drogues est constitué de substances toxicomanogènes; mais aussi de produits dépendogènes ou non que sont les médicaments à usage détourné.

Il est frappant de constater que certains médicaments à usage détourné sont en passe de devenir des objets de consommation de masse. Il s'agit de l'aspirine, le paracétamol et les vitamines, en association avec des substances comme la codéine, le dextropropoxyphène voire la caféine et les amphétamines.

Les substituts que sont les inhalants entrent dans le cadre de ces drogues. Ce sont: Les colles, les dissolvants, les détachants, les diluants de peinture, l'éther, le trichlororéthylène et le protoxyde d'azote.

Ces inhalants sont beaucoup plus utilisés par les jeunes de la rue qui courent de graves maladies de foie, des reins et de sang.

Pour expliciter la notion de médicaments à usage détourné, nous exploitons le rapport technique n°407 de l'O.M.S. où l'abus des médicaments est défini comme "un usage excessif, persistant ou sporadique, incompatible avec un emploi médical acceptable." [9]

Il en est de même lorsque le médicament est obtenu sur ordonnance non conforme à la réglementation ou à la pratique médicale admise, ou encore quand le médicament est en vente libre non conforme à l'étiquetage approuvé.

Les toxicomanies sont un comportement inadapté associé à une prise récente de drogues psychoactives. Les effets de l'intoxication par n'importe quelle drogue peuvent varier d'une personne à l'autre et dépendre des facteurs tels que la dose, les circonstances et la personnalité sous-jacente.[17]. Ces intoxications sont d'ordre chronique, mais peuvent se manifester sous forme aiguë en cas de surdosage (overdose).

Les drogues sont des substances psychotropes, médicamenteuses ou non, dont les propriétés essentielles sont de modifier le fonctionnement psychique, c'est à dire la vigilance, la qualité de sensation, le vécu affectif et émotionnel, l'idéation et l'imagination.

Ces manifestations sont la conséquence de l'interaction entre les drogues et les substances endogènes responsables de l'équilibre mental (psychique): Il s'agit de neuromédiateurs (Ach, catécholamines, sérotonines...).

Dans les intoxications prolongées qui définissent la **toxicomanie**, certaines caractéristiques sont primordiales.

***La dépendance psychique**: Désir invincible de retrouver les sensations éprouvées par l'absorption de toxiques.

***La tolérance** ou habitude de l'organisme à une substance, autrefois accoutumance consiste à la nécessité d'augmenter les doses pour éprouver les effets initiaux identiques.

***Dépendance physique**: besoin physique de consommer la substance dont la privation entraîne des troubles somatiques et psychiques de manque, réversibles à l'administration de la substance.

On regroupe sous le terme de psychotropes, un ensemble de médicaments d'origine naturelle, synthétique ou semi-synthétique, susceptible de modifier l'activité mentale et l'humeur.[53]

Delay et Deniker ont classifié les psychotropes:

Les **PSYCHOANALEPTIQUES** sont des stimulants psychiques. Ils sont subdivisés en deux groupes.

* Les nooanaleptiques augmentent l'état de vigilance: Amphétamines.

* Les thymoanaleptiques sont des stimulants de l'humeur: Antidépresseurs.

Les **PSYCHOLEPTIQUES** sont des déprimeurs du comportement et du psychisme; ils diminuent la motricité et l'activité mentale. On les divise en deux groupes:

* Les nooleptiques qui regroupent:

Les hypnotiques capables de diminuer le degré de vigilance pour induire le sommeil et sont des dérivés barbituriques, benzodiazépines ou autres sédatifs centraux.

* Les thymoleptiques apaisent l'humeur. On rencontre dans ce groupe les neuroleptiques ou tranquillisants majeurs.

Les tranquillisants mineurs sont des anxiolytiques représentés par les benzodiazépines.

Les **PSYCHODYSLEPTIQUES** sont des déviateurs des fonctions psychiques normales. On distingue :

*Les hallucinogènes qui induisent des troubles au niveau de la conscience et font naître le rêve.[53]

*Les délirogènes agissent principalement sur le système cholinergique.

*Les stupéfiants connus pour les états de dépendances qu'ils entraînent.

*Les agents enivrants.

II. PROPRIETES DES DROGUES.

1 STRUCTURES CHIMIQUES ET CLASSIFICATION EN ANNEXE.

2. CARACTERISTIQUES PHARMACOLOGIQUES.

2 1 - STIMULANTS DU S.N.C.

2 1.1 - Amphétamines.

Les amphétamines sont des substances synthétiques s'opposant au sommeil et diminuant l'appétit. Elles provoquent une stimulation de la vigilance et partant donc du psychisme.

Ces amphétamines possèdent les propriétés de l'adrénaline et de l'éphédrine. Elles ont été utilisées dès leur commercialisation comme produit de substitution à la cocaïne. Leur usage, jusqu'à une époque récente était courante comme stimulant chez les étudiants, sportifs militaires, hommes d'affaires, coupe faim dans les régimes amaigrissant et les enfants en retard scolaire.

L'usage est réglementé de nos jours et beaucoup ont été retirés du marché, car les amphétamines se sont révélées toxicomanogènes.[18]

Ce sont donc des amines de synthèse apparentées à la dopamine et à la noradrénaline. On en distingue 3 types :

* Amphétamines proprement dite:

- Dexamphétamine
- Méthamphétamine

* Anorexigènes à structure amphétaminique :

- Phenmétrazine

* Psychostimulants à structure complexe :

- Méthylphénidate
- Pyrovalérone

2 1.1.1 - Métabolisme des amphétamines

L'absorption est rapide et totale "per os"

La dégradation est hépatique par oxydation désaminative, hydroxylation puis glycuconjugaison.

La molécule d'amphétamine a des propriétés alcalines.

2 1.1.2 - Mode d'action

L'amphétamine est un sympathomimétique indirect. Elle facilite la libération des catécholamines des fibres post-ganglionnaires périphériques. Elle inhibe la MAO et les effets de la tyrosine hydroxylase.

L'amphétamine agit surtout sur les voies NADN, DAN et 5HT ergique; modifiant les comportements d'auto stimulation.

2 1.1.3 - Effets pharmacologiques.

La dose thérapeutique est comprise entre 5 et 30 mg. Mais il faut noter que les indications de l'amphétamine sont exceptionnelles en médecine. Elle fait partie du tableau B et obéit à la règle de 7 jours.

On l'utilise dans les hypersomnies, l'obésité, la correction des effets sédatifs des anti-épileptiques. (exemple : ORTENAL : Phénobarbital + amphétamine).

Les effets sympathomimétiques se caractérisent par une augmentation du pouls, de la tension artérielle, des troubles du rythme cardiaque de la fréquence respiratoire, une relaxation musculaire lisse, une mydriase et une anorexie.

La vigilance est accrue, les performances sont augmentées et la prise d'initiative est favorisée par une impression de sociabilité et d'euphorie.

A l'arrêt s'installe une dépression avec asthénie, somnolence et dysphorie.

La dépendance est très rapide et est liée à l'action psychostimulante.

A forte dose, il y a un flash violent, une douleur partant de l'épigastre et montant à la tête. Le tableau est d'allure maniaque par une sensation de possibilité infinies, d'excitation intellectuelle et de logorrhée. On note une hyperactivité motrice et sexuelle, une insomnie, une anorexie, une HTA, une tachycardie, une bronchodilatation et une mydriase.

La dépression à l'arrêt est responsable de la reprise.

La tolérance et la dépendance sont fortes. Cette dépendance est psychique et physique.

2 1.2 - Caféine.(Triméthylxanthine)

C'est une base purique entrant dans la composition du café.

Le café est la drogue du caféier et est constitué par l'amande. Elle provient de divers coffea dont Coffea arabica et C. canephora de la famille des rubiaceae.

Les caféiers sont des petits arbres originaires d'Afrique; leurs feuilles sont persistantes, courtement pétiolées, à limbe ovale, vert luisant sur la face supérieure.

2 1.2.1 - Action sur le S.N.C.

La caféine est très active à ce niveau. Elle excite toutes les parties du système. Il s'en suit une diminution de la sensation de fatigue, une augmentation du travail intellectuel et une diminution de la somnolence.

A forte dose, elle déclenche des convulsions cloniques.

Il y a une excitation des centres spinaux, augmentant ainsi l'excitabilité réflexe.

2 1.2.2 - Action sur les muscles

On a un accroissement des contractions musculaires squelettiques. Cette action est directe et porte uniquement sur l'amplitude des contractions, le temps nécessaire pour atteindre le maximum et la durée des contractions reste inchangé.

Sur les fibres lisses; il y a un relâchement au niveau des bronches, des vaisseaux, de l'intestin et de l'uretère.

2 1.2.3 - Action cardio-vasculaire.

Il y a un accroissement du rythme, de la force et de l'amplitude des contractions cardiaques.

Sur le rein, il y a une diurèse hydrique et sodique en réduisant la réabsorption du sodium au niveau du tube proximal suite à une augmentation de la filtration glomérulaire plus un effet osmotique.

2 1.2.4 - Mécanisme d'action :

La caféine agit sur le métabolisme du calcium. Elle inhibe la phospho- diestérase responsable de l'hydrolyse du 3' 5' AMP cyclique.

L'action phosphodiésterasique rend compte des effets tels que: glycogénolyse, hyperglycémie, lipolyse, augmentation de la sécrétion d'insuline et de résine.

2 1.2.5 - Symptômes de l'état de manque.

Faim, irritabilité, nervosité et la confusion intellectuelle. On peut noter d'autres réactions consécutives à l'abus de caféine : anxiété, agitation, comportement bizarre, hallucination.

2 1.3 - Cocaïne.

La cocaïne est un alcaloïde issue de la famille de coca sous forme de petits cristaux.

La plante est *Erythroxylon coca* de la famille des Erythroxylacés.

La cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, appelée neige. Elle est généralement sniffée. Le crack est une cocaïne très pure, obtenu à partir de la pâte.

2 1.3.1 - Propriétés pharmacologiques.

a) Cinétique de la cocaïne:

$T_{1/2} = 1,5 \text{ H}$, le métabolisme est hépatique avec une élimination urinaire.

b) Actions

Il s'agit d'effets psychoanaleptiques avec des complications respiratoires et neurologiques.

L'action anesthésique périphérique cesse après un métabolisme tissulaire (cholinestérase plasmatique).

L'action psychoanaleptique s'exprime par inhibition du recaptage des neuromédiateurs au niveau central (catécholamine avec augmentation du taux de Nad dans l'espace synaptique, ainsi que de la DA).

Après administration, l'activité se manifeste 15 à 30 mn par une euphorie, une logorrhée, une diminution de la sensation de fatigue, une hypervigilance, une potentialisation de la libido, mais une lassitude intellectuelle s'installe rapidement.

Au niveau sous cortical s'observent des tremblements avec convulsions et épisode hallucinatoire à forte dose.

Sur le S N A, la cocaïne potentialise l'activité de la Nad, d'où une vasoconstriction périphérique (action sur l'angiotensine II et le flux calcique).

On note une hypertension, une tachycardie, une mydriase inconstante. Ces signes se soignent généralement par des inhibiteurs calciques.

A forte dose, la stimulation vagale induite par l'alcaloïde l'emporte sur l'activité précédente, d'où une bradycardie.

La vasoconstriction pulmonaire est responsable d'accidents graves pouvant aller jusqu'à la mort lorsque la base est inhalée de façon chronique.

Il y'a une stimulation des centres bulbaires et respiratoires qui est suivi de dépression avec hypotension pouvant entraîner un collapsus.

On constate souvent des décès par intoxication massive en cas de rupture des sachets de drogues transportés pour le trafic par voie gastrique (body packing).

Il y a une intense dépendance psychopharmacologique, car l'effet "récompensé" est vécu comme très positif.

L'accoutumance est peu importante avec son mode d'action sympathomimétique

2.1.4. KHAT

De la famille des celastracees, il s'agit d'un arbuste d'Arabie et d'Afrique orientale. Ses feuilles sont mastiquées comme stimulant du système nerveux central.

2.1.4.1. CARACTÉRISTIQUES BOTANIQUES.

Il mesure un à deux mètres de haut dans les lieux arides et pouvant atteindre dix mètres et plus en zones équatoriales.

Les feuilles sont persistantes opposées et entières.

Les fleurs blanc-vertâtres en cyme axillaires sont petites, régulières du type cinq, avec cinq étamines et un ovaire à trois loges.

Le fruit est une capsule loculicide renfermant une à trois graines ailées, à albumen charnu et cotylédons foliacés.

LA DROGUE.

Il s'agit des feuilles consommées surtout à l'état frais. Les principes actifs sont de deux types:

- 1) Les composés phénoliques: les flavonoïdes (kaempférol, quercétol, myricétol) et surtout les tanins catéchiques.
- 2) Les alcaloïdes dont le principal est la cathine proche de la pseudoéphédrine.

2.1.4.3. USAGE.

Utilisée comme masticatoire, la drogue n'est pas stupéfiant vrai au sens de l'OMS, car son emploi n'entraîne pas de besoin invincible ni de tendance à augmenter les doses.

La consommation excessive augmente la dénutrition et le prix est cher.

Son abus est un fléau au point de vue économique et social d'où une réglementation sur son utilisation.[52]

2.1.4.2. ACTION PHYSIOLOGIQUE.

Elle s'exerce surtout contre la fatigue et le sommeil: effet type amphétaminique.

On observe une phase tonique, avec euphorie, stimulation intellectuelle et motrice à laquelle fait suite une phase dépressive avec insomnie et anorexie.

Les phénomènes secondaires sont constitués par: une tachycardie, une hypertension et une mydriase.

L'augmentation de la dose entraîne des modifications de caractère avec une agressivité, des accidents cardio-vasculaires, des gastrites, une constipation, une anaphrodisie et une inaptitude au travail.

La cathine (norpseudoéphédrine) agit comme stimulant du système nerveux central au même titre que l'amphétamine ou la benzédrine.

2. 1.5 EPHEDRINE.

L'éphédrine existe dans différentes espèces d'éphédra qui est un conifère originaire de l'Inde. Autrefois obtenue par extraction, l'éphédrine est de plus en plus synthétisée de nos jours. Elle est un excitant du SNC, et était d'abord utilisée pour ses propriétés vasoconstrictrices sous forme de gouttes nasales dans les rhinites aiguës, le rhume et comme décongestionnant. Aujourd'hui, elle est beaucoup utilisée comme psychostimulant sous forme de comprimé. C'est un défatigant euphorisant et un médicament de veille.

2. 2. - HALLUCINOGENES.

Ils induisent des troubles au niveau de la conscience et font naître l'onirisme, (le rêve) caractérisé par la vision et l'audition d'objets irréels. Il s'agit de déviants, de perturbateurs et dépersonnalisants.

2 2.1 - CANNABIS.

Le cannabis provient du chanvre indien qui est une variété de *Cannabis sativa* L. De la famille des cannabinaées.

2.2.1.1. CARACTERE BOTANIQUE.

Il s'agit d'une plante herbacée, dioïque (pieds mâle et femelle distincts). Les feuilles sont opposées, et les fleurs en cymes comportent cinq pétales, cinq étamines et deux carpelles. Le fruit est un akène.

Son principe actif est le Tétrahydrocannabinol

2.2.1.2. LA DROGUE.

La consommation au Burkina Faso se fait sous forme de feuilles, tiges et graines grossièrement pulvérisées après dessiccation, herbe ou marijuana et sous forme de Haschich, cette drogue est fumée.

Selon la classification de DENIKER, le cannabis fait partir des psychodysléptiques, au même titre que les stupéfiants opiacés, la cocaïne, l'alcool et les solvants.

C'est très souvent le marche vers les stupéfiants et la consommation du chanvre ou cannabisme est considérée comme une toxicomanie, bien que certains la considère comme une drogue douce.

2.2.1.3. ACTION PHYSIOLOGIQUE.

La drogue provoque une sensation de bien être, avec euphorie, excitation intellectuelle puis viennent les illusions et les hallucinations.

La période d'excitation et d'exaltation est suivi de sommeil parfois de coma.

A doses plus fortes, on observe parfois des crises de délire furieux. La respiration se ralentit, le pouls s'accélère, la bouche se dessèche, une sudation abondante, des nausées, des vomissements apparaissent.

Les effets sont conditionnés par la personnalité du consommateur et sa culture.

2 2.1.4. PHARMACOLOGIE DES CANNABINOÏDES.

a) Cinétique du tétrahydrocannabinol (THC).

On a un taux maximal circulant de THC en 10 à 30 mn après inhalation. La demi-vie est de 8 jours.

La molécule se fixe surtout dans les tissus gras (tissu nerveux, foie, poumon).

En cas d'accoutumance, le T1/2 est réduite car l'usage réitéré active les systèmes cataboliques spécifiques de l'organisme. L'élimination est fécale à 80% après une hydroxylation hépatique.

Les fumeurs réguliers seront en pratique plus sensibles à la drogue que les fumeurs occasionnels. Car certains produits de transformation sont plus actifs que le tétrahydrocannabinol et l'induction progressive des microsomes hépatiques favorise l'intoxication chronique par production de 11 - Hydroxy T H C.

Les effets de la consommation à court terme se caractérisent par des manifestations ébrieuses de bien-être, relaxation, euphorie douce, distension des perceptions et diminution de la coordination musculaire.

A forte dose, on a des bouffées délirantes, une anxiété et le risque de survenue d'une épisode schizophrénique. La première expérience entraîne des céphalées.

A long terme apparaissent les effets neuropsychiques sur l'activité de l'hippocampe avec perte de mémoire, augmentation du temps de réflexe, incoordination et indifférence psychomotrice. Ce tableau est décrit comme un "syndrome amotivationnel" et correspond à la psychotoxicité de la drogue. [18]

L'action sur l'appareil cardio-vasculaire traduit une tachycardie, une hypotension orthostatique et une crise angineuse. La ventilation est augmentée au niveau de l'appareil respiratoire avec bronchodilatation due au THC qui, intrinsèquement est un antiasthmatique.

Les autres actions sont surtout l'ulcère gastrique, la facilitation des infections, la diminution de la libido.

Les cannabinoïdes procèdent par inhibition des récepteurs muscariniques du système parasympathique; une {augmentation du "turn over" de l'ACh avec sécheresse des muqueuses, une apathie et une perte de mémoire.

Les effets sédatif, anxiolytique et anticonvulsivant résulteraient d'une interférence avec le système GABA ergique.

Les manifestations du sevrage sont une faible dépendance physique et une tolérance élevée.

Le surdosage installe un tableau de paranoïa.

2.2.2. DATURA.

Il s'agit d'une herbe de la famille des solanacées.

Le genre *Datura* renferme de l'hyoscyamine de l'atropine et de la scopolamine dans les feuilles et les fruits.

L'hyoscyamine et l'atropine, exercent, à doses faibles, des propriétés sympatholytiques, à doses fortes, une action toxique sur le système nerveux central.

Une espèce, le *Datura innoxia* est beaucoup consommée lors des parties de thé dans l'Ouest du pays. Et particulièrement dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Elle est vulgairement appelée 'fa ouily', qui veut dire générateur de folie.

On peut lui rapprocher la jusquiame.

2.2.3. LES INHALANTS.

Ce groupe est constitué par les colles qui contiennent de l'acétone, de l'acétate d'éthyle du méthyl-éthyl-acétone, de l'hexane (responsable de polynévrite), du toluène, et du benzène(toxique pour la moelle hématopoïétique).

Les dissolvants, les détachants, les diluants de peinture qui contiennent de l'acétone, du toluène, des acétates aliphatiques, et les dérivés pétroliers (essence).

Et enfin les anesthésiques volatiles dont l'éther, le trichloréthylène et le protoxyde d'azote.

L'inhalation se réalise à partir du flacon directement ou à l'aide d'un tampon imbibé maintenu sous le nez, quelque fois le produit est versé sous un sac plastique, l'anoxie et la grande concentration ainsi réalisées majorent les effets.

Ces effets sont excitants sur le SNC avec des répercussions digestives et cardiaques.

2.2.3.1. TOXICITES.

Elles sont fréquentes:

Au niveau de l'appareil respiratoire il y'a une atteinte des muqueuses labiale et nasale avec érythèmes, épistaxis, ulcérations bucco-pharyngées et toux fréquentes. Des troubles pulmonaires aigus tels que œdème aigu du poumon par trouble du rythme ou lésionnel par atteinte directe de l'épithélium bronchique ou alvéolaire.

Les solvants passent dans le sang au niveau alvéolaire puis gagnent le système nerveux central où ils agissent non sélectivement en induisant des manifestations ébrieuses et les autres effets secondaires. On note des phases d'atteinte telles que: euphorie, logorrhée, incoordination motrice. Il y'a des moments d'excitation agressive avec passage à l'acte, de même que des épisodes hallucinatoires ou psychotiques.

Sur le système nerveux autonome les solvants induisent des névrites .

Au niveau digestif il y'a perte d'appetit avec amaigrissement et des troubles hépatiques.

Le rein est atteint par lésions tubulaires avec oligoanurie fréquente.

A long terme un atteinte des lignées sanguines est à redouter .

2. 3. STUPEFIANTS MORPHINIQUES.

2.3.1. OPIUM.

Il s'agit du latex épaissi par incision des capsules encore vertes de plusieurs variétés de *Papaver somniferum* (Pavot). C'est une plante herbacée, annuelle, à tige dressée (0,50 à 1,5 m). Les feuilles sont alternes, vert glauque.

Les gouttelettes blanchâtres qui exsudent se coagulent rapidement.

L'opium est constitué par une pâte ferme, homogène ou à grains fins, dont la coloration varie du brun marron au brun rougeâtre ou noirâtre. L'odeur est vireuse, caractéristique et la saveur amère.[57]

L'opium séché se présente sous plusieurs aspects. Il contient deux alcaloïdes:

-Les phénanthréniques avec la morphine (narcotique analgésique), la codéine (analgésique antitussive) et la codéthylène (antitussive).

-Les isoquinoléines avec la papavérine vasodilatateur, spasmolytique musculotrope sans effet analgésique ni toxicomanogène.

L'opium est utilisé en thérapeutique comme antidiarrhéique et antispasmodique (Parégorique).

2.3.2. MORPHINE.

Découverte en 1806 par SEQUIN et DEROSNE, la morphine est un antalgique très puissant et très dangereux à cause de la toxicomanie qu'il entraîne. Aujourd'hui son usage est limité en thérapeutique. La morphine est une base peu soluble dans l'éther et insoluble dans l'eau. Ses sels sont solubles dans l'eau.[18]

C'est le principal alcaloïde extrait à partir de l'opium du groupe des phénanthréniques.

La morphine est une amine tertiaire qui possède une fonction phénolique en position 3, un pont oxydique et une fonction alcool secondaire en 6.

La fonction phénol lui confère une solubilité très particulière: peu soluble dans l'eau, elle se dissout dans les solutions d'hydroxydes alcalins ou alcalino-terreux avec formation de morphinates, elle est presque insoluble dans le benzène et l'éther, un peu soluble dans le chloroforme et soluble dans l'alcool.

Elle se colore au vert par le chlorure ferrique et possède des propriétés réductrices vis-à-vis du nitrate d'argent ammoniacal, de l'acide iodique, du ferricyanure de potassium (réduction en ferrocyanure par suite de formation de bleu de prusse en Présence de chlorure ferrique.

Il existe des morphiniques de synthèse que sont: la buprénorphine, la méthadone et le dextropropoxyphène.

2 3.4 - HEROÏNE..

C'est un dérivé diacétylé de la morphine.

L'héroïne dérive donc de la morphine. C'est la drogue la plus toxicomanogène reconnue. Sa fabrication, son usage et sa détention sont prohibées par la loi.

2 3.4.1. ACTIONS PHARMACOLOGIQUES DES MORPHINIQUES.

Sur le SNC, elle est excitante à faible dose et sédative à forte dose.

Il y a une dépression du SNC, avec des effets analgésique, hypnotique et antitussif et un risque important de dépression respiratoire; ce qui est un facteur défavorable de l'intoxication par overdose.

Elle procure une sensation d'euphorie et de bien-être, avec accoutumance et assuétude.

a) Mode d'action

La morphine a des sites de liaison spécifique au niveau de synapses du cerveau, de la moelle, du système limbique et des voies de la douleur.

Selon la classification proposée par Martin on distingue : [18]

-Les récepteurs μ : Fixation de la morphine

Erreur! Source du renvoi introuvable.-Les récepteurs KAPPA : Activés par la cyclazoline et induit les effets sédatifs.

-Les récepteurs SIGMA : Sont à la base de l'action psychodysléptique, dépression respiratoire et vasomotrice.

a.1) Effets sur le système cardio-vasculaire.

Il y a une augmentation de la pression artérielle puis une hypotension par vasodilatation périphérique une bradycardie consécutive à l'inhibition sympathique et la stimulation vagale.

a.2. Effets centraux

Ces effets ont pour point d'impact la douleur, la vigilance et la thymie.

Au niveau du comportement sexuel on note une impuissance, une impossibilité d'obtenir l'orgasme et une éjaculation précoce. En effet le taux de LH et de testostérone est bas chez les héroïnomanes.

En périphérie, les effets adrénolytiques provoquent une éjaculation perturbée. On note une libération d'histamine responsable de vasodilatation périphérique, avec diminution de l'apport sanguin au tissu érectile pénien.

L'usage chronique provoque une sédation.

a.3. Autres effets:

Constriction des pupilles, à forte dose il y a abaissement de la température et augmentation à faible dose.

La morphine déprime les récepteurs centraux sensibles au dioxyde de carbone et inhibe le réflexe de toux et est bronchoconstrictrice.

Des nausées et des vomissements peuvent survenir par stimulation des chémorécepteurs de l'areapostrema.

a.4. Mécanisme de tolérance et dépendance.

Il s'agit de phénomène non univoque se traduisant par une diminution de la durée et de l'intensité des effets antalgiques, sédatif et euphorisant et d'autre part, il y a une augmentation de la dose létale.

La transmission d'un influx se fait dans la synapse par la transformation d'ATP et AMPC sous l'influence de l'adénylcyclase (enzyme).

La morphine diminue la transformation d'ATP et AMPC par abaissement de l'activité adénylcyclase. L'AMPC est le vecteur de l'information.

Pour Snyder, si des récepteurs sont exposés à un excès de morphinique, il y a inhibition de l'adénylcyclase et compensation au bout d'un certain temps. [18]

Ainsi s'explique le phénomène de tolérance et il faudrait davantage d'opiacée pour diminuer la production d'AMPC au fur et à mesure des prises.

INTOXICATION AIGUË.

Les symptômes du sevrage sont d'origine neurovégétative surtout liée à l'innervation sympathique:

Mydriase, bâillement, larmoiement, rhinorrhée, sudation, tremblements, hyperthermie - bouffées de chaleur, diarrhée, crampe abdominale, contracture musculaire, angoisse majeure, hypertension artérielle.

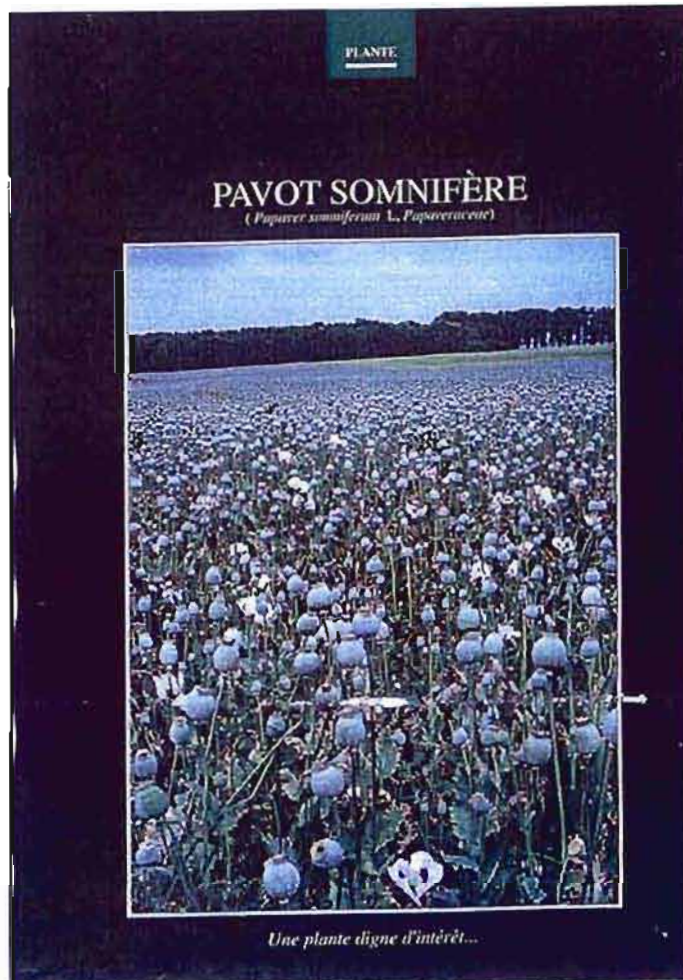
Figure1 : Feuilles de cannabis.



Figure2 :Datura innoxia



Figure3 :PAVOT.SOMNIFERE



2. 4. GROUPE DES MEDICAMENTS A USAGE DETOURNE.

2. 4. 1. DEPRESSEURS DU S.N.C. : BENZODIAZEPINES.

2 4.1.1 DIAZEPAM.

Il existe des sites aux benzodiazépines associés ou couplés en complexe macromoléculaire comprenant le récepteur GABA. Les benzodiazépines fixés modulent l'activité gabaergique.

La fixation des benzodiazépines démasque le site GABA avec ouverture du canal chlorique et hyperpolarisation cellulaire.

Les benzodiazépines ont quatre propriétés pharmacologiques :

- * Une action anxiolytique
- * Une action sédatrice et hypnotique
- * Une action myorelaxante
- * Une action anticonvulsivante.

Elles sont dépendogènes et un syndrome de sevrage peut survenir à l'arrêt de l'usage si on y prend pas garde. Ainsi, un phénomène de rebond de l'insomnie est fréquent, il se caractérise par une anxiété transitoire.

Ce sont des psycholeptiques (médicaments qui diminuent l'activité mentale) selon la classification de Delay et Deniker. Ils font partie du groupe des thymoleptiques, mais aussi de celui des hypnotiques non barbiturique (nooleptiques).

2 .4.2. ANTIHISTAMINIQUES.

Constituent une part importante du lot des substances saisies. On y rencontre surtout des antihistaminiques classiques de type anti-H1: Phénergan (Prométhazine) Polaramine (Dexchlorphéniramine).

On y retrouve aussi des dérivés de la pipéridine qui ont des propriétés antihistaminiques:

Périactine (Cyproheptadine), Sanmigran (Pizotifène)

Ce sont aussi des anti HA orexigènes et ponderigènes.

Dans leur mécanisme, ces anti HA s'opposent aux effets de l'HA par un antagonisme compétitif et réversible au niveau de la liaison de l'HA à ses récepteurs H1 .

Les anti HA agissent en bloquant (en les occupant) les sites de récepteur des tissus histaminosensibles, empêchant ainsi l'histamine d'y avoir accès.

a) Propriétés pharmacologiques.

Les antihistaminiques anti H1 sont utilisés dans la prévention des effets de l'histamine.

Cette action porte sur les bronches, pour lever un bronchospasme.

Sur la peau, pour lever les prurits ou démangeaisons, les urticaires.

Sur les sécrétions nasales, dans le traitement des rhinites.

Sur les yeux, dans le traitement des conjonctivites allergiques et les larmoiements.

Sur les vomissements.

Ils sont sédatifs.

Le sanmigran (Pizotifène) agit sur le centre de la faim.

Ces anti H1 se fixent sur les récepteurs du système nerveux central et diffusent dans le cerveau.

L'abus de ces antihistaminiques provoque anxiété, hallucinations et délire.[46]

2.5 MEDICAMENTS ASSOCIEES A DES TOXICOMANOGENES..

Il s'agit d'antalgiques périphériques. Il y'a des risques d'intoxications aiguës en plus des effets toxicomanogènes des substances associées.

2. 5 .1 PARACETAMOL.

C'est un antipyrétique et antalgique utilisé dans le traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles.

Il est contre indiqué en cas d'insuffisance hépato-cellulaire et d'accident allergiques antérieurs.

Les symptômes de surdosage sont : nausées, vomissement, anorexie, pâleur, douleurs abdominales dans les 24 premières heures.

Un surdosage massif à partir de 10g chez l'adulte et 150 mg/kg chez l'enfant expose au risque de cytolyse hépatique, susceptible d'aboutir à une nécrose complète et irréversible, se traduisant par des anomalies du métabolisme glucidique, une acidose métabolique et une encéphalopathie pouvant aller jusqu'au coma et la mort.

La conduite à tenir consiste en un transfert immédiat en milieu hospitalier.

Une évacuation rapide du produit ingéré par lavage gastrique, l'administration aussi précoce que possible de l'antidote N-acétylcysteine par voie orale ou, en cas de vomissement par voie IV.

2. 4.2.2. ASPIRINE.

Il est indiqué dans le traitement des affections douloureuses et/ou fébriles et/ou inflammatoires.

L'aspirine est contre indiqué dans l'ulcère gastro duodéal, chez les antécédents d'hypersensibilité aux salicylés et dans la maladie hémorragique constitutionnelle ou acquise.

Surdosage: l'intoxication, à craindre chez le sujet âgé et surtout chez les jeunes enfants peut être mortelle. Le traitement d'urgence de ces intoxications doit s'effectuer en milieu hospitalier spécialisé.

III. ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES DU TRAFIC ILLICITE ET DE L'ABUS DES DROGUES.

L'usage de drogue touche les jeunes qui constituent la frange importante de la société burkinabé.

Les échecs scolaires, le problème d'emploi pour ceux qui ont réussi à obtenir des diplômes, l'exode rural sont générateurs de la consommation des drogues.

Frustrés sur le plan économique et marginalisés, ces jeunes peuvent souvent trouver refuge dans la drogue en réaction contre la société.

Plusieurs études constatent que l'abus des drogues et la toxicomanie sont intimement liés aux conditions et au rythme de vie de la société et à l'attitude des populations.

Pour le Docteur Claude OLIEVENSTEIN; "la toxicomanie surgit à un triple carrefour: celui d'un produit, d'un moment socio- culturel et d'une personnalité". [14]

La question fondamentale est de savoir ce qu'on peut concrètement proposer dans notre société aux jeunes ayant des problèmes et qui ne soit pas forcément une solution d'assistance passagère[11].

Mais l'usage des drogues n'est pas que du ressort des jeunes adolescents. Beaucoup d'adultes usent de la drogue dans un but récréatif en pratique comme un compromis entre les habitudes et les rapports sociaux. Ainsi on constate un usage intempestif de la drogue au travail, à l'école, à l'hôpital, dans les lieux publics, à certains moments et lors de certains événements sociaux, en présence de certaines personnes. Encore que la civilisation moderne nous fait croire qu'il existerait une solution chimique à la majeure partie de nos problèmes.

Le recours aux stimulants est répandu chez les chauffeurs routiers qui doivent parcourir de longues distances dans des conditions difficiles. [49]

Ainsi des études ont montré que le nombre de consommateurs de drogue a toujours augmenté, alors que le nombre véritable de toxicomanes ne suit pas la même progression. Aux USA malgré les campagnes intensives, les sommes investies, il n'ya jamais eu autant d'Américains à consommer des drogues, mais l'abus est relativement faible.[50]

Malheureusement l'escalade survient souvent par une augmentation progressive des doses d'un même produit. Ce qui signe alors la gravité du problème, car il s'installe une régression de l'investissement objectif vers l'investissement narcissique.

Dès lors, on peut évoquer la notion de dépendance, en la considérant comme une théorie socio-psychopharmacologique. Il est important de savoir qu'une drogue ne donnera lieu à une toxicomanie que s'il y a dépendance.[18]

Mais l'histoire de la drogue rejoint souvent celle du produit pharmaceutique,les propriétés toxicomanogènes ou psychotropes d'une substance peuvent être découvertes plusieurs années

après sa commercialisation. Ainsi, les amphétamines qui étaient couramment utilisées jusqu'à une époque récente font l'objet de lourde réglementation. Beaucoup ont été retirés du marché.

La drogue est un symptôme, car elle procède toujours de l'inquiétude d'une réalité dont on a peur. De plus en plus, on est perplexe quand au profil de l'usager de drogues. Celui-ci peut être un malade, un délinquant, les deux à la fois ou aucune.

Revenant à la pharmacodépendance, celle-ci est définie comme suit:

"Etat psychique et quelque fois physique également résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelque fois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant à un ou plusieurs produits". [18]

La dépendance ne vise pas seulement une conduite antisociale. Car la dépendance psychique est inhérente à des degrés variables à toute consommation de drogue.

Malheureusement, il reste que le marché de la drogue est florissant. Les pays en voie de développement dont fait partie le Burkina Faso, fournissent le cadre idéal pour l'installation d'un marché illicite qui est aussi alimenté à partir de médicaments détournés de leur usage légal.

Cette catégorie comprend les cambriolages de pharmacies, les vols et falsifications d'ordonnances de stimulants, sédatifs, hypnotiques, mais également une tendance croissante au détournement de substances psychotropes provenant de sources licites. Il y a un "Dumping" réalisé à partir de certains pays producteurs en direction de pays en voie de développement.

Compte tenu du pouvoir d'achat d'une majorité de la population Burkinabé, du niveau d'instruction et de sensibilisation; la clientèle de ce marché est assez fournie.

Le problème de drogue est aussi donc socio-économique, et l'usage des drogues du trafic illicite relève très souvent de l'abus.

Les nombreux problèmes de santé et les décès associés à cet abus sont la conséquence d'une interaction complexe entre le produit (en fonction de ses caractéristiques pharmacologiques et toxicologiques) et le sujet (sa personnalité et son état de santé) et le milieu dans lequel le produit est consommé.

Dès lors, il importe de s'attaquer au problème par la mise en place d'un système d'information efficace, fiable et facilement accessible.

L'usage abusif des drogues est un problème de société requérant la responsabilité de chacun.

Néanmoins, il existe certaines personnes particulièrement bien placées pour intervenir. Ce sont les hauts responsables gouvernementaux occupant des fonctions stratégiques, les agents de santé, agents de réseaux sociaux, les éducateurs et le personnel chargé de la répression.

L'usage des drogues risque de monter en flèche, car les nouveaux produits de synthèse du marché illicite contiennent de plus en plus et à dose variable des substances dépendogènes. Les préparations contenant des amphétamines, de la fénétylline et de la métaqualone que l'on trouve sur le marché illicite ne proviennent plus de l'industrie pharmaceutique licite.

On constate un détournement considérable de comprimés d'éphédrines vers les pays d'Afrique comme le Burkina Faso[38]. Ils sont utilisés comme précurseurs des amphétaminiques et autres stimulants.

L'éphédrine est placée sous contrôle aux termes de la convention de 1988 en tant que précurseur pour la fabrication de stimulants sous contrôle international.

Il importe d'analyser l'abus et le trafic illicite des préparations d'éphédrine.

L'abus des benzodiazépines et surtout du diazepam est favorisé par le "marché parallèle" et l'obtention facile auprès de distributeurs agréés. Des données épidémiologiques ont montré que des jeunes de dix à douze ans inhalent des vapeurs de solvants ou établissent des concours à qui avalera le plus d'antalgiques ou de benzodiazépines avec tous les risques d'accidents graves.[53]

L'offre et le prix de ces drogues ne posent pas un grand problème sur le marché illicite, alors que l'usage des drogues procède non seulement de problèmes sociaux, mais aussi d'une infériorité économique.

D'où l'incessante question de savoir qu'est ce qui génère la toxicomanie entre l'offre et la demande?[56,]

Un entretien avec des jeunes revendeurs et qui sont souvent consommateurs des drogues du trafic illicite montre que la plupart serait prêt à abandonner s'ils avaient d'autres sources de revenu.

Le schéma de consommation varie ainsi donc selon les sociétés. Pour cela, il faut prendre en compte le contexte socioculturel et les propriétés spécifiques de chaque drogue dont il est fait usage.

Les motivations ou circonstances qui accompagnent la consommation abusive des drogues ont varié. Dans les années soixantes et cela dans les pays occidentaux on parlait de contestation des valeurs et de refus d'intégration dans la société.

Aujourd'hui on parle d'absence de valeurs de référence et de perspectives, l'anxiété quand à l'avenir, les difficultés (et non pas de refus) d'insertion dans la société ou de réponse donnée par certains jeunes défavorisés.

L'automédication est un facteur de l'usage abusif des drogues.

Il faut aussi noter les tendances à la consommation selon certaines caractéristiques que sont :

- L'âge.
- le sexe
- la pression des paires
- l'éclatement de la famille.

Le contexte socioculturel actuel se caractérisant par un monde moderne avec le développement du tourisme, une tradition moins présente et avec une philosophie dominante constituée par le matérialisme et l'hédonisme de pointe.

Malheureusement l'usage abusif des drogues débouche sur la défonce pour ce qui est des drogues dépendogènes. Il s'en suit l'éclatement des familles, les accidents causés par les drogues, l'aggravation de la criminalité et les problèmes mentaux.

La consommation de l'alcool et les problèmes qui y sont associés sont inquiétants. Malgré que l'alcool soit une drogue règlementée et taxée, les autorités ne possèdent pas de statistiques fiables sur la consommation à cause des nombreuses fabrications artisanales échappant à tout contrôle.

La polytoxicomanie par association alcool-euphorisants ou alcool-sédatifs est fréquente. Pour E.Baert [53] les problèmes liés à l'alcool menace de ralentir le développement économique du tiers monde et de surcharger les services de santé.

Les principales causes prédisposantes sont l'accessibilité et la curiosité chez les jeunes

Il faut noter qu'à l'alcool il y'a une tolérance pharmacologique et métabolique.

Tous ces problèmes peuvent sembler très distants, voire négligeables jusqu'au moment où l'on est soi-même touché directement ou en la personne d'un membre de la famille.

L'usage abusif des drogues a un impact non seulement sur l'utilisateur, mais aussi sur sa famille, sa communauté et la société. Il y a une multiplication des accidents de travail, d'automobile, de troubles cognitifs, des problèmes de santé comme atteinte aux fonctions reproductives normales, au cerveau, au coeur et aux poumons. La drogue est donc un sujet socialement économiquement et politiquement très sensible.

Socialement, il y a une image globalement négative et un sentiment de méfiance vis-à-vis des drogués. Ce qui entraîne les marginaux et autres délinquants "victimes" de la dissociation ou de la mésentente familiale.

Economiquement, l'enjeu est très important et dépasse largement les frontières. La production de drogue, la vente, le blanchiment d'argent et la consommation échappent à tout contrôle.

Politiquement, on en fait une priorité nationale.

L'attitude face au SIDA ne doit pas se limiter aux seules drogues administrées par voie parentérale ; car les usagers des autres drogues ont une vie sexuelle moins protégée.

L'expansion du commerce et des communications contribuera forcément au trafic des stupéfiants au Burkina Faso si on y prend pas garde.

Pour Madame G. Dufoix[11], la lutte contre la drogue est un enjeu capital, c'est aussi un impératif éthique parce que la drogue menace la liberté, la dignité et la vie de la personne humaine.[11]

IV. PROBLEMATIQUE JURIDIQUE.

Dès qu'une expédition de drogues franchit les frontières nationales, il se pose une question de juridiction.

Il est déversé régulièrement sur le territoire Burkinabé des drogues de toutes sortes par la voie du trafic illicite. On constate alors une aggravation rapide des problèmes de drogues et en particulier un accroissement de l'usage de substances illicites ou à des problèmes d'abus de substances licites que sont les médicaments.

Face à une telle situation il importe de savoir le rôle de l'institution judiciaire dans la lutte contre la drogue .

Au Burkina, la législation relative aux stupéfiants est contenue dans l'ordonnance n°70\68 bis\PRES\MSP.AS du 28 décembre 1970 et fait l'objet des articles 151 à 156 du code de santé publique dans un chapitre intitulé "substances vénéneuses".

L'article 151 définit les substances vénéneuses comme des produits pharmaceutiques, seuls ou en composition, qui sont inscrits à l'un des tableaux suivants:

Tableau A:Produits toxiques.

Tableau B: Produits stupéfiants.

Tableau C : Produits dangereux.

Tableau D:Produits à action psychotrope et/ou pouvant engendrer la dépendance.

Les articles suivants sont relatifs aux peines applicables en cas d'usage, de détention, de fabrication illicite de substances vénéneuses, de la culture illicite de plantes renfermant les principes actifs de ces substances, aux peines complémentaires que les tribunaux pourraient prononcer telle la confiscation des substances saisies.En cas de récidives les conditions sont prévues par le code pénal.

Une remarque est que la loi ne distingue pas l'usager simple de l'usager trafiquant, ni l'usager simple du trafiquant non usager. Alors qu'à partir de cette distinction le simple usager pourra bénéficier d'un ensemble de mesures sanitaires.

V ATTITUDES INTERNATIONALES ET NATIONALES ADOPTEES CONTRE LA DROGUE.

Le problème de drogue est d'une envergure internationale et chaque pays possède sa spécificité.

La lutte est organisée contre la drogue au Burkina en tenant compte des dispositions internationales en la matière. Pour cela le Burkina a ratifié toutes les conventions internationales et se dispose à faire de même pour celles à venir.[8]

Les conventions internationales ci-après ont été adoptées contre la drogue:

-1961:Convention unique sur les stupéfiants.

-1971:Convention sur les psychotropes.

-1988:Convention unique des Nations Unies contre le trafic illicite des substances psychotropes et les stupéfiants.

Ces conventions n'ont pas suffi à arrêter le trafic et l'usage des drogues qui s'intensifient avec leurs conséquences néfastes sur les plans économique et sociale.

Ainsi au niveau international il y'a une prévention selon trois types de stratégies.[9,]

La prévention primaire consiste à éviter l'apparition des problèmes, c'est à dire réduire l'incidence. Il faut donc maîtriser les mécanismes étiologiques afin de les infléchir à un stade précoce.

La prévention secondaire s'adresse aux sujets déjà affectés par le problème et il s'agit d'intervention de traitement et de réhabilitation.

L'objectif est de réduire la durée du problème, traiter et limiter le préjudice individuel et social qui en résulte. Elle convient très bien à la lutte contre l'abus des drogues .

La prévention tertiaire vise à instaurer chez l'individu une meilleure capacité à vivre normalement et à se réinsérer.

Il importe de savoir au niveau de la population cible l'importance que présentent les sujets de devenir consommateurs de drogues; et le risque de voir apparaître des conséquences indésirables en cas de consommation.

Ces méthodes de prévention exigent une approche directe centrée sur le comportement du consommateur. Et une approche indirecte portant sur les facteurs que l'on croit associés à l'usage des drogues.

L'objectif de la prévention est de prévenir les problèmes liés à l'usage non médical des drogues engendrant la dépendance ou à diminuer leur incidence et leur gravité. Les intoxications aiguës constituent d'importants problèmes à prévenir.[48]

Plusieurs organismes internationaux s'occupent de la pharmacodépendance.

Ainsi, l'intérêt et les préoccupations que suscitent dans de nombreux milieux, les problèmes individuels, sociaux ou de santé publique posés par l'usage non médical de certaines drogues

engendrant la dépendance continuent à se traduire dans les activités de divers organismes que sont:

- *OMS (Organisation Mondiale de la Santé).
- *FNULAD (Fond des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues).
- *OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants).
- *UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture)
- *Le Conseil International sur les problèmes de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Par ailleurs le comité OMS d'experts de la pharmacodépendance travaille régulièrement afin de mettre sous contrôle international des stupéfiants et des substances psychotropes exemptées.

Pour cela, le comité travaille avec des collaborateurs tels que la Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament, la division des stupéfiants de l'ONU, l'Oganisation Internationale de Police criminelle.[47]

Au Burkina le problème est perçu au niveau des plus hautes autorités et constitue une priorité nationale. C'est ainsi que le Décret N°93-231/PRES/PMdu 26 juillet 1993 porte sur la création, la composition et le fonctionnement du Comité Nationale de Lutte Contre la Drogue(C.N.L.D.)[8]

Il est composé de membres représentant les ministères et institutions.

Le Ministre de l'Administration territoriale et de la Sécurité est le Président.

Le Ministre de la Santé est le vice-président.

Les organes du C.N.L.D sont.

- * L'Assemblée Générale.
- * Le Bureau.
- * Le Secrétariat Permanent.
- * Les Commissions Techniques.

Le C.N.L.D.a pour mission.

. Appliquer et animer la politique défini par le gouvernement, en matière de lutte contre les stupéfiants et psychotropes.

. Préparer les décisions du Gouvernement, tant au plan national qu'international en ce qui concerne la lutte contre le trafic illicite et la consommation de drogues.

. Proposer au gouvernement des plans d'actions ainsi que des mesures efficaces visant à protéger le Burkina-Faso contre le fléau de la toxicomanie.

. Veiller à l'application des traités internationaux auxquels le Burkina est partie.

. Etudier toutes les questions nationales et internationales relatives à la culture, à la production, à la fabrication, au commerce licite ou illicite, à la répression du trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes, ainsi que les problèmes médico-sociaux posés par la prévention et le problème de la toxicomanie.

- . Coordonner les mesures prises par les différents départements ministériels en matière de stupéfiants et de produits psychotropes.
- . Centraliser tous les renseignements et dossiers communiqués par les organismes ou services nationaux et internationaux spécialisés en la matière.
- . Gérer les crédits d'intervention affectés au comité pour la lutte contre la toxicomanie.
- . Présenter chaque année un rapport d'ensemble exposant la situation nationale de la, son évolution en tous ses aspects.
- . Donner son avis sur toute question et mesure envisagée par le Gouvernement en matière de stupéfiants et de substances psychotropes.

Avant la CNLD, il a été créé depuis 1989 par le récépissé N°AN VI 094/FP/MAT/SG/DLPAJ l'Association Burkinabé pour la Prévention de l'Alcoolisme et de la Toxicomanie [3].

Elle a pour préoccupation essentielle la sensibilisation de l'opinion aux dangers que représentent les drogues et l'alcool afin de susciter des actions de lutte appropriées contre ces fléaux.

La stratégie existante est donc la politique nationale définie contre la drogue.

Il n'y a pas de prise en charge des usagers de la drogue. Néanmoins on note des actions menées dans le domaine de l'éducation.

Par contre au niveau de la communication il y'a une insuffisance des programmes de sensibilisation.

Les structures répressives au BURKINA sont:

- La police nationale avec la division des stupéfiants et meurs à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.
- La gendarmerie nationale avec la section de recherche du cinquième groupement de Ouagadougou.
- La douane avec la cellule d'escorte et d'intervention rapide de Ouagadougou.
- La brigade des eaux et forêts basée à Ouagadougou.

2 EME PARTIE.

ETUDE ET TRAVAUX PERSONNELS REALISES

1- OBJECTIFS

1 - Objectif Général.

Etudier le profil des substances de trafic à partir des saisies de la police 1992 à 1995 en vue de contribuer à la lutte contre la drogue au BURKINA.

2 - Objectifs Spécifiques.

- 1-Faire un inventaire des saisies de 1992 à 1995.
- 2-Identifier les drogues vraies dans les saisies.
- 3-Identifier les médicaments à usage détourné et leurs caractéristiques
- 4-Décrire les caractéristiques des usagers et le mode d'usage des drogues .
- 5-Décrire l'organisation de la lutte contre la drogue au BURKINA.

II MATERIEL ET METHODE.

1 - Cadre de l'étude.

1.1 - Division des stupéfiants et mœurs de la police judiciaire

Situé à Ouagadougou au secteur n° 1, côté Est du marché ROOD WOKO, en face de la cour suprême.

Nous y avons obtenu les statistiques nationales de saisies et les échantillons de notre travail.

1.2. Comité National de Lutte contre la Drogue.

Ce fut le lieu de saisie à l'informatique de nos travaux. Nous y avons obtenu des informations et les documents sur la politique nationale de lutte contre la drogue.

1.3. Faculté des Sciences de la Santé.

C'est l'une des facultés de l'Université de Ouagadougou.

Elle a pour mission la formation des Médecins et Pharmaciens.

Nous avons effectué la plupart de nos manipulations au Laboratoire de Pharmacologie toxicologie.

1.4. IRSS.(Institut de Recherche sur les Substances de la Santé) et CHNYO

Nous avons bénéficié du soutien technique du personnel et exploité les protocoles de travail.

1.5. Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogao.

Nous avons utilisé quelques réactifs du laboratoire de Biochimie.

1.6. Pharmacie des Ecoles.

Ce fut notre terrain d'enquête sur la sortie des substances psychotropes à l'officine.

1.7. Pharmacie Diawara.

Nous avons exploité l'ordonnancier de cette officine sur la sortie des médicaments psychotropes de 1992 à 1996.

2. POPULATIONS D'ETUDE.

Notre enquête s'adressait à tous les consommateurs de psychotropes du trafic licites .

3. MATERIEL D'ETUDE.

Nous avons travaillé sur un échantillon de 10969 comprimés détenus à la Division Des Stupéfiants et Mœurs, un gramme de cocaïne, un gramme d'héroïne et cent grammes de cannabis. Cet échantillon représente qualitativement l'ensemble des drogues saisies et détenues au Parquet à l'exclusion des destructions.

Le reste du matériel comportait:

Le matériel d'étude est composé comme suit:

-Fiches d'enquête.

-Statistiques annuelles de saisies de la division des stupéfiants.

-Matériel informatique.

-Matériel analytique de laboratoire pour l'identification des substances.

° Plaque pour Chromatographie sur Couche Mince.Ce sont des plaques de 20cm*10cm recouvertes d'une phase stationnaire (Kieselgel 60F 254) de 0.2mm d'épaisseur.

Capillaire à dépôts.

Cuves de migration.

Lampe de révélation UV type UV.VIS de 375nm et 253.7nm.

Spectrophotomètre de marque PERKIN ELMER.

Spectrophotodensitomètre

°**Réactifs chimiques de caract.risation.**

Méthanol, chloroforme, ammoniacque, benzène, hexane, diéthylamine, acide sulfurique, nitrite de sodium, formaldéhyde.

4. METHODE D'ETUDE.

4.1. Type d'étude.

Il s'agit d'une étude retrospective sur les drogues saisies de 1992 à 1995 sur l'étendu du territoire national Burkinabé doublée d'une enquête prospective sur la sortie des psychotropes à l'officine.

4.2. Déroulement de l'étude.

4.2.1. Analyse des documents existants.

La procédure à été de consulter les documents relatifs aux différentes saisies effectuées sur l'ensemble du territoire de 1992 à 1995.

Nous avons colligé les données pour faire une évaluation quantitative des types de substances du trafic illicite.

4.2.2. Inventaire des substances de saisies.

Notre objectif a été de faire le point pour discerner les drogues au terme de substances toxicomanogènes et donnant lieu à abus, des médicaments de vente illicite et des médicaments à usage détourné.

La première étape de notre travail a constitué à un inventaire physique des saisies selon les étiquettes et les caractères organoleptiques des substances, les substances n'ayant pas d'étiquette ont été numérotés pour faciliter la suite du travail.

4.2.3. Identification des substances répertoriées.

- *Recherche par consultation de la littérature.
- * Test de caractérisation..
- * Chromatographie sur Couche Mince.
- * Spectrophotométrie U.V

4.2.3.1. Recherche dans la littérature.

Nous avons recherché dans la littérature Médicale et Pharmaceutique les noms portés sur les étiquettes.

Cette approche nous a permis d'identifier les substances d'après selon leur DCI.

4.2.3.2. Tests de coloration pour la caractérisation des substances.

Généralités .

Plusieurs substances donnent des colorations variées quand elles sont mises en contact avec des réactifs chimiques. Dans certains cas, la couleur est produite avec un réactif particulier et spécifique pour le composé. Mais souvent, la couleur de réaction n'est pas spécifique, mais est produite par un nombre de composés de la même classe et quelque fois, par des substances qui ne sont même pas de cette classe. Dans nombre de test, la couleur donnée par la drogue est corrélée avec un aspect particulier de la structure de cette drogue. Cependant il est impossible d'expliquer clairement tout le phénomène, car des réponses anormales rencontrées sont le fait de raisons non apparentes. Nous avons appliqué les tests de colorations suivantes

- Test de Liebermann
- Test de Marquis
- Test au formaldéhyde - acide sulfurique
- Meyer.
- Draggendorf.

4.2.3.2.1. Test de Liebermann

a) Réactif: Ajouter 5g de nitrite de sodium à 50 ml d'acide sulfurique. Refroidir en agitant pour absorber la vapeur brune.

La méthode consiste à mettre 2 à 3 gouttes du réactif dans l'échantillon. Souvent, il est nécessaire de porter le test dans un tube et chauffer au bain marie bouillant à 100°C. **Erreur! Source du renvoi introuvable.**

Plusieurs substances donnent une coloration avec l'acide sulfurique seul. Le test doit être répété en utilisant l'acide sulfurique en même que le réactif dans le but d'affirmer que la couleur observée est due au réactif.

b) Indications :

- Rouge - orangé : Amphétamine, Ephédrine, Pheniramine.....
- Violet : Paracétamol
- Noir : Codéine, diamorphine, étiléfrine, morphine.....

4.2.3.2.2. Test de Marquis

a) Réactif: Mélanger un volume de solution de formaldéhyde avec 9 volumes d'acide sulfurique.

Méthode: Ajouter une goutte de réactif à l'échantillon

b) Indications : Les couleurs variées de tout le spectre visible sont données par un nombre important de composés.

Orange: Amphétamine (vire au brun), fénétyline

Jaune : Ethylmorphine (vire au violet en suite au noir)

Bleue-Noire : Méthyldioxyamphétamine.

4.2.3.2.3. Test au formaldéhyde-acide sulfurique.

a) Réactif: A 4 volumes d'acide sulfurique, ajouter 6 volumes de formaldéhyde solution. Utiliser une pipette pour agiter en refroidissant. S'il y a des turbidités, cela peut disparaître en chauffant au bain marie à 100° pendant une minute.

N.B. : Le réactif est différent de celui de Marquis.

Méthode: Mélange l'échantillon au réactif et chauffer à 100° pendant une minute.

b) Indications: Les benzodiazépines donnent généralement une couleur orange, exception faite du bromazépam et la clozapine (jaune) et du flurazépam (rose). D'autres indications incluent les phénithiazines, les tétracyclines et les thioxanthènes. Pas de réponse au chlordiazepoxide.

REMARQUE

Un large gamme de couleurs est produite par les réactifs dans les tests de coloration, et il est possible de décrire les couleurs avec plusieurs degrés, ce qui implique des jugements subjectifs .

Cependant, Les couleurs obtenues avec un test particulier peuvent variées grandement ou faiblement en fonction des conditions du test, de la quantité de substance présente et de la présence de matériel étranger dans l'échantillon.

Les couleurs sont obtenues avec les acides et bases libres, dans le cas des sels, elle peuvent être modifiées par la nature de l'autre radical présent.

4.2.3.3. Méthode pour la chromatographie sur couche mince.

Système de solvant

-Méthanol 90ml.

-Chloroforme 10ml.

-Ammoniaque 1,5ml.

Les échantillons d'environ 2µl sont déposés à 1 cm du bord inférieur de la plaque.

Ces échantillons ont été dilués dans du méthanol à raison de 2 grammes pour 5 ml..

Après séchage à l'air libre les spots sont révélés sous lampe U.V à 375 nm..

Les migrations effectuées ont été déterminées par rapport à celles des témoins amphétamines, caféine, aspirine, paracétamol et d'éphédrine.

En abscisse des plaques on a le dépôt des substances, et en ordonnée le chemin parcouru

4.2.3.4. Spectrophotométrie Ultraviolet et visible.

C'est une technique largement utilisée dans les analyses pharmaceutiques et biomédicales dans un but quantitatif et avec certaines limitations pour la caractérisation des drogues.

Les spectres tracés en milieu liquide sont habituellement larges avec des bandes moins caractéristiques, dû au nombreuses vibrations et transitions rotationnelles assez étroites.

En analyse qualitative, on recherche les emplacements précis des bandes.

Les résultats de la spectrophotométrie d'absorption peuvent être consolidés par les tests de caractérisations que sont la CCM et les tests de colorations.

L'unité pratique utilisée en U.V. Vis pour décrire les positions de pic est la longueur d'onde, habituellement exprimé en nanomètre.

Le domaine de longueur d'onde dans U.V. vis est divisé en deux parties :

U.V. : 200 nm à 400 nm.

Visible : 400 nm à 800 nm

En dehors de ces limites on a :

U.V. lointain : 100 nm à 200 nm

PROCHE I.R. : 1 μ m à 3 μ m.

Une molécule qui est spécifiquement responsable d'absorption est décrite comme un chromophore. Habituellement il s'agit d'un système conjugué avec dislocation de la densité électronique.

Certain groupes saturés ont peu ou pas d'absorption, mais modifient les spectres d'absorption quand ils sont attachés directement un chromophore, on les appelle auxochromes.

Les lois de l'absorption

La familière loi de Beer - Lambert est très utilisée.

$$\text{Log} \frac{I_0}{I} = k c b.$$

I = Intensité transmise

b = Chemin

k = Absorbance

c = Concentration

Dans l'application qualitative de la spectrophotométrie ultra-violet sur notre travail; nous avons utilisé un spectrophotomètre de marque PERKIN ELMER.

Les résultats sont illustrés par les différents tracés.

Les différents spectres ont été tracés dans une solution méthanolique à cause de sa limite d'utilisation de 210 nm.

La présence d'impuretés dans les substances rendait l'application de la spectrophotométrie U.V difficile.

C'est pourquoi nous l'avons utilisé pour identifier des drogues fortement soupçonnées pour contenir les molécules suivantes: Amphétamines, cocaïne, THC, diazépam et héroïne.

Nous avons confronté les spectres tracés avec ceux de la littérature à cause du manque de témoin.

POUR L'OBTENTION DES SPECTRES,

Nous avons travaillé sur un spectrophotomètre.

La mesure a été faite avec des solutions méthanoliques fortement diluées dans une cuvette en quartz, et cela parce que le quartz n'absorbe pas dans l'UV.

Calcul des pics:

Nous avons travaillé à 120nm/mn avec un papier programmé à 30mm/mn.

Pour déterminer la longueur d'onde d'un pic, nous avons mesuré horizontalement la distance du début du tracé au milieu du pic. Soit X cette distance.

$$X * 120 / 30 = 400$$

400 nm = Longueur d'onde de départ.

Cette méthode était destinée à confirmer la présence de cocaïne, héroïne, diazépam, cannabis dans les échantillons étiquetés comme tels.

5. ENQUETE EN PHARMACIE D'OFFICINE.

Il s'agissait d'une enquête prospective à la Pharmacie des Ecoles et rétrospective à la Pharmacie Diawara, pour savoir le profil des psychotropes délivrés en officine. Et d'autre part faire ressortir la problématique de prescription.

3 EME PARTIE.

RESULTATS DE L'ETUDE.

I - PRESENTATION ET COMMENTAIRE DES RESULTATS.

1. Données de la littérature bibliographique.

Vesadol=Buzépidé métiiodure(Halopéridol™).

Atépadène=Adénosine triphosphate.

Pipram=Acide pipémidique.

Modurétic=Amloride hydrochlorothiazide.

Apranax=Naproxène.

Flavan=Leucocianidol

Ampi250=Ampicilline250mg

Ampecyclal=Adénosine phosphate d'heptaminol.

Josacine = Josamycine

Feldène = Piroxicam.

Nous avons retrouvé des antibiotiques, des psychotropes, des stimulants musculaires, des diurétiques et des anti-inflammatoires.

2 Analyse des documents existants.

L' analyse des statistiques de saisies fait ressortir quatre types de drogues:

-Cannabis (la résine)

-Cocaïne en poudre.

-Héroïne

-Amphétamines.

Aucune statistique n'évoque la présence des autres psychotropes et médicaments à usage détourné.

Tableau 1: statistiques de saisies

	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Amphétamines
1992	105,685kg	6grs	50grs	82661 comprimés
1993	1061,640kg	93grs	50grs	484211 comprimés
1994	305,598kg	3,0025kg	9grs	346903 comprimés
1995	121,817kg	2grs	3grs	300799 comprimés
Total = 4 ans	1594,74kg 398,69kg/an	3103,5g 775,88g/an	112g 28g/an	1214574 cps 303643cps/an

Source: Direction de la police judiciaire.

Division des stupéfiants et meurs.

Zones de saisies: Toutes les provinces du pays sont touchées par ce trafic illicite.

3. Résultat de l'inventaire de 1992 à 1995.

Tableau 2 : Résultat de l'inventaire.

Groupe de substances	Nombre d'unité.
Analgésiques seuls	1410
Analgésiques associés	420
Antibiotiques	310
Stimulants	1275
Sédatifs	2420
Non identifiées	4299
Stupéfiants	cannabis: 1594,74kg; cocaïne et héroïne: 3215g

Tableau 3 : Analgésiques seuls.

Substances	Caractères physiques	Nombre de comprimés ou gélules
Drastin	Comprimés blancs	250
Phensic	Comprimés blancs	200
Marcodol	Comprimés blancs	170
Polprine	Comprimés blancs	200
Ibu	Comprimés pelliculés	180
Dolocin Indo25		150
Apranax	Comprimés sécables orangés	100
feldène		160
Total		1410

Tableau4 : Analgésiques associés.

Procold	Comprimés sécables roses imprimés kalbe sur une face et procold sur l'autre.	140
Medik-55	Comprimés jaunes	150
Cold caps corhinza	Comprimés sécables allongés	130
Total		420

Tableau 5: Antibiotiques

Pipram	Gélules vert-blanches	160
Ampi250	Gélules	150
Josacine	Poudre blanc sales	1 flacon de poudre.
Total		310

Tableau 6: Stimulants

Ephédrine	Comprimés blancs imprimés E	450
Flavan	Comprimés bruns	400
Ampécyclal		175
Cyclo3	Gélules blanches -oranges	120
Atépadène	Gélules	130
Total		1275

Tableau 7: Sédatifs

Vesadol	Comprimés bleus pelliculés	500
CDP 10mg	Gélules vert-noires	170
Diazépam	comprimés bleus sécables	800
Apo5	Comprimés sécables couleur or	400
S	Comprimés jaunes	350
Stomach OBI	Comprimés blancs	200
Total		2420

Tableau 8 : SUBSTANCES INCONNUES.

comprimés4	comprimés blancs	800
Medrel 500	Comprimés blancs pelliculés	85
SPL	Comprimés jaunes oblong	100
Moduretic	Comprimés oranges polygonaux	350
Bodrex	Comprimés à deux couches rose et blanche imprimés Bode	300
G	Comprimés blancs de grosse taille imprimés G	100
Erreur! Signet non défini.	Comprimés jaunes	300
b	Comprimés blancs	100
MDX 25mg	Gélules jaunes	162
Flacon n°1	Comprimés jaunes.	400
Flacon n°2	Poudre blanche en gélule de couleur blanche.	162
Flacon n°3	Pastilles en gélule	160
Flacon n°4	Comprimés de couleur marron	180
Flacon n°5	Comprimés rose.	200
Flacon n°6	Comprimés rouges.	140

Flacon n°7	Comprimés bleus pelliculés	500
Flacon n°8	Comprimés rouges pelliculés	350
Flacon n°9	Comprimés rouges pelliculés plus petits	350
Flacon n°10	Comprimés blancs sales avec une odeur de parégorique.	200
Flacon n°11	Comprimés blancs	160
Total		4299

Tableau 9 : STUPEFIANTS.

Cocaïne	cristaux blancs
Héroïne	poudre marron
Cannabis	feuilles, résines, et en pâte.

On constate la présence de substances toxicomanogènes, de médicaments à usage détourné et d'autres médicaments tels que les antibiotiques.

Une grande quantité de substances non identifiées est à relever. Ce qui aggrave la problématique de la toxicomanie et de la lutte contre la drogue au Burkina.

Figure4 : Comprimés de saisies.



Figure5 : Feuilles de cannabis de saisies.



Figure 6 :Héroïne de saisies.



Figure7 :Héroïnepure



4. - Résultats des tests de coloration.

Ces tests étaient orientés vers la recherche d'amphétamines et de diazépam

Nous voulions confirmer la présence de diazépam par le test de formaldéhyde-acide sulfurique.

.Nous avons soupçonné comme amphétamines toutes les drogues répondant au test de Liebermann par une couleur rouge , rouge-orangée ou orangée.

Tableau n°10 : Résultats des tests de caractérisation.

Substances	Test de Liebermann (coloration apparue)	Test de Marquis (coloration apparue)	Test au formaldéhy de-acide sulfurique
Echantillon n°2			Jaune
Echantillon n°4	Noire		
Echantillon n°5			Orangée
Echantillon n°6	Rouge		
Echantillon n°7	Rouge		Violette
Echantillon n°8	Noire		Rouge
Echantillon n°9	Noire	jaune	Rouge
Echantillon n°10			Violacée
Echantillon n°11	Orangée		Jaune
Bodrex	Rouge-orangée		
Procold	Rouge-orangée		
Medik-55	Rouge-orangée		
G			Rouge
SPL	Orangée		
Marcodol	Orangée		
Cold caps corhinza	Rouge		
Diazépam			Rouge

N.B. Les échantillons numérotés correspondent à des substances qui ne portent aucune étiquette particulière. Pour des raisons pratiques nous leur avons attribué des numéros.

Neuf produits ont donné des réactions permettant de soupçonner la présence d'amphétamine ou de diazépam.

Echantillon N°6

Echantillon N°7

Echantillon N°11

Bodrex

Procold

Medik-55

SPL

Marcodol

Cold caps corhinza

La présence d'amphétamine été confirmée ou infirmée par la CCM.

5 RESULTATS de la Chromatographie sur Couche Mince.

Tableau 11 : Rf de la PLAQUE N°1.

Té moin amphé tamine	Té moin aspiri ne	Té moin caféine	Tmoin paracé tamol	1	Apo5	S.P.L	Com primés 4	Phensi c	Drasti n
0,91	0,85	0,76	0,86	0,86	0,83	0,85	0,63 0,91	0,83	0,83

Tableau 12 : Rf de la PLAQUE N°2

Témoin caféine	Témoin aspirine	Témoin paracétam ol	Cold caps corhinza	CDP	Ephédrine n°6
0,77	0,78	0,78	0,77	0,78	0,78

Tableau 13 : Rf de la PLAQUE N°3

Témoin aspirine	Témoin amphéta mine	Témoin caféine	Témoin paracéta mol	Bodrex	Procold	Médik- 55	Apranax	Compri mé b
0,87	0,88	0,76	0,84	0,84	0,84	0,79	0,79	0,87

Tableau 14 : Rf de la PLAQUE N°4

Témoin amphétamine	Témoin aspirine	Témoin caféine	Témoin paracétamol	Echantillon n°6	Echantillon n°7	Echantillon n°8	Echantillon n°9	Echantillon n°10	Echantillon n°11
0,84	0,81	0,73	0,81	0,77	0,84 0,69	0,85	0,83	0,84	0,77

Tableau 15 : Rf de la PLAQUE N°5

Témoin amphétamine	Témoin aspirine	Témoin caféine	Témoin paracétamol	Echantillon n°1	Echantillon n°2	Echantillon n°3	Echantillon n°4	Echantillon n°5
0,83	0,76	0,74	0,79	0,75	0,74	0,83	0,83	0,79

Tableau 16 : Rf de la PLAQUE N°6

Témoin amphét amine	Témoin aspirine	Témoin caféine	Témoin paracé- tamol	Dolocin	Cyclo 3	Ibu	Stomac h obi	Marco dol
0,92	0,89	0,78	0,88	0,92	0,88 0,80 0,74	0,88	0,0	0,86

Tableau 17 : Rf de la PLAQUE N°7

Ephédrine1	Ephédrine2	Ephédrine3	Ephédrine4	Ephédrine5	Amphétami ne témoin
0,63	0,63	0,63	0,63	0,63	0,93

Cette méthode nous a permis de définir :

*Deux chromatogrammes pour l'amphétamine.

- 1.échantillon n°7.
- 2.comprimés 4.

* Cinq chromatogrammes pour l'éphédrine.

Cinq boîtes étiquetées éphédrine ont été confirmées comme telles.

*Deux chromatogrammes pour la caféine.

- 1.échantillon n°2.
- 2.cold caps corhinza.

* Quatre chromatogrammes pour l'aspirine.

- 1.SPL
- 2.CDP
- 3.comprimés b
- 4.éphédrine n°6

* Huit chromatogrammes pour le paracétamol.

- 1.Erreur! Signet non défini.
- 2.CDP
- 3.éphédrine n°6
- 4.Bodrex
- 5.Procold
- 6.échantillon n°5
- 7.cyclo3
- 8.ibu

Le dénombrement des échantillons contenant ces molécules sur le total de 10.969 comprimés nous donne les résultats suivants:

La chromatographie sur couche mince du cannabis donne les résultats suivants avec les système de solvant: Benzène=25 ml.

Hexane=10 ml

Diéthylamine=1 ml

Figure 8 : CCM de cannabis.

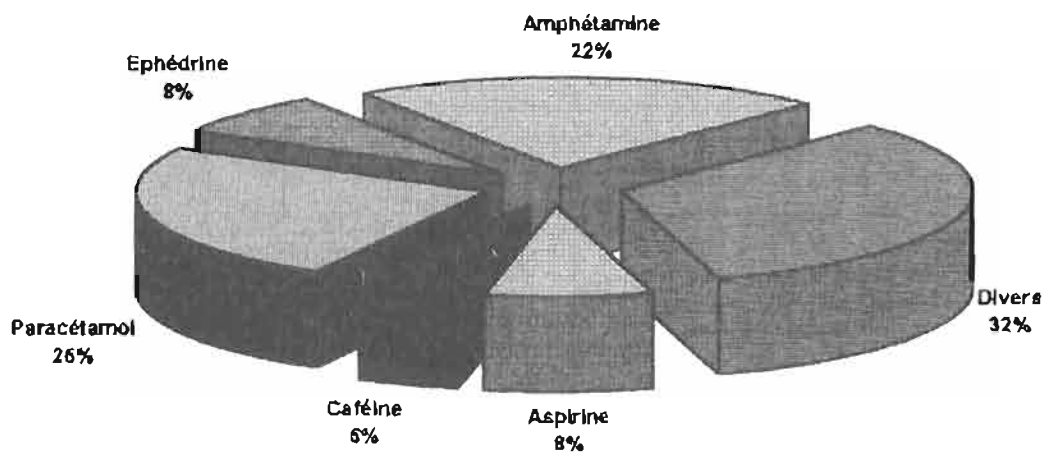
Tableau 18 : Rf de la CCM du cannabis.

Substances	Rf
Cannabidiol	0,45
Cannabinol	0,40
Tétrahydrocannabinol	0,55



Figure 8 : Plaque de C.C.M. de cannabis
révélée au Fast-Blue.

Graphique n°1 : Répartition des drogues identifiées par CCM.



L'identification par la littérature pharmaceutique et l'analytique montre que les principales drogues rencontrées dans les saisies sont les amphétamines et le cannabis.

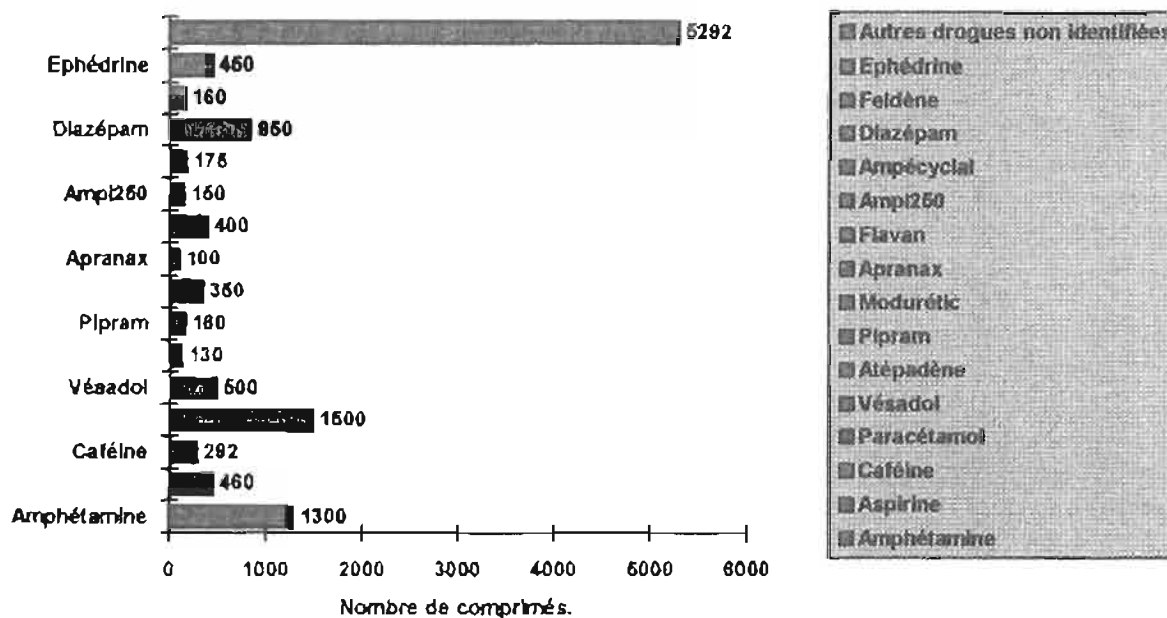
Les amphétamines sont sous forme comprimé et le cannabis est fumé en enrôlant ses feuilles ou résines séchées.

6 - Résultats de la spectrophotométrie ultra-violet

Tableau n°19 : Longueurs d'onde des spectres obtenus.

Nom	Longueur d'onde Erreur! Source du renvoi introuvable. max	Longueur d'onde Erreur! Source du renvoi introuvable. min
Héroïne	228 nm	328nm et 292 nm
Cocaïne	232 nm	280 nm et 272nm
Caféine	272nm	216nm
Amphétamine Sulfate	216nm	252nm, 260nm, 266nm
Echantillon cannabis	224nm	280nm, 368nm
Ephédrine	220nm	266nm, 260nm, 254nm
Diazépam	232nm	316nm

Graphique n°2 : Répartition quantitative des drogues identifiées.



7. - Résultats de l'enquête.

Nous avons effectué une enquête sur la délivrance des substances psychotropes à la Pharmacie des Ecoles qui est une officine de la place. L'enquête s'est déroulée d'avril à Août 1997(5 mois).

L'objectif était de répertorier les types de médicaments prescrits, les motifs de l'usage, et le profil des consommateurs.

A la Pharmacie Diawara nous avons exploité l'ordonnancier pour identifier les types de molécules psychotropes délivrées de 1992 à 1996(4 ans).

7.1. Répartition de psychotropes délivrés à la Pharmacie des Ecoles

Tableau n°20 : Pourcentage relatifs et motifs d'usage des spécialités psychotropes rencontrés.

Spécialités	Nombre d'ordonnances de prescription.	Pourcentage(%)	Motifs d'usage
Valium	24	23,5	Suite à une maladie, douleur, Anxiété, Hypertension artérielle, Insomnie.
Rivotril	9	8,8	Insomnie, suite à une maladie Suite à un accident.
Rohypnol	9	8,8	Insomnie , fatigue.
Tranxène	12	11,8	Anxiété, Insomnie, Divorce.
Mogadon	9	8,8	Anxiété, Insomnie.
Lysanxia	3	2,9	Insomnie, Trouble mental.
Urbanyl	3	2,9	Trouble mental.
Gardenal	27	26,5	Suite à une maladie, Insomnie Anxiété, Hypertension artérielle.
Artane	3	2,9	Dépression.
Xanax	3	2,9	Insomnie.
Total	102	100	

L'insomnie et l'anxiété sont une constante. Le valium, le tranxène, et le gardenal sont les plus délivrés.

L'usage du mogadon, rohypnol, rivotril, et le tranxène est aussi préoccupant..

L'analyse statistique par epi info nous donne les résultats suivants

Tableau n°21 : REPARTITION DES UTILISATEURS PAR SEXE.

Sexe	Observation	Pourcentage
Feminin	30	29,4%
Masculin	72	70,6%
Total	102	100%

Les hommes sont plus concernés que les femmes.

Tableau n°21 : AGE DES UTILISATEURS.

Age en années	Observation	Pourcentage
0 à 20 ans	3	2,94%
21 à 30 ans	21	20,59%
31 à 40 ans	54	52,94%
41 à 70 ans	24	23,53%
TOTAL	102	100%

Moyenne=34,26 ans

Ecart-type=10,78

L'âge de 31 à 40 ans est le plus concerné

Tableau n°22 : MOTIFS D'UTILISATION.

Motifs	Observations	pourcentages
suite à une maladie	18	17,6%
douleur	6	5,9%
tranquillisant	9	8,8%
HTA	6	5,9%
insomnie	39	38,2%
anxiété	9	8,8%
trouble mental	12	11,8%
dépression	3	2,9%
TOTAL	102	100%

Moyenne=4,53

Ecart-type=2,36

Le principal motif de consommation est l'insomnie avec 38,2% des prescriptions et cela bien avant les indication somatiques qui font 17,6%.

Tableau n °22 : DUREE D'UTILISATION.

Durée	Observations	Pourcentages
0 à 1 an	63	61,8%
1 à 5ans	15	14,7%
supérieur à 5ans.	24	23,5%
TOTAL	102	100%

61,8% des usagers consomment le produit il ya moins d'un an.

Mais il est très important de remarquer que 23,5% le font il y'a plus de 5ans

Tableau n°23 : MODALITE D'UTILISATION.

Modalité	Observations	Pourcentages
Occasionnellement	42	41,2%
Régulièrement	60	58,8%
TOTAL	102	100%

58,8% utilisent régulièrement le produit dès qu'ils ressentent les symptômes du motifs de consommation.

7.2. Analyse de l'ordonnancier de la Pharmacie Diawara sur la sortie de psychotropes.

Tableau n°24 : Psychotropes de l'ordonnancier.

Spécialités					
	1993	1994	1995	1996	
Librax	18	9	2	6	
Urbanyl	21	10	12	16	
Tranxène	38	13	7	26	
Diazépam	11	9	7	10	
Rohypnol	5	10	2	4	
Témesta	23	5	8	11	
Equanil	22	9	4	7	
Mogadon	2	2	1	3	
Seresta	4	2	1	1	
Palpipax	4	3	2	2	
Aldagur	2		1		
Gardenal	18	21	7	17	
Haldol	7	10	6	17	
Xanax				5	

8. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE AU BURKINA FASO.

La lutte contre la drogue fait l'objet d'une politique nationale au Burkina depuis 1993. Il existe un comité national de lutte contre la drogue, constitué de membres de qualification et de provenance diverses. Mais tous aptes à cerner le phénomène de drogue dans ses différentes composantes.

Le président est le ministre de l'administration territoriale, et le ministre de la santé son vice président. Un secrétariat permanent s'occupe du fonctionnement quotidien.

En pratique, seule fonctionne la lutte répressive. La sensibilisation s'effectue de manière sporadique lors de certaines manifestations.

Aucune structure sanitaire ne s'occupe des intoxiqués de la drogue. Par ailleurs il n'existe pas de cadre scientifique réquisitionné pour l'identification des drogues saisies.

9. PROFIL DES TRAFIQUANTS.

L'analyse des documents des forces de répression, fait ressortir diverses nationalités en ce qui concerne les personnes interpellé pour trafic de drogues.

Les trafiquants nationaux sont très actifs au niveau de l'importation et de la distribution.

L'abus des stimulants, en particulier les amphétamines constitue la principale préoccupation au BURKINA.

L'abus des substances psychotropes d'origine illicite et licite est assez répandu. C'est le du diazépam vulgairement appelé bleu bleu et objet de fréquentes saisies.

La prescription excessive de benzodiazépines risque de favoriser la toxicomanie.

Individus arrêtés par les forces de répression.

1992

Burkinabé: 28

Ghanéens: 03

Nigériens: 01

Maliens: 01

1993

Burkinabé: 259 dont 18 femmes.

Maliens: 07

Ghanéens: 37

Nigériens: 18

N.B Personnes déferées:

Nationaux : 11 dont une femme.

Etrangers : 03

1994

Personnes interpellées: 308 dont 83 femmes.

Nationalités: Burkinabé, Nigériens, Maliens.

1995

Personnes interpellées toutes nationalités confondues:

Hommes : 181

Femmes : 002

**4 EME PARTIE.
DISCUSSION DE L'ETUDE.**

1. Biais et limites de l'étude.

Il était pratiquement impossible d'effectuer un échantillonnage sur l'ensemble des saisies détenues au parquet de 1992 à 1995. Nous nous sommes donc limité à l'échantillonnage effectuée par la D.S.M.

Cet échantillonnage est qualitativement représentatif de la quantité de drogues détenues au parquet.

Il était prévue une enquête auprès des vendeurs de drogues au marché et ceux détenus à la police. Cela a été impossible du fait de l'hostilité des enquêtés.

Techniquement notre travail a été très limité par le manque de témoins. C'est ainsi que beaucoup de drogues sous contrôle et se trouvant dans les saisies n'ont pu être identifiées.

C'est le cas surtout des molécules proches de l'amphétamine que sont: l'ecstasy, la MDA, la métamphétamine.

Le manque de moyen matériel et financier ne nous a pas permis d'effectuer une enquête sur les sites aurifères et les zones de grande production cotonnière pendant les cultures; car il s'agit des lieux de consommation massive de drogues pour un but de rendement.

Ce qu'il fallait à notre investigation était une mise en évidence de substance, la séparation des constituants, l'identification et le dosage.

Pour cela, il nous fallait en utilisant les techniques chromatographiques procéder comme suit:

Effectuer un screening rapide par la chromatographie sur couche mince.

Confirmer et identifier les pics inconnus par la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrophotométrie de masse.

Il y' avait une difficulté d'exploitation de certaines données pour une analyse rationnelle. C'est le cas des personnes interpellées où on ne peut savoir que leur nationalité.

2. PRODUITS REPERTORIES.

A partir de l'inventaire nous constatons qu'il y'a toutes sortes de drogues au Burkina; à côté des stupéfiants que sont la cocaïne, l'héroïne, le cannabis et les amphétamines nous trouvons aussi des médicaments d circuit illicite.

Malheureusement les statistiques nationales ne font pas ressortir les différents types de médicaments rencontrés et cela s'en ressent dans les stratégies de lutte où il n'est pas souvent tenu compte des médicaments qui sont du même circuit que les drogues stupéfiants et psychotropes.

L'ABUPAT et l'IFLD faisaient ressortir le danger que posent les médicaments du circuit illicite lors du premier séminaire national de formation sur la drogue[3].

De plus la législation n'est pas appliquée en la matière, et le problème se trouve très compliqué aujourd'hui avec l'ampleur du marché parallèle de médicaments.

Il s'agit d'un marché noir qui par définition est soustrait à toute réglementation, il est totalement incontrôlé, économiquement indésirable et constitue un danger pour la santé publique.

Pour le législateur il y'a d'une part le trafic de stupéfiants et d'autre part l'exercice illégal de pharmacie. Mais avec le manque de structure pour l'identification, il est souvent impossible de savoir les stupéfiants sous des formes courantes comme les comprimés et en association avec du paracétamol de l'aspirine ou de la caféine. Ces substances sont très souvent utilisées comme solvants pour la cocaïne et l'héroïne.

Les tests de coloration que nous avons utilisé étaient pour continuer l'investigation sur un échantillon en cas de positivité et d'arrêter s'il y'a négativation. En effet les tests de coloration n'étant pas spécifiques servent à révéler la présence d'une classe de molécules.

Pour un test positif il y'a une probabilité de trouver la drogue recherchée, mais si le test est négatif on est d'office certain que la drogue n'existe pas dans l'échantillon.

Pour la recherche de diazépam nous nous sommes contentés du test au formaldéhyde-acide sulfurique. Il est assez des benzodiazépines qui donnent une couleur rouge en présence du réactif.

L'apport de la CCM pour notre étude a fait ressortir l'ampleur de la circulation d'amphétamines et de caféine, mais aussi des autres médicaments dans le circuit illicite tels l'aspirine et le paracétamol . Il faut reconnaître que ces molécules sont beaucoup promues par l'ère du générique.

Par des difficultés techniques nous n'avons pas pu identifier une partie des saisies, ce aurait pu nous permettre d'avoir une approche assez complète du profil des substances du trafic.

La CCM nous a montré que le principe actif majoritaire dans le cannabis du trafic est le cannabidiol.

Nous avons surtout retrouvé des amphétamines au niveau des flacons qui ne portaient aucune étiquette. Pour le trafiquant il s'agit de tromper la vigilance des gens en les attribuant n'importe dénomination.

Cette méthode a été couplée à la CCM, pour confirmer les révélations par un tracé qui précise la longueur d'onde et quantifie la concentration.

La spectrophotométrie ultra-violet est une technique couramment utilisée pour les analyses quantitatives par la méthode des ajouts dosés.

Nous l'avons choisi pour confirmer les échantillons qui portaient toutes les caractéristiques de la drogue soupçonnée. Ce fut le cas de la cocaïne, d'héroïne, de cannabis, de diazépam et d'amphétamine.

Les longueurs d'onde sont mesurées après tracé et comparée à celles d'un témoin ou de la littérature à défaut du témoin. Pour cela, nous avons utilisé les données du CLARK'S, qui est un document de méthodes pour des drogues dans échantillons ou les prélèvements biologiques.

Les solvants ne figuraient pas dans les saisies, ce qui fait que dans notre étude analytique nous n'y avons pas fait cas.

Mais il faut savoir qu'ils font régulièrement l'objet de saisies au niveau des jeunes adolescents de la rue et sont rapidement détruits.

L'utilisation des solvants se fait en groupe dans un but d'expérience" initiatique "pour intégrer une bande des adolescents de la rue. Après cette phase initiatique le principal motif d'usage est de se procurer du courage et une nature combative et agressive. Il est su de tous que ces jeunes s'adonnent généralement aux vols et autres formes de délinquance.

L'inquiétude s'agrandit avec le fait que la cession de ces produits est légale.

En regardant les rues de la ville de Ouagadougou, l'importance de la population jeune sans aucun repère familial invite à lutter contre l'usage de ces solvants depuis la racine du problème. Sanon Bakary [39] dans sa thèse sur le profil des toxicomanie au Burkina faisait ressortir une part de 3,4% pour les solvants parmi les substances utilisées par les toxicomanes. Et 46,2% de ces solvants provenaient de la vente libre par rapport à 53,8% pour le marché noir.

L'usage de ces solvants est surtout prisé par les délinquants et pour Marx [40], le délinquant est celui qui réagit contre les injustices sociales dont il est victime et répond à la violence par la violence. Ce qui signifie que cette facette de consommation de drogue a sa source dans le système social et il faut l'attaquer par là.

Au Burkina nous nous trouvons face à deux types de problèmes. D'une part, le trafic et la consommation de substances toxicomanogènes telles que, la cocaïne, l'héroïne, le cannabis, l'amphétamine et d'autre part le commerce illicite de médicaments avec les risques d'usage détourné de surconsommation et d'abus.

Ces deux types de trafic sont à distinguer. Juridiquement l'un relève du trafic illicite de drogues et l'autre de l'exercice illégal de la pharmacie.

Mais leurs conséquences sur le plan sanitaire se rejoignent.

Face à cette constatation, il est important d'analyser la situation pour arriver à se faire une idée de l'importance respective des deux types de trafic; mais aussi de dégager les liens dans un but de prise en charge globale.

Médicaments à usage détourné.

Le marché illicite des drogues est florissant, on rencontre un nombre impressionnant de "médicaments" utilisés abusivement. Les propriétés pharmacologiques de ces drogues sont diverses: Antibiotiques, Antalgiques, Tranquillisants, Corticoïdes, Antihistaminiques, Anti-inflammatoires, Stimulants musculaires.

Il est fait abus de toute sorte de médicaments et certains sont objet d'un usage détourné. Il s'agit principalement du diazépam et des antalgiques.

La consommation du diazépam est très inquiétant au Burkina. Il est vulgairement appelé bleu-bleu et utilisé dans un but toxicomaniaque.

Les antalgiques sont consommés à tout bout de champ contre bien sûr les malaises, mais aussi comme stimulants, pour ne pas sentir les douleurs sur les sites aurifères.

Les pourcentages des sorties de psychotropes en officine donnent une prédominance aux anxiolytiques que sont le valium et le gardenal. Il font respectivement 24% et 27%, soit 51% des psychotropes concernés par l'étude. Le principal motif est l'insomnie et l'anxiété. Il y'a souvent un cocktail barbiturique/benzodiazépine dans un but toxicomanogène.

Ces drogues ne sont pas toujours utilisées dans un but toxicomaniaque mais plutôt pour se "soigner" souvent et cela malheureusement, car on s'expose à tous les cas d'intoxications aiguës ou chroniques qu'elles peuvent causer.

Les résultats de l'enquête sur la sortie de psychotropes nous montre que le phénomène est alarmant eu égard aux motifs de consommation. Il s'impose une application stricte de la réglementation sur la prescription et la délivrance des psychotropes.

Drogues toxicomanogènes.

Quant aux drogues toxicomanogènes on dénombre une quantité importante d'amphétamines.

Par ailleurs on y rencontre dans une moindre mesure la cocaïne et l'héroïne. Celles-ci sont sous leur forme purifiée en poudre, ce qui fait penser à des usagers assez aisés compte du prix.

La présence de paracétamol et d'aspirine doit interpeller sur le fait que ces substances sont souvent utilisée pour couper la cocaïne et l'héroïne.

La présence de caféine et surtout très souvent en association avec d'autres substances n'est pas à négliger.

La présence d'éphédrine en quantité assez importante nous amène à nous poser la question de savoir si c'est destiné à une consommation locale ou un transit vers d'autres pays pour la synthèse de dérivés.

En effet l'amphétamine peut être synthétisée à partir de l'éphédrine. Pour ce faire depuis 1988, l'éphédrine est placée sous contrôle au terme d'une convention en tant que précurseurs pour la fabrication de stimulants placés sous contrôle international comme la méthamphétamine .

La consommation locale de cannabis est très inquiétante. Il y'a lieu d'y prendre garde, car cette drogue est considérée comme le marche pied vers les drogues que sont la cocaïne et l'héroïne.

L'Organisation Internationale de Police Criminelle (OIPC)[41], dans son document sur la situation du trafic de cannabis dans le monde en 1994 montrait que les saisies de cannabis dans le monde ont atteint un niveau record avec une estimation de 1947 tonnes pour l'année. D'où le constat que le problème de drogue est mondial, car le trafic ne connaît pas de frontière.

Dans ce même document l'OIPC désignait la Cote d'Ivoire et le Ghana parmi les pays de grand trafic de cannabis, le Ghana fait partie des grands pays producteurs. La proximité du Burkina avec ces deux pays interpelle à la vigilance.

Lors de l'assemblée générale du CNLD le 17/04/1997 [8], il a été fait une demande d'intervention dans les communes de Tenkodogo, Léo et Pouytenga pour culture de cannabis dans ces régions. Géographiquement ces régions du Burkina sont assez proches du Ghana.

Les quantités de cocaïne et d'héroïne sont très peu dans les saisies mais sont par contre très pures, sûrement destinées à une classe de personnes assez aisées.

Les drogues retrouvées au BURKINA proviennent d'horizons divers que constituent l'Inde, l'Indonésie, le Ghana et le Nigéria, mais l'entrée sur le territoire se fait par toutes les frontières du pays.

Drogues toxicomanogènes et médicaments à usage détourné.

Notre étude permet d'avoir une idée réaliste des types de drogues du trafic illicite, en faisant la part entre drogues toxicomanogènes et médicaments à usage détourné (psychotropes et autres).

A partir de ces résultats nous voyons que la lutte contre la drogue au BURKINA ne doit pas être limitée aux seules drogues toxicomanogènes, mais intégrer toutes les autres substances que constituent les médicaments du trafic illicite. Et comme nous l'avons dit plus haut; l'histoire de la drogue rejoint celle du produit pharmaceutique.

Les propriétés toxicomanogènes de tels produits peuvent être ignorées et se révélées plus tard. Il en est de même de certaines toxicités. C'est donc un grave problème de santé publique que pourraient provoquer ces drogues.

Le problème est d'autant plus inquiétant que la consommation de ces drogues est importante dans les zones rurales où se trouve la majorité de la population burkinabé, et c'est aussi le poumon de l'économie du pays.

De plus l'ère du générique favorise toute manipulation et arnaque dont sont capables les trafiquants de drogues.

A côté de la toxicomanie il faut aussi parler de toxicophilie médicamenteuse.

La drogue est un phénomène planétaire qui n'épargne aucun pays, même si les retombées sont plus ou moins prononcées selon les régions. L'ABUPAT [3] lors de son premier séminaire de formation sur la lutte contre la drogue au Burkina Faso du 21 au 26 juin 1993, note que les statistiques de saisies régulièrement communiquées par les services de sécurité prouvent que la toxicomanie prend de plus en plus d'ampleur au Burkina Faso. Et que la toxicomanie par les médicaments détournés de leur usage pharmaceutiques augmente et appelle le corps médical à être de plus en plus rigoureux dans la prescription et la délivrance des médicaments. Il ressort de ce séminaire que les zones frontalières du Ghana sont de hauts lieux de culture de cannabis. Les comprimés amphétamine-aspirine viennent des pays ouest-africains anglophones pour rentrer sur le territoire burkinabé.

Les organisateurs du séminaire font savoir que sans laboratoire d'identification et de contrôle de qualité, il est difficile de dire si tous les comprimés saisis sont détournés ou contrefaits.

D. J. MILOGO, [12] lors d'une étude en 1990 sur la problématique de la prescription médicamenteuse au Burkina Faso montre que l'existence de prescripteurs de qualifications diverses favorisent toutes sorte d'abus dans la prescription. Ainsi les pharmaciens souvent confrontés aux problèmes des ordonnances illogiques, aberrantes et non conformes ne peuvent plus jouer leur rôle et deviennent alors les distributeurs passifs de médicaments. Il ressort de leur étude que 54 % des prescripteurs ne mentionnent pas leur identité.

A partir de l'enquête officinale nous constatons une consommation plus importante de Diazépam (23,5%) et de Gardenal (26,5%). Soit un total de 50% de sorties des psychotropes sur les dix spécialités enregistrées au cours de notre enquête.

Cela est inquiétant d'autant qu'en regardant les motifs de consommation le suivi médical ne semble pas présent.

Même si les ordonnances qui parviennent à l'officine sont correctes dans la forme il y'a lieu de s'inquiéter, d'autant que dans notre pays le corps paramédical est autorisé à prescrire. Il y'a en tout cas un abus de prescription des psychotropes.

Le traitement des symptômes comme l'anxiété et l'insomnie par les psychotropes risque d'installer une dépendance. En général l'effet récompensé est vécu positivement au départ .

Par ailleurs la sortie des psychotropes de 1992 à 1996 montre que la prescription de psychotropes est importante et concerne une large gamme de molécules.

L'importante consommation de psychotropes est inquiétante d'autant qu'il est possible de s'en procurer sur le marché illicite sans contrainte et à "moindre coût".

TIENDREBEOGO [4] dans sa thèse sur la contribution à la connaissance du "marché parallèle" des médicaments à Ouagadougou en 1997 montre l'existence de diverses molécules sur le marché illicite de médicaments. on pourrait citer:

- ampicilline

- tétracycline chlorhydrate
- métronidazole
- chloroquine
- acide acétylsalicylique
- paracétamol
- indométacine
- diazépam.

Par ailleurs elle fait sortir l'association fréquente d'amphétamine à d'autre molécule.

Ses résultats montrent que les principales motivations de la clientèle fréquentant le marché parallèle du médicament, de l'avis des vendeurs sont de deux sortes 40% pensent que les médicaments sont peu chers et 32% se disent qu'il s'agit de bons médicaments.

Ce qui nous montre le manque crucial de sensibilisation de la population contre ce marché.

L'analyse des substances de saisies montre qu'il y'a un grand intérêt porté à l'amphétamine et les autres molécules amphétaminiques. Ces amphétamines sont sous forme de comprimés de couleur blanche, rose ou beige avec une impression de lettres ou de dessin. Ils sont généralement ingérés.

J.G.Ouango [44] dans une étude sur les profils épidémiologiques et cliniques des toxicomanes à propos de 109 cas notait que ces patients consommaient régulièrement des amphétamines (43%) et du cannabis (42%). Ces résultats peuvent être rapprochés de ce qui ressort des statistiques de saisies. Selon cette étude ces consommateurs d'amphétamines étaient agressifs tandis que les consommateurs de chanvre indien présentaient un délire une agitation et de l'insomnie. Le diazépam représentait 33% des traitements les plus administrés. Ce résultats nous rapproche de celui de notre étude sur la sortie des psychotropes à l'officine.

Cette étude notait l'absence au plan de la recherche de travaux pouvant permettre d'évaluer et de suivre le phénomène aussi bien dans ces aspects médicaux, sociologiques qu'économiques.

Sur le plan professionnel 35% de la population étudiée sont sans emploi et 22,5% du secteur informel. Ce secteur était principalement constitué de mécaniciens, petits vendeurs, pompistes, cireurs, journaliers, etc. Par ailleurs la polytoxicomanie par voie orale était très fréquente.

Les patients de cette étude présentaient les manifestations cliniques de type hallucination et des symptômes telles que agressivité, agitation, insomnie.

Lutte contre la drogue.

Il existe un cadre de lutte appuyé par une volonté politique. Toutefois, le CNLD qui reçoit l'appui des organisations internationales est encore très jeune et faiblement organisé. Le volet repressif de la lutte est trop développé au détriment de la prévention et de la prise en charge médico-sociale. Cependant les prémices d'une action rationnelle sont là.

VIII. CONCLUSION / RECOMMANDATIONS

L'usage des drogues est un vrai problème au Burkina Faso. Pour citer Paul Valéry qui disait que le vrai est ce qui est vérifiable, nous dirons que notre travail est une preuve de l'existence de l'énorme problème de drogues au Burkina Faso. Il est dès lors indispensable que tous, nous portons une réflexion sur la possibilité ou même l'impossibilité de trouver des solutions durables au problème de drogues. Nous disons cela car le monde et les valeurs changent vite. En 1898, l'héroïne était en vente libre dans les Pharmacies. Ce qui jadis était pensable devient absurde aujourd'hui.

Ainsi, Edgar Morin disait que le futur ne ressemble pas à l'avenir du présent et qu'il faut considérer l'erreur et l'incertitude comme le moteur du devenir de nous tous[18].

Au Burkina Faso, il est plus que jamais indispensable de bien cerner le problème de drogue dans tous ses contours; pour adopter une attitude efficace de lutte et de prévention contre le trafic, la vente et l'usage des drogues.

Techniquement, il est très important de procéder régulièrement à une identification scientifique des différentes molécules rencontrées dans le trafic. Car très souvent, aux yeux du grand public, la notion de drogue se limite à la cocaïne, l'héroïne et le cannabis. Beaucoup de drogues donnant lieu à des abus sont vendues sur le marché. Ce sont surtout les amphétamines, le diazépam, l'éphédrine, l'ecstasy et d'autres dérivés amphétaminiques.

L'identification des drogues permettra aux praticiens d'adopter une conduite à tenir mieux dirigée face aux intoxiqués et toxicomanes.

Sur les plans politique et social, on est tenu de se poser les questions suivantes :

1) Pourquoi les drogues sont-elles consommées au Burkina Faso, comment sont-elles consommées, et quelle est la part des plantes d'ethnopharmacologie (rites et médecine traditionnelle).

2) Quelles solutions adopter pour parer à ce problème ?

Là, se trouve la quadrature du cercle. Car si l'on est conscient au niveau des autorités, il n'est pas évident de trouver des solutions réelles et durables.

RECOMMANDATIONS.

-Sensibiliser les populations sur le fait que toutes les substances du marché illicite sont dangereuses et que tout effet recherché est illusion.

-Tout en menant la lutte contre toute les sortes de drogue, le CNLD, doit faire une différence entre drogues toxicomanogènes et les médicaments du circuit illicite.

-Dynamiser le CNLD.

Il faut avoir une politique pour l'insertion socioprofessionnelle des jeunes.

Enfin, il faut traiter les intoxiqués.

Au Burkina Faso, il n'y a pas de prise en charge réelle des intoxiqués par la drogue.

Adopter une bonne politique de répression contre le trafic de drogue qui s'intègre aux autres aspects de la lutte.

-Renforcer les mouvements associatifs qui luttent contre la drogue.

-Renforcer les structures d'analyse pour l'identification des drogues.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Arif .

Abus de cocaïne et santé

Genève:OMS 1987.

P.46

2 .A Arif P.H.Hugues, L.Khan, U.Khant, C.J.Klett, V.Navaratnam et M.Shaphique.

La pharmacodépendance, méthode pour l'évaluation du traitement et réhabilitation.

OMS, Publication offset n°98. 1990

P.35

3.ABUPAT (Association Burkinabé Pour la Prévention de l'Alcoolisme et de la Toxicomanie) et IFLD (Institut Internationale de Formation et de Lutte contre la drogue).

Premier séminaire national de formation sur la lutte contre la drogue du 21 au 26 /06/1993 à Ouagadougou (Burkina Faso). 1993

P.170

4. Aline Flore Tiendrebeogo.

Contribution à la connaissance du marché parallèle des médicaments à Ouagadougou (Burkina Faso)

Thèse de pharmacie n°51.

Université Cheik Anta Diop Dakar.

Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie. 1997

5 .Andrew Chetley et David Gilbert

ASI: Action Santé Internationale

Des médicaments à problème

International organization of consumer Union. Netherlands. 1986

6 .Chantal Bismuth,Frédéric Baud,Francoise Conso,Jean-pierre Fréjaville,Robert

Toxicologie clinique.

Medecine-science flamarion.1993

P.P 85-111, 763-769.

7 .Claude Evin.

Toxicomanie médicamenteuse

Le moniteur des pharmacies et des laboratoires.

n°1863 14 octobre 1989

P.11

8 .Comité National de Lutte contre la Drogue.

Première session ordinaire statutaire.

Thème: "Définition d'une politique national de lutte contre la drogue au Burkina Faso." 1993

P.39.

9 .Comité OMS d'experts de la pharmacodépendence.

Serie de rapports techniques 741.

Vingt-troisième rapport.

OMS, Genève . 1987

10 .Congres Utimer.

Le pharmacien et la drogue

Le moniteur des pharmacies et des laboratoires n°1793.1988

PP. 24-25.

11 . D.Richard.

Drogue: guide pratique

Impact médecin Hebdo N°92 .1991

PP. 6-32.

12 .D. J. Millogo, I. P. Guissou, F. Canonne.

Problématique de la prescription médicamenteuse au Burkina Faso.

Publications médicales Africaines.N°108 .1990

PP.27-36.

13 . Patrice Poueyto, Jean Phillippe Ferrière.

Toxicomanie

Le praticien du sud-ouest.Tome 3 n°2-25 .1989

PP.7-8.

14. Claude Olievenstein.

La drogue ou la vie.

P.348.

15 Y. Bonnaire.

Journal de toxicologie clinique. n°1.1992

P.58

16. H.Hamon F.Pellerin M.Guernet G.Mahuzier.

.Méthode spectrale et analyse organique.

Abrégé de chimie analytique.Tome 3.1989

P.P. 102-115

17 .H.I.Kaplan, B.J.Sadock

Manuel de psychiatrie clinique.Maloine.1992.

P P.303-345

18 J. Bergeret, J. Leblanc et coll.

Précis de toxicomanies . 1988

P 239

- 19. J. L. Montastruc, Y. Lazorthes.**
Analgésiques morphiniques du tableau A
Le praticien du sud-ouest. Tome 3 n°7 . 1989
P. 15-16.
- 20. J. P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel..**
Pharmacologie clinique
Base de la thérapeutique. 1988
P. P. 801-864, 1209-1282.
- 21 . Lloyd. D. Johnston**
Revue des enquêtes sur l'abus des drogues dans la population générale.
OMS, Publication offset n°52. 1981
P. 51
- 22 . Les Nations Unies et la lutte contre l'abus des drogues.**
Publication des nations unies. 1987.
P. 109
- 23 . L. Porter A. E. Arif W. J. Curan**
La loi et le traitement de la pharmacodépendance et de l'alcoolodépendance.
Etude comparative des législations existantes.
OMS, Genève. 1988.
- 24 . M. Gossop et M. Grant.**
L'abus des drogues. Prévention et lutte. 1991.
P. 140.
- 25. Momar Gueye et Mohamed Omais.**
Tentative d'une approche socio-culturelle de l'usage abusif des "drogues "au Senegal. 1983
- 26. OMS, Genève.**
Tests simplifiés pour les substances pharmaceutiques. 1987.
PP. 9-191
- 29 . OMS, Publication offset n°55**
Abus des drogues système de notification. .1983
- 30 Pierre Simon et Lucien Colonna**
Mieux connaître et mieux prescrire les psychotropes. .1979
- 31 . S. Schraub, Besançon.**
Le praticien du sud-ouest.
Tome 1 n°16. 1987
P.P. 5-6
- 32 . P. Burnat, C. Le Brumant-Payen, B. Huart, F. Ceppa, F. M. Pailler.**
La presse médicale . Tome 25, n°26. 1996
P. P. 1208-1212.

- 33 . Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues.**
Formulaire pour la prescription des médicaments psychotropes.
P.66.
- 34 . Marie Choquet, Sylvie Ledoux, Claude Maréchal.**
Drogues illicites et attitude face au SIDA.
Analyse et prospective
Collect.AUT: INSERM.1992
P. P. 65-86.
- 35 . Organisation internationale de police criminelle. Interpol.**
La situation du trafic de cannabis dans le monde. 1995
P.44
- 36. P. Mauran, A. F. Germe, D. Pradeau.**
Journal de pharmacie clinique vol. 13. 1994
P. P . 41-44.
- 37 . Willette R. E. et Walsh J. Michael.**
Drogues conduite automobile et sécurité routière .
OMS, Publication offset N°78. 1985
- 38. Rapport de L'OICS pour 1995.**
P.P. 31-34.
- 39 . SANON BAKARY**
Etude du profil de toxicomanie au Burkina à partir d'une population hospitalière de la ville de Ouagadougou.
Thèse de médecine F S S .1993
- 40. L. FOURNIER**
Medecine légal et toxicomanie.
Journal de médecine légal.1996
N°1 VOL 39
- 41. Organosation Internationale De Police Criminelle.**
INTERPOL. 1995
La situation du trafic de cannabis dans le monde en 1994.
- 42. M. Rudler, J. Plesse, E. Marquier, A. Sigros**
Ecstay et amphétamines illicites.
Journal de médecine légale. 1996 ; n°7-8 vol 39.
- 43. Alain Destexhe.**
Santé médicaments et développement. Les soins primaires à l'épreuve des faits.
Fondation liberté sans frontière. 1987
P.P 181, 191, 199

44. J. G. Ouango et col.

Profils épidémiologiques et cliniques des toxicomanes.
 BURKINA MEDICAL vol 1 N°1. 1997
 P 14-18.

45. P. Fabiani, M. Pesez.

Fiches d'identification et de dosage des médicaments. 1988

46 The Medical Letter .

On Drugs and Therapeutique.
 Edition Française. 1986.
 P .93-99.

47 Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance

Vingt deuxième rapport.
 Serie de rapports techniques 729.
 OMS, Genève. 1985.

48 Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance

Vingt deuxième rapport.
 Série de rapport techniques 551.
 OMS, Genève. 1974.

49 OMS

Les accidents de la route dans les pays en developement.
 Série de rapports techniques 703.
 OMS, Genève. 1974.

50 R. Guerrieri

La toxicomanie.
 Lyon Pharmaceutique, 1986. Tome 29, Numéro 5.
 Pp 385-400.

51 CRETE, P .

Systematique des angiospermes.
 Précis de botanique Tome II. 1959.

52 I. PELC.

Les assuetudes.
 Abus et états de dépendance.
 Alcool, tabac, médicaments et drogues. 1983

53 L. Rootman et P.H. HUGHES.

Abus des drogues : Système de notifications.
 Publication offset, numéro 55.
 P 100.

OMS, Genève.

54 M. GRANT

Education pour la santé dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Rapport colloque UNESCO. 1989.
PP 15-22.

55 Catherine TRAUTMANN

Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants.

La documentation Française, collection de rapports officiels. 1990.

IX ANNEXES.

ANNEE 1997**THESE N°****KOUMARE Amadou.****Titre.****Contribution à la lutte contre la drogue au Burkina Faso, étude du profil des substances de trafic.****RESUME.**

Cette étude rétrospective sur les drogues saisies de 1992 à 1994 par les forces de repression en la matière au Burkina, avait pour but de savoir l'usage des drogues à partir du profil des substances du trafic illicite.

Elle a été complétée de l'analyse de l'ordonnancier d'une officine de Ouagadougou à propos de la sortie de psychotropes courant les années 1992 à 1996 et d'une enquête prospective de cinq mois sur la sortie de psychotropes dans une autre officine de la place.

L'étude analytique des substances de trafic par la chromatographie sur couche mince, la spectrophotométrie U.V et les tests de coloration a permis de savoir la très grande diversité des drogues du trafic illicites. On y trouve des stupéfiants et des médicaments dont il est fait abus ou à usage détourné. Ces médicaments sont généralement de qualité assassine car ne faisant l'objet d'aucun contrôle.

C'est ainsi qu'à partir de la chromatographie sur couche mince, nous avons retrouvé dans les saisies de l'amphétamine de la caféine, de l'aspirine, du paracétamol de l'éphédrine et des cannabinoïdes.

Par ailleurs, avec la spectrophotométrie UV, nous avons identifié des pics aux longueurs d'ondes du diazépam, des cannabinoïdes, de l'amphétamine, de la cocaïne et de l'héroïne.

A partir des études effectuées à l'officine, nous remarquons une consommation excessive de deux psychotropes que sont le diazépam et le gardenal.

La lutte contre la drogue au Burkina doit concerner toutes les molécules dans le réseau illicite .

Mots clés Drogues, Analytiques, Stupéfiants, Médicaments, Psychotropes, Trafic illicite, Burkina faso.

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples:

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

M-----

Le Doyen

Lu et Approuvé

Lu et Approuvé

Le Directeur de Thèse

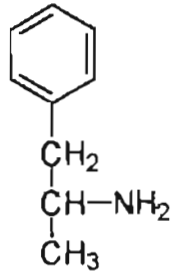
Le président de Jury

Le Doyen

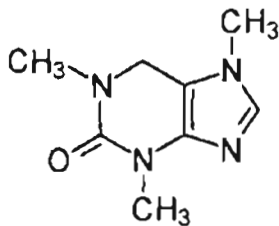
STRUCTURES CHIMIQUES DES DROGUES.

1. Stimulants du SNC.

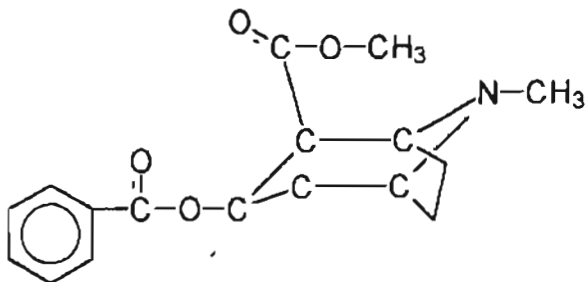
1.1 Amphétamine.



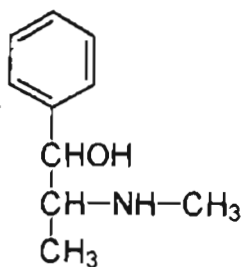
1.2 Caféine.



1.3 Cocaïne.

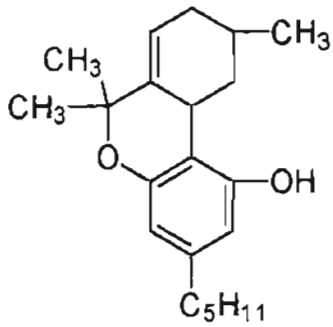


1.4 Ephédrinè.



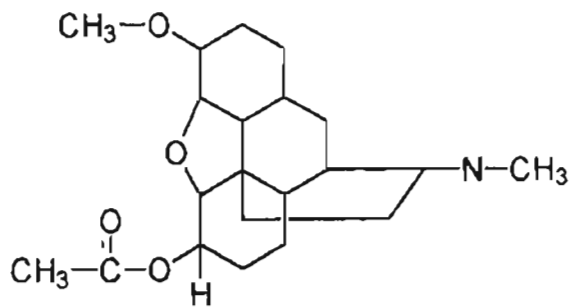
2. Hallucinogènes.

2.1. Cannabis.



3. Narcotiques.

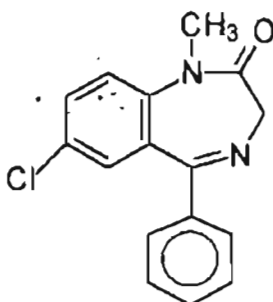
3.1 Héroïne.



4. Groupes des médicaments.

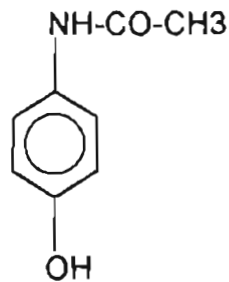
4.1 Dépresseurs du SNC: Benzodiazépines.

4.1.1 Diazépam.

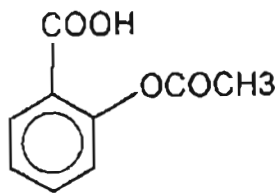


4.2 Antalgiques périphériques.

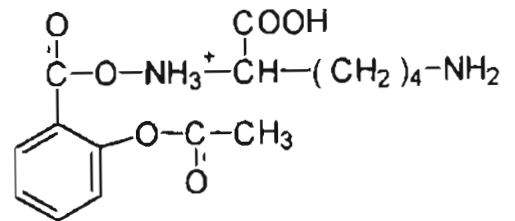
4.2.1 Paracétamol.



4.2.2 Asprine.

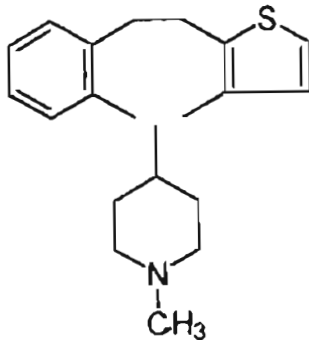


Aspégique.

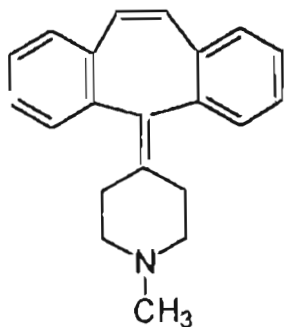


4.3 Antihistaminiques.

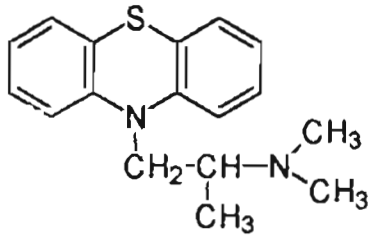
4.3.1 Sammigran (pizotifène)



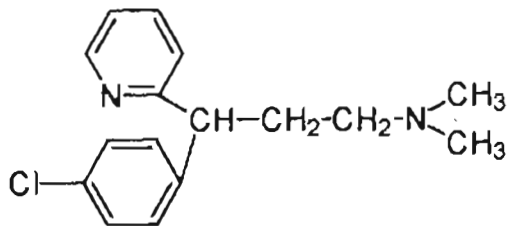
4.3.2 Péniactine (cyproheptadine)



4.3.3 Phénergan (Prométhazine)



4.3.4 Polaramine (dexchlorphéniramine)



STATISTIQUES DES SAISIES DE DROGUES ANNEE 1992

A / - POLICE ET DOUANE.

Cannabis: 105 kg 685.

Cocaïne: 06 grs.

Amphétamines: 85.661 doses.

B / GENDARMERIE.

Cannabis: 06 sachets et 106 kg 978.

Amphétamines: 60 boites-50 kg et 17.463 doses.

Autres natures: 9,800 kg et 54998 doses.

Individus arrêtés:

Burkinabé: 28

Ghanéens: 03

Nigériens: 01

Maliens: 01

C / STATISTIQUES GENERALES DE SAISIES ANNEE 1992.

(Police-Gendarmerie-Douane)

Cannabis: 212 kg 663

Cocaïne: 06 grs

Héroïne: 50 grs

Amphétamines: 140.659 doses + 60 boites - 50 kg et 9,800 kg

STATISTIQUES SUR LES SAISIES DE DROGUES ANNEE 1993.

A / -POLICE ET DOUANE.

Cannabis: 150 kg 917

Cocaïne: 93 grs

Héroïne: 50 grs

Amphétamines: 160.426 doses

Nombre de personnes interpellées:

Burkinabé: 209 dont 18 femmes.

Maliens: 05

Ganhéens: 32

Nigériens: 18

B / GENDARMERIE NATIONALE.

Cannabis: 910 kg 723

Amphétamines: 40.074 doses

Autres natures: 283.711 doses

Individus interpellés:

Burkinabé: 50

Maliens: 02

Ghanéens: 05

C / STATISTIQUES GENERALES ANNEES 1993 SUR LES SAISIES DE DROGUES.

(Police - Gendarmerie - Douane)

Cannabis: 1061 kg 640

Cocaïne: 93 grs

Héroïne: 50 grs

Amphétamines: 484 211 doses

Nombres de personnes interpellées:

Burkinabé: 259 dont 18 femmes.

Maliens: 07

Ghanéens: 37

Nigériens: 18

Nombre de personnes déferées:

Nationaux: 11 dont une (1) femme.

Etrangers: 03

STATISTIQUES NATIONALES DES SAISIES ANNEE 1994.

POLICE - GENDARMERIE - DOUANE - EAUX ET FORETS.

	Canna- bis	Cocai- ne	Héroïne	Amphé tamines	Person nes interpel lées	Hom mes	Fem mes	Obser vations
POLI CE	181,53 9 kg	2,5 grs	9 grs	281.98 0	278	195	83	7dэфé rés dont 4 hom mes et 3 femmes
GEN DAR MERIE	24,059			63.775	30			Burkina bés Nigé riens Maliens
DOUA NES		3 KG						
EAUX ET FO RETS				1.148				Kadio go unique ment
TO TAL	305,59 8	3,0025 kg	9 grs	346.90 3	308			

STATISTIQUES NATIONALES DE LA POLICE EN MATIERE DE SAISIES DE DROGUES COURANT 1995

Cannabis: 121,817 kg.

Cocaïne: 2 grs

Héroïne: 3 grs

Amphétamines: 300 799

Personnes interpellées toutes Nationalités:

Hommes: 181

Femmes: 002

REMARQUE: TOUTES LES STATISTIQUES ONT ETE OBTENUES A LA SECTION DIVISION DES STUPEFLANTS ET MOEURS DU COMMISSARIAT CENTRAL DE OUAGADOUGOU.

QUESTIONNAIRE D'OFFICINE

LE PRODUIT

⇒ NOM DU OU DES PRODUITS :

.....
.....

⇒ DATE D'ACHAT :

LE PATIENT

⇒ SEXE :

⇒ AGE :

⇒ POURQUOI PRENEZ-VOUS CE MEDICAMENT ?

.....
.....
.....

⇒ DEPUIS QUAND EN PRENEZ-VOUS ? :

⇒ L'UTILISEZ-VOUS REGULIEREMENT ? :

⇒ PRENEZ-VOUS D'AUTRES PRODUITS POUR LE MEME MOTIF ?

.....

⇒ LESQUELS ?

.....
.....
.....