

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

F.S.S.

ANNEE 1990-1991

Thèse N° 8

***Evaluation quantitative et qualitative  
de l'usage des drogues en milieu étudiant  
à l'Université de Ouagadougou.***

1 De  
23  
SOM

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement  
le 28 Novembre 1991

Pour l'obtention du  
**GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
(Diplôme d'Etat)

par **SOME Florent**  
né le 15 Janvier 1964 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Directeur de Thèse :  
**Docteur Arouna OUEDRAOGO**

Membres du Jury :  
Président: Professeur Innocent Pierre GUISSOU

Membres : Docteur Jacques CHABRIER  
Docteur Blaise SONDO  
Docteur Arouna OUEDRAOGO

# Université de Ouagadougou

Faculté des Sciences de la Santé

(F.S.S.)

## Personnel de la F.S.S.

<b>Doyen :</b>	Professeur Rambré Moumouni OUIMINGA
<b>Vice - Doyen aux Affaires Académiques :</b>	Professeur agrégé Bobilwendé Robert SOUDRE
<b>Vice-Doyen à la Recherche :</b>	Professeur agrégé Innocent Pierre GUISOU
<b>Chef des Services Administratifs et Financiers :</b>	Monsieur Moussa SAWADOGO

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

**Faculté des Sciences de La santé**

(F.S.S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S..

ENSEIGNANTS PERMANENTS

**Professeurs titulaires**

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie organogénèse et  
chirurgie

Hilaire TIENDREBEOGO

Sémiologie et Pathologie  
médicale

**Professeurs associés**

François CANONNE

Santé Publique

Ahmed BOU-SALAH

Neuro-chirurgie

**Maîtres de conférence Agrégés**

Amadou SANOU

Chirurgie

Bobilwendé Robert SOUDRE

Anatomie pathologique

Tinga Robert GUIGEMDE

Parasitologie

Julien YILBOUDO

Orthopédie-Traumatologie

Bibiane KONE

Gynécologie-obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatrie

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie

**Maîtres de Conférence associés**

Jean TESTA

Epidémiologie-Parasito-  
logie

**Maîtres Assistants associés**

Ould MOHAMMEDI  
Rachid BOUAKAZ

Dermatologie  
Maladies infectieuses

**Maîtres Assistants**

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO  
François René TALL  
Lady Kadidiatou TRAORE  
Mamadou SAWADOGO

Chirurgie  
Pédiatrie  
Parasitologie  
Biochimie

**Assistants Chefs de clinique**

Pascal BONKOUNGOU  
Boukari Joseph OUANDAOGO  
Tanguet OUATTARA  
R. Joseph KABORE  
Mamadou Patrice ZEI  
Luc SAWADOGO  
Philippe ZOURE  
Saïdou Bernard OUEDRAOGO  
Issa SANOU  
Toungo Christian SANOU (in mémoires)  
Raphaël DAKOURE  
K. Ludovic KAM  
Piga Daniel ILBOUDO  
Doro SERME  
Virginie TAPSOBA  
Adama LINGANI  
Sophar HIEN  
Jean LANKOANDE  
Hamadé OUEDRAOGO  
Arouna OUEDRAOGO  
Oumar TRAORE  
Joseph Y. DRABO  
Blaise SONDO  
Abdoulaye TRAORE  
Joachim SANOU

Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Chirurgie  
Gynécologie-obstétrique  
Gynécologie-obstétrique  
Gynécologie-obstétrique  
Gynécologie-obstétrique  
Radiologie  
Pédiatrie  
Oto-rhino-laryngologie  
Anatomie-Chirurgie  
Pédiatrie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Néphrologie  
Chirurgie  
Gynécologie-obstétrique  
Anesthésie-réanimation  
Psychiatrie  
Chirurgie  
Endocrinologie  
Santé Publique  
santé Publique  
Anesthésie-réanimation

**Assistants Chefs de clinique associés**

Gérard MITELBERG

Psychiatrie

**Assistants associés**

Akpa Raphaël GBARY

Epidémiologie

**Chargés de cours**

Annette SCHWEICH  
Jean LANDOIS  
Daniel TRANCHANT  
Maurice GALIN

Physiologie  
Chirurgie  
Endocrinologie  
Oto-rhino-laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Institut des sciences de la nature (I.S.N.)

**Maîtres de conférence**

Sita GUINKO  
S. Alfred TRAORE

Biologie Cellulaire  
Immunologie

**Maîtres-Assistants**

Didier ZONGO  
Léonide TRAORE

Génétique  
Biologie cellulaire

**Assistants**

Makido B. OUEDRAOGO  
Appolinaire BAYALA (in memoriam)  
Jeanne MILLOGO  
Raymond BELEMTOUGOURI

Génétique  
Physiologie  
T.P. Biologie cellulaire  
T.P. Biologie cellulaire

**Institut de Mathématiques et de sciences physiques (I.M.P.)**

**Maîtres-Assistants**

Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO  
Abdoulaye SEYNOU

Physique  
Statistiques

Institut de Chimie

**Maître de Conférence**

Laou Bernard KAM

Chimie

Ecole supérieur de sciences économiques (E.S.S.E.C.)

**Maître-Assistant**

Tibo Hervé KABORE

Economie-gestion

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARRY  
Dr Jean Zézouma SANOU  
Dr Bruno ELOLA  
Dr Jean KABORE  
Dr Michel SOMBIE  
Mr Abdoulaye KEITA  
Mr René DALLA  
Mlle Rasmata TRAORE  
Mr Casimir KADEBA  
Dr Madi KABRE  
Dr Nicole PARQUET  
Dr Nazinigouba OUEDRAOGO  
Dr Annette OUEDRAOGO

Psychologie  
Psychiatrie  
~~Anesthésie-Réanimation~~  
Neurologie  
Planification  
Administration  
Statistiques  
T.P. Bactériologie  
T.P. Biochimie  
Oto-rhino-laryngologie  
Dermatologie  
Physiologie  
Stomatologie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

Pr Lamine DIAKHATE  
Pr Abibou SAMB  
  
Pr José Marie Afoutou  
Mr Makhtar WADE  
Pr M.K.A. EDEE

Hématologie (Dakar)  
Bactériologie-virologie  
(Dakar)  
Histo-Embryologie (Dakar)  
Bibliographie (Dakar)  
Biophysique (Lomé)

O.M.S.

Dr Jean Jacques BERJON  
Dr Frédérick GALLEY  
  
Dr Moussa TRAORE  
Pr Auguste KADIO  
  
Pr Jean Marie KANGA  
Pr Arthur N'GOLET

Histo-Embryologie (Créteil)  
Anatomie pathologique  
(Lille)  
Neurologie (Bamako)  
Pathologie infectieuses  
et parasitaire (Abidjan)  
Dermatologie (Abidjan)  
Anatomie Patologique  
(Brazzaville)

Mission Française de coopération

Pr J.C. KOUYOUMDJIAN  
Pr Daniel LAURENT  
Pr Michel DUSSARDIER  
Pr Michel JAN  
Pr etienne FROGE

Pr Henri MOURAY  
Pr P. QUEGUINER  
Mlle Evelyne WIRQUIN  
Mr P. JOUANNET  
Mr THEPOT  
Dr Claire Schwartz  
Dr Brigitte DELEMER

Biochimie (Creteil)  
Physiologie (creteil)  
Physiologie (marseille)  
Neuro-Anatomie (Tours)  
Medecine légale et  
du travail (Tours)  
Biochimie (TOURS)  
Ophtalmologie (Marseille)  
Biophysique (creteil)  
Histo-Embryologie (Paris)  
Histo-Embryologie (Paris)  
Endocrinologie (Reims)  
Endocrinologie (Reims)

**A**

**NOS**

**MAITRES**

**ET**

**JUGES**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

Le professeur Innocent Pierre GUISSOU

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté de juger ce travail.

Nous avons pu apprécier pendant notre initiation à la Pharmacologie votre compétence et votre dévouement.

Veillez accepter nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

Le Docteur Jacques CHABRIER.

Nous avons au cours de notre stage hospitalier apprécié vos grandes qualités de clinicien.

L'attention que vous accordez à notre travail en acceptant de le juger nous honore.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissant.

---

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

Le Docteur Blaise SONDO

Au cours de notre stage de santé publique (Banfora) nous avons bénéficié de votre solide expérience.

Vous nous faites le grand honneur aujourd'hui d'accepter de juger ce travail malgré vos nombreuses occupations.

Veillez accepter nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

Le Docteur Arouna OUEDRAOGO.

Vous nous avez inspiré ce travail et guidé nos pas de sa conception à sa finition.

Votre disponibilité constante malgré vos multiples occupations, vos conseils et vos encouragements nous ont galvanisé tout au long de ce travail.

Puisse -t-il repondre à votre attente.

Veillez accepter notre profonde reconnaissance.

**JE**

**DEDIE**

**CETTE**

**THESE**

## **A MON PERE ET A MA MERE :**

Papa, Maman, je vous dédie ce travail, fruit de la somme d'amour et de sacrifices que vous avez investis en moi.

J'espère qu'il ne vous décevra pas.

Recevez, l'expression débordante de mon amour filial.

## **A MES FRERES ET A MA SOEUR.**

Puisse ce travail vous inciter à faire mieux que moi.  
affectueusement.

## **A MES ONCLES, TANTES, COUSINS ET COUSINES :**

Pour vous exprimer toute mon affection.

## **A TOUS MES "POTES" ET A LEURS COPINES:**

NARE Narcisse  
SAWADOGO Elie  
SOMDA Camille  
NONGUIERMA Elie  
SANON Tarcissus  
DABIRE Théophile (et famille).  
DAMIBA Hervé  
DIARRA Issa  
OUEDRAOGO Maxime  
OUEDRAOGO Jean Théodore  
DAO Moctar  
TRAORE Hamidou

et à tous les autres "potes". Restons unis pour l'avenir

**A TOUS** mes amis et à toutes mes amies : affection profonde.

**A TOUS** ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à ma formation:

Toute ma reconnaissance

**AUX DOCTEURS:**

SAWADOGO E. Bonaventure

YAMEOGO André

TAPSOBA Patrice

GANABA Rasmané

MILLOGHO Brice

AKIO Assan

et à COMBARY Patrice

Que ce tournant de nos vies constitue le ciment de notre union pour les batailles futures.

**A TOUS MES PROMOTIONNAIRES DE L'E.S.S.SA:**

restons unis.

**NOS**

**REMERCIEMENTS**

**VONT :**

## **AU DOCTEUR Gérard MITELBERG**

Vous avez contribué à nous inspirer ce travail, nous avons pu également bénéficier de vos précieux conseils et de votre solide expérience au cours de sa réalisation.

Veillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

**AUX AUTORITES DE L'UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU et AUX DIRECTIONS DE L'I.M.P., L'E.S.S.E.C., L'IN.S.HU.S., L'E.S.S.SA. et L'I.D.R.**

Pour la compréhension dont vous avez fait montre et les facilités que vous nous avez offertes lors du déroulement de notre enquête sur le campus de l'Université de Ouagadougou.

Puissent les résultats de notre travail vous fournir des données nécessaires à la gestion des problèmes de vos étudiants.

Sincères remerciements.

**A TOUS LES ETUDIANTS QUI ONT REMPLI NOS QUESTIONNAIRES D'ENQUETES:**

Puissent les résultats de ce travail vous aider à tendre vers une "vie saine sans drogue".

Merci pour votre gentille et franche collaboration.

A : Monsieur SANOU Salaka et à son épouse "Lisa" pour les corrections. Profonde gratitude.

A : Monsieur GNEGNE Seydou pour tout le travail informatique de cette thèse. Votre contribution est inestimable.

A : "Isa", "Minéré", "Moussa" pour les traductions et à "Léo" pour la bibliographie. Votre concours fut déterminant .

A : GERVAIS, ADOLPHE, BORGIA, DESH merci pour votre précieuse aide.

AU : Personnel de l'A.I.C.D. pour la qualité et la rapidité de votre travail. Mille fois merci.

## LISTE DES ABREVIATIONS

E.S.D.	Ecole supérieure de droit
E.S.S.EC.	Ecole supérieure des sciences économiques
E.S.S.SA.	Ecole supérieure des sciences de la santé
IN.S.HU.S.	Institut des sciences humaines et sociales
IN.SU.L.LA.	Institut supérieur des langues, des lettres et des arts
I.D.R.	Institut du développement rural
I.M.P.	Institut de mathématique et physique
IN.C.	Institut de chimie
IN.S.E.	Institut des sciences de l'éducation
I.S.N.	Institut des sciences de la nature
I.U.T.	Institut universitaire de technologie
M.A.O.	Monoamine oxydase
O.I.C.S.	Organe international de contrôle des stupéfiants
O.M.S.	Organisation mondiale de la santé
O.N.U.	Organisation des nations unies
O.R.L.	Oto. rhino. laryngologie
S.S.U.	Service de santé universitaire
S.N.C.	Système nerveux central
U.O.	Université de Ouagadougou

# SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> _____	<b>1</b>
<b>I° — PARTIE GENERALITES</b> _____	<b>3</b>
1.1 <b>Définitions</b> _____	<b>4</b>
1.1.1.       La Drogue _____	<b>4</b>
1.1.2.       La toxicomanie _____	<b>5</b>
1.2. <b>Classifications des drogues</b> _____	<b>7</b>
1.2.1.       classification de L. Lewin _____	<b>7</b>
1.2.2.       classification de J. DELAY et P. DENIKER _____	<b>7</b>
1.3. <b>Généralités sur les principales drogues</b> _____	<b>9</b>
1.3.1.       Les sédatifs du S.N.C. _____	<b>9</b>
1.3.1.1.     Les opiacés _____	<b>9</b>
1.3.1.1.1.   L'opium _____	<b>9</b>
1.3.1.1.2.   La morphine _____	<b>9</b>
1.3.1.1.3.   L'héroïne (diacétylmorphine) _____	<b>10</b>
1.3.1.1.4.   Les autres dérivés de la morphine _____	<b>10</b>
1.3.1.1.5.   Les opiacées de synthèse _____	<b>10</b>
1.3.1.2.     Les hypnotiques barbituriques _____	<b>10</b>
1.3.1.3.     Les hypnotiques non barbituriques _____	<b>11</b>
1.3.1.4.     Les tranquillisants _____	<b>11</b>
1.3.2.       Les psychostimulants _____	<b>11</b>
1.3.2.1.     Amphétamines et substances apparentées _____	<b>11</b>
1.3.2.2.     La cocaïne _____	<b>12</b>
1.3.2.3.     Les autres agents psychostimulants _____	<b>13</b>
1.3.2.3.1.   La caféine _____	<b>13</b>
1.3.2.3.2.   Le tabac et la nicotine _____	<b>14</b>
1.3.3.       Les psychodysléptiques _____	<b>14</b>
1.3.3.1.     Le cannabis _____	<b>14</b>
1.3.3.2.     Les hallucinogènes _____	<b>16</b>
1.3.3.3.     Les cyclohexylamines _____	<b>17</b>
1.3.3.4.     Les solvants _____	<b>17</b>

1.3.3.5.	Les atropiniques_____	17
1.3.3.6.	L'alcool éthylique_____	18
1.4.	<b>Effets des drogues sur la santé</b> _____	18
1.4.1.	Effets des opiacés_____	18
1.4.2.	Effets des hypnotiques barbituriques_____	19
1.4.3.	Effets des hypnotiques non barbituriques_____	20
1.4.4.	Effets des tranquillisants_____	20
1.4.5.	Effets des amphétamines et substances apparentées_____	20
1.4.6.	Effets de la cocaïne_____	21
1.4.7.	Effets des autres psychostimulants_____	22
1.4.7.1.	Effets du café_____	22
1.4.7.2.	Effets du kath_____	22
1.4.7.3.	Effets du thé_____	22
1.4.7.4.	Effets du tabac_____	23
1.4.8.	Effets du cannabis_____	24
1.4.9.	Effets des hallucinogènes_____	25
1.4.10.	Effets des cyclohexylamines_____	25
1.4.11.	Effets des solvants_____	25
1.4.12.	Effets des atropiniques_____	26
1.4.13.	Effets de l'alcool éthylique_____	26
 <b>II° — PARTIE: OBJECTIFS DE L'ETUDE</b> _____		<b>29</b>
2.1.	Objectif Général_____	30
2.2.	Objectifs Spécifiques_____	30
 <b>III° — PARTIE : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE</b> _____		<b>31</b>
 <b>L'UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU (U.O.)</b>		
3.1.	Historique de L'Université de Ouagadougou_____	32
3.2.	L'Université de Ouagadougou aujourd'hui _____	32
3.3.	Les missions de L'Université de Ouagadougou_____	33

<b>IV° — PARTIE: METHODOLOGIE</b>	<b>34</b>
4.1. <b>Méthode d'échantillonnage</b>	<b>35</b>
4.1.1. Justification de la méthode d'échantillonnage	35
4.1.2. Le prétest	35
4.1.4.3. La taille de l'échantillon	35
4.1.4. Présentation de l'échantillon retenu	36
4.2. <b>L'enquête</b>	<b>37</b>
4.3. <b>Validité de l'enquête</b>	<b>37</b>
4.3.1. Le questionnaire auto-administré	37
4.3.2. Le taux de participation à l'enquête	38
4.3.3. Les non-répondants	38
4.3.4. Le contrôle des biais liés à l'étude	39
4.4. <b>La saisie et le traitement des données</b>	<b>39</b>
<b>V° — PARTIE: RESULTATS</b>	<b>40</b>
5.1. <b>Présentation de l'échantillonnage</b>	<b>41</b>
5.1.1. Répartition par école ou par institut	41
5.1.2. Répartition par niveau d'étude	42
5.1.3. Répartition par tranche d'âge	43
5.1.4. Répartition par religion	44
5.1.5. Répartition par lieu de résidence	45
5.1.6. Répartition en fonction de la source de revenus	45
5.1.7. Répartition par nationalité	46
5.2. <b>Les résultats globaux</b>	<b>47</b>
5.2.1. La consommation de cigarettes	47
5.2.1.1. Aspects quantitatifs	47
5.2.1.2. Répartition selon la durée du tabagisme	48
5.2.1.3. Répartition par âge	49
5.2.1.4. Répartition par religion	50
5.2.1.5. Répartition par école ou institut	51
5.2.2. La consommation d'alcool	52
5.2.2.1. Répartition par âge	52
5.2.2.2. Répartition par la fréquence de consommation et par le sexe	53
5.2.2.3. Répartition par religion	54
5.2.2.4. Répartition par école ou institut	55

6.1.3.	Répartition par tranche d'âge _____	71
6.1.4.	Répartition par religion _____	71
6.1.5.	Répartition par lieu de résidence _____	72
6.1.6.	Répartition en fonction de la source de revenu _____	72
6.1.7.	Répartition par nationalité _____	72
6.2.	<b>Résultats globaux</b> _____	73
6.2.1.	La consommation de cigarette _____	73
6.2.1.1.	Importance du phénomène _____	73
6.2.1.2.	La durée du tabagisme _____	74
6.2.1.3.	Le facteur âge _____	75
6.2.1.4.	Le facteur religion _____	75
6.2.1.5.	Le facteur école ou institut _____	76
6.2.2.	La consommation d'alcool _____	76
6.2.2.1.	Le facteur âge _____	76
6.2.2.2.	Le facteur sexe et la fréquence de consommation d'alcool _____	77
6.2.2.3.	Le facteur religion _____	78
6.2.2.4.	Le facteur école ou institut _____	79
6.2.3.	La consommation de café ou de thé _____	79
6.2.4.	La consommation de chanvre indien _____	79
6.2.5.	La consommation d'amphétamine _____	80
6.2.6.	La consommation de solvants _____	81
6.2.7.	La consommation des autres drogues _____	82
6.2.8.	La consommation des drogues par sexe _____	83
6.2.9.	l'Analyse de l'influence du milieu _____	84
6.3.	<b>Connaissances sur les drogues</b> _____	85
6.4.	<b>Effets des drogues tels que décrits par les étudiants consommateurs</b> _____	85
6.5.	<b>Attitude des étudiants face à la drogue</b> _____	86
6.6.	<b>L'impact économique de la consommation des drogues</b> _____	86
6.7.	<b>Les polyintoxications</b> _____	87

• VII° —	<b>PARTIE: SYNTHÈSE DES RESULTATS, RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS</b>	<b>88</b>
7.1.	<b>Synthèse des résultats</b>	<b>89</b>
7.2.	<b>Quelques réflexions sur la lutte contre l'abus des drogues</b>	<b>89</b>
7.3.	<b>Proposition et recommandations</b>	<b>93</b>
7.3.1.	<b>Au niveau national</b>	<b>93</b>
7.3.2.	<b>Au niveau de l'Université de Ouagadougou</b>	<b>94</b>
	<b>CONCLUSION.</b>	<b>95</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>96</b>

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

## INTRODUCTION

L'homme emploie des drogues depuis l'aube de la civilisation : pour se soigner et soulager la douleur, comme instrument rituel, et pour modifier son psychisme et son comportement (28). Ainsi, l'opium était déjà utilisé en Méditerranée Orientale il y a 5000 ans et, depuis des siècles, les populations des hauts plateaux andins mastiquent la feuille de cocaïer (26). En Afrique et en Asie, le cannabis est fumé depuis plus de trois millénaires, souvent mélangé à du tabac (28). C'était également dans l'Ouest africain qu'étaient utilisés de façon traditionnelle la noix de cola et l'iboga (41). Mais l'expansion des échanges et des communications intervenue à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle a fait éclater le cloisonnement qui confinait l'usage des drogues à l'intérieur des frontières politiques et culturelles (28).

Au cours des 20 dernières années, l'usage des drogues s'est répandu à un rythme sans précédent et a touché toutes les régions du globe. Dans la totalité des pays, qu'ils soient développés ou en développement, il s'est produit un accroissement de la consommation des drogues, y compris l'alcool et le tabac et une aggravation concomitante des problèmes de santé et de société (22).

En Afrique, les différentes drogues qui existaient traditionnellement assumaient des fonctions sociales, religieuses et morales. Ainsi, leur usage était-il codifié préservant pour ainsi dire le consommateur d'un usage abusif. Le nouveau contexte de l'Afrique donne lieu à des pratiques sociales nouvelles qui ont changé de fond en comble le panorama de la drogue. C'est un véritable changement social fait de bouleversements de structures, de mentalités, de conduites, de comportements et de valeurs. Le premier fait important à relever, est l'envahissement du continent africain par les drogues importées, licites et illicites. La diffusion de ces drogues atteint le stade de la vulgarisation et leur usage n'épargne aucun milieu et aucun groupe social. La jeunesse est une cible importante dans ce domaine pour son importance démographique, avec un taux dépassant 40 % de la population (23).

Le Burkina Faso généralement considéré, du fait de sa situation continentale, comme un pays de transit de la drogue, n'échappe plus, à l'instar des autres pays d'Afrique, à cet accroissement de la consommation des drogues. Si les données disponibles auprès des services de répression (Police nationale, Gendarmerie nationale, Douane) révèlent une augmentation des quantités de drogues saisies (8,355 kg de chanvre indien en 1981 contre 52,137 kg en 1983) et l'apparition récente de nouvelles drogues (0,5 kg de cocaïne en 1986, 9 kg d'Héroïne en 1987) (20), elles ne permettent pas de se faire une idée exacte de la prévalence de la consommation de la drogue dans le pays.

Dans le domaine de la prévalence il existe effectivement très peu d'études disponibles. Nous pouvons citer les travaux de A. Ouédraogo, N. Lorenz et Y. Zina faits en 1989 en milieu scolaire dans la ville de Ouagadougou (30)

La constitution de l'O.M.S. définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social»(23). La réalisation de cet état est-elle compatible avec les graves problèmes de dépendance causés par l'abus des drogues ? L'OMS répondant par la négative à cette question s'est déjà fixée pour objectif d'établir, d'ici 1995, des programmes nationaux globaux de lutte contre les problèmes de l'alcool et des drogues dans la moitié au moins de ses états membres (22). Comment établir ces programmes de lutte sans une évaluation préalable de l'ampleur de l'usage des drogues et une détermination des groupes à risque?

La revue de la littérature désigne pour l'usage des drogues , des groupes à risque qui diffèrent en fonction des drogues et des pays.

Au Burkina Faso, les données disponibles (forces de répression) désignent des groupes à risque dont les prostituées, les routiers, les orpayeurs, les "enfants de la rue", les élèves et étudiants (11) constituent l'essentiel.

Nous voudrions à travers notre étude évaluer l'importance quantitative et qualitative de l'usage des drogues au sein de ce dernier groupe et singulièrement au sein de la population estudiantine en vue de dégager des mesures préventives pour limiter l'expansion du phénomène.

Après quelques définitions et la formulation de nos objectifs d'étude, nous présenterons notre méthodologie, suivie de nos résultats et commentaires. Nous terminerons l'étude par des propositions et recommandations.

## **PREMIERE PARTIE : GENERALITES**

## 1.1. Définitions

### 1.1.1. La drogue

Il existe différentes définitions du concept de drogue. Selon P. Lechat et Coll, on désigne sous le nom de drogues, les produits naturels employés tels qu'ils existent pour leurs propriétés thérapeutiques ou à partir desquels il est possible d'extraire des médicaments. (17).

Quant à H. SCHMITT, il désigne par drogue toute substance chimique synthétique ou naturelle produisant une réponse biologique, c'est-à-dire modifiant les processus physiologiques ou pathologiques des organismes vivants. (37)

Pour Jean HAMBURGER et Coll on appelle drogue, toute substance naturelle ou synthétique ayant une action psychotrope voire seulement pharmacologique. (12).

W. MODELLE en 1967, définissait une drogue comme une «substance qui, par sa composition chimique, peut modifier la structure ou le fonctionnement d'un organisme vivant... La drogue exerce une action biologique d'ordre général.»

Cette dénomination très générale désigne toutes substances psychotropes ou non, médicamenteuses ou illicites, n'entraînant pas toujours des abus ou une dépendance (36).

La diversité de ces définitions témoignent de la difficulté à trouver une définition de la drogue qui soit acceptable par tous, c'est-à-dire qui tiennent compte à la fois des critères pharmacologiques, juridiques, médico-légaux, psychologiques, sociologiques, etc.

Pour notre part, nous retiendrons la conclusion de CH. TISSEYRE : «Il nous paraît plus pertinent de faire participer du concept "drogue" non pas une collection de produits, mais une qualité que certains produits acquièrent dans certaines circonstances d'utilisation. Et notamment lorsqu'ils sont utilisés de manière abusive, ou excessive et persistante, par exemple en tant que moyen systématique de fuir une certaine réalité de soi et du monde et jusqu'à la perte du contrôle de la consommation.» (31).

Il nous semble nécessaire de faire une place particulière à l'alcool que nous incluons dans le terme générique de drogue, même si une certaine opinion se réfugiant derrière la symbolique sociale de l'alcool tend souvent à l'en exclure.

### 1.1.2. La toxicomanie

Le concept de toxicomanie a beaucoup évolué au cours des dernières décennies.

Ainsi, l'OMS en Janvier 1952 proposait la définition suivante de la toxicomanie :

«Etat d'intoxication périodique ou chronique, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique, qui offre les caractéristiques suivantes :

1. Invincible désir, besoin ou obligation de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens.
2. Tendance à augmenter la dose
3. Dépendance psychique et parfois physique à l'égard des effets de la drogue» (7).

Différents spécialistes qui l'ont suivi de près durant ces vingt dernières années et qui sont en désaccord sur bien des points en donnant cependant des définitions très semblables, qui reprennent «l'appétence morbide et prolongée, dégénérant bientôt en habitude tyrannique» mentionnée par nos dictionnaires.

Le professeur Loo parle de «consommation répétée de substances psychotropes sans but thérapeutique, sous-tendue par les notions, de dépendance psychique, parfois physique qui met en exergue la force d'un besoin impérieux, prégnant irrépressible». Frappé par la multiplicité des produits consommés par les jeunes drogués, le Docteur Olievenstein y ajoutait, dès 1970 les polyintoxications et considérait comme toxicomane «quiconque, à partir d'un produit de base, passe à un autre produit et en use quotidiennement ou quasi quotidiennement».

D'autres définitions, comme celle de Guy Thuillier et Yves Pélicier, introduisent l'intention, le but recherché par cette «consommation non thérapeutique» et l'appellent «recherche d'un plaisir, d'une satisfaction ou d'une réduction de tension» - ou recherche voluptaire. Ils signalent également que les substances utilisées dans ce but sont «toxiques pour le système nerveux central». La toxicomanie se trouve alors partiellement définie par ces trois termes : plaisir, contrainte, toxicité.

Toutes les définitions de la toxicomanie excluent totalement les expériences occasionnelles, quelque fréquentes que celles-ci aient pu apparaître chez les jeunes durant ces derniers vingt ans. Un épisode sans lendemain, fût-ce la pire des «défonces», ne peut être considéré comme toxicomanie, pas plus qu'une saoulerie non répétée ne fait un alcoolisme. La toxicomanie apparaît à tous ses observateurs comme un comportement de sujétion réitérée à des substances toxiques, comportement qui ne peut à terme, qu'être préjudiciable à celui qui l'adopte.

Pour toute une école d'observateurs et de thérapeutes, la toxicomanie naît de la rencontre de trois éléments : un produit, une personnalité, un moment socio-culturel. Tragédie à trois acteurs : la substance - celle-là et pas une autre; le sujet - son histoire, son patrimoine génétique, la structure de sa personnalité psychique; l'environnement affectif, culturel et social du moment où s'instaure la dépendance, qui ne va pas jouer contre son expérience, ou qui va la favoriser tout au moins à ses débuts. (15).

Il faut enfin souligner que la terminologie scientifique préfère aujourd'hui «pharmacodépendance» à «toxicomanie». Ce terme a été proposé en 1964 par un comité OMS d'experts et défini ultérieurement comme suit : «Etat psychique et quelquefois également physique 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 quelques fois d'éviter le malaise de la privation.» (27).

Notre étude abordera la consommation de drogue par les étudiants de l'Université de Ouagadougou, sans présumer de l'existence ou non d'une pharmacodépendance.

De même, le concept d'alcoolisme (forme particulière de toxicomanie) après avoir subi bien de modifications au cours des dernières décennies se trouve depuis 1977 résumé par l'O.M.S. sous forme de deux notions générales. Celle d'«incapacités liées à la consommation d'alcool et celle plus restrictive de «syndrome de dépendance alcoolique» (3). Là aussi, nous nous intéresserons à la consommation d'alcool par les étudiants de l'Université de Ouagadougou sans présumer de l'existence ou non d'alcoolisme.

## 1.2. Classifications des Drogues

### 1.2.1. Classification de L. Lewin

La première en date des classifications psychopharmacologiques des drogues fut celle de L. Lewin (1928). Elle distinguait :

- **Euphorica** : «agents diminuant et éventuellement suspendant les fonctions, l'émotivité, et la perception» (opium, morphine, codéine, coca).
- **Phantastica** : «agents d'illusion... sensations d'hallucination» (Peyotl, mescaline, chanvre indien, ammanite fausse oronge).
- **Inebriantia** : «après une première phase d'excitation cérébrale, ils donnent lieu à une dépression de l'excitabilité) (alcool, chloroforme, éther).
- **Hypnotica** : «agents du sommeil» (chloral, véronal).
- **Excitancia** : «stimulants psychiques» (café, thé, camphre, bétel, kath, tabac).

### 1.2.2. Classification de J. DELAY ET P. DENIKER

- En 1957, J.DELAY et P. DENIKER proposent une classification reposant sur l'effet des drogues d'une part et sur la notion de «tonus psychologique» (P. JANET).

Cette classification où figurent les produits les plus fréquemment rencontrés dans la pratique médicale, mais non systématiquement toxicomanogènes distingue:

**1) Les psycholeptiques ou dépresseurs du système nerveux central (SNC) regroupant :**

- a) les Analgésiques opiacés : Opium, morphine , péthidine dextromoramide, méthadone, héroïne, dextropropoxyphène, elixir parégorique, codeine.
- b) Les anxiolytiques : benzodiazépines (diazépan...), carbamates (méprobamate...).

- c) Hypnotiques non barbituriques (benzodiazépines, méthaqualone, mécloqualone, chloral...) ou barbituriques
- d) Neuroleptiques : phénothiaziniques, réserpiniques, butyrophénoniques, ou autres.
- e) Autres : antihistaminiques etc.

**2) Les psychoanaleptiques ou stimulants du SNC. Ils regroupent :**

- a) Les stimulants de la vigilance :
  - amphétamines et dérivés apparentés à visée anorexigène ou psychostimulante (fénétylline, fenbutrazate, clobenzorex, phendimétrazine, pyrovalérone, etc.).
  - Cocaïne, kath;
  - Caféine et autres xanthines (café, thé, cola), nicotine
  - Amines sympathomimétiques (spécialités ORL).
- b) Les stimulants de l'humeur :
  - Antidépresseurs, inhibiteurs de la monoamine oxydase (M.A.O.) ou non inhibiteurs de la M.A.O.

**3) Les Psychodysleptiques ou perturbateurs du SNC comprennent :**

- a) Les dérivés du cannabis (marihuana, haschich, huile de cannabis, tétrahydrocannabinol).
- b) Les hallucinogènes (LSD 25, mescaline, psilocybine, STP. 2,5 - diméthoxy - 4 - méthylamphétamine).
- c) Les cyclohydramines (phencyclidine, PCP).
- d) Les solvants volatils dans les colles (toluène, acétone), les essences (tétrachlorure de carbone, benzine, naphte), les dissolvants (acétone, acétates aliphatiques), l'éther.

- e) L'alcool éthylique
- f) Les dérivés anticholinergiques (alcaloïdes de la belladone, antiparkinsoniens...).

### 1.3. Généralités sur les principales drogues

Nous décrivons dans ce chapitre respectivement l'historique de la production et de la consommation des principales drogues, nous ferons leur description et préciserons les pays producteurs.

#### 1.3.1. Les sédatifs du S.N.C.

##### 1.3.1.1 Les opiacés

Le terme opiacé s'applique à l'opium, ses dérivés et à des analgésiques de synthèse; ils ont en commun des propriétés morphinomimétiques. On en rapproche certains antagonistes analgésiques comme la pentazocine. (36).

##### 1.3.1.1.1. L'opium

Apparu sans doute en Méditerranée orientale il y a quelque 5000 ans, son usage s'est rapidement étendu à la Perse, l'Egypte, la Chine et l'Europe. (28)

L'opium est un exsudat sec obtenu par incision de la capsule verte du pavot (*papaver somniferum album*), contenant une vingtaine d'alcaloïdes (36). Il peut se présenter sous forme de pain, fumé ou mangé (15).

Selon l'O.I.C.S. (Organisation Internationale de Contrôle des Stupéfiants) les principaux pays producteurs d'opium se situent au Proche et Moyen - Orient (Iran, Turquie, Afghanistan et Pakistan), en Asie de l'Est et du Sud-Est (Birmanie, Thaïlande), en Amérique du Nord (Etats-Unis, Mexique) (28)

##### 1.3.1.1.2. La Morphine

Elle est extraite soit de l'opium, soit directement de la paille de pavot et reste l'analgésique traditionnel pour le soulagement des douleurs aiguës, mais elle laisse de plus en plus la place aux stupéfiants de synthèse qui possèdent un moindre pouvoir toxicomanogène. (28).

#### 1.3.1.1.3. L'héroïne (diacétylmorphine).

Elle est produite à partir de la morphine par une manipulation chimique relativement simple. L'héroïne, qui se présente sous forme de poudre est aspirée («sniffée») ou, le plus souvent, injectée. (36).

Elle est produite globalement dans les mêmes pays que l'opium.

#### 1.3.1.1.4. Les autres dérivés de la morphine.

Plusieurs dérivés chimiques de la morphine, très proches de la molécule mère et ayant les mêmes effets thérapeutiques et toxicomanogènes indésirables sont également placés sous contrôle international. La codeïne (méthylmorphine), largement utilisée comme antitussif et anesthésique léger, ne possède par comparaison qu'un faible pouvoir toxicomanogène (28).

#### 1.3.1.1.5. Les opiacés de synthèse

Plusieurs analgésiques puissants ayant des effets comparables à ceux de la morphine ont été synthétisés dans les années 30 dans le but de mettre au point un médicament contre la douleur dénué du pouvoir toxicomanogène de la morphine (8) citons entre autres la péthidine (DOLOSAL <sup>®</sup>) et les dextropropoxyphènes (Antalvic<sup>®</sup>, Dépronal <sup>®</sup>) (27).

#### 1.3.1.2. Les hypnotiques barbituriques

De par leur qualité sédatrice, antiépileptique et hypnotique, les produits dérivés de la malonylurée comme le véronal ont soulevé l'enthousiasme des thérapeutes au début du siècle, quand le nombre de psychotropes disponibles était réduit. Les possibilités de pharmacodépendance ne sont pas apparues d'emblée. P. DENIKER et Coll. rappellent qu'il faut attendre 1925 pour que les auteurs commencent à percevoir le pouvoir toxicomaniaque des dérivés barbituriques. Actuellement, les barbituriques comptent parmi les médicaments les plus dangereux, largement prescrits et faisant l'objet d'un commerce illégal important. Cause de nombreux décès, ils sont fréquemment utilisés dans les tentatives de suicide. (36)

Les principaux pays producteurs sont, en Amérique du Nord, les Etats-Unis et le Canada où ils sont produits dans des laboratoires clandestins tandis que les substances psychotropes légalement produites par des laboratoires pharmaceutiques d'Europe occidentale continuent d'être détournées vers l'Afrique de l'Ouest et le Moyen-Orient (28).

### 1.3.1.3. Les hypnotiques non barbituriques

Ils sont dans l'ensemble moins toxicomanogènes, à l'exception de la méthaqualone (Mandrax <sup>®</sup>, Isonox <sup>®</sup>, Quaalude) et de la mécloqualone (Nubarène <sup>®</sup>). Potentialisées par l'alcool, ces substances sont pourvues de pouvoirs onirogènes et représentent pour les toxicomanes des succédanés des hallucinogènes.

La consommation de méthaqualone (Quaalude <sup>®</sup>), de fabrication et d'importation clandestines s'aggrave aux Etats-Unis depuis 1978 à un point tel que ce produit devient la drogue la plus utilisée après le cannabis, dans certaines grandes villes. En France par contre, la réglementation de leur utilisation médicale depuis 1974 en a freiné l'usage abusif (36).

### 1.3.1.4. Les tranquillisants

Molécules benzodiazépines ou non, ils ont en commun la propriété d'être anxiolytiques. Les benzodiazépines forment un groupe pharmacologiquement développé (plus de 2000 molécules), homogène sur le plan chimique. Les principales molécules sont : le chlordiazépoxyde, le diazépam, le nitrazépam, le médazépam, le tétrazépam, le chlorazépate.

Les propriétés thérapeutiques expliquent leur développement. Le pouvoir anxiolytique est principalement recherché. L'action sédatrice et hypnotique est d'autant plus importante que la demi-vie est courte.

Si dans les quinze dernières années, la consommation de benzodiazépines n'a cessé de croître, il semble qu'à partir de 1975, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, puis dans le reste de l'Europe, un plateau ait été atteint. Pour J. MARKS : « il apparaît que, dans de nombreux pays, un dixième de la population reçoit une prescription de tranquillisants pendant l'année en cours, et que sur cette fraction de la population, environ 50 % reçoit une benzodiazépine, avec une prévalence instantanée d'environ 2 % »(15).

## 1.3.2. Les psychostimulants

### 1.3.2.1. Amphétamines et substances apparentées

Ces produits ont rapidement été déviés de leur usage médical. Ils avaient été proposés comme produits de substitution de la cocaïne, puis utilisés comme stimulants.

Dès les années 50, leur usage a été réglementé. Beaucoup ont été retirés du marché.

Trois types de produits sont à distinguer :

- Les amphétamines proprement dites : benzédrine, dextroamphétamine (Maxiton<sup>®</sup> ; Dexedrine<sup>®</sup>... et la méthamphétamine (methédrine<sup>®</sup>...);
- Les anorexigènes de structure amphétaminique (phénumétrazine, méthylphénidate...);
- Les psychostimulants de structure plus complexe (pyrovalérone, fenfluramine, métoxyméthylamphétamine, STP-DOM...).

L'amphétamine est un sympathomimétique indirect (36). Les amphétamines ont été commercialisées sous des centaines de noms de spécialités différentes. La dextroamphétamine et la méthamphétamine ont donné lieu à de larges abus à une certaine période. Les amphétamines sont actuellement fabriquées illégalement à grande échelle sous la forme de sulfate d'amphétamine (parfois appelé simplement «sulfate» par les usagers) (11).

Parmi les principaux pays producteurs citons : La Thaïlande, l'Australie, les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni et les pays scandinaves. (28).

#### 1.3.2.2. La cocaïne

La cocaïne est un alcaloïde qui se présente généralement sous forme d'une poudre blanche. Elle est extraite par un procédé chimique simple des feuilles persistantes du coca, un arbrisseau que l'on cultive surtout dans la région montagneuse occidentale de l'Amérique du Sud. Les populations autochtones des Andes mâchent des feuilles de coca depuis plusieurs siècles pour soulager le mal de l'altitude et la faim.

La cocaïne est un stimulant qui peut être prisé, fumé (pâte de coca) ou injecté. Elle fut d'abord proposée comme antidote des dépresseurs du système nerveux (alcool, morphine).

Les principaux pays producteurs se situent dans la région des Caraïbes, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud (Bolivie, Pérou, Equateur). Aux Etats-Unis d'Amérique, une forme hautement purifiée appelée "crack" et considérée comme particulièrement dangereuse est largement disponible à des prix relativement faibles (28).

### 1.3.2.3. Les autres agents psychostimulants

#### 1.3.2.3.1. La Caféine

C'est un stimulant mineur, retrouvé dans de multiples produits (thé, café, cacao, kola...) consommés par des millions de gens à travers le monde. (16).

1) **Le café** : *coffea spp* (Rubiaceés). Les caféiers sont des arbrisseaux, des arbustes et même quelquefois des arbres toujours verts du genre *coffea* avec de nombreuses espèces et variétés. L'infusion des graines torréfiées fournit une boisson mondialement consommée pour ses propriétés aromatiques, stimulantes et euphorisantes.

Il est maintenant certain que tous les caféiers sont africains. Le plus anciennement connu et cultivé est le *coffea arabica*. L. des Hauts-Plateaux d'Abyssinie. Par contre, toutes les autres espèces de *coffea* sont originaires de l'Afrique noire tropicale et subtropicale. (16)

2) **La kola** : *cola spp* (Sterculiacées). Les kolatiers sont répandus à l'état spontané surtout en Afrique occidentale mais se rencontrent aussi en Afrique centrale.

La noix de kola est incontestablement le masticatoire le plus utilisé en Afrique comme stimulant.

La consommation intérieure en Afrique est considérable et échappe en partie aux statistiques. On peut toutefois avancer qu'il y a incontestablement abus de consommation et donc des toxicomanies du même type que la caféinomanie. (16)

3) **Le kath** : Il est extrait des feuilles d'un arbuste qui pousse en Afrique orientale et au Yemen où son usage traditionnel semble se développer actuellement.

Les feuilles contiennent 3 alcaloïdes : la cathine, la cathinone et la noréphédrine.

Le kath est mastiqué. Un mangeur en absorbe 15 à 100 g par jour les toxicomanes atteignent 400 grammes. Il est absorbé en groupe c'est un psychostimulant «amphétamine - Like» supprimant faim et fatigue, et considéré comme aphrodisiaque (36).

4) **Le thé** (théacées) : Ce sont des arbustes tropicaux (500 espèces formant 30 genres environ), Théa ou *Camellia Sinensis* L., avec les feuilles desquels on

prépare une boisson particulièrement consommée par les Anglais (4 kg par personne et par an).

En plus de la caféine, le thé contient de la théobromine à effet diurétique marqué et de la théophylline (14).

#### 1.3.2.3.2. Le tabac et la nicotine

*Nicotiana rustica* L. ou petit tabac et *Nicotiana tabacum* L. ou grand tabac sont des solanacées originaires de l'Amérique du Sud. Avant son introduction et sa culture par les Européens, le tabac était connu et fumé en Afrique (16).

L'usage du tabac était, il y a 3000 ans, essentiellement religieux. Cette coutume perdit peu à peu son caractère incantatoire et se répandit dans la population qui en fit rapidement un objet de société. Introduit en Europe en 1550 par J. NICOT, on peut s'étonner de sa diffusion si rapide et cela tient sans doute à la forte dépendance qu'il entraîne, à son innocuité apparente et à la symbolique sociale qu'il supporte (33).

Le tabac est cultivé dans toutes les régions du monde avec comme principaux pays producteurs en 1976 la Chine, les Etats-Unis, l'Inde, l'URSS, la Turquie. Il faut souligner d'autre part que l'augmentation de la production comme d'ailleurs celle de la consommation est plus rapide dans les pays en voie de développement. Ceux-ci occupent actuellement environ 40 % du marché mondial (31).

Près de 4000 composés sont libérés par la combustion du tabac. On distingue la nicotine, l'oxyde de carbone, (qui interfère avec l'oxygénation tissulaire) et les irritants de la muqueuse respiratoire à potentialité cancérogènes.

La nicotine alcaloïde classiquement responsable de l'accoutumance au tabac est un ganglioplégique (36).

#### 1.3.3. Psychodysléptiques

##### 1.3.3.1. Le cannabis

La drogue provient d'une plante herbacée annuelle, originaire d'Asie Centrale, le cannabis sativa. Présentant une grande souplesse écologique, sa présentation ainsi que sa teneur en produit actif varient suivant le climat, l'altitude et le sol. Si dans les pays tempérés le chanvre fournit des fibres textiles, dans les pays chauds, il sécrète une résine aux propriétés psychotropes, contenue en plus grande quantité dans les sommités fleuries que dans les feuilles.

Le cannabis se présente sous trois formes :

- La résine est présentée sous forme de plaques dont la teneur en produit actif peut dépasser 40 %; ses noms diffèrent selon les pays : charas en Asie, haschich au Proche-Orient, chira en Afrique du Nord
- Les feuilles et les sommités fleuries, séchées et hachées ou roulées, prennent des noms spécifiques aux régions : marijuana d'Amérique du Nord, grifa du Mexique, kamba ou riamba du Brésil, dagga d'Afrique du Sud, kif d'Afrique du Nord et bhang ou ganga aux Indes.

La teneur en principe actif varie de 1 à 15 %.

- Le 9 - tétra-hydrocannabinol (THC) est, sous la forme lévogyre, le principe actif prédominant qui fut synthétisé en 1965 par MARCHOULAM et GAONI. Les autres cannabinoïdes sont probablement dépourvus d'action psychotrope (36).

Historiquement, la consommation du cannabis a été très longtemps limitée à quelques régions traditionnelles. Il y a quatre mille ans en Chine on retrouvait déjà trace de son usage en médecine traditionnelle. Son utilisation s'étend par la suite à l'Inde où elle est prise comme remède ou bien associée à des rites religieux. De l'Inde, la drogue se propage vers le Moyen-Orient dès le septième siècle, puis à travers toute l'Afrique du Nord où elle entre dans les coutumes.

Son extension se fait ensuite à travers toute l'Afrique où elle est véhiculée par les marchands arabes.

En Europe, c'est au début du XIX<sup>e</sup> siècle que le cannabis est introduit.

En Amérique du Sud, son utilisation était ancienne surtout au niveau des classes défavorisées. Aux Etats-Unis la consommation limitée au début du siècle à des petits groupes (musiciens de jazz), se développe rapidement vers 1950.

Actuellement nous assistons à une augmentation explosive du nombre des consommateurs mondiaux (16).

Aucune région du monde ne semble être épargnée par la culture illicite du cannabis. En Afrique le cannabis, dont l'abus s'étend à tout le continent est produit dans de nombreux pays (Maroc, Ghana, Nigéria...) (28).

Au Burkina Faso, quelques petits champs clandestins ont été découverts et détruits dans certaines régions proches de la frontière du Ghana (Tiébélé, Pô) ou de la Côte-d'Ivoire (Banfora - Darsalamy) (20).

### 1.3.3.2. Les hallucinogènes

L'utilisation de plantes sacrées hallucinogènes remonte à la plus haute antiquité et a été à la source de pratiques mystico-religieuses (chamanisme...) ainsi que de médecines traditionnelles.

En Amérique centrale, les Indiens utilisaient le peyotl, issu des sommités desséchées d'un petit cactécé, afin de provoquer une extase religieuse. Les Aztèques recouraient à certains champignons hallucinogènes, dénommés téotanacalt dont l'alcaloïde est la psilocybine.

Les hallucinogènes sont répartis en deux grandes classes :

#### 1) *Les Phényléthylamines*

La mescaline principe actif du peyotl, a été isolée par HEFFTER et synthétisée par SPATH en 1918.

#### 2) *Les alcaloïdes indoliques :*

- Les N-N- dialcolyl - hydroxy - tryptamines ont été isolées par HEIM à partir de 8 espèces d'argacées hallucinogènes appartenant aux familles des psilocybes et des stropharia; la psilocybine et la psilocine furent synthétisées par HOFFMAN en 1958.

- La butofénine est contenue dans le venin des crapauds et surtout dans une poudre (cohoba) préparée avec des graines d'une mimosée poussant dans les Andes et les Caraïbes.

Cette molécule a été découverte par WULARD en 1934, et synthétisée par STOLL en 1955.

- Les dérivés lysergiques : le LSD 25 est le chef de file d'une série de 27 corps, synthétisé par HOFFMAN à partir de l'acide lysergique (isomère gauche) par hydrolyse des alcaloïdes de l'ergot de seigle.

Des composés synthétiques dérivés comme le DMT (NN-Diméthyl - tryptamine) et le DOET (NN - diéthyl - tryptamine), reproduisent les effets du LSD mais sont d'une durée d'action inférieure (36).

#### 1.3.3.3. Les cyclohexylamines

La phencyclidine (P.C.P.) est utilisée comme anesthésique en médecine vétérinaire. Utilisée dans un but toxicomane, elle est responsable d'environ 400 décès aux USA en 1977.

Sa synthèse, relativement facile, a favorisé un trafic illicite. Elle est bien absorbée par toutes les voies (orale, inhalation...) et possède des propriétés stimulantes et dépressives sur le SNC, un pouvoir analgésique et des propriétés hallucinogènes. (36)

Le PCP est le fait de fabrication clandestine essentiellement aux Etats-Unis (28).

#### 1.3.3.4. Les solvants

L'inhalation des solvants a pris une importance quantitative aux U.S.A., en Suède, et plus récemment dans les autres pays. Elle touche actuellement de jeunes utilisateurs.

Actuellement, sont utilisés divers produits ménagers. Les colles sont de loin les produits les plus employés. Elles contiennent du toluène et de l'acétone. Les dissolvants sont utilisés de même que les détachants et les diluants de peinture. Ils renferment de l'acétone, du toluène et des acétates aliphatiques.

Les essences comprennent l'essence de voiture, mais aussi les gaz, les propulseurs d'aérosols à base de fluorocarbones.

Parmi les anesthésiques volatils, l'éther et le protoxyde d'azote sont les plus connus. (36).

#### 1.3.3.5. Les atropiniques

L'utilisation de médicaments antiparkinsoniens comme le trihexyphénidyle par certains toxicomanes vient rappeler l'existence de toxicomanie à ce type de produit contenu dans des plantes très courantes tels que les daturas contenant de la scopolamine qui sont fumés ou absorbés. Quelquefois, les toxicomanes ont recours à des préparations pharmaceutiques ayant dans leur formule ce type de substances (DITRAN, SERNYL) (36).

### 1.3.3.6. L'alcool éthylique

Les boissons alcooliques ont été utilisées depuis le début de l'histoire de l'humanité. Les plus anciennes étaient des breuvages fermentés à teneur relativement faible en alcool, c'est-à-dire des bières et des vins. Quand les arabes introduisirent en Europe la distillation de l'alcool, les alchimistes crurent que ce liquide était l'élixir de vie auquel on pensait depuis longtemps. Au Moyen-Age, l'alcool a été considéré comme une véritable panacée universelle, d'où le nom d'eau - de - vie qui lui était donné (31).

L'alcool est utilisé traditionnellement en Afrique sous forme d'alcool fort ou dilué. Les Africains, en effet connaissent, bien qu'empiriquement, les végétaux riches en sucre ou en amidon ainsi que les phénomènes de fermentation susceptibles de transformer les principes sucrés ou les produits amyliques en solutions alcooliques (16).

Au niveau mondial, J. GODARD retient, en 1979, quatre faits marquants :

- 1) «le développement rapide de la pandémie alcoolique marquée par une extension mondiale de la consommation d'alcool (même dans les pays protégés par les tabous religieux).
- 2) l'augmentation du degré alcoolique de toutes les boissons alcoolisées.
- 3) Une modification des techniques de fabrication tendant dans une optique de rentabilité.
- 4) Une baisse sensible (depuis le début du siècle) du coût moyen de l'unité alcool » (31).

Il faut enfin souligner la baisse progressive de l'âge de la première consommation d'alcool.

## 1.4. Effets des drogues sur la santé

Les effets des drogues sont variables et fonction des individus, de la drogue et de la durée d'intoxication.

### 1.4.1. Effets des opiacés

L'intoxication chronique aux opiacés peut s'accompagner de complications médicales multiples dont la plupart sont liées à l'absence d'aseptie, d'hygiène alimentaire et de vie, aux produits frelatés. Quelques manifestations pathologiques sont liées à la drogue.

Les accès dépressifs sont nombreux. Des phénomènes allergiques d'hypersensibilité provoquent des réactions vasomotrices et des chocs parfois mortels.

Les opiacés sont responsables de troubles gynécologiques (aménorrhée, cycles anovulatoires, diminution de la libido, impuissance) et obstétricaux (fréquences des toxémies gravidiques, des présentations du siège, des décollements prématurés du placenta, des hémorragies du post-partum). Il y a en outre une augmentation de la prématurité, et de la mortalité périnatale. Mais les différents auteurs incriminent plus le mauvais état général et le manque de soins qu'un effet propre du toxique (36).

Les opiacés entraînent une dépendance psychologique et physique graves dans la grande majorité des cas (7).

#### 1.4.2. Effets des hypnotiques barbituriques

L'utilisation des hypnotiques barbituriques entraîne à long terme des effets physiologiques marqués :

- altération de l'état général avec troubles digestifs, amaigrissement
- troubles neurologiques divers : chutes fréquentes, pertes de connaissance brèves ou prolongées, troubles cérébelleux (incoordination motrice, ataxie, nystagmus, tremblements), vertiges, dysarthrie, paralysies oculaires, polynévrites par avitaminose B.
- troubles hépatiques : érythème prurigineux, plus allergique que toxique.

Certains signes psychiatriques sont plus spécifiquement évocateurs des barbituriques :

- troubles du caractère et de l'affectivité;

- ralentissement intellectuel, détérioration : l'intoxication prolongée réalise le tableau de pseudo-paralysie générale, avec euphorie niase sur un état d'hébétude intellectuelle.

Quelques états démentiels ont été décrits chez le jeune toxicomane avec lésions anatomopathologiques confirmées. (36)

Les hypnotiques barbituriques engendrent essentiellement une dépendance physique. (7)

#### 1.4.3. Effets des hypnotiques non barbituriques

Après ingestion de 150 à 500 mg de méthaqualone (seul avec la mécloqualone à avoir des pouvoirs toxicomanogènes), l'usager perçoit une sensation de détente importante accompagnée de fourmillements. Une désinhibition affective explique la facilitation des relations, et l'effet aphrodisiaque. La relaxation musculaire peut induire une incoordination motrice.

L'«overdose» conduit au coma avec dépression respiratoire (36).

Tout les degrés, de l'indépendance à la dépendance physique et psychique grave, se rencontrent (7).

#### 1.4.4. Effets des tranquillisants

Avec les tranquillisants, des cas d'automédication à dose importante et de longue durée n'entraînent pas d'altération majeure de l'état général et renvoient à une dépendance psychique prolongeant illégitimement une prescription médicale.

Lors d'abus, des syndromes confusionnels allant jusqu'au coma sont observés. Leur pronostic est le plus souvent favorable (36).

#### 1.4.5. Effets des amphétamines et substances apparentées

- A dose thérapeutique (5 à 30 mg), s'observent des effets sympathomimétiques avec tachycardie, hypertension artérielle, relaxation de la musculature lisse mydriase et polypnée.

Sur le plan psychologique, la vigilance est accrue, avec insomnie et activation du tracé électroencéphalographique. Les performances paraissent augmentées. Un sentiment de confiance en soi, l'initiative sont favorisés par une impression de

sociabilité et d'euphorie. Une asthénie, une somnolence accompagnent une dysphorie pénible à l'arrêt du traitement. L'anorexie est marquée.

- Par voie intraveineuse, survient un flash, plus violent que celui des opiacés.

- L'amphétaminomanie conduit à des cycles d'alternance de sommeil et d'exaltation. C'est une succession de cycles toxicomaniaques séparés de remissions plus ou moins longues. Chaque cycle dure plusieurs jours.

Après 3 ou 4 jours, l'effet «paranoïaque» survient, associant une détérioration des fonctions intellectuelles, trouble du jugement, des fonctions cognitives avec floue idéique, illusions et perte de contrôle émotionnel, et des troubles du comportement. Ce tableau comporte un risque d'auto ou d'hétéro - agression.

A la fin du cycle (5 à 7 jours), l'arrêt des injections est suivi d'un déficit psychomoteur avec asthénie, puis sommeil profond et prolongé. Au réveil, le sujet reste somnolent avec des idées dépressives, qui aggravent le risque d'un suicide ou d'une rechute.

Un risque de psychose paranoïde («effet parano») est d'autant plus grand que les cycles sont rapprochés.

- Une psychose par intoxication massive aiguë se traduit par un onirisme hallucinatoire anxieux.

- Lors d'une intoxication chronique, s'organise progressivement un délire de mécanisme interprétatif avec thèmes de persécution (impression d'hostilité de l'ambiance, d'être traqué), forte décharge d'angoisse et des troubles dysthymiques responsables d'une excitation psychomotrice. Ce dernier tableau survient en fin de cycle et cesse après quelques jours d'abstinence.

Avec les amphétamines et substances apparentées la tolérance est rapide et marquée ainsi que la dépendance surtout sur le plan psychologique (36).

#### 1-4-6- Effets de la cocaïne

A petites doses, elle stimule les voies sensorielles, motrices et la réticulée mésencéphalique. Cette action est responsable d'une sensation de bien être, d'euphorie avec stimulation intellectuelle et logorrhée.

Un effet aphrodisiaque est rapporté.

A fortes doses, la cocaïne détermine un état d'excitation, d'agitation (stéréotypies gestuelles), avec logorrhée, hallucinations visuelles voire auditives et cenesthésiques. Des sensations angoissantes, un délire de persécution, voire un accès maniaque peuvent induire des actes médico - légaux. Sur le plan somatique, cette «ivresse cocaïnique» se traduira par des céphalées, des sueurs profuses, des vomissements, voire un besoin impérieux d'uriner ou de déféquer. Des tremblements et des crises tonico-cloniques peuvent survenir. L'intoxication mortelle est liée au retentissement cardio-respiratoire de la cocaïne. Elle induit une tachycardie avec inspirations profondes à laquelle succède très vite une dépression respiratoire progressive avec tachypnée superficielle du type cheynes - stokes, qui peut aller jusqu'à la mort par arrêt respiratoire. Au rythme cardiaque, initialement accéléré, succède un ralentissement avec collapsus et mort.

Lors d'usage prolongé, des psychoses cocaïniques se manifestant par des phénomènes hallucinatoires ont été décrites.

La dépendance est essentiellement psychologique. (36).

#### 1.4.7. Effets des autres psychostimulants

##### 1.4.7.1. Effets du café

Le caféisme ou ingestion chronique de grandes quantités de café en boisson se caractérise par une insomnie, de l'amaigrissement, des troubles nerveux et gastriques (16)

La dépendance au café est psychique.

##### 1.4.7.2. Effets du kath

Les toxicomanies au kath déterminent des complications digestives (gastrites, iléus paralytique), cardiovasculaires et psychiatriques (bouffées délirantes). (35)

##### 1.4.7.3. Effets du thé

Les manifestations pathologiques du théisme sont superposables à celle du caféisme. Il existe une cachexie théique dont la Tunisie a fourni des exemples assez démonstratifs (32)

La dépendance au thé est également psychique.

#### 1.4.7.4. Effets du tabac

De nombreuses maladies sont liées au tabagisme et sont fonction de la quantité de tabac fumée par jour, de l'âge de la première consommation et du fait d'inhaler ou non la fumée :

- Le tabagisme entraîne une surmortalité générale ainsi, une enquête de l'American Center Society portant sur 447.000 sujets indique que selon la date de leur première cigarette, les fumeurs perdent 4,6 à 8,3 années d'espérance de vie par rapport aux non-fumeurs. Chaque cigarette fumée a été accusée de faire perdre 5 minutes et demi de vie.

- Selon l'U.S Department of Health and Human Services, le tabac est la cause majeure de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité, de la bronchite chronique obstructive dans tous les pays où l'on fume.

Selon la même source, le risque de mourir d'un cancer du poumon est pour l'homme de trois à 14 fois plus élevé chez le fumeur que chez le non fumeur et pour la femme de deux à cinq fois supérieur chez la fumeuse que chez la non fumeuse.

- Le tabac a également été incriminé dans la genèse de nombreux autres cancers:

\* Ainsi le risque du cancer du larynx passe de deux chez les non fumeurs à 27,5 chez les fumeurs. Il est probable que l'association du tabac et de l'alcool augmente l'apparition de ces tumeurs.

\* Le risque relatif de cancer de la vessie est deux à trois fois plus grand chez les fumeurs de cigarette.

\* Le cancer du pancréas semble également deux fois plus fréquent chez les fumeurs que chez les non fumeurs.

\* Quant aux cancers de l'estomac, du sein et du col utérin, une liaison beaucoup moins forte existe avec le tabac.

- L'appareil cardio-vasculaire est également la cible du tabac : le mécanisme d'action du tabac sur l'appareil cardio-vasculaire n'est pas encore clairement élucidé.

Dans une enquête américaine portant sur 1 million de personnes, l'incidence de l'infarctus est 2,8 fois plus élevée chez les fumeurs et quatre fois plus élevée chez les gros fumeurs.

Le rôle de la cigarette est reconnu dans l'artérite des membres inférieurs et dans la pathologie vasculaire cérébrale et plus particulièrement chez les femmes qui là aussi usent de contraceptifs oraux.

Au cours de la grossesse, les gaz contenus dans la fumée et la nicotine agissent sur la mère et le fœtus (diminution de l'oxygénation foetale et hypoxie cellulaire, perturbation de la détoxification de l'acide cyanhydrique en thiocyanates et réduction du taux de vitamine B 12).

Le tabac a été accusé de baisse de fertilité maternelle et d'une diminution de la sexualité. On note chez les fumeuses une augmentation de la fréquence des avortements spontanés (deux fois plus que chez les non fumeuses). La mortalité périnatale et néo-natale, la prématurité sont plus fréquentes. Le poids de naissance de l'enfant est abaissé par l'hypoxie fœto-maternelle avec possibilité de retard psychomoteur. Des complications obstétricales plus fréquentes ont été signalées chez les mères qui fument (augmentation des hémorragies, hématomes rétroplacentaires, rupture prématurée des membranes).

Les autres inconvénients liés au tabac sont entre autres : les gastrites, les stomatites et caries dentaires, les altérations de la peau. (33)

#### 1.4.8. Effets du cannabis

A dose faible à modérée, le cannabis provoque de l'hilarité; une euphorie accompagnée de loquacité; des troubles de la perception temporelle et spatiale, de la coordination motrice, du jugement, de la mémoire; une hypersensibilité aux stimuli visuels et auditifs; de la conjonctivite et des bronchites.

A dose plus forte, il provoque des troubles sensoriels et affectifs plus graves (illusions, délire, dépression, confusion mentale, aliénation) pouvant aller jusqu'à des hallucinations qui s'apparentent parfois à une crise psychotique avec phobie aggressive.

Le cannabisme chronique se caractérise par des troubles des fonctions psychomotrices, cognitives et endocriniennes; une dépression des défenses immunitaires et de la résistance aux infections (28).

Avec le cannabis, si la dépendance physique reste mineure, la dépendance psychique est plus fréquente (36).

#### 1.4.9. Effets des hallucinogènes

Les hallucinogènes sont des drogues provoquant une transformation profonde du psychisme : euphorie, angoisse, déformations sensorielles, hallucinations visuelles et auditives saisissantes, délire, réactions paranoïdes, dépression mentale, perte d'identité et transformations du comportement (28).

Des épisodes d'allure schizophrénique (M.B. BOWERS, 1972) peuvent survenir chez certains individus. L'usage chronique entraînerait des troubles mnésiques, favoriserait un comportement passif et l'évitement des situations de stress et de compétition.

Les hallucinogènes entraînent une dépendance psychologique intense (27).

#### 1.4.10. Effets des cyclohexylamine

Bien que l'abus de phencyclidine (PCP) ne semble pas entraîner de dépendance physiologique, il suscite une dépendance psychologique marquée. Une seule dose, généralement fumée avec du tabac, peut provoquer une psychose toxique grave présentant les caractères de la schizophrénie, accompagnée de délire, de confusion mentale et d'un comportement violent d'agression ou d'autodestruction. Les séquelles paroxystiques sont fréquentes, accompagnées parfois de transformations complètes de la personnalité ou même de réactions catatoniques (28).

Les usagers chroniques rapportent, plusieurs mois après l'interruption des prises, des difficultés persistantes de mémorisation des faits récents et de concentration. Des états dépressifs et des modifications de la personnalité sont aussi décrits (36).

#### 1.4.11. Effets des solvants

Les solvants possèdent une action stimulante et euphorisante, créant une sensation de bien-être puis une ivresse d'autant plus importante que la dose est élevée. Un syndrome confuso-onirique s'installe rapidement, et dure environ deux heures.

Le sujet vit un état de rêverie alimenté par des illusions, parfois des hallucinations auditives, visuelles critiquées par la suite. L'adhésion au délire est fluctuante. La désorientation temporo-spatiale très marquée, les troubles mnésiques et l'onirisme provoquent des manifestations caractérielles et des passages à l'acte impulsif.

Des effets secondaires peuvent accompagner l'inhalation, tels une toux, une irritation oculo-nasale, des vomissements et des céphalées. Un syndrome cérébelleux toxique peut survenir.

L'augmentation des doses induit un état de stupeur, puis un coma toxique. Alors des convulsions, voire des complications respiratoires tels un oedème aigu du poumon ou des hémorragies pulmonaires peuvent survenir, ainsi que des morts subites par arythmie cardiaque.

Les séquelles neurologiques et une détérioration mentale sont inéluctables à long terme.

Si la dépendance physique peut se manifester par des crampes musculaires ou des douleurs abdominales, la dépendance psychique est plus marquée (36).

#### 1.4.12. Effets des atropiniques

L'intoxication aux atropiniques reproduit un délire confuso-onirique se rapprochant de celui des solvants organiques avec stimulation thymique et phénomènes hallucinatoires. Il s'accompagne sur le plan physique d'une sécheresse de la bouche, d'une tachycardie, d'une mydriase ainsi que, sur le plan neurologique d'ataxie, de dysarthrie et de paralysie de l'accommodation (27).

#### 1.4.13. Effets de l'alcool éthylique

La mortalité due à l'alcoolisme est généralement évaluée à partir des chiffres de décès par cirrhose du foie et par les formes neuropsychiatriques de l'alcoolisme.

L'hépatotoxicité directe de l'alcool dans la cirrhose du foie a été démontrée grâce à la pratique des ponction-biopsies et à l'expérimentation animale. On estime que 90 % des décès par cirrhose du foie sont dûs en France à l'alcoolisme.

- L'étude de la relation alcool-cancer objective l'existence d'une proportion très élevée d'alcooliques parmi les sujets atteints en particulier de cancer des voies aériennes et digestives supérieures (SCHWARTZ et COLL 1962 - SULLY LEDERMAN 1964 ).

On a pu avancer que les 4/5 des cancers des cavités buccales, du pharynx, de l'oesophage et du larynx étaient favorisés par l'abus d'alcool.

- L'alcoolisation serait pour certains à l'origine d'environ 70 % des pancréatites tant aiguës que chroniques.

- L'alcool peut déterminer des œsophagites parfois de reflux en cas d'ingestion aiguë.

- Au niveau de l'estomac, l'alcool provoque essentiellement des gastrites aiguës avec hémorragies digestives, hyperhémie, érosions, ulcérations; il ne paraît pas être un facteur d'ulcère gastrique.

- Au niveau du grêle, il peut exister des phénomènes diarrhéiques assez mal expliqués.

- Parmi les manifestations neuropsychiatriques aiguës et subaiguës de l'alcoolisation on peut distinguer :

- \* les ivresses : il s'agit d'un ensemble de phénomènes cérébraux aiguës et réversibles provoqués par l'ingestion massive d'alcool. On décrit l'ivresse simple avec trois phases et les ivresses compliquées.
- \* les encéphalopathies alcooliques
- \* les accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques pouvant être spontanés ou post-traumatiques.
- \* les atteintes musculaires

Parmi les manifestations neuro-psychiatriques chroniques de l'alcoolisation citons : les polynévrites alcooliques, la névrite optique retrobulbaire, l'atrophie cérébelleuse, les démences alcooliques (7 à 17 % des démences), l'apsochognosie de FOUQUET.

Au niveau du système cardio-vasculaire on observe des myocardiopathies, de l'hypertension artérielle (10 % des hypertensions artérielles et peut-être d'avantage semblent en rapport avec une alcoolisation), il existe également des retentissements hématologiques à type de macrocytose et d'une diminution de l'adhésion plaquettaire.

Au niveau du rein, les néphropathies avec dépôts mésangiaux d'IgA des hépatopathies alcooliques sont bien connues.

L'alcool détériore les défenses immunitaires entraînant une prédisposition accrue aux infections. Ainsi 50 % des tuberculoses pulmonaires et des pneumonies surviennent chez l'alcoolique. Il existe aussi une localisation digestive fréquente des infections (caries, gengivite, glossite...) (3)

L'alcoolisation entraîne de graves conséquences au cours de la grossesse. Ainsi les enfants de mères grandes alcooliques présentent dans 20 à 40 % des cas le syndrome d'alcoolisme embryofœtal initialement rapporté par P. LEMOINE en 1968 puis redécouvert en 1973 par K.L. JONES et D.W. SMITH. Ce syndrome se caractérise par une dysmorphie cranio-faciale, une hypotrophie staturo-pondérale, des troubles du comportement et un retard psychomoteur, des malformations viscérales (cardiaques, rénales, hépato-biliaires) et ostéoarticulaires et des anomalies des organes génitaux externes.

Parmi les autres perturbations des grossesses induites par l'alcool citons : les avortements survenant en début de grossesse, l'augmentation du taux de mortinatalité et de dysmaturité ainsi que le faible poids de naissance des enfants et cela quelle que soit la dose de consommation d'alcool pendant la grossesse. (34)

L'alcool est une drogue susceptible d'induire une dépendance physique et /ou psychique. La dépendance s'installe chez cinq (5) à 10 % des consommateurs d'habitude au bout d'une dizaine d'année.

## **DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS DE L'ETUDE**

## 2-1- OBJECTIF GENERAL

Contribuer, par une évaluation quantitative et qualitative de l'usage des drogues par les étudiants de l'Université de Ouagadougou , à la mise en place d'actions préventives appropriées contre cet usage.

## 2-2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1 - Déterminer la prévalence de la consommation des drogues par les étudiants de l'Université de Ouagadougou.
- 2 - Identifier les principales drogues consommées par les étudiants de l'Université de Ouagadougou.
- 3 - Déterminer les quantités et le rythme de consommation des drogues par les étudiants de l'Université de Ouagadougou.
- 4 - Déterminer la durée de l'usage des drogues par les étudiants de l'Université de Ouagadougou.
- 5 - Identifier les raisons de l'usage des drogues par les étudiants de l'Université de Ouagadougou
- 6 - Recueillir les connaissances des étudiants de l'Université de Ouagadougou sur les drogues et leurs besoins d'information en la matière.
- 7 - Déterminer la part de revenu mensuel consacrée par les étudiants de l'Université de Ouagadougou à la consommation des drogues.
- 8 - Identifier des actions préventives appropriées contre l'usage des drogues par les étudiants de l'Université de Ouagadougou

**TROISIEME PARTIE :**  
**PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE**

## L'UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU (U.O.)

### 3.1. Historique de l'Université de Ouagadougou.

L'Université de Ouagadougou, seule université du Burkina Faso trouve son origine dans le décret du 20 Octobre 1965 créant et organisant l'Institut supérieur de formation pédagogique.

Une ordonnance du 5 Mai 1969 crée en lieu et place de l'Institut supérieur de formation pédagogique, le Centre d'enseignement supérieur de Ouagadougou en abrégé "C.E.SUP".

Enfin, eu égard à ses structures, au nombre d'étudiants et à son ambition de former sur place les cadres dont elle a besoin, la Haute-Volta transforme par ordonnance N° 74/031 du 19 Avril 1974 le "C.E.SUP." en Université de Ouagadougou. (44)

### 3.2. L'Université de Ouagadougou aujourd'hui

Partie de 373 étudiants en 1973 - 1974, l'U.O. comptait à la rentrée Universitaire 1989 - 1990 5404 étudiants dont 5178 Burkinabè. Ce nombre représente 1,8 % du nombre d'enfants inscrits au cours préparatoire 1ère année (42). L'U.O. compte 11 écoles et instituts qui sont :

- L'Ecole supérieure de droit (E.S.D.)
- L'Ecole supérieure des sciences économiques (E.S.S.E.C.)
- L'Ecole supérieure des sciences de la santé (E.S.S.SA.)
- L'Institut des Sciences Humaines et Sociales (IN.S.HU.S)
- L'Institut supérieur des langues, des lettres et des arts (IN.SU.L.LA.)
- L'Institut du développement rural (I.D.R.)
- L'Institut de mathématiques et physique (I.M.P.)
- L'Institut de chimie (IN.C.)
- L'Institut des sciences de l'éducation (IN.S.E.)
- L'Institut des sciences de la nature (I.S.N.)
- L'Institut universitaire de technologie (I.U.T.)

Ces différents instituts et écoles sont le fruit d'une restructuration de l'Université survenue après les journées de réflexion de Mars 1985. (43).

### 3.3. Les missions de l'Université de Ouagadougou

D'une manière générale, les missions fondamentales assignées aux divers établissements se résument ainsi :

- développer l'enseignement en vue de la formation des cadres dont le pays a besoin.
- promouvoir la recherche fondamentale et appliquée
- favoriser les recherches à caractère interdisciplinaire et la constitution d'équipes de recherches en leur sein ou en liaison avec des organismes extérieurs.
- procéder à des travaux de recherche et à des publications (45).

## **QUATRIEME PARTIE: METHODOLOGIE**

## 4-1- Méthode d'échantillonnage

### 4-1- 1- Justification de la Méthode d'Echantillonnage

Pour atteindre les objectifs de notre étude et compte tenu de la spécificité de notre cadre d'étude, nous avons opté pour un sondage en grappes.

Le sondage en grappes se définit comme : «un sondage aléatoire simple dans lequel chaque unité d'échantillonnage est un ensemble ou groupe d'éléments appelé grappe» (35).

Dans le cadre de notre étude, les unités d'échantillonnages sont représentées par l'ensemble des classes de même niveau d'étude de l'U.O. Ainsi, nous distinguons cinq niveaux d'étude allant de la première à la cinquième année, car seuls l'IN.C., l'I.D.R., l'I.M.P. et l'E.S.S.SA. ont une sixième année, l'E.S.S.SA. ayant en plus une septième année.

Après avoir dressé la liste de toutes les écoles et instituts ayant les cinq niveaux d'étude sus-cités, nous avons procédé aux regroupements de certaines écoles dans le souci d'homogénéiser les effectifs par classe. Nous obtenions ainsi par niveau d'étude des classes ayant des nombres à peu près semblables d'étudiants.

### 4-1-2- Le prétest

Après l'aménagement des effectifs des classes, nous avons entrepris un prétest pour tester l'applicabilité de notre questionnaire. Un échantillon de quinze étudiants a été alors choisi dans ce but. Ce prétest nous a permis d'ajuster le questionnaire. Le prétest nous a également permis de mesurer le taux approximatif de consommation de la drogue par les étudiants.

Deux (2) étudiants sur les quinze enquêtés nous ont affirmé avoir consommé du chanvre indien et des amphétamines soit un taux de  $2 \times 100 / 15 = 13,33 \%$  Ce taux approximatif nous a permis de calculer le nombre de sujets nécessaires à notre étude.

### 4-1-3- La taille de l'échantillon

Nous la déduisons de la formule de l'intervalle de confiance d'un taux soit :

$$N = E^2 \times (P \times Q) / L^2 \quad (35)$$

N = nombre de sujets nécessaires

P = estimation du taux à mesurer soit dans notre étude 0,133

Q = 1 - P = 1 - 0,133 = 0,867

L = précision souhaitée (en fréquence relative) dans notre étude 5 % soit 0,05.

E = Ecart - réduit pour le risque statistique admis (1,96 pour le risque de 5 %)

$$\begin{aligned} N &= \frac{(1,96)^2 \times (0,133 \times 0,867)}{(0,05)^2} \\ &= \frac{3,841 \times 0,115}{0,0025} \\ &= \frac{0,4417}{0,0025} \\ &= 176,68 \text{ sujets nécessaires} \end{aligned}$$

Notre étude concernant un sondage en grappe, nous doublons le nombre obtenu qui n'est valable que pour un échantillon aléatoire simple (1).

Le nombre de sujets nécessaires devient donc :

$$176,68 \times 2 = 353,36 = 353 \text{ sujets nécessaires}$$

#### 4-1-4 Présentation de l'échantillon retenu.

Après le calcul du nombre de sujets nécessaires à notre étude, nous avons procédé à un tirage aléatoire d'une classe au sein de chacun des 5 niveaux d'étude retenus. Ce tirage nous donna comme échantillon d'étude les classes suivantes :

- la 1ère année de maths-physique de l'IMP soit 147 étudiants.
- la 2è année des sciences économiques de l'ESSEC soit 184 étudiants.
- la 3è année de géographie de l'INSHUS soit 59 étudiants.
- la 4è année de médecine de l'ESSSA soit 41 étudiants.
- la 5è année d'agronomie, d'élevage et des eaux et forêts de l'IDR soit 47 étudiants.

Soit un effectif total à enquêter de 478 étudiants.

## 4-2- L'enquête

Une lettre de demande d'autorisation d'effectuer l'enquête sur le campus de l'U.O. en date du 4-04 -1990 fut déposée au niveau du Secrétariat Général du Rectorat de l'U.O. indiquant les objectifs de l'enquête. Notre demande fut agréée quelques jours plus tard sous la forme de la lettre N° AN VIII 002102/FP/ESSRS/UO/R du Rectorat de l'U.O en date du 9-04-1990.

Muni de l'autorisation du Rectorat, nous avons pris des contacts avec les directions des différents instituts et écoles pour les informer des objectifs de notre enquête et pour étudier les modalités pratiques de son déroulement.

Après les rencontres avec les directions, nous avons pris contact avec les responsables étudiants des classes à enquêter afin de discuter des heures propices à notre enquête et leur communiquer d'avance ses objectifs.

L'accent fut particulièrement mis sur le caractère anonyme de l'enquête et sur l'utilisation éventuelle de ses résultats.

Les démarches préalables effectuées, l'enquête sur le terrain débuta. La stratégie adoptée consistait à retenir les étudiants à enquêter après un cours ou pendant une «heure creuse» conformément à l'accord passé avec les responsables étudiants des classes qui avaient eu pour mission de les prévenir à l'avance.

Après avoir une fois de plus expliqué les objectifs de l'enquête en insistant de nouveau sur son caractère anonyme incitant ainsi les étudiants à répondre le plus franchement possible aux questions, des explications d'ordre pratique quant au remplissage des questionnaires furent données.

Les questionnaires furent par la suite distribués, remplis par les étudiants et récupérés à la fin des séances. Notre enquête se déroula ainsi du 12-05-1990 au 27-05-1990.

## 4-3- Validité de l'enquête

### 4-3-1- Le questionnaire auto-administré

Nous avons opté pour le questionnaire auto-administré pour plusieurs raisons :

- Notre enquête concernait des étudiants c'est-à-dire des sujets ayant un niveau intellectuel leur permettant de comprendre et de remplir le questionnaire sans difficulté.

- De plus cette méthode ne nécessitait pas le concours d'enquêteurs, les tâches à effectuer se résumant à la distribution des questionnaires vierges et à la récupération des questionnaires remplis par les étudiants.

- Le questionnaire auto-administré pouvant être appliqué anonymement, il nous a semblé le plus adapté à notre étude qui porte sur un comportement éminemment privé qu'est la consommation de drogue.

- Enfin, le questionnaire auto-administré semble avoir une validité et une fidélité relativement élevées. (21)

#### 4-3-2- Le taux de participation à l'enquête.

Sur un total de 478 étudiants à enquêter, 358 ont effectivement rempli les fiches d'enquête.

Le taux brut de participation à l'enquête est donc de 74,9 % : ce qui donne un taux brut de non participation de 25,1 %. Le taux brut de non participation élevé pourrait s'expliquer par plusieurs raisons :

- La période de l'enquête se situa dans la dernière quinzaine du mois de Mai 1990 c'est-à-dire à quelques semaines des examens de fin d'année. Cette période est bien connue pour son taux d'absence élevé. De plus 17 des étudiants à enquêter, des travailleurs pour la plupart bénéficiaient d'un régime spécial et n'étaient pas astreints aux mêmes horaires de cours que les étudiants régulièrement inscrits.

- La cinquième année de l'IDR avait en plus la particularité de réunir des étudiants en fin de cycle qui étaient pour certains sur le terrain de stage hors de Ouagadougou lors de l'enquête.

Enfin six étudiants de notre échantillon ne faisaient plus partie, lors de l'enquête, des effectifs de L'U.O

#### 4-3-3 — Les non -répondants

Nous n'avons pas enregistré de non-répondants à proprement parler dans notre enquête en ce sens que les 358 fiches remplies par les participants à l'enquête ont pu toutes être exploitées.

Les non-réponses concernent donc certaines questions du questionnaire et seront mentionnées au cours des différentes analyses.

#### 4-3-4- Le contrôle des biais liés à l'étude

Nous soulignerons d'abord la difficulté d'établir la validité des informations sur l'usage des drogues en raison de la nature privée et parfois illégale de ce comportement, malaisé à observer ou à vérifier. Néanmoins l'homogénéisation des effectifs des classes obtenue par le regroupement de certaines écoles et instituts, la technique d'échantillonnage en grappe avec tirage aléatoire des classes nous ont permis de minimiser les biais d'échantillonnage.

Le prétest, l'anonymat fourni par le questionnaire auto-administré, les multiples informations fournies avant et au cours de l'enquête sur les objectifs de l'étude et l'utilisation éventuelle des résultats ont permis de contrôler en grande partie les biais d'observations.

De même les biais liés à la véracité des déclarations des enquêtés ont été en partie contrôlés par le fait que les étudiants ont rempli les questionnaires hors de la vue de leurs responsables d'école et de leurs professeurs.

#### **4-4- La saisie et le traitement des données**

Les données ont été saisies et traitées sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi info 5.

## **CINQUIEME PARTIE : RESULTATS**

## 5.1. Présentation de l'échantillon

La taille de notre échantillon est de 358 personnes se répartissant ainsi qu'il suit:

### 5.1.1. Répartition par école ou institut

Le tableau N° 1 nous donne la répartition des étudiants enquêtés par école ou institut et par sexe.

Les 358 étudiants enquêtés se décomposent en 314 hommes (soit 87,7 %) et 44 femmes (soit 12,3 %) tirés de cinq écoles et instituts.

Le sexe ratio de l'échantillon enquêté est égale à 7,14

**Tableau n° 1 : Répartition des étudiants par école ou institut et par sexe (n = 358)**

ECOLES OU INSTITUTS	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
I.M.P.	109	92,4	9	7,6	118	33
E.S.S.EC	113	83,7	22	16,3	135	37,7
IN.S.HU.S	37	88	5	12	42	11,7
E.S.S.SA	29	82,9	6	17,1	35	9,8
I.D.R.	26	92,9	2	7,1	28	7,8

La répartition des étudiants par école ou institut et par sexe révèle une forte prédominance des hommes à l'I.M.P. et en I.D.R. respectivement 92,4 % et 92,9 % de l'effectif de ces instituts. Par contre à l'E.S.SEC. à l'IN.S.HU.S et à l'E.S.S.SA les femmes sont plus représentées respectivement 16,3 %, 12 % et 17,1 %.

### 5.1.2. Répartition par niveau d'étude (Figure n° 1)

Notre échantillon d'étude regroupait des étudiants des cinq premiers niveaux d'études de l'U.O. répartis comme suit :

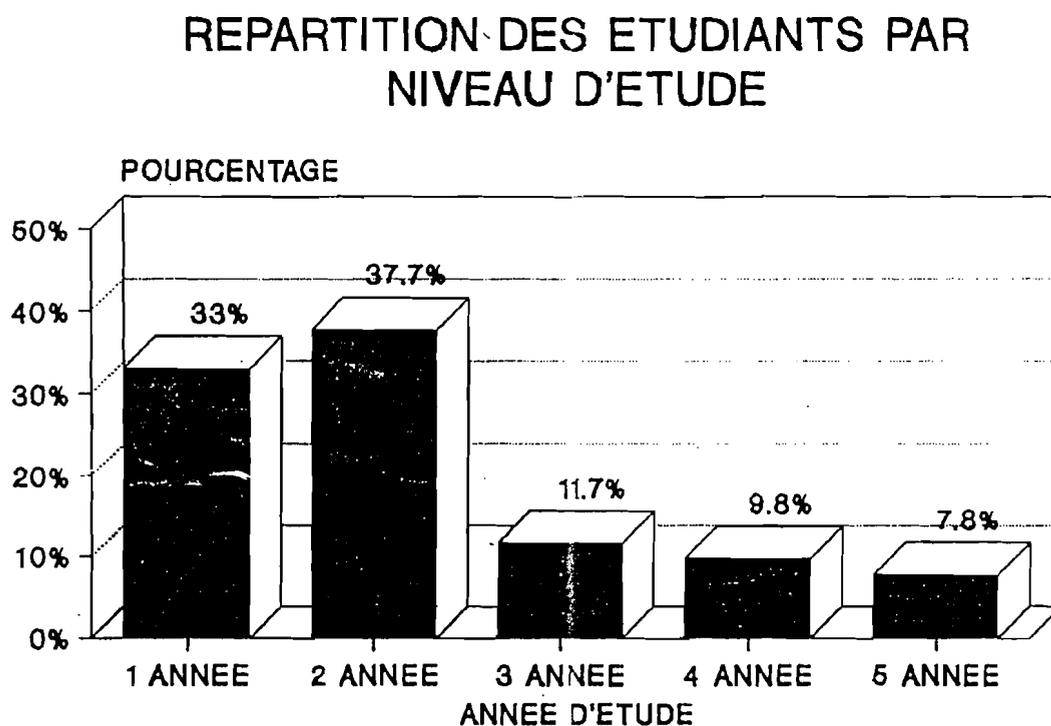


Figure No 1

N=358

- 1ère Année: 118 étudiants soit 33 % de l'effectif total.
- 2ème Année : 135 étudiants soit 37,7 % de l'effectif total.
- 3ème Année : 42 étudiants soit 11,7 % de l'effectif total.
- 4ème Année : 35 étudiants soit 9,8 % de l'effectif total.
- 5ème Année : 28 étudiants .. soit 7,8 % de l'effectif total.

### 5.1.3. Répartition par tranche d'âge

Nous avons réparti les étudiants enquêtés entre quatre (4) tranches d'âge dont les trois (3) premières ont des intervalles de trois ans. La quatrième tranche d'âge concerne les étudiants de 27 ans et plus.

La figure N° 2 donne cette répartition qui se présente de façon décroissante ainsi qu'il suit :

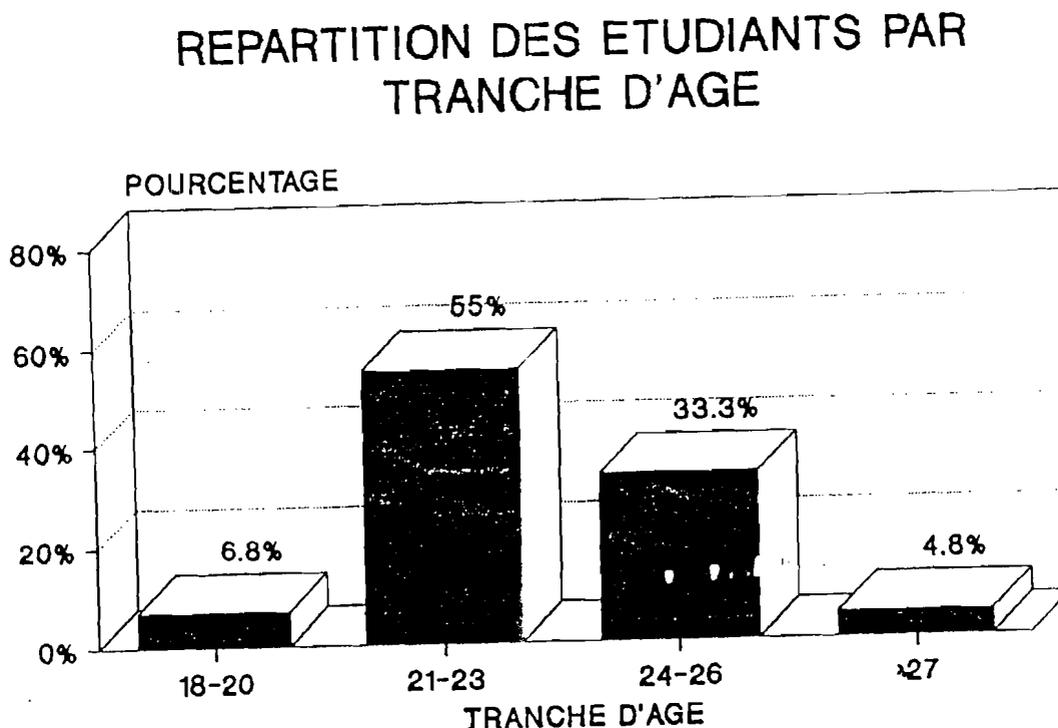


Figure No 2

N=354

- 24 étudiants soit 6,8 % de l'effectif sont issus de la tranche d'âge de 18 à 20 ans.
- 195 étudiants soit 55 % de l'effectif sont issus de la tranche d'âge de 21 à 23 ans.
- 118 étudiants soit 33,3 % de l'effectif sont issus de la tranche d'âge de 24 à 26 ans.
- 17 étudiants soit 4,8 % de l'effectif sont issus de la tranche d'âge de 27 ans et plus.
- 4 étudiants n'ont pas répondu à la question.

#### 5.1.4. Répartition par religion

Du point de vue de la religion, les étudiants enquêtés sont en majorité catholiques soit 43,6 % de l'effectif. 2,5 % des étudiants n'ont pas répondu à la question.

La figure N° 3 nous donne la répartition des étudiants enquêtés par religion.

### REPARTITION DES ETUDIANTS PAR RELIGION

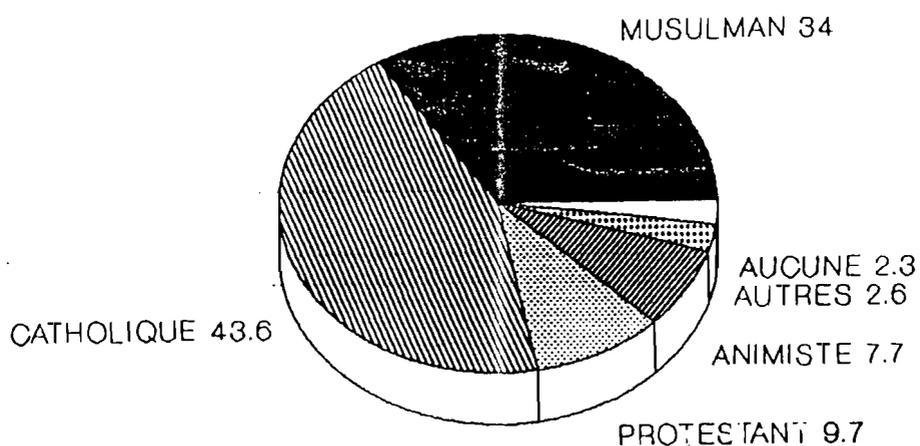


Figure No 3

N=349

### 5.1.5. Répartition par lieu de résidence

- La majorité des étudiants enquêtés résident chez des parents soit 52,6 % de l'effectif total.
- 46,6 % de l'effectif sont en location.
- On note 0,8 % de non répondants.

La répartition des étudiants en fonction du lieu de résidence figure au tableau N° 2.

Tableau n° 2. Répartition des étudiants en fonction du lieu de résidence

LIEU DE RESIDENCE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Chez des parents	188	52,6
En location	167	46,6
Pas de réponse	3	0,8
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

### 5.1.6. Répartition en fonction de la source de revenu

- 84,4 % de l'ensemble des étudiants enquêtés sont des boursiers contre 15,1 % de non boursiers.

- 0,6 % de l'effectif n'ont pas répondu à la question.

Rappelons que la bourse nationale s'élève à 37.500 FCFA par mois pour les quatre premières années d'étude à l'U.O. et à 48.500 F CFA à partir de la cinquième année d'étude .

### 5.1.7. Répartition par nationalité

- 350 étudiants enquêtés soit 97,7 % de l'effectif sont de nationalité burkinabè.
- 6 étudiants (1,7 %) sont d'une autre nationalité.
- 2 étudiants (0,6 %) n'ont pas répondu à la question.

Sur l'ensemble des étudiants de l'U.O., on note au cours de l'année universitaire 1989-1990 un taux de 4,18 % d'étrangers.

La répartition des étudiants enquêtés en fonction de la nationalité figure au tableau N° 3

**Tableau n° 3 : Répartition des étudiants enquêtes en fonction de la nationalité**

NATIONALITE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Burkinabè	350	97,7
Autres nationalités	6	1,7
Pas de réponse	2	0,6
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

## 5.2. Les résultats globaux

### 5.2.1. La consommation de cigarettes

#### 5.2.1.1. Aspects quantitatifs.

67 étudiants parmi les enquêtés déclarent fumer des cigarettes soit un taux de 18,7 % de fumeurs.

Nous avons voulu alors savoir combien de cigarettes ces 67 étudiants fumaient en moyenne. La répartition des étudiants fumeurs en fonction du nombre de cigarettes fumées est représentée sur la figure N° 4.

### REPARTITION DES ETUDIANTS EN FONCTION DU NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR

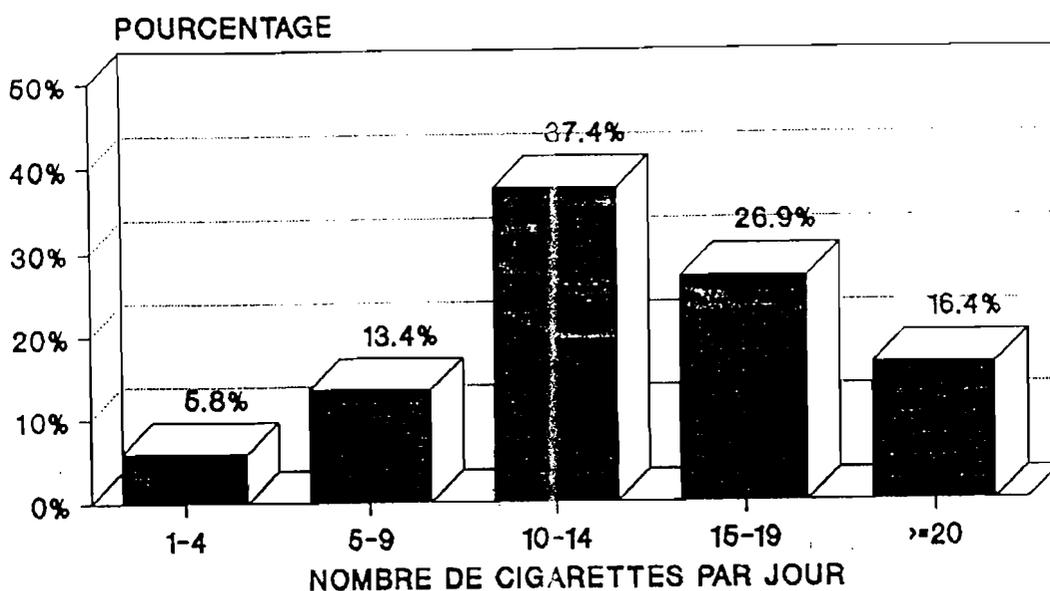


Figure No 4  
N=63

Ainsi :

- 37,4 % des fumeurs consomment 10 à 14 cigarettes par jour.
- 26,9 % fument 15 à 19 cigarettes par jour.
- 16,4 % fument au moins un paquet de cigarettes (20 cigarettes) par jour.
- 5,8 % fument entre 1 et 4 cigarettes par jour.
- 4 fumeurs n'ont pas répondu à la question.

### 5.2.1.2. Répartition selon la durée du tabagisme.

Pour la majorité de nos enquêtés (49,3 %), la durée du tabagisme varie entre six et 10 ans, une proportion importante d'étudiants fumeurs (35,8 %) le font depuis deux à cinq ans. Les étudiants fumant depuis une période de 11 à 15 ans représentent quant à eux 9 % de l'effectif. 4,5 % des étudiants déclarent fumer depuis un an et moins.

Quatre étudiants n'ont pas répondu à la question.

La figure N° 5 donne la répartition des fumeurs selon la durée du tabagisme.

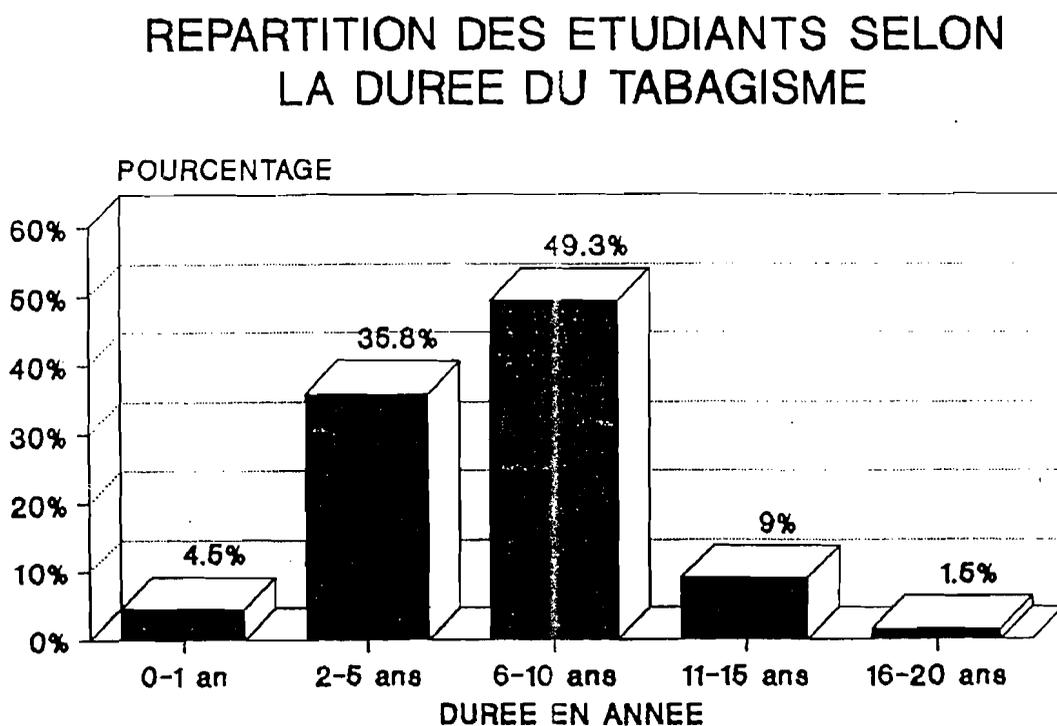


Figure No 5

N=67

### 5.2.1.3. Répartition par âge

La répartition des étudiants fumeurs de cigarette en fonction de l'âge représentée sur la figure N° 6 nous révèle que, les fumeurs se retrouvent essentiellement dans les tranches d'âge de 21 - 23 ans (59,7 %) et de 24 - 26 ans (32,8 %).

Les fumeurs de 27 ans et plus représentent 6 % de l'effectif tandis que 1,5 % des fumeurs ont entre 18 et 20 ans.

## REPARTITION DES ETUDIANTS FUMEURS DE CIGARETTE EN FONCTION DE L'AGE

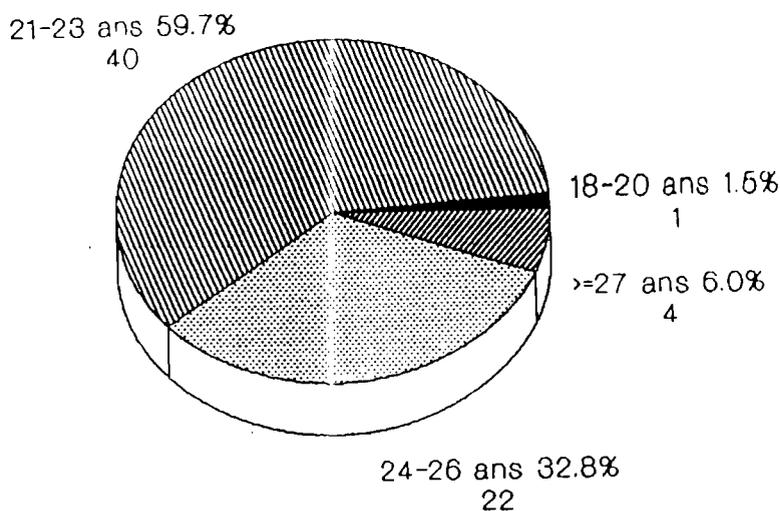


Figure No 6

N°67

#### 5.2.1.4. Répartition par religion

- 37,3 % des étudiants fumeurs de cigarettes sont catholiques
- 35,8 % sont des musulmans...
- Les adeptes des autres religions (Raëlien, Baha'is...) représentent 1,5 % des fumeurs.

La figure N° 7 donne la répartition par religion.

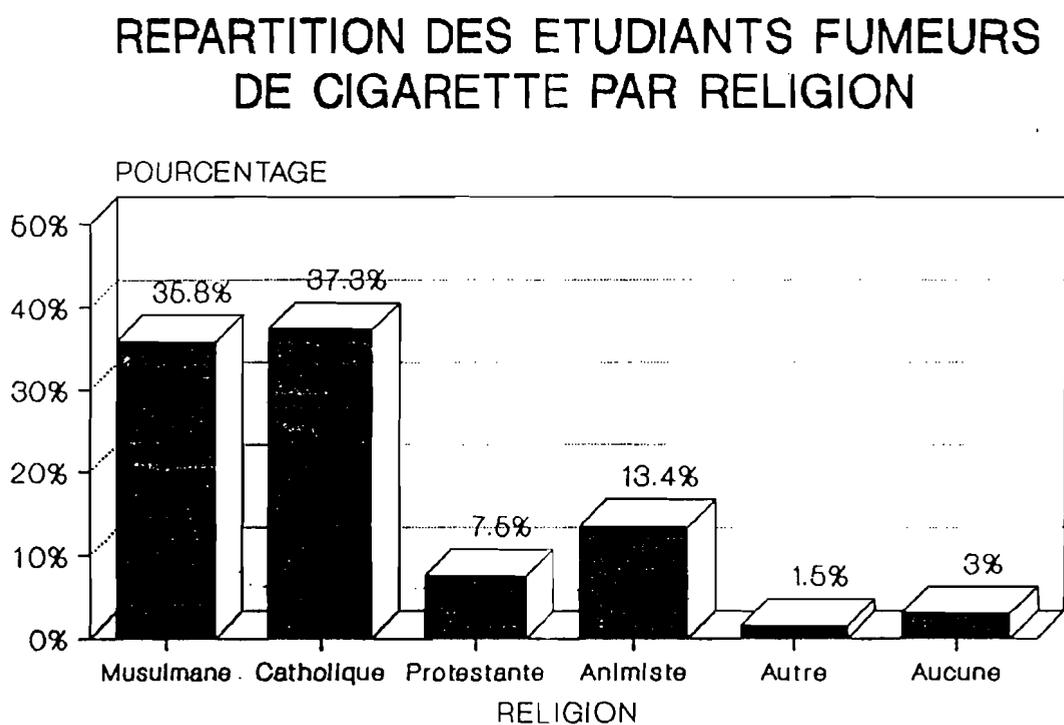


Figure No 7

N=67

### 5.2.1.5. Répartition par école ou institut

La répartition de l'effectif des fumeurs par école ou institut représentée sur la figure N° 8 s'établit ainsi qu'il suit :

- E.S.S.EC :	47,8 %
- I.M.P. :	28,4 %
- IN.S.HU.S. :	11,9 %
- E.S.S.SA.:	9 %
- I.D.R. :	3 %

### REPARTITION DES ETUDIANTS FUMEURS DE CIGARETTE PAR ECOLE OU INSTITUT

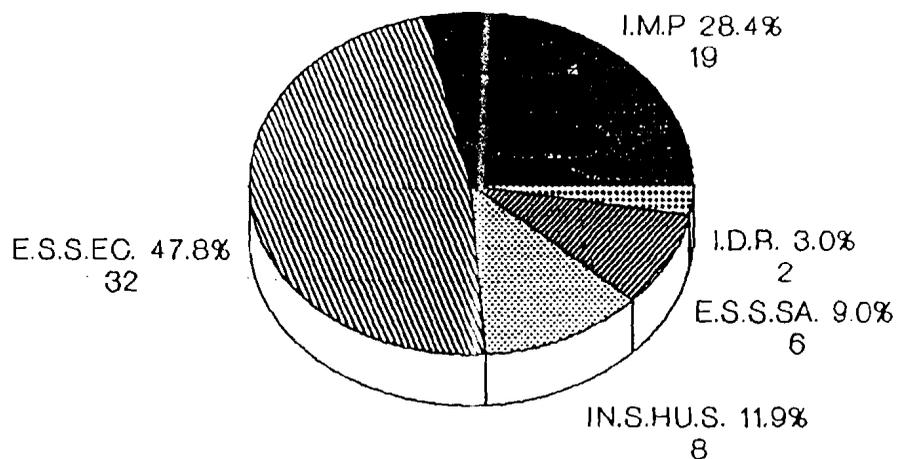


Figure No 8

N=67

## 5.2.2. La consommation d'alcool

265 étudiants sur les 358 enquêtés ont reconnu avoir déjà consommé de l'alcool (dolo, bière, liqueurs) cela représente un taux de consommateurs d'alcool de 74 %

6,7 % de l'effectif total enquêté n'ont pas répondu à la question.

### 5.2.2.1. Répartition par âge

La répartition des étudiants consommateurs d'alcool par âge est représentée sur la figure N° 9 et s'établit comme suit :

#### REPARTITION DES ETUDIANTS CONSOMMATEURS D'ALCOOL EN FONCTION DE L'AGE

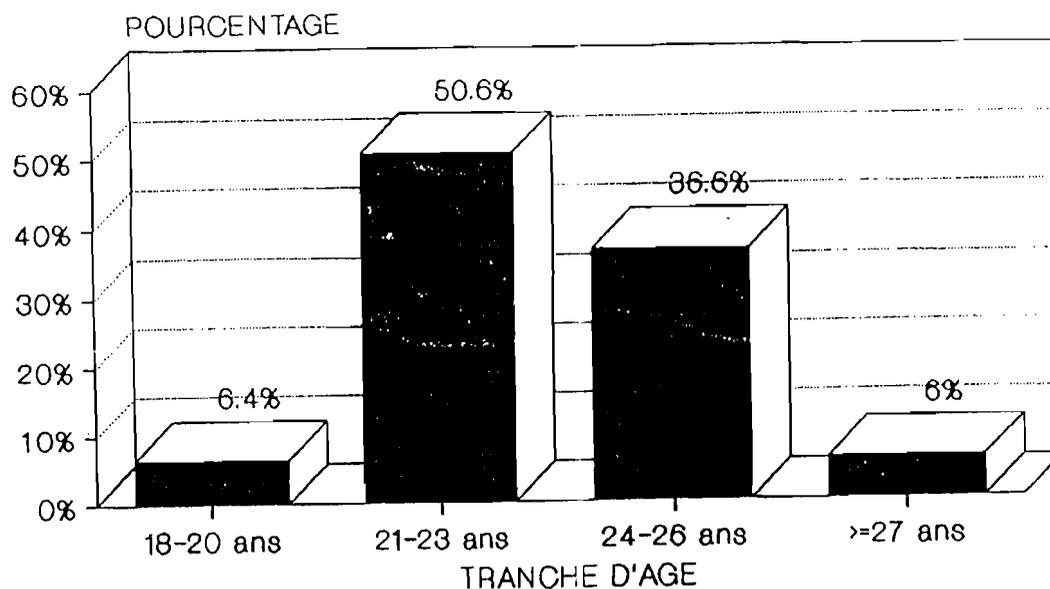


Figure No 9

N=265

- 50,6 % de l'effectif des consommateurs ont entre 21 et 23 ans
- 36,6 % ont entre 24 et 26 ans
- 6,4 % ont entre 18 et 20 ans
- 6 % ont 27 ans et plus.

En ce qui concerne la durée de l'habitude de consommation d'alcool, 31,3 % des consommateurs d'alcool le font depuis une période allant de six à 10 ans, 3,2 % de l'effectif disent consommer de l'alcool depuis 20 ans et plus.

19 % des consommateurs d'alcool n'ont pas répondu à la question.

#### 5.2.2.2. Répartition par la fréquence de consommation et par le sexe.

**Tableau n° 4 : Répartition des étudiants consommateurs d'alcool en fonction de la fréquence de consommation et du sexe**

FREQUENCE DE CONSOUMATION D'ALCOOL	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
NULLE	26	74,3	9	25,7	35	13,2
OCCASIONNELLE	167	91,3	16	8,7	183	69,1
UNE FOIS PAR SEMAINE	15	93,8	1	6,2	16	6
PLUSIEURS FOIS /SEMAINE.	29	96,7	1	3,3	30	11,3
TOUS LES JOURS	1	100	0	0	1	0,4

13,2 % des 265 étudiants consommateurs d'alcool affirment avoir déjà consommé de l'alcool (consommation nulle au moment de l'enquête) et se répartissent en 25,7 % de femmes et 74,3 % d'hommes.

Une femme consomme l'alcool plusieurs fois par semaine (3,3 %) de même qu'un seul homme le fait tous les jours.

### 5.2.2.3. Répartition par religion

La répartition des étudiants consommateurs d'alcool par religion (figure N° 10) révèle une prépondérance des catholiques (51,4 %)

3 % des consommateurs d'alcool n'ont pas répondu à la question.

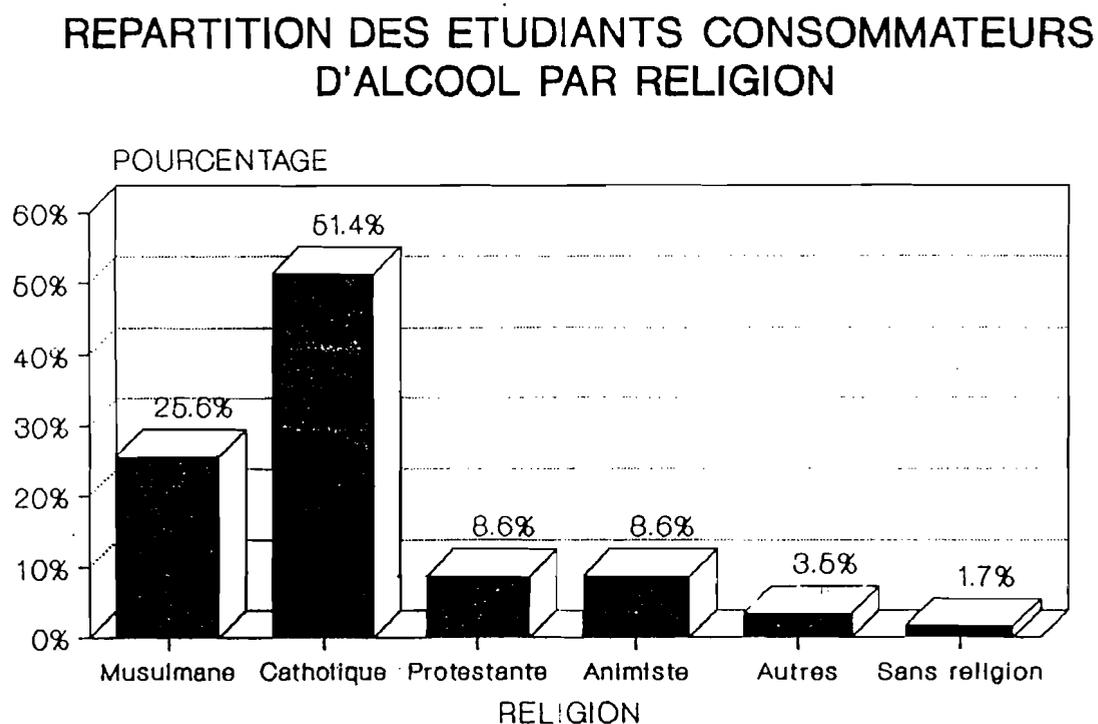


Figure No 10

N=257

#### 5.2.2.4. Répartition par école ou institut

Les étudiants consommateurs d'alcool de notre échantillon se retrouvent dans 41,5 % des cas à l'E.S.S.EC. L'I.D.R. est l'institut le moins représenté avec 9,8 % de l'effectif.

La figure N° 11 donne la répartition des consommateurs d'alcool par école ou institut.

### REPARTITION DES ETUDIANTS CONSOMMATEURS D'ALCOOL PAR ECOLE OU INSTITUT

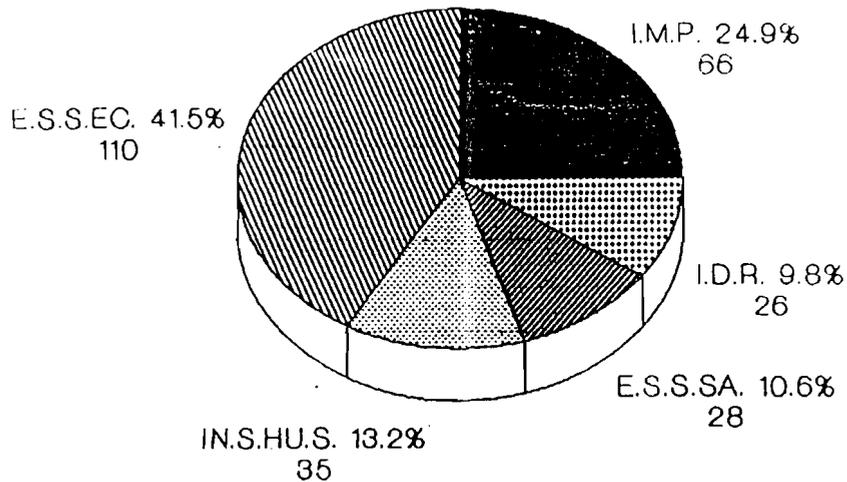


Figure No 11

N=265

### 5.2.3. La consommation de café ou de thé

68,9 % des enquêtés consomment du café ou du thé soit 244 étudiants

— 2,5 % des enquêtés n'ont pas répondu à la question

43,6 % des consommateurs de café ou de thé le font une fois par jour, 3,4 % des consommateurs n'ont pas répondu à la question.

#### REPARTITION DES ETUDIANTS CONSOMMATEURS DE CAFE OU DE THE PAR ECOLE OU INSTITUT

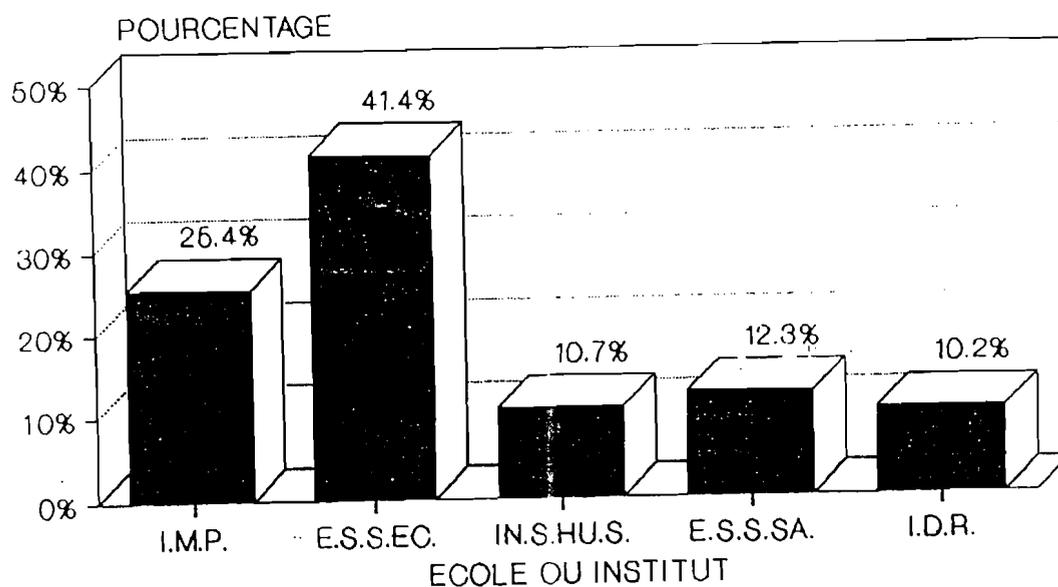


Figure No12

N=244

— La majorité des consommateurs de café ou de thé (41,1 %) le font depuis six à 10 ans.

— La répartition des étudiants consommateurs de café ou de thé en fonction de l'école ou de l'institut représentée sur la figure N° 12 révèle que 41,4 % des consommateurs de café ou de thé viennent de l'E.S.S.EC.

#### 5.2.4. La consommation de chanvre indien

4,7 % de l'ensemble des étudiants enquêtés, soit 17 étudiants reconnaissent avoir déjà fumé du chanvre indien.

2,2 % des étudiants n'ont pas répondu à cette question

Près de la moitié de ces 17 étudiants (44 %) a déjà fumé du chanvre indien, mais n'en fumaient plus au moment de l'enquête. 16 % de ce même effectif sont des fumeurs occasionnels de chanvre indien tandis que 28 % en fument au moins une fois par semaine.

44 % des fumeurs de chanvre indien le font depuis une période variant entre six et 10 ans, 20 % ont cette habitude depuis une période variant entre un et cinq ans, 12 % fument du chanvre indien depuis moins d'un an.

### REPARTITION DES ETUDIANTS FUMEURS DE CHANVRE INDIEN PAR ECOLE OU INSTITUT

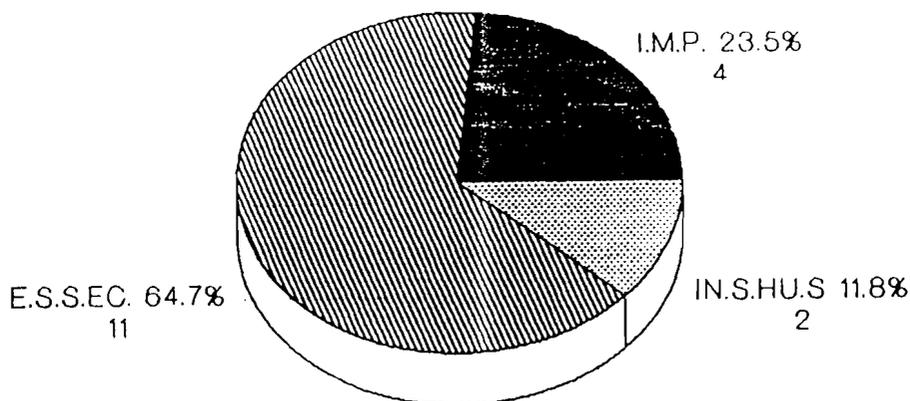


Figure No 13

N=17

La répartition des 17 étudiants fumeurs de chanvre indien représentée sur la figure N° 13 révèle que le chanvre indien est fumé dans trois écoles et instituts sur les cinq retenus pour l'enquête.

L'E.S.S.E.C. vient largement en tête de cette répartition avec 64,7 % de l'effectif.

### 5.2.5. La consommation d'amphétamines

23 étudiants de l'effectif total enquêté soit 6,4 % reconnaissent avoir déjà pris des comprimés d'amphétamines.

1,7 % de l'ensemble des étudiants interrogés n'ont pas répondu à la question.

43,3 % des consommateurs d'amphétamines le font occasionnellement, 20 % en ont consommé avant l'enquête, un pourcentage identique en consomme au moins une fois par semaine, 3,3 % (1 étudiant) consomme des comprimés d'amphétamines plusieurs fois par semaine.

#### REPARTITION DES ETUDIANTS CONSOMMATEURS D'AMPHETAMINE PAR ECOLE OU INSTITUT

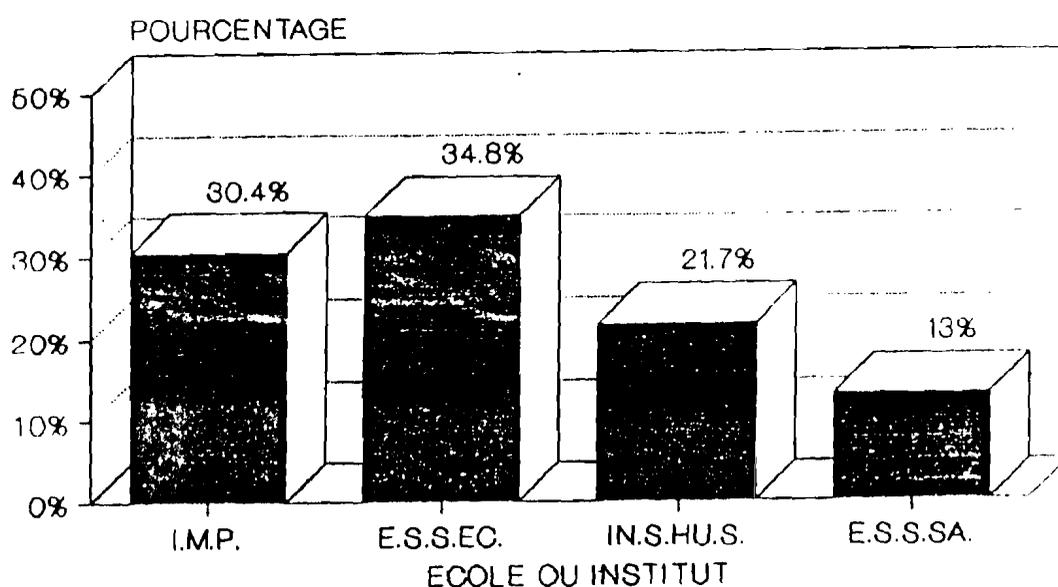


Figure No 14

N-23

La durée de la consommation de comprimés d'amphétamines varie entre six et dix ans pour 43,3 % des consommateurs tandis que 20 % sont des consommateurs occasionnels.

Enfin, 13,3 % des étudiants enquêtés n'ont pas répondu à la question.

La répartition des consommateurs d'amphétamine par école ou institut est représentée sur la figure N° 14.

Elle révèle que l'E.S.S.EC. vient une fois de plus en tête avec 34,8 % de l'ensemble des consommateurs d'amphétamine. Nous ne relevons pas de consommateurs d'amphétamine à l'I.D.R.

### 5.2.6. La consommation de solvants

2,5 % de l'ensemble des étudiants enquêtés (9 étudiants) déclarent avoir déjà pris des solvants avant l'enquête, la fréquence de prise pendant l'enquête étant nulle.

Pour 29,4 % des utilisateurs de solvants, cette habitude remontait à une période comprise entre six et dix ans.

#### REPARTITION DES ETUDIANTS CONSOMMATEURS DE SOLVANTS PAR ECOLE OU INSTITUT

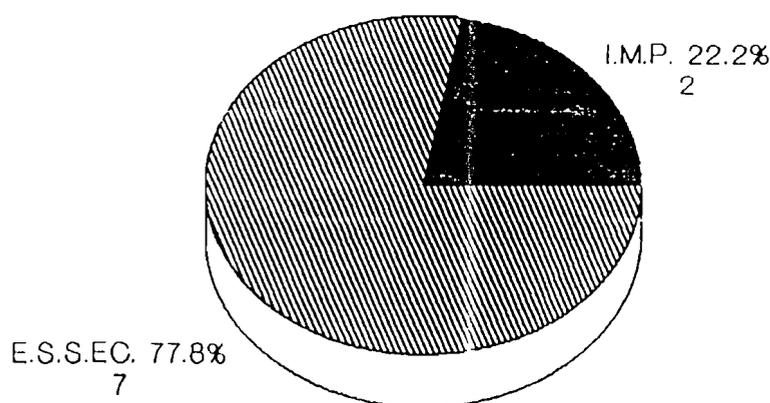


Figure No 15

N=9

La répartition des étudiants consommateurs de solvants par école ou institut représentée sur la figure N° 15 révèle que les étudiants ayant pris des solvants sont issus de deux des cinq écoles ou instituts constituant l'échantillon d'étude.

Ainsi, 77,8 % de l'effectif vient de l'E.S.S.E.C. tandis que les 22,2 % restant sont issus de l'I.M.P.

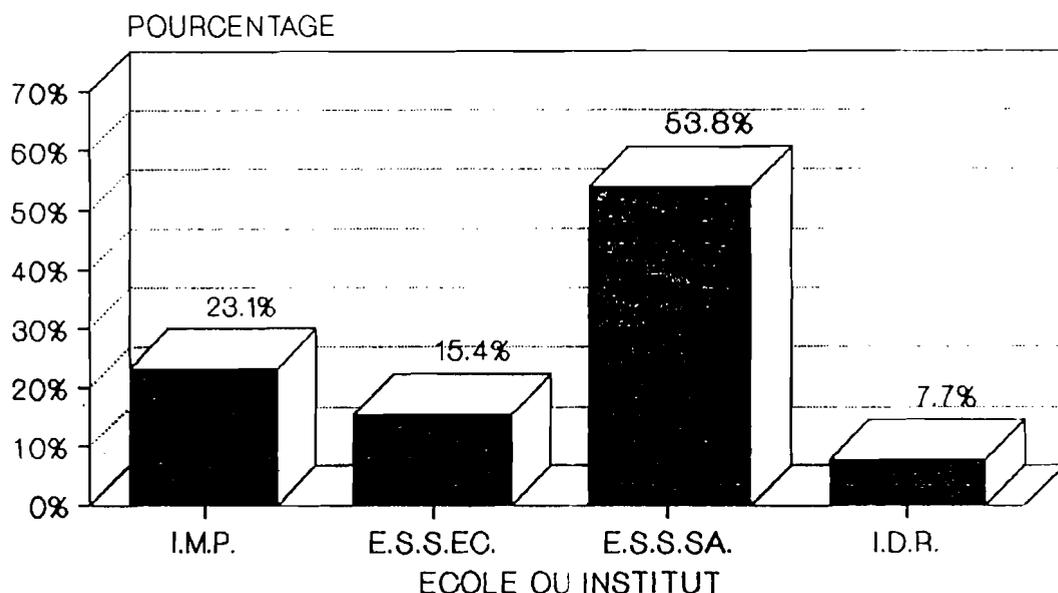
### 5.2.7. La consommation des autres drogues

Dans ce sous-chapitre, nous avons voulu étudier les tendances d'utilisation par les étudiants des drogues non citées dans le questionnaire (opiacés, cocaïne, barbituriques, anxiolytiques...). Les résultats de cette étude sont les suivants :

3,6 % de l'ensemble des étudiants interrogés (13 étudiants) ont reconnu avoir déjà pris d'autres drogues, 3,4 % des enquêtés n'ont pas répondu à la question.

Les drogues utilisées sont dans 56 % des cas la kola et dans 28 % des cas d'autres psychostimulants tels que les complexes vitaminiques.

#### REPARTITION DES ETUDIANTS CONSOMMATEURS D'AUTRES DROGUES PAR ECOLE OU INSTITUT



Près de la moitié des consommateurs d'autres drogues soit 40 % de l'effectif sont des consommateurs occasionnels.

28 % de ce même effectif consomment ces drogues depuis six à dix ans, 24 % depuis deux à cinq ans, 12 % depuis moins d'un an.

La consommation des autres drogues par école ou institut montre une nette prédominance de l'E.S.S.S.A. avec 53,8 % de l'effectif, suivi de l'I.M.P. 23,1 % l'E.S.S.E.C. et l'I.D.R. fournissent respectivement 15,4 % et 7,7 % de l'effectif.

La répartition des étudiants consommateurs d'autres drogues par école ou institut est représentée sur la figure N° 16.

### 5.2.8. La consommation des drogues par sexe

Après l'étude de la consommation des différentes drogues par les étudiants enquêtés, nous avons voulu avoir une idée de la consommation des ces drogues en fonction du sexe.

La repartition des étudiants en fonction de ce critère et des différentes drogues est figurée au niveau du tableau N° 5.

**Tableau n° 5 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation des drogues et du sexe.**

DROGUES CONSOMMEES PAR LES ETUDIANTS DE L'U.O.	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
CIGARETTES	67	100	0	0	67	18,7
ALCOOL	238	89,8	27	10,2	265	74
CAFE OU THE	223	91,4	21	8,6	244	68,2
CHANVRE - INDIEN	16	94,1	1	5,9	17	4,7
AMPHETAMINES	23	100	0	0	23	6,4
SOLVANTS	9	100	0	0	9	2,5
AUTRES DROGUES	13	100	0	0	13	3,6

- De toutes les drogues, l'alcool est le plus consommé par les étudiants. 74 % de l'effectif total dont 89,8 % d'hommes et 10,2 % de femmes.

- La consommation de cigarette, d'amphétamine, de solvants et des autres drogues est le fait exclusif des hommes.

Une femme affirme avoir fumé du chanvre indien (5,9 % de l'ensemble des fumeurs).

### 5.2.9. L'influence du milieu sur la consommation des drogues par les étudiants

Nous étudierons dans ce sous-chapitre la consommation de drogue par un parent et /ou un copain des étudiants enquêtés.

#### 5.2.9.1. La consommation de drogue par un parent des enquêtés.

- 10,9 % des étudiants enquêtés signalent la consommation d'une drogue par un ou plusieurs de leurs parents sans préjuger de la drogue.

- 2,8 % des étudiants enquêtés ne répondent pas à cette question.

#### 5.2.9.2. La consommation de drogue par un copain

- 18,7 % des étudiants ont des copains consommateurs de drogues, contre 77,7% qui n'en ont pas.

- 3,6 % des étudiants n'ont pas répondu à cette question.

## 5.3. **Connaissances sur les drogues**

### 5.3.1. Définition du consommateur de drogue par les étudiants

Dans le but de tester les connaissances de nos enquêtés sur les drogues, nous avons voulu avoir leur opinion sur la définition du consommateur de drogue. Les résultats sont les suivants :

- 55,9 % de l'ensemble des étudiants enquêtés pensent qu'un consommateur de drogue est un malade
- Pour 30,4 % d'eux il s'agit d'un délinquant
- 7,3 % des étudiants pensent que c'est à la fois un malade et un délinquant.
- 2,8 % estiment que ce n'est ni un malade , ni un délinquant.
- 3,6 % des étudiants n'ont pas répondu à la question posée.

Le tableau N° 6 nous donne l'opinion des étudiants sur le consommateur de drogue.

**Tableau n° 6 : Répartition des étudiants en fonction de leur définition du consommateur de drogue.**

DEFINITION DU CONSOMMATEUR DE DROGUE	NOMBRE D'ETUDIANTS	%
Un malade	200	55,9
Un délinquant	109	30,4
Malade et délinquant	26	7,3
Ni malade, ni délinquant	10	2,8
Pas de réponse	13	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

Après le recueil de leur opinion sur le consommateur de drogue, nous avons voulu savoir quel type d'information les étudiants souhaitent avoir sur les drogues. Les résultats de nos investigations figurant sur le tableau N° 7 sont les suivants :

- 36,3 % des étudiants enquêtés voudraient des informations sur les effets cliniques des drogues
- 14,2 % sont intéressés par les informations concernant la prévention et le traitement de la toxicomanie
- 11,7 % souhaitent en savoir plus sur l'impact socio-économique de la consommation des drogues
- 10,6 % des étudiants affirment ne vouloir aucune information sur les drogues.

Une proportion assez importante de non-répondants (27,2 %) a été enregistrée pour cette question.

**Tableau n° 7 : Répartition des étudiants en fonction des informations souhaitées sur les drogues**

INFORMATIONS SOUHAITEES SUR LES DROGUES	NOMBRE D'ETUDIANTS	%
Effets cliniques des drogues	130	36,3
Impacts socio-éco de la conso des D.	42	11,7
Prév. et traitement de la toxicomanie	51	14,2
Aucune information	38	10,6
Pas de réponse	97	27,2
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

- Impacts socio-éco de la conso des D. = Impacts socio-économiques de la consommation des drogues.
- Prév. et traitement de la toxicomanie = Prévention et traitement de la toxicomanie

### 5.3.2. Les effets des drogues tels que décrits par les étudiants consommateurs

#### 5.3.2.1. Les effets de la cigarette

11,3 % des fumeurs lui reconnaissent des bienfaits sur le plan physique : elle facilite la digestion, combat les nausées, augmente la vigilance. Pour 28,2 % des fumeurs, la cigarette a des vertus psychologiques : elle remonte le moral, comble la solitude, donne du courage.

Cependant pour 43,7 % des fumeurs, la cigarette est nocive pour la santé. Ainsi, elle est reconnue engendrer des cancers des poumons et des bronchites, de plus, elle coupe le souffle, fatigue, donne des céphalées, baisse l'espérance de vie.

Pour 16,9 % des fumeurs, la cigarette entraîne des dépenses inutiles

#### 5.3.2.2. Les effets de l'alcool

Pour 6,3 % des consommateurs d'alcool, celui-ci a des effets physiques positifs: il est nutritif, contient des vitamines, favorise la digestion et le sommeil. 21,5 % des consommateurs d'alcool lui trouvent plutôt des effets psychologiques

bénéfiques : il permet d'oublier les problèmes, donne du courage, rend jovial. De plus, il favorise les relations sociales. 9,9 % des consommateurs d'alcool pensent que l'alcool a des effets positifs sur le double plan physique et psychologique.

L'alcool a cependant ses revers. Ainsi, pour 23,2 % de ses consommateurs, l'alcool a des effets nocifs sur la santé :

il provoque des cirrhoses du foie, des céphalées, des vertiges, rougit les yeux, donne des indigestions, et des palpitations, il est en outre responsable d'impuissance sexuelle.

27,4 % des consommateurs d'alcool lui reprochent ses conséquences sociales : la dégradation du tissu social, la non-maitrise de soi, la débauche sexuelle.

Enfin, 8,1 % des consommateurs d'alcool le rendent responsable de ruine économique.

#### 5.3.2.3. Les effets du café ou du thé

Pour 53 % des consommateurs de café ou de thé, ces drogues ont des effets positifs sur le fonctionnement de l'organisme. Ainsi ils favorisent l'éveil, la digestion et la concentration, fortifient l'organisme, sont laxatifs et diurétiques (surtout le thé).

23,7 % des consommateurs leur accordent une fonction sociale importante : ils favorisent le contact social, permettent de meubler les temps morts et d'oublier les soucis.

57,3 % des consommateurs de café ou de thé trouvent qu'ils sont nocifs pour la santé : ils provoquent des tremblements, de l'insomnie, de la nervosité. Ils sont responsables de palpitations cardiaques, de manque d'appétit, d'amaigrissement, de brûlures d'estomac et de céphalées.

1,4 % des consommateurs trouvent le café et le thé désœuvrants.

#### 5.3.2.4. Les effets du chanvre indien

Parmi les 17 consommateurs de chanvre indien 24 % trouvent dans cette drogue des bienfaits d'ordre psychologique : Le chanvre indien permettrait de s'évader, d'oublier les soucis.

De plus il rend joyeux et facilite la réflexion

12 % des consommateurs de chanvre indien lui trouvent des conséquences sur la santé : surménagement, trouble de la mémoire, dépression nerveuse.

Pour 8 % des fumeurs de chanvre indien, ses conséquences seraient plutôt psychologiques et sociales : la fuite des réalités, le désespoir, le regret, la criminalité

56 % des fumeurs de chanvre indien n'ont pas répondu à cette question.

#### 5.3.2.5. Les effets des amphétamines

Pour 40 % des consommateurs, les amphétamines ont des bienfaits sur le plan physique : ils éveillent et rendent combatif

Pour 10 % d'entre eux, les amphétamines ont des bienfaits sur le plan psychologique : Il luttent contre la timidité, augmentent la capacité de concentration et de mémorisation

40 % des consommateurs attribuent aux amphétamines des méfaits sur la santé : elles provoquent des insomnies, coupent l'appétit, engendrent des troubles mentaux. D'autre part, les amphétamines perturbent la vie sociale.

#### 5.3.2.6. Les effets des solvants

Pour l'ensemble des consommateurs de solvants, ceux-ci n'ont aucun effet positif sur l'organisme.

Dans 29,4 % des cas, les effets négatifs des solvants sont pour leur consommateurs des effets sur la santé: effets nocifs sur le système nerveux et le tube digestif, intoxications mortelles.

#### 5.3.2.7. Les effets des autres drogues

Pour 24 % des consommateurs d'autres drogues, les effets positifs de ces drogues sur l'organisme se résument à leur faculté de maintenir éveillé.

Un pourcentage identique de consommateurs leur décrivent des effets nocifs sur la santé à type de tremblements et de surménagement.

### **5.4. Attitudes face à la drogue**

Afin d'étudier l'attitude des enquêtés face à la drogue nous avons voulu savoir quel type d'aide médicale ou psychologique les consommateurs de drogue aimeraient avoir. Ils ont été alors répartis en fonction de leur réponse dans le tableau N° 8.

Ainsi, 12 % de l'ensemble des enquêtés estiment n'avoir besoin d'aucune aide. 5,6 % voudraient une aide psychologique.

Seulement 2 % aimeraient avoir une aide médicale, tandis que 3,1 % souhaiteraient une aide à la fois médicale et psychologique.

77,3 % des étudiants n'ont pas répondu à cette question spécifiquement adressée aux consommateurs de drogue.

**Tableau n° 8 : Répartition des étudiants en fonction du type d'aide souhaitée**

TYPE D'AIDE SOUHAITÉE	NOMBRE D'ETUDIANTS	%
Aide médicale	7	2
Aide Psychologique	20	5,6
Aide médicale + Aide Psychologique	11	3,1
Aucune aide	43	12
Pas de reponse	277	77,3
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

De même, aucun des étudiants enquêtés n'avait lors de l'étude été traité médicalement pour cause de consommation de drogue. Quatre étudiants avaient pour la même raison été traité par un guérisseur traditionnel, dont un plusieurs fois. Enfin huit étudiants (2,2 %) avaient été pris en charge dans une institution religieuse dont deux plusieurs fois.

### **5.5. L'impact économique de la consommation des drogues**

84,4 % des étudiants enquêtés ont comme source de revenu la bourse contre 15 % de non boursiers (0,6 % de non-réponses).

Dans le but de savoir quel part de leur revenu mensuel les étudiants consacrent à la drogue, nous les avons répartis en fonction de ce critère et du sexe dans le tableau N° 9. Cette répartition laisse apparaître que : la majorité des étudiants enquêtés dépense mensuellement entre 1.000 FCFA et 5.000 FCFA pour la drogue soit 37,7 % de l'effectif total dont 96,3 % d'hommes.

Les femmes dépensent en général entre 100 Frs et 1.000 FCFA par mois pour la drogue (23,3 % de l'intervalle de dépense).

4,5 % de l'effectif total tous des hommes consacrent plus de 10.000 F/CFA par mois pour la drogue.

Tableau n° 9: Répartition des étudiants en fonction de la part de revenu mensuel consacré à la drogue et du sexe

PART DE REVENU MENSUEL CONSACRE A LA DROGUE EN FRANCS CFA	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
< 100	38	73,1	14	26,9	52	14,5
100 à 1000	79	76,7	24	23,3	103	28,8
1 000 à 5 000	130	96,3	5	3,7	135	37,7
5 000 à 10 000	51	98,1	1	1,9	52	14,5
> 10 000	16	100	0	0	16	4,5

## 5.6. Les polyintoxications

Nous avons voulu savoir quelles étaient dans les habitudes de consommation des drogues par les étudiants, les drogues les plus souvent associées. Les résultats de notre recherche s'établissent comme suit :

### 5.6.1. Les doubles associations de drogue

- La consommation de cigarettes est associée dans 90 % des cas à celle de l'alcool et dans 79,1 % des cas à la consommation de café ou de thé.

- La consommation de café ou de thé quant à elle est associée à celle de l'alcool dans 79,5 % des cas.

88,2 % des fumeurs de chanvre indien sont des consommateurs de café ou de thé, tandis que 64,7 % fument la cigarette, enfin 47 % prennent des amphétamines.

91,3 % des consommateurs d'amphétamine consomment également du thé ou du café, tandis que 82,6 % d'entre eux consomment l'alcool.

- La totalité des étudiants qui ont utilisé des solvants consomment le café ou le thé et l'alcool pendant que 67 % d'entre eux fument la cigarette et 44 % prennent des amphétamines.

#### 5.6.2. Les triples associations de drogues

Les cigarettes, l'alcool, le thé ou le café se trouvent associés dans 14,5 % des cas, tandis que l'on retrouve associés dans 5,3 % des cas au café ou au thé l'alcool et les amphétamines.

#### 5.6.3. Les autres associations de drogues :

A partir de trois drogues, les taux de consommation chutent et tendent à s'annuler. Ainsi, la quadruple association de drogue : cigarette, café ou thé, alcool et chanvre indien est consommée par 2,8 % de l'ensemble des étudiants, tandis que si à ces quatre drogues on ajoute les amphétamines, le taux de consommation chute à 1,7 %.

**SIXIEME PARTIE :  
COMMENTAIRES DES RESULTATS**

## **6.1. Observations sur l'échantillon**

### **6.1.1. Répartition par école ou institut et par sexe**

Cette répartition laisse apparaître une surreprésentation des hommes 87,7 % de l'ensemble des enquêtés. De même, le sexe ratio de l'échantillon est 7,14, celui de l'ensemble des étudiants inscrits à l'U.O. au cours de l'année universitaire 1989 - 1990 est de 3,23 (voir annexe II)

La forte représentation des hommes au sein de l'échantillon d'étude pourrait s'expliquer par le fait que trois des écoles et instituts retenus pour l'enquête dispensent un enseignement essentiellement scientifique (I.M.P, I.D.R, E.S.S.SA). On connaît bien la prédilection des femmes pour les études littéraires et l'on comprend aisément pourquoi l'I.M.P et l'I.D.R. ont les plus faibles taux de femmes (7,6 % et 7,1 %).

En dehors des considérations spécifiques à notre échantillon, le sexe ratio de l'ensemble des étudiants reflète le bas taux de scolarisation des filles par rapport aux garçons.

### **6.1. 2. Répartition par niveau d'étude**

Elle révèle des taux disparates, et décroissants variant de 37,7 % à 7,8 %. D'une manière générale, cette répartition laisse apparaître une diminution des effectifs au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la première année (à l'exception de l'E.S.S.EC.). A.S. Traoré y voyait «le caractère sélectif de notre système éducatif lié à son caractère élitiste hérité de la colonisation»(42).

### **6.1.3. Répartition par tranche d'âge**

L'âge moyen d'inscription à l'école primaire est au Burkina Faso de 7 ans. Les étudiants arrivent donc à l'université (à l'issue des 13 années d'études primaires et secondaires) entre 20 et 22 ans cela explique le fait que la tranche d'âge de 21 à 23 ans soit la plus représentée (55 % de l'effectif).

### **6.1.4. Répartition par religion**

Pendant longtemps, l'enseignement à été au Burkina Faso dispensé par des écoles catholiques. D'autre part, les taux de scolarisation sont plus élevés dans les centres urbains où les nouvelles religions (christianisme et islam) comptent le plus d'adeptes, la religion traditionnelle (animisme) reste fortement présente dans les

campagnes. Toutes ces considérations permettent de comprendre la sureprésentation paradoxale des religions catholique (43,5 %) et musulmane (34 %) au détriment de la religion animiste (7,5 %).

#### 6.1.5. Répartition par lieu de résidence

Plus de la moitié des étudiants (52,6 % de l'effectif) vivent chez des parents. L'absence de cité universitaire (fonctionnelle depuis seulement la rentrée universitaire 1990 - 1991) et le coût exorbitant des loyers en ville expliquent cette situation.

Il n'existe pas de différence significative entre les étudiants résidant chez des parents et ceux vivant en location pour ce qui est de la consommation des drogues.

$$X^2 \text{ corrigé de Yates} = 5,04 ; \text{ddl} = 6 ; 0,50 < P < 0,90$$

#### 6.1.6. Répartition en fonction de la source de revenu

La source de revenu des étudiants est généralement la bourse qui est de 37 500 frs CFA jusqu'en 4<sup>e</sup> année puis 48 500 frs CFA. Cette somme est à répartir entre le loyer, l'alimentation, le déplacement, l'habillement, les loisirs, etc.. Elle est donc généralement jugée insuffisante par les étudiants.

#### 6.1.7. Répartition par nationalité

Les étrangers représentent 1,7 % de l'ensemble de notre échantillon d'étude, contre 4,18 % d'étrangers sur l'ensemble de la population estudiantine de l'U.O. Il existe entre ces deux pourcentages une grande différence (du simple à plus du double). Notre étude portant sur un comportement répréhensible, (la consommation de drogue), les étrangers encore plus que les nationaux pourraient craindre des actions répressives, d'autant plus qu'ils sont plus facilement identifiables en raison de leur nombre. Il a donc pu y avoir une sous déclaration des autres nationalités.

Néanmoins, l'étude de la nationalité corrélée à la consommation des drogues révèle que la différence n'est pas statistiquement significative entre Burkinabè et étrangers :  $X^2$  corrigée de Yates = 0,89 ; ddl = 2 ;  $P > 0,90$

## 6.2. Résultats globaux

### 6.2.1. La consommation de cigarette

#### 6.2.1.1. Importance du phénomène

Notre échantillon d'étude renfermait 18,7 % de fumeurs de cigarette.

G. Hien trouvait dans une enquête réalisée en 1988 sur le campus de l'U.O. un taux plus élevé de fumeurs soit 33,98 % des 153 étudiants de son échantillon (13).

On pourrait être tenté de voir en deux ans une diminution du nombre de fumeurs à l'U.O. Cependant, la différence de taille des deux échantillons d'étude et la différence de méthodologie, pourraient expliquer en partie la différence entre ces deux résultats.

Des études faites dans d'autres pays révèlent également des taux de consommation beaucoup plus élevés que ceux que nous avons observés au cours de notre enquête.

- Ainsi, une étude réalisée au Sénégal et publiée par la revue médecine d'Afrique Noire en 1980, rapporte sur une population de 68 étudiants en médecine un taux de 54 % de fumeurs(8) (9 % d'étudiants en médecine fument dans notre enquête.)

- Une autre étude réalisée auprès de 239 étudiants Nigériens inscrits dans les universités des Etats-Unis en 1984 donne pour l'utilisation courante du tabac une prévalence de 31,8 % (1).

- Trois années plus tard, les mêmes auteurs à l'issue d'une deuxième enquête réalisée une fois de plus au sein des étudiants nigériens inscrits dans trois universités des Etats-Unis à l'aide d'un questionnaire auto-administré publièrent les résultats suivants : 41,8 % de l'échantillon avaient utilisé le tabac les 12 derniers mois avant l'enquête et 31,8 % dans le mois précédent (2).

- En 1986 à l'université d'Oviedo en Espagne, une étude sur l'utilisation de la drogue a été faite sur 1010 étudiants pris au hasard.

La méthode utilisée fut le questionnaire auto-administré. Pendant les 12 mois précédents l'étude, 57 % des étudiants avaient utilisé le tabac (18).

La confrontation de nos résultats avec les données de la revue de la littérature sous réserve des différences méthodologiques révèle un taux de consommation de cigarette par les étudiants de l'U.O. relativement bas.

Si l'idéal est d'avoir des taux de consommation tendant vers zéro, force est de reconnaître que ce taux relativement modeste ouvre mieux que d'autres, de bonnes perspectives pour la prévention primaire de l'usage du tabac qui, de l'avis de beaucoup de spécialistes, semble être la plus efficace dans la lutte contre le tabagisme.

Sur le plan quantitatif, la majorité des fumeurs de notre échantillon (37,4 %) fument 10 à 14 cigarettes par jour tandis que 26,9 % fument 16 à 19 cigarettes par jour.

Les données de la littérature sur les quantités de cigarettes fumées par jour et portant sur des populations plus jeunes donnent des quantités consommées similaires.

Ainsi en France, si le nombre de cigarettes fumées est inférieur à 10 par jour chez 30 % des fumeurs de 15 ans, elle atteint 15 à 20 cigarettes entre 16 et 18 ans (33)

En Belgique, M. WAMBECQ rapporte d'une enquête réalisée en 1974 - 1975 auprès de 3160 garçons et filles de 14 - 15 ans que «23 % des garçons et 18 % des filles qui se disent fumeurs occasionnels fument plus de 10 cigarettes par jour» (31).

#### 6.2.1.2. La durée du tabagisme

Près de la moitié de nos enquêtés (49,3 %) fument depuis une période variant entre 6 et 10 ans. Si on se rappelle que la majorité de l'échantillon (55 %) a entre 21 et 23 ans nous pouvons déduire que l'âge moyen de la première cigarette se situe aux environs de 14 ans (l'intervalle étant  $14 \pm 3$  ans). Cet âge moyen correspond au Burkina Faso au début des études secondaires. C'est dire donc la nécessité de débiter les actions éducatives préventives contre le tabagisme dès l'école primaire pour avoir le plus de chance de succès.

M. WAMBECQ indique que la majorité des fumeurs de l'enquête qu'il rapporte fume depuis l'âge de 12 ou 13 ans(31)

S. PRETET et J. MARSAC soulignent par contre qu'«en France, 10 % des jeunes enfants ont déjà fumé leur première cigarette à 10 ans, 1 enfant sur 4 fume à 13 ans, 1 sur 2 à 15 ans et près de 7/10 entre 18 et 20 ans» (33). L'âge plus

précoce de la première cigarette s'explique probablement par l'acquisition plus précocement d'une certaine indépendance par les jeunes dans les pays développés.

#### 6.2.1.3. Le facteur âge

— 59,7 % des fumeurs enquêtés ont entre 21 et 23 ans et nous avons montré que l'âge moyen d'entrée à l'U.O. variait entre 20 et 22 ans. L'entrée à l'Université signifie pour beaucoup d'étudiants quitter le cadre de vie familial pour créer un nouveau cadre de vie avec ce que cela comporte comme difficultés. (loyer, moyen de déplacement, alimentation). La lutte contre le stress engendré par la recherche de solution à ces multiples difficultés poussent beaucoup d'étudiants dans la consommation des drogues. Les Nations Unies soulignent bien cet état de chose en remarquant que : «nombre de problèmes liés à la création d'un nouveau mode de vie peuvent pousser un individu à se tourner vers la drogue»(27). Une amélioration des conditions de vie et d'étude des étudiants aurait donc des chances de réduire l'influence de ce facteur.

Nous avons alors voulu savoir si fumer des cigarettes était lié à l'âge à l'U.O. Nous avons obtenu :  $X^2$  corrigé de Yates = 3,401 ; ddl = 3 ;  $0,3 < p < 0,2$ .

La différence n'est pas statistiquement significative et l'habitude de fumer n'est pas liée à l'U.O. à l'âge.

#### 6.2.1.4. Le facteur religion

Beaucoup de religions par la prescription d'une morale rigoureuse de vie constituent des garde-fous contre la consommation des drogues.

JG. BACHMAN et Coll soulignaient que «l'usage des drogues est en dessous de la moyenne parmi les adultes avec de forts engagements religieux».(4).

Si l'action préventive des religions semble plus manifeste pour l'alcool, il n'en demeure pas moins que certaines d'entre elles sont pareillement critiques à l'égard de la cigarette (protestantisme, Baha'ie...). Les taux de fumeurs de cigarette des adeptes de ces religions respectivement 7,5 % et 1,5 % sont relativement faibles, comparés à ceux des catholiques (37,3 %) et des musulmans (35,8 %) qui sont peut-être plus tolérantes à l'égard de la cigarette.

L'analyse montre que la différence n'est pas statistiquement significative entre les religions concernant la consommation de cigarette.

$X^2$  corrigé de Yates = 4,62 ; ddl = 5 ;  $0,30 < p < 0,50$

#### 6.2.1.5. Le facteur école ou institut

La répartition de l'effectif des fumeurs par école ou institut suit globalement la répartition de l'ensemble de l'effectif par école ou institut. L'ESSEC tranche cependant nettement dans cette répartition avec près de la moitié des fumeurs de l'U.O. soit 47,8 % de l'effectif.

#### 6.2.2. La consommation d'alcool

##### 6.2.2.1. Le facteur âge

— 74 % de l'ensemble des étudiants enquêtés ont déclaré avoir déjà consommé de l'alcool. Parmi eux, la tranche d'âge de 21 à 23 ans (celle où on entre généralement à l'U.O.) est la plus représentée avec 50,6 % de l'effectif. Bien des facteurs corrélés à la consommation de cigarette peuvent être rapportés ici à la consommation d'alcool (création d'un nouveau cadre de vie..).

De plus, l'U.O. se trouve dans la plus grande ville du pays où foisonnent les lieux de divertissement (discothèques, bars...). Le nouveau statut économique des jeunes étudiants (l'obtention de la bourse) leur ouvre les portes de ces lieux où l'alcool coule à flût. La compagnie aidant, beaucoup d'étudiants feront leur première expérience de l'alcool. E.A SAND soulignait qu' «un autre groupe à haut risque de consommation d'alcool est représenté par les adolescents ou les jeunes adultes fréquentant régulièrement les lieux de loisirs»(31).

Concernant l'âge de la première consommation d'alcool, 31,3 % de l'effectif des consommateurs d'alcool disent le faire depuis une période variant entre 6 et 10 ans rapporté à la tranche d'âge la plus représentée pour la consommation d'alcool (21 à 23 ans), l'âge moyen de la première consommation d'alcool s'établit comme pour celle de la cigarette à 14 ans.

De cet âge, on peut déduire que les programmes de prévention de l'alcoolisme pour qu'ils aient le maximum de chance de succès devront être initiés vers la fin de l'école primaire.

A.E. BAERT rapporte qu'«une enquête menée récemment à Berlin (ouest) chez des écoliers a révélé que 50 % d'entre eux avaient bu pour la première fois l'alcool avant d'avoir 13 ans».(31).

On peut être surpris que 3,2 % de l'effectif des consommateurs d'alcool soutiennent le faire depuis 20 ans et plus. On le sera moins si on se rappelle que chez nous, l'image de la maman détachant son bébé du dos pour lui faire boire très maternellement quelques gorgées de son dolo n'est pas exceptionnelle. Cette image confirme donc le fait que bien souvent, la première consommation d'alcool remonte à la prime enfance.

La consommation d'alcool est entre autre liée dans notre étude au facteur âge.

L'analyse statistique révèle en effet une différence statistiquement significative pour la consommation d'alcool en fonction de l'âge.

$X^2$  corrigé de Yates = 8,273, ddl = 3 ;  $0,02 < p < 0,05$

#### 6.2.2.2. Le facteur sexe et la fréquence de consommation d'alcool

— 13,2 % des étudiants dont 74,3 % d'hommes et 25,7 % de femmes après avoir consommé de l'alcool n'en consommaient plus au moment de l'enquête.

L'étude des raisons ayant conduit ces étudiants à arrêter de consommer de l'alcool nous aurait certainement donné de précieuses informations. D'autre part, la majorité des consommateurs d'alcool dit le faire de façon occasionnelle (69,1 %) dont 91,3 % d'hommes et 8,7 % de femmes.

G. HIEN dans son étude de 1988 trouvait un taux de consommateurs occasionnels d'alcool de 16,33 %. Ce taux est largement en deça du notre. Devons-nous y voir un quadruplement du nombre de consommateurs étudiants d'alcool en 2 ans ? Nous rappellerons les différences entre la taille de l'échantillon et la méthodologie d'étude pour une fois de plus inciter aux conclusions prudentes.

L'étude de OE ACHALU et DF DUCAN sur les étudiants nigériens des universités des Etats-Unis trouvait en 1987 un taux de consommation d'alcool similaire au nôtre. En effet, 64 % des étudiants interrogés avaient reconnu utiliser l'alcool comme boisson le mois précédent l'enquête.(2)

L'étude réalisée à l'Université d'Oviédo en Espagne en 1986 révèle un taux plus élevé. 91% des étudiants avaient touché à l'alcool les 12 mois précédant l'enquête. (18).

Cette étude ne précise pas la fréquence d'utilisation de l'alcool par ces étudiants.

D'autre part, AE BAERT soulignait que «dans beaucoup de pays on a signalé non seulement une augmentation de la consommation générale d'alcool, mais aussi

une augmentation concomitante et non proportionnelle de la consommation d'alcool chez les femmes.»(31)

Dans notre étude, 8,7 % des consommateurs occasionnels d'alcool sont des femmes. Ce taux tombe à 3,3 % lorsque la fréquence de consommation passe à plusieurs fois par semaine. La consommation d'alcool relativement faible chez les femmes est probablement due aux préjugés sociaux qui admettent mieux en Afrique qu'un homme consomme de l'alcool et voient d'un mauvais œil qu'une femme en fasse de même.

Nous mettant au-dessus des débats sur l'injustice d'une telle situation, nous préférons nous en réjouir en pensant aux lourdes conséquences de l'alcool sur la grossesse.

Soulignons enfin que 11,3 % de notre échantillon d'étude consomment l'alcool plusieurs fois par semaine. Ce chiffre appelle des actions vigoureuses de sensibilisation surtout lorsqu'on sait que «c'est de ce groupe de consommateurs que 5 à 10 % de dépendants à l'alcool seront issus.»(3).

L'analyse statistique montre que la fréquence de consommation d'alcool n'est pas liée au sexe dans notre étude

$$X^2 \text{ corrigé de Yates} = 7,78 ; \text{ddl} = 4 ; 0,05 < p < 0,10$$

### 6.2.2.3. Le facteur religion

C'est certainement dans la lutte contre l'alcoolisme que le rôle de prévention de la religion est le plus manifeste. En effet beaucoup de religions ont dans leur préceptes clairement banni la consommation d'alcool. Parmi ces religions, on peut citer le protestantisme, la foi Baha'ie, l'Islam. De cette dernière, Taha Baasher dans la revue Santé du monde d'octobre 1982 disait : «la manière dont l'Islam aborde un problème aussi complexe que l'alcoolisme est encore un exemple du rôle de prévention joué par la religion»(23).

Dans notre étude, 51,4 % des consommateurs d'alcool sont des catholiques(133 étudiants), tandis que 25,6 % d'entre eux sont des musulmans(soit 66 étudiants). S'il est vrai que la première de ces deux religions est beaucoup moins sévère en matière de consommation d'alcool, le taux des adeptes de la seconde (1/4 de l'effectif) suscite des questions. Ne serait-ce pas plutôt les jeunes qui sont moins enclins à suivre les prescriptions de la religion ?

L'analyse statistique nous permet de répondre à cette question puisqu'elle laisse apparaître que la consommation d'alcool est dans notre étude fortement liée à la religion.  $X^2$  corrigé de Yates = 35,86 ; E = 5,98 ; ddl = 4 ;  $0,0000000001 < p < 0,000000001$ .

#### 6.2.2.4. Le facteur école ou institut

La répartition des consommateurs d'alcool par école ou institut suit comme dans le cas de la cigarette la répartition de l'effectif enquêtée par école ou institut. Ainsi les taux de consommation d'alcool passent de 41,5 % pour l'ESSEC à 9,8 % pour l'IDR.

On remarquera que la répartition par école ou institut est la même que celle par niveau d'étude. Abstraction faite de l'ESSEC, on constate que le nombre de consommateurs d'alcool baisse avec le niveau d'étude.

#### 6.2.3. La consommation de café ou thé

— 68,2 % des enquêtés consomment du café ou du thé dans notre étude.

G. HIEN dans son étude de 1988 trouvait un taux de 59,47 % de consommateurs de café ou thé parmi les étudiants de l'U.O.(13).

— 43,6 % des consommateurs de café ou thé le font une fois par jour et généralement au petit déjeuner. En effet le café ou le thé sont fortement ancrés dans les habitudes alimentaires des Burkinabè.

— 41,1 % des consommateurs de café ou de thé le font depuis 6 à 10 ans, la tranche d'âge la plus représentée parmi les consommateurs de café ou thé est celle de 21 à 23 ans (54,1 %).

L'ESSEC est l'école où le nombre de consommateurs de café ou de thé est le plus élevé (41,4%).

Soulignons que la consommation de café ou thé s'accroît considérablement aux périodes de préparation des examens.

#### 6. 2. 4 La consommation de chanvre indien

- 4,7% de l'ensemble des étudiants enquêtés dans notre étude déclarent avoir déjà fumé du chanvre indien. Parmi eux, 44 % ne fumaient plus au moment de l'enquête

- La revue Pensée baha'ie dans son numéro 87 de Mars 1984 rapporte qu'«en 1974, les auteurs d'une étude réalisée auprès d'étudiants en droit et en médecine du Nord-Est des Etats-Unis (destinés à être les champions de la justice, les défenseurs des droits de l'homme et les gardiens de la santé) ont fait de saisissantes

découvertes : 73 % des étudiants en droit et 68,1 % des étudiants en médecine prenaient de la marijuana» (10). Ces taux de consommation de chanvre indien sont largement supérieurs à ceux que nous avons observés dans notre étude.

Des études plus récentes rendent compte de taux également plus élevés.

Ainsi, une enquête réalisée d'Avril 1984 à Mai 1985 à l'Université de Sao Paulo au Brésil et concernant 2475 étudiants releva que « parmi les drogues utilisées, le cannabis était le plus courant (41,2% des enquêtés).» (6).

- Une autre enquête réalisée en 1987 auprès de 300 étudiants de 2ème et 3ème année de l'école privée de médecine de Mid-Atlantic aux Etats-Unis donna les résultats suivants : 21 % des étudiants avaient fumé la marijuana 10 fois ou plus en moyenne, 9% des étudiants le fumaient 10 fois ou plus par mois tandis que 1% le fumait quotidiennement (39)

Toutes ces données de la littérature montrent donc des taux de consommation de chanvre indien très fortement supérieurs à celui que nous avons observé. De même la fréquence de consommation peu élevée (28 % le fument une fois par semaine) vient renforcer l'impression première sur l'allure relativement modeste de sa consommation à l'U.O..Il faut cependant être très prudent, car le chanvre indien est une drogue disponible au Burkina Faso (en témoigne les saisies des services de police) de plus elle est relativement bon marché « Le "cop" quantité d'environ 20 grammes coûte 1000 Frs CFA et peut fabriquer 20 à 30 cigarettes artisanales dites "Joints" » (20).

D'autre part beaucoup d'auteurs pensent que le chanvre indien constitue la porte d'entrée pour les toxicomanies dites "dures". Le taux de 4,7% de fumeurs observé dans notre étude plutôt que de nous satisfaire doit appeler des actions préventives en vue d'étouffer le mal dans l'œuf ; les 12 % de nouveaux consommateurs (moins d'un an de consommation) incitent d'ailleurs à la réflexion. Remarquons enfin que l'E.S.S.S.A. et l'I.D.R. n'ont pas de fumeurs de chanvre indien. Ces écoles donnent probablement par l'enseignement de certaines matières plus d'informations sur les effets des drogues sur la santé à leurs étudiants.

#### 6. 2. 5. La consommation d'amphétamine

- 6,4 % de l'ensemble des étudiants reconnaissent avoir pris des comprimés d'amphétamine dont 43,3 % de façon occasionnelle. Un seul enquêté en consomme plusieurs fois par semaine (3,3 % de l'effectif).

- L'étude réalisée en 1985 - 1986 à l'Université de Sao -Paulo au Brésil donnait pour « la consommation d'amphétamine un taux de 27,4 % » (41)

Quant à l'étude réalisée en 1986 à l'Université d'Oviédo en Espagne, elle trouvait pour les 12 mois précédant l'enquête un taux de 5 % de consommation d'amphétamine (18).

- Enfin l'étude de 1987 réalisée sur les étudiants nigériens fréquentant trois des Universités des Etats-Unis rapporte les résultats suivants pour la consommation d'amphétamines et substances apparentées

- 19,7 % pour la consommation habituelle
- 10,4 % pour la consommation au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête
- 5,3 % pour la consommation au cours du mois précédant l'enquête(2).

Nous constatons donc que nos résultats sont très comparables à ceux observés ailleurs et généralement considérés comme inquiétants du point de vue de la santé publique. L'importance de la consommation des amphétamines est certainement due à la méconnaissance des méfaits de cette drogue. Généralement présentés sous forme de comprimés, les amphétamines sont souvent considérés par leurs consommateurs comme des "médicaments contre la fatigue".

Ainsi la consommation des amphétamines touche de plus en plus toutes les couches de la population. W. CABORÉ remarquait déjà en 1986 que : «les paysans consomment de plus en plus les amphétamines pour travailler "sans se fatiguer", et que bien de vendeuses de bière locale n'hésitait pas à y dissoudre quelques comprimés de "guinée", "dra" ou "kounoun" (selon les appellations locales) pour retenir leur clientèle» (5). Il convient ici d'entreprendre des actions préventives générales incluant une meilleure explication des méfaits de cette drogue pour enrayer la tendance à la généralisation de sa consommation. Soulignons enfin que les amphétamines sont consommées dans quatre des cinq écoles et instituts de notre étude (pas de consommateur à l'I.D.R.).

#### 6.2.6. Consommation de solvants

2,5 % des étudiants enquêtés ont déclaré avoir déjà utilisé de solvants. Il est à remarquer qu'aucun d'entre eux ne continuait à en consommer au moment de l'enquête.

Les taux d'utilisation des solvants par les étudiants rapportés par la revue de la littérature sont généralement faibles

- Ainsi dans l'étude portant sur les étudiants nigériens des Universités des Etats-Unis, 2,1 % de l'effectif avaient utilisé des inhalants le mois précédant l'enquête. Quant à l'Université d'Oviédo en Espagne elle rapportait un taux d'utilisation de solvants volatils de 3 % et précisait que cette utilisation avait commencé très tôt dans la vie (18). Pour 29,4 % de nos utilisateurs de solvants, la première utilisation remontait à 6 à 10 ans soit en terme d'âge en moyenne 14 ans.

Le relevé épidémiologique hebdomadaire n°47 du 23 Novembre 1990 de l'OMS rapportait d'ailleurs à propos du Mexique que « les utilisateurs de produits inhalés tendent à changer d'habitude au fil du temps. Généralement, ils cessent leur consommation au sortir de l'adolescence, sans nécessairement suivre une cure de désintoxication, et la plupart d'entre eux abandonnent la drogue pour l'alcool » (9). Ces données indiquent donc que les actions de lutte contre l'utilisation des solvants doivent se centrer sur les adolescents qui constituent le groupe à haut risque pour cette drogue.

#### 6.2.7 La consommation des autres drogues

Les autres drogues consommées par les étudiants de l'U.O. (3,6 % de l'effectif) sont essentiellement la kola (56 % des cas) et d'autres psychostimulants tels que les complexes vitaminés (28 % des cas). Ces drogues sont généralement consommées de façon occasionnelle aux périodes de préparation des examens. Nous n'avons donc pas trouvé au cours de notre enquête des cas de consommation de drogues comme les opiacés, la cocaïne, les barbituriques. La revue de la littérature fait cependant cas d'utilisation par les étudiants d'autres pays de telles substances.

- Ainsi, les étudiants nigériens des Universités des Etats-Unis avaient au cours du mois précédant l'enquête utilisé : de la cocaïne (0,8% des cas), des hallucinogènes (2,1% d'utilisateurs), des tranquillisants (2,1% ), des sédatifs (2,1%), l'opium (1,3%), l'héroïne et les autres opiacés (5,1%) (2).

- De même d'enquête de l'Université d'Oviédo révélait qu'au cours des 12 derniers mois, 19% des étudiants avaient utilisés des tranquillisants, 5,5% des hallucinogènes, 5% la cocaïne, 3% les opiacés. (18).

L'absence totale de consommation de ces drogues constatée au cours de notre enquête outre le fait que cela peut relever d'une absence de notification, trouve à notre sens beaucoup d'explications. Mis à part les médicaments (anxiolytiques, barbituriques ...), les autres drogues ne sont pratiquement pas disponibles dans

notre pays. Elles sont rarement citées dans les saisies des forces de répression (460 grs de cocaïne en 1986 et 10 kg d'héroïne en 1987). Enfin ces drogues coûtent chers. Selon J.B. GRASSET : «le gramme d'héroïne coûte 30. 000 à 40.000 F CFA et représente 4 doses » (40). Ce prix est largement au dessus de la bourse de l'étudiant burkinabè. Il faut cependant se rappeler que des pays africains qui avaient pendant longtemps été des pays de transit pour ces substances commencent à en connaître l'abus L'héroïne qui jusqu'à une date récente, était pratiquement inconnue en Afrique, fait aujourd'hui l'objet d'abus à Maurice et au Nigéria, pays qui servent aussi de point de passage pour l'héroïne acheminée d'Asie vers l'Europe occidentale et l'Amérique du Nord. L'abus de l'héroïne risque de s'étendre à d'autres pays de transit comme la Côte d'Ivoire et le Ghana (28). Cette prédication des Nations-Unies doit être prise au sérieux et des mesures appropriées prises pour qu'il ne se développe pas un abus de ces drogues aux conséquences désastreuses sur la santé et la vie socio-économique.

L'E.S.S.S.A. vient en tête dans la répartition des étudiants enquêtés en fonction de leur consommation des autres drogues avec 53,8% de l'ensemble de l'effectif cela s'explique par la facilité d'acquisition de ces produits (vitamines) par les étudiants en médecine.

#### 6.2.8 La consommation des drogues par sexe

D'une façon générale dans notre étude, les hommes consomment plus les drogues que les femmes. L'O.M.S. faisant le même constat remarquait que «sans que l'on sache exactement pourquoi, certaines forme d'usage et d'abus de drogues se rencontrent plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Les pressions sociales, les conventions et les circonstances sont probablement en jeu : dans de nombreuses sociétés, on attend des garçons et des jeunes gens qu'ils soit plus audacieux, téméraires et rebelles que les filles et les jeunes femmes» (27).

- L'alcool, la drogue la plus consommée de notre étude (74 %) de l'effectif) est consommé par 89,8 % d'hommes et 10,2 % des femmes.

Une étude réalisée en 1979 - 1980 en Bretagne sur une population plus jeune révèle la même tendance :

- «31 % de garçons et 15 % de filles consomment quotidiennement des boissons alcooliques (vin, bière, cidre).

- 1/5 de lycéens et 1/8 de lycéennes boivent régulièrement des alcools forts une ou plusieurs fois par semaine, cette consommation plus élevée chez le garçon croit avec l'âge ; puisqu'elle est multipliée par quatre entre 15 et 18 ans, la

consommation féminine restant toujours très faible» (34). Dans notre étude, l'analyse statistique révèle que la consommation d'alcool est liée au sexe. En effet la différence est statistiquement significative entre les hommes et les femmes.

$$X^2 = 4,94, \text{ ddl} = 1, 0,02 < p < 0,05$$

- D'autre part, les 18,7 % de fumeurs de notre étude sont tous des hommes. On pourrait s'étonner de l'absence totale de femmes consommant la cigarette dans notre étude surtout si l'on s'accorde avec PRETET. S. et MARSAC. J. lorsqu'ils observent que « l'évolution du tabagisme dans notre monde contemporain est marquée par deux faits remarquables : l'âge de plus en plus précoce de la première cigarette et l'augmentation progressive du tabagisme féminin » (31). Des données de l'O.M.S. sur la prévalence du tabagisme dans la population générale de certains pays africains renforcent d'ailleurs cette opinion. Ainsi : « En Côte d'Ivoire on trouvait pour l'année 1981 24 % de fumeurs hommes contre 1% de fumeurs femmes dans la population adulte. En Egypte, les chiffres sont 33 % pour les hommes et 2 % pour les femmes pour l'année 1981. En Zambie on trouvait en 1983, 39 % de fumeurs hommes contre 7 % de fumeurs femmes. Au Sénégal les chiffres sont respectivement 43 % pour les hommes et 35 % pour les femmes. » (25) Comme on le constate, même si le tabagisme féminin est généralement moindre comparé à celui des hommes, il existe néanmoins. L'absence de données nationales sur la question aux fins de comparaison ne nous permet pas de conclure.

#### 6.2.9. Analyse de l'influence du milieu

Nous avons au cours de notre commentaire des résultats montré que l'âge moyen de la première consommation de drogue par les étudiants enquêtés se situait à 14 ans. C'est un âge au cours duquel l'influence des parents, par l'exemple qu'ils donnent, est souvent très grand. Aussi, avons-nous voulu savoir si la consommation des drogues par les étudiants a pu être influencée par celle d'un parent dans la famille. 10,9% des étudiants interrogés reconnaissent qu'un de leurs parents consomme la drogue. Ce pourcentage est peu expressif. La littérature fait d'ailleurs très peu mention de l'influence parentale. Elle avance plutôt d'autres facteurs tels que la curiosité, l'ignorance, l'aliénation, la transformation des structures sociales, l'urbanisation et le chômage et surtout la pression du groupe. De ce dernier facteur, l'O.M.S. disait : « la pression que peuvent exercer les pairs est souvent à l'origine du premier usage de la drogue » (11). Dans notre étude, 18,7 % des consommateurs de drogues (toutes confondues) reconnaissent avoir au moins un copain consommant la drogue, mais les divergences entre les drogues consommées par ces copains et les enquêtés ne nous ont pas permis de bien apprécier l'importance de ce facteur.

### 6. 3. Connaissances sur les drogues

Du consommateur de drogue, 55, 9 % des étudiants disent que c'est un malade. Cependant 30,4 % pensent plutôt que c'est un délinquant. Ces chiffres témoignent de l'ambivalence de la définition du consommateur de drogue. A ce sujet, un avis fait au conseil économique et social français et rapporté dans le journal officiel de la République Française en 1989 soulignait qu'il «est intéressant pour les jeunes d'apprendre que le législateur considère le toxicomane comme un malade à traiter autant qu'un délinquant et que celui qui est déterminé à se soigner n'est plus considéré comme délinquant. C'est un sujet de débat qui intéresse les jeunes et il est bon qu'ils découvrent que la société n'en a pas décidé ainsi à la légère » (15). S.D. FALL parlant de l'approche pénale du phénomène drogue en Afrique rapportait que « contrairement à ce qui existe dans certains pays occidentaux, dans la majorité des Etats africains, l'usage, la détention, le trafic des drogues sont fortement réprimés. Concernant l'usage, les avis sont partagés ; il semble toutefois important de faire la différence entre l'usager occasionnel, l'usager d'habitude et le toxicomane» (40). Il concluait fort justement en disant que «cela conduit à avoir une connaissance plus parfaite de ces différentes notions et nécessite une collaboration étroite des autorités judiciaires et médicales» (40).

L'étude des informations souhaitées par les étudiants sur les drogues révèle qu'une majorité, soit 36, 3 % d'entre eux souhaitent une description des effets cliniques des drogues. Ce résultat est intéressant pour d'éventuelles actions préventives. La première phase d'une action de prévention est en effet la diffusion de l'information juste sur les effets et les conséquences des drogues. Cette action de prévention trouve également un terrain favorable dans le fait que 14 ,2 % des étudiants souhaitent plutôt des informations sur la prévention et le traitement de la toxicomanie. Plus du 1/4 de l'effectif semble cependant indécis sur la question (27,2 % de non répondants).

### 6.4. Effets des drogues tels que décrits par les étudiants consommateurs.

D'une façon générale, les étudiants enquêtés reconnaissent aux drogues des effets plus nocifs que bénéfiques (43,7 % contre 11,3 % pour la cigarette ; 23,2 % contre 6,3 % pour l'alcool).

De plus, les méfaits socio-économiques des drogues ne sont pas ignorés des étudiants (27,4 % des consommateurs d'alcool trouvent qu'il trouble la cohésion sociale).

Enfin, les descriptions faites de l'effet des drogues sont généralement proches de la réalité. Cela tient à notre avis au niveau de culture générale des étudiants. En effet, la littérature et les médias font abondamment et régulièrement cas des drogues. Cette situation devrait également faciliter les actions préventives.

Le fait que les étudiants rapportent en majorité les effets négatifs des drogues ouvre de bonnes perspectives aux actions de prévention. Il faut cependant reconnaître que cela est surtout valable pour ceux qui n'ont pas commencé à consommer les drogues, car comme disaient les Nations-Unies dans leur lutte contre la drogue : «Quiconque commence à se droguer accepte les risques évidents que cela suppose pour sa santé et son bien être physique et psychique personnel. Cependant, une utilisation prolongée ou l'obsession de la drogue transforme la personnalité de l'individu, ce qui est l'un des principaux obstacles auxquels on se heurte lorsque l'on veut mettre fin à l'état de dépendance» (27).

### **6.5. Attitudes des étudiants face à la drogue**

L'étude du type d'aide souhaitée par les étudiants consommateurs de drogue révèle par la modestie des chiffres obtenus (2 % souhaitent une aide médicale, 5,6% une aide psychologique, 3,1 % les deux à la fois) que les étudiants consommateurs de drogues n'estiment pas avoir atteint des niveaux catastrophiques de consommation. Cette opinion est d'ailleurs confirmée par les 12 % des consommateurs qui ne souhaitent aucune aide. Si le sentiment des consommateurs de drogue trouve un fondement concret dans la modestie du nombre d'étudiants déjà pris en charge pour cause de consommation de drogue (12 étudiants au total) Il risque de constituer un frein pour les activités de prévention secondaires et tertiaires contre les drogues.

### **6.6. L'impact économique de la consommation des drogues**

Si les sommes allouées à la consommation des drogues sont généralement modestes pour les étudiantes ( 100 à 1000 F CFA), elles sont plus importantes et parfois même considérables chez les hommes. 4,5 % des hommes consacrent mensuellement plus de 10 000 F CFA aux drogues (soit 20, 6 à 26,6 % de la bourse). On peut s'étonner que de telles sommes soient consacrées aux drogues par les étudiants aux revenus généralement modestes. Il apparaît donc évident, que la consommation des drogues se fait dans bien des cas aux dépens de la satisfaction de certains besoins essentiels des étudiants, aggravant encore plus leur condition de vie déjà bien précaire et engendrant un cercle vicieux .

## 6. 7. Les polyintoxications

M. GOSSOP et M. GRANT disaient des tendances actuelles de consommation des drogues que : «Dans de nombreuses parties du monde, le schéma qui apparaît est celui de l'abus de plusieurs drogues ; celui - ci se caractérise par l'usage de différentes substances en même temps ou consécutivement, ou au hasard, suivant la fantaisie du moment ou les disponibilités du marché» (11) .

Notre échantillon d'étude n'échappe pas à ce schéma. Ainsi par exemple, 90 % de nos fumeurs consomment de l'alcool. Le taux si élevé de cette association s'explique certainement par la grande disponibilité de ces deux drogues, leur coût modeste et la tolérance de la société à leur égard. Ainsi il n'est pas étonnant que les alentours des débits de boissons soient les points de plus grande concentration des petits revendeurs de cigarette.

S'il est vrai que les taux de consommation diminuent avec le nombre de drogues associées, (1,7 % pour 5 drogues associées) il n'en demeure pas moins qu'il faut attirer l'attention des étudiants sur ce fait en insistant sur sa gravité en raison des effets conjugués des drogues consommées en association.

**SEPTIEME PARTIE : SYNTHESE DES RESULTATS,  
RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS**

## 7.1. Synthèse des résultats

Les résultats de notre étude ont démontré l'existence de la consommation de drogue à l'U.O. Les drogues les plus souvent consommées sont les drogues dites licites (alcool, cigarette, café - thé). Le niveau de consommation de ces drogues est faible comparativement aux données de la littérature. La consommation des drogues dites illicites (chanvre indien, amphétamines) existe également à des taux plus bas qu'ailleurs.

Notre étude n'a pas mis en évidence la consommation d'opiacés ou de cocaïne. La polyintoxication existe et concerne généralement les drogues licites. Il existe des différences de consommation des drogues en fonction de l'école ou de l'institut et du sexe. La nationalité et le lieu de résidence n'influent pas sur la consommation. La tranche d'âge la plus retrouvée pour la consommation des drogues est celle de 21 à 23 ans, la durée moyenne de l'intoxication varie entre six et dix ans, l'âge des premières consommations de drogues se situe vers 14 ans.

Les problèmes socio-économiques semblent être les raisons majeures de la consommation des drogues. A cela, on peut ajouter l'absence de loisirs sains. L'influence parentale et celle des pairs dans la consommation des drogues semble modeste chez les étudiants. La religion influence généralement la consommation des drogues par les étudiants.

Des espoirs existent pour des actions préventives du fait que les étudiants reconnaissent plus aux drogues des effets nocifs sur l'organisme que des effets bénéfiques. De plus, il décrivent assez fidèlement les effets des drogues sur la santé et souhaitent en majorité des informations complémentaires sur le sujet, de même que sur la prévention et le traitement de la toxicomanie.

Il existe peu de cas d'intoxications chroniques (il n'existe pas d'étudiant pris en charge médicalement pour cause de consommation de drogue).

D'autre part, les étudiants voient dans la consommation des drogues une maladie plutôt que de la délinquance.

Enfin le coût de la consommation des drogues est parfois important eu égard au revenu et aux charges de l'étudiant.

## 7.2. Quelques réflexions sur la lutte contre l'abus des drogues

Les experts aussi bien que les gouvernements ont des avis différents quant à la meilleure manière de lutter contre l'abus et le trafic illicite de la drogue et contre les phénomènes dont ils s'accompagnent.

Une théorie veut qu'il faille essentiellement lutter de façon concertée et résolue contre les sources d'approvisionnement illicite de drogues. Les partisans de l'autre manière de voir estiment que la lutte contre ce phénomène désormais considéré comme un fléau social doit viser essentiellement la demande illicite c'est-à-dire le marché(29)

Selon la conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues tenue à Vienne du 17 au 26 juin 1987 «pour lutter contre la totalité des problèmes que posent l'abus et le trafic illicite des drogues, il faut limiter à la fois l'offre et la demande et rompre le lien qui existe entre elles, c'est-à-dire le trafic illicite.»(29)

Si pour les drogues illicites, la limitation de l'offre fait l'unanimité et a bénéficié des efforts de la communauté des nations (de 1912 à 1972, pas moins de 12 traités multilatéraux de contrôle des drogues ont été conclus) (29), la limitation de l'offre des drogues dites licites provoque des controverses. En effet, les industries de tabac et les brasseries sont de celles qui surtout dans les pays en développement fournissent des parts substantielles du produit national brut. Réduire ou supprimer les activités de ces industries reviendrait à priver les Etats producteurs, d'importantes sources de revenu et signifierait pour les pays en développement une aggravation de leur problèmes économiques déjà énormes. S'agissant particulièrement du tabac, l'OMS tout en reconnaissant que «la santé est inextricablement liée au développement social et économique» souligne également qu'«elle doit respecter son mandat et promouvoir la santé : elle ne peut donc pas abandonner la lutte contre le tabac, qui est un grave danger pour la santé». Et l'OMS de conclure qu'«il convient de fournir aux pays producteurs de tabac et de drogues engendrant la dépendance des solutions de rechange viables pour qu'ils interrompent leur production.»(25)

En ce qui concerne la limitation de la demande des drogues quelles soient licites ou illicites, si des sanctions légales efficaces et bien appliquées peuvent constituer au même titre que pour l'offre de drogues illicites des mesures dissuasives efficaces, ces sanctions ne suffisent pas à elles seules. Elles doivent être associées à des mesures préventives pour avoir le plus de chance de succès. Le but de la prévention dans le domaine des problèmes associés à la drogue est, en gros, de faire en sorte que les membres d'une population donnée n'abusent pas des drogues, et par conséquent, ne risquent pas d'altérer leur santé ou de nuire à la société. Cependant la résistance des groupes d'intérêt qui tirent profit de la mise sur le marché des drogues, et la réticence des usagers, qui ne peuvent pas renoncer à leurs habitudes, constituent les principaux obstacles à l'abolition.

Celle-ci en fait est rarement un objectif réaliste .(11)

On distingue trois niveaux de prévention dans la lutte contre la drogue :

- la prévention primaire : selon l'OMS, elle vise à intervenir à un stade où l'individu n'est pas encore entré en contact avec la drogue (36)

Son champ englobe l'information et l'éducation.

L'information est un défi qui fait peur, car le phénomène drogue est mal connu, et en parler bien reste difficile.

L'information doit être claire et objective, réaliste, non moralisatrice. Elle doit induire une dédramatisation du problème car toute tentative d'intimidation s'est soldée par un échec, voire un effet nocif (elle est alors un défi que l'adolescent cherchera à transgresser).

Deux règles s'imposent : éviter de centrer le débat sur les drogues et leurs effets (car c'est la place conférée à ces drogues et leur conséquences induites qui importent) ; distinguer les toxicomanes des divers usagers excessifs, ou occasionnels, qui ne sont pas toxicomanes et ne le seront peut être jamais.

L'information peut être dangereuse si elle est faite de données mal assimilées ou transmises par des personnes insuffisamment renseignées.

De nombreuses discussions entre partisans et adversaires d'un apport de renseignement en milieu scolaire ont eu lieu.

Celui-ci paraît utile car les jeunes acquièrent par leurs propres circuits une somme d'informations importantes mais parfois erronées.(36)

- La prévention secondaire (accueil) : Elle vise à prévenir l'aggravation d'une situation plus ou moins nocive. Elle s'adresse à des personnes ayant eu des contacts avec des toxicomanes, ou ayant usés de drogue de façon occasionnelle ou chronique. La prévention secondaire est qualifiée d'intervention, de traitement ou de réhabilitation.(36)

Elle tend à être l'approche privilégiée dans le cas des problèmes de drogue. Il est possible qu'elle le doive autant au manque de rigueur de la prévention primaire qu'à la pression qui s'exerce pour que des mesures soient prises lorsqu'une collectivité est très touchée par ce type de problème. (11)

- La prévention tertiaire : au niveau tertiaire, l'objectif de la prévention est d'instaurer et de maintenir chez l'individu une meilleure capacité à vivre

normalement et à se réinsérer. Son succès dépend en grande partie d'une bonne intervention au niveau secondaire. La prévention tertiaire peut signifier en particulier la mise en place d'équipements temporaires, la réadaptation professionnelle et une foule de programmes d'intervention de type à assise communautaire. (11)

Il existe des relations entre traitement et prévention. Comme pour les trois niveaux d'intervention préventive, il n'est pas réellement souhaitable ni même quelque fois possible de faire une distinction rigide entre la prévention et le traitement. Il y a à cela plusieurs raisons.

- le traitement est à bien des égards équivalent à la prévention. Ainsi, lorsqu'on a prescrit un traitement précoce on prévient le risque d'escalades que présente la consommation de drogue.

- de la même manière, la prévention contribue directement au traitement. Une "prévention précoce" et un "traitement précoce" ne sont pas des activités qui puissent être séparées.

Ensemble elles constituent l'"intervention précoce".(11)

En conclusion, il nous apparaît que la prévention est une œuvre de longue haleine faisant appel à plusieurs compétences à la fois et nécessitant une mise en place précoce pour avoir le plus de chance de succès. Au Burkina Faso, les pouvoirs publics ont compris la nécessité de la collaboration intersectorielle dans la lutte contre la drogue. Ils ont créé à cet effet en 1988, une structure interministérielle chargée de coordonner les activités de lutte contre la drogue. Cette structure tarde malheureusement à entrer en activité, les textes régissant son fonctionnement n'étant pas encore ratifiés.

Citons également à l'actif des pouvoirs publics, la promulgation en 1988 du Raabo N° AN V 0081/FP/SAN/CAPRO/DP portant règlementation de la publicité et des lieux de consommation des tabacs (voir annexe III)

Rappelons enfin que des organisations non-gouvernementales et des communautés religieuses interviennent également au Burkina Faso dans le domaine de la lutte contre la drogue. Citons entre autres, l'Association Burkinabè pour la Prévention de l'Alcoolisme et de la Toxicomanie ( A.B.U.P.A.T.) créée en 1988 et la Mission Alpha (Plan des cinq (5) jours pour la lutte contre le tabagisme).

## 7.3. Propositions et recommandations

### 7.3.1. Au niveau national

Les problèmes posés par l'abus des drogues nécessitent pour leur résolution l'adhésion de toute la communauté. Dans cette nécessité d'adhésion communautaire, les pouvoirs publics jouent un rôle capital par la prise de décisions politiques et leur mise en application de façon effective. Aussi proposons-nous aux pouvoirs publics quelques mesures visant à limiter l'abus des drogues eu égard aux résultats auxquels nous sommes parvenus à la suite de notre étude :

1°/ Rendre opérationnelle la structure interministérielle chargée de la coordination de la lutte contre l'abus des drogues dont le projet de texte a déjà été rédigé afin qu'elle coordonne toutes les actions nationales de lutte contre l'abus des drogues.

2°/ Traduire dans les faits l'application des décisions déjà prises et allant dans le sens de la limitation de l'abus de certaines drogues, notamment le Raabo n° An V 0081 FP/SAN/CAPRO/DP portant réglementation de la publicité et des lieux de consommation des tabacs.

3°/ Promouvoir la prise d'autres mesures allant dans le sens de la réglementation de la consommation d'autres drogues tel que l'alcool.

4°/ Renforcer les actions de lutte des services chargés de la répression du trafic et de l'abus des drogues (police nationale, gendarmerie nationale, douane...) en leur fournissant des moyens efficaces de lutte.

5°/ Déterminer les principaux groupes à risque et le niveau de l'abus des différentes drogues en leur sein, aux fins de mettre en place des mesures préventives spécifiques à chaque groupe.

6°/ Prescrire à tous les niveaux de l'enseignement des programmes et des auxiliaires didactiques sur la prévention de l'abus des drogues.

7°/ Former et motiver les agents de la santé, les agents sociaux et les enseignants afin qu'ils intègrent à leurs activités professionnelles quotidiennes des actions allant dans le sens de la prévention de l'abus des drogues.

8°/ Renforcer et coordonner l'action des organisations non gouvernementales et des associations ayant pour objectif la lutte contre la drogue au Burkina Faso.

9°/ renforcer les prestations des services psychiatriques du pays, seules structures sanitaires existant actuellement pour la prise en charge des problèmes de santé liés à l'abus des drogues en attendant de mettre en place des structures plus appropriées à cette prise en charge.

### 7.3.2. Au niveau de l'Université de Ouagadougou

Des actions spécifiques devraient être entreprises pour réduire la prévalence de la consommation des drogues par les étudiants. Aussi suggérons-nous les actions suivantes :

1°/ Poursuivre les actions entreprises (telle que la construction de la cité universitaire) allant dans le sens de l'amélioration des conditions de vie des étudiants.

2°/ Inclure dans les activités du Service de santé universitaire (S.S.U.) un volet concernant la prévention et la prise en charge des problèmes de santé des étudiants liés à l'usage des drogues, en renforçant les structures et les moyens du S.S.U.

3°/ Offrir aux étudiants des loisirs sains tels que des activités sportives, cinématographiques, des jeux de société etc.. afin de les prémunir de la fréquentation des lieux de loisirs classiques (bars, discothèques...) fortement liés à la consommation des drogues.

4°/ Appliquer effectivement sur le campus de l'U.O. les mesures du Raabo N° AN-V 0081 FP/SAN/CAPRO/DP portant réglementation de la publicité et des lieux de consommation des tabacs et prendre des mesures visant la limitation de la consommation d'alcool sur le campus de l'U.O. (interdiction de la vente d'alcool dans les cafétariats du campus de l'U.O.).

5°/ Interdire sur le campus de l'U.O. toutes formes de publicité pouvant inciter les étudiants à consommer la drogue.

6°/ Organiser des activités d'informations et de sensibilisation des étudiants sur les conséquences de l'abus des drogues sous la forme de projections cinématographiques et de conférences-débats animées par des personnes ressources expérimentées et bien informées des problèmes liés à l'abus des drogues.

## CONCLUSION

A l'aide d'un questionnaire auto-administré, nous avons étudié la consommation des drogues par un échantillon de 358 étudiants représentatif de l'ensemble des étudiants inscrits à l'U.O. au cours de l'année académique 1989 - 1990. ces étudiants sont issus de cinq classes tirées au hasard au sein de chacun des cinq premiers niveaux d'études de l'université.

Au terme de notre étude, nous sommes arrivés conformément aux objectifs que nous nous étions fixés à montrer que la consommation des drogues est un fait réel à l'U.O. Nous avons également identifié les principales drogues consommées par les étudiants et établi leur schéma de consommation. Ainsi, l'alcool est la drogue la plus consommée (74 % des étudiants), 18,7 % des étudiants enquêtés fument des cigarettes, 6,4 % des étudiants consomment des amphétamines tandis que 4,7 % d'entre eux fument du chanvre indien. De plus ces différentes drogues sont consommées de façon occasionnelle et en général depuis l'âge de 14 ans.

Enfin, nous avons décrit certains facteurs influençant la consommation des drogues par les étudiants de l'U.O. (sexe, école ou institut, etc.).

Notre étude a abouti à un ensemble de propositions et de recommandations à l'endroit des autorités nationales et de celles de l'U.O.

Cependant, le caractère répréhensible de l'abus des drogues, les insuffisances liées à notre méthodologie d'étude, l'absence de données nationales sur le sujet, ne nous ont probablement pas permis de saisir dans toute son importance les contours des problèmes liés à la consommation de drogue par les étudiants de l'U.O.

Nous espérons néanmoins avoir réussi à montrer la nécessité d'actions urgentes et élaborées afin d'éviter l'aggravation de la situation existante. Nous espérons également, avoir par cette étude, ouvert la voie pour des études futures plus poussées, allant dans le sens d'une meilleure compréhension des problèmes posés par l'abus des drogues au Burkina Faso, avant que ceux-ci ne prennent des proportions catastrophiques.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. ACHALU -DE; DUCAN-DF.-Drug taking by Nigerian students in american universities: prevalences for four commonly used drugs. Int-J-addict. 1984 May; 19(3): 253-263.
2. ACHALU-DE; DUCAN-DF.- Drug taking among Nigerian students at universities in the United States of America. Bull-Narc. 1987; 39(2): 75-80.
3. ADES. J- Les conduites alcooliques.- Encycl. Med. chir. (Paris, France), Psychiatrie, 37398 A<sup>10</sup> et A<sup>20</sup>, 7. 1984, 16p et 24 pages.
4. BACHMAN JG; JOHNSTON. LD; O'MALLEY. PM. - Smoking, drinking, and drug use among american high school students: correlates and trends, 1975-1979. Am J Public Health Jan 1981, 71(1) p59-69, ISSN 0090-0036.
5. CABORE Waogodo.- Assistance psychiatrique au Burkina Faso: Etude rétrospective de l'activité des structures spécialisées (1981-1985). Thèse de Médecine, Ouagadougou 1986, n° 05.
6. CARVALHO-De-Fv. - Drug use among university students in the state of Sao - Paulo, Brazil. Bull - Narc. 1986 Jan-Jun; 38 (1-2): 37-40.
7. CASSIERS. L; FONTAINE. P; GUILMOT. P.H; LEGRAND. J.P. - Psychiatrie Tome 2. centre d'impression bénévole, cercle médical Saint - Luc, Bruxelles, 1979 - 1980.
8. DIOP. S; BAYLET. R; HOUNTONDJI. H. - Le tabagisme en Afrique: problème actuel ou futur de santé publique. Médecine d'Afrique Noire; Tome XXVII, Mars 1980, P 237-241.
9. Epidemiologia, vol. 4, n° 11, Nov 1989; sistema nacional de salud. Relevé épidem. hebd n° 47, 23 nov. 1990.
10. GHADARIAN Abdu'l Missagah A.-Exposé présenté à la conférence internationale sur la santé et la guérison de l'Association Canadienne d'étude Baha'ies, 2 - 4 Juin 1980, OTTAWA. La Pensée Baha'ie, n° 87 Mars 1984.
11. GOSSOP. M, GRANT.M. - L'abus des drogues, prévention et lutte. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1991.

12. HAMBURGER. J, LEPORRIER. M, MERY. J.P. - Petite encyclopédie médicale, guide de pratique médicale, 17<sup>e</sup> édition Flammarion, médecine - sciences, Paris, 1987.
13. HIEN Gertrude. - Analyse des activités du service de santé universitaire et leur adéquation avec les problèmes de santé prioritaires des étudiants de l'université de Ouagadougou. Thèse de Médecine, Ouagadougou 1989 , n° 4.
14. JOUGLARD. J.- Intoxication d'origine végétale . -Encycl. Med. chir, Paris, Intoxications, 2 - 1977, 16065 A<sup>10</sup> et A<sup>20</sup>.
15. Journal officiel de la République Française 1989. -Les problèmes posés par la toxicomanie. Avis et rapports présentés au Conseil Economique et Social. Séances des 30 et 31 Mai 1989, Paris, 1989.
16. KERHARO. J. - Drogues africaines et toxicomanies. Médecine d'Afrique noire. Tome XXVII, Mars 1980, pp 187-195.
17. LECHAT. P, LAGIER. G, ROUVEIX. B, VINCENS. M, WEBER. S. - Pharmacologie médicale. 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 1982.
18. LOPEZ - ALVAREZ - MJ; GUTIERREZ - RENEDO-T; HERNANDEZ - MEJIA - R; BOBES - GARCIA - J. - Extent and patterns of drug use by students at a spanish university. Bull - Narc. 1989; 41(1-2): 117-119.
19. MAY. A.R, KAHN. J.H, CRONHOLM. B. - La santé mentale des adolescents et des jeunes. Rapport sur une conférence technique. Cahier de santé publique n° 41 , OMS, GENEVE, 1971
20. Ministère de la défense populaire et de la sécurité publique, Direction centrale de la sécurité publique. - Bref aperçu de la situation de l'abus et du trafic de la drogue au Burkina Faso, Ouagadougou, nov 1988.
21. O.M.S. - Méthodologie pour les enquêtes sur l'usage des drogues chez les étudiants. Publication OFFSET n° 50, O.M.S, GENEVE, 1980.

22. O.M.S. - Politiques de santé applicables à la lutte contre les problèmes de l'usage de drogue et d'alcool, AUSTRALIE : Sydney et Canberra, 24-31 Mars 1988.
23. O.M.S. - Santé mentale: un nouveau jour se lève. Santé du Monde, GENEVE, Octobre 1982.
24. O.M.S. - Santé mentale pour tous, Santé du Monde, GENEVE, Août - Septembre 1985.
25. O.M.S. - Tabac ou Santé. Quatre - vingt - unième session, point 16 de l'ordre du jour provisoire, GENEVE, Janvier 1988.
26. O.N.U. - Assemblée générale, commission des stupéfiants, organe préparatoire de la conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues : Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues, Vienne, 12-18 Février 1987.
27. O.N.U. - Les Nations-Unies et la lutte contre l'abus des drogues, NEW-YORK, 1990.
28. O.N.U. - "Oui à la vie, non à la drogue". Tiré à part de la chronique des Nations-Unies Vol XXIV, n° 2, Vienne, Mai 1987.
29. O.N.U. - Rapport de la conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues. Vienne, 17-26 Juin 1987.
30. OUEDRAOGO. A, LORENZ. N, ZINA. Y. - consommation de drogues au BURKINA FASO, étude CAP en milieu scolaire à Ouagadougou (1989). A paraître.
31. PELC. I. - Les assuétudes. Abus et états de dépendance : Alcool, tabac, médicaments, drogues. Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique et Laboratoire de Psychologie Médicale. Editions de l'Université de Bruxelles, BELGIQUE, 1988.
32. POROT. A ET POROT. M. - Les Toxicomanies, que sais-je ? 5è édition, Presses universitaires de France, Vendôme, FRANCE, 2è trimestre 1976.

33. PRETET. S, MARSAC. J - Le tabagisme. - Encycl. Med. Chir (Paris - France), Intoxications. Pathologie du travail, 16061 A<sup>10</sup>, 7 - 1988, 6p.
34. PROUST. B, JOLY. J.P, LHUINTRE. J.P, CAILLARD. J.F, HILLEMAND. B. - Ethanol (suite) terrains particuliers, législations et perspectives d'actions vis- à -vis des problèmes de l'éthanol. - Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Intoxications 16061 A<sup>21</sup>, 7 - 1987, 8p.
35. Quatrième cours francophone d'épidémiologie tropicale: Echantillonnage, Module 5. Institut tropical Suisse - Bale, 26 Septembre - 8 Octobre 1988.
36. ROUX. J.M et coll. - Toxicomanies autres que l'Alcoolisme. - Encycl. Méd. Chir, Paris, Psychiatrie, 37396, A<sup>10</sup>, 7 - 1983.
37. SCHMITT. H. - Eléments de pharmacologie. 7<sup>e</sup> édition, Flammarion, Paris, 1980 .
38. SCHWARTZ. D. - Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Collection Statistique en Biologie et Médecine, Flammarion, Médecine - Sciences Paris, 1989.
39. SCHWARTZ. RH; LEWIS. DC; HOFFMANN. NG; RYRIAZI. N. - Cocaïne and marijuana use by medicale students before and during medical school. Arch intern Med (United States), Apr 1990, 150(4)p 883-6, ISSN 0003-9926.
40. Séminaire régional de formation des personnels administratifs responsables de la lutte contre la drogue, DAKAR, 17 - 28 Octobre 1988.
41. Les toxicomanies. - Confrontations psychiatriques, n° 28, SPECIA éditeur, Paris, 1987.
42. TRAORE. A.S - Problématique de l'Enseignement Supérieur au BURKINA FASO, dans le contexte socio-économique actuel: conférence donnée par le Recteur de l'Université de Ouagadougou, Ouagadougou, le 21 Janvier 1991.

43. UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU. - Grandes orientations stratégiques en matière de formation universitaire: conférence du camarade Recteur de l'Université de Ouagadougou, Ouagadougou le 14/4/1989.
44. UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU. - Historique de l'Université de Ouagadougou, Ouagadougou, 1979.
45. UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU. - La restructuration de l'Université de Ouagadougou, Ouagadougou, le 21 Janvier 1991.

# ANNEXES

QUESTIONNAIRE

A remplir par l'enquêté (e)

Ecole ou Institut.....

Département.....

Année d'étude.....

Vos réponses à ce questionnaire resteront anonymes

Veillez ne pas porter votre nom sur la fiche

1 - Quel âge avez-vous ? ..... ans

2 - Sexe : Féminin

Masculin

3 - Nationalité : Burkinabè

Autre (précisez)  .....

4 - Religion : Musulmane

Catholique

Protestante

Animiste

Autre (précisez)  .....

5 - Où habitez-vous ? Chez vos parents

En location

6 - Etes-vous Boursier

Non boursier

7 - Fumez-vous des cigarettes ? Oui

Non

a) Si vous avez répondu non à la question n° 7 passez à la question n° 8.

b) Si vous avez répondu oui à la question n° 7 répondez à la suite de la question.

- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?.....  
cigarettes

- Depuis combien de temps fumez-vous des cigarettes ?

.....

10 - Avez-vous déjà consommé d'autres types d'alcool ?  
(Le whisky, le Rhum, le Vin, ou autre liqueur)

Oui

Non

11 - a) Si vous avez répondu non aux questions 9 et 10  
passez à la question n° 12

b) Si vous avez répondu oui aux questions 9 et 10  
répondez à la suite de la question n° 11.

- A quelle fréquence consommez-vous actuellement ces  
alcools ?

Nulle

Occasionnellement

Une fois par semaine

Plusieurs fois par semaine

Tous les jours

- Depuis combien de temps consommez-vous l'alcool?.....

- Pouvez-vous citer les bienfaits liés à la consommation  
de l'alcool s'il en existe pour vous ?.....

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

- Pouvez-vous citer les méfaits liés à la consommation de  
l'alcool s'il en existe pour vous ?.....

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

12 - Où prenez-vous vos repas ?

Au restaurant universitaire

En famille

Dans un restaurant de la ville

a) Si vous avez répondu non à la question n° 15 passez à la question n° 16

b) Si vous avez répondu oui à la question n° 15 répondez à la suite de la question.

- A quelle fréquence en prenez-vous actuellement ?

- Nulle
- Occasionnellement
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

- Depuis combien de temps en prenez-vous ?.....

- Pouvez-vous citer les bienfaits liés à la prise des amphétamines s'il en existe pour vous?.....

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

- Pouvez-vous citer les méfaits liés à la prise des amphétamines s'il en existe pour vous ?.....

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

16 - Avez-vous déjà pris des solvants ? Oui   
(essence, colle, dissolution) Non

a) Si vous avez répondu non à la question n° 16 passez à la question n° 17

b) Si vous avez répondu oui à la question n° 16 répondez à la suite de la question

- A quelle fréquence en prenez-vous actuellement ?

- Nulle
- Occasionnellement
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

..../..

- Pouvez-vous citer les méfaits liés à la prise de (ces) cette drogue (s) s'il en existe pour vous ?.....  
.....  
.....  
.....

18 - Un de vos parents consomme-t-il une ou plusieurs des drogues sus-citées ?

Oui   
Non

- a) Si vous avez répondu non à la question n° 18 passez à la question n° 19
- b) Si vous avez répondu oui à la question n° 18 répondez à la suite de la question  
- Lequel ou lesquels de vos parents en consomment-ils ?  
.....  
.....  
- Précisez la ou les drogue (s).....  
.....

19 - Un de vos copains consomme-t-il une ou plusieurs des drogues sus-citées ?

Oui   
Non

- a) Si vous avez répondu non à la question n° 19 passez à la question n° 20
- b) Si vous avez répondu oui à la question n° 19 répondez à la suite de la question.  
- Quelle (s) drogue (s) consume (nt)-il (S) ?.....  
.....  
.....

20 - Quel est votre passe-temps favori ?

La musique   
Le cinéma   
Le sport   
La lecture   
Autres (précisez).....

21 - Cochez le genre musical que vous préférez

Warba	<input type="checkbox"/>	Reggea	<input type="checkbox"/>
Country-music	<input type="checkbox"/>	Salsa	<input type="checkbox"/>
Madiaba	<input type="checkbox"/>	Funky	<input type="checkbox"/>

28 - Quelle part de votre revenu mensuel consacrez-vous à la drogue ? (A propos du café, thé, alcool, etc...)

- 0 à 100 Frs/mois
- 100 à 1 000 Frs/mois
- 1 000 à 5 000 Frs/mois
- 5 000 à 10 000 Frs/mois
- Plus de 10,000 Frs/mois

29 - Quelle est votre boîte de nuit préférée ?

- Tapoa  Harmattan  Matata
- Why-not  Maxim's  Soir au village
- New-look  Zook  G.H. Don Camillo

Autre (précisez).....!

Merci de votre gentille et franche collaboration

// STATISTIQUES DES // INSCRIPTIONS : TABLEAU RECAPITULATIF

=====

ETABLISSEMENTS	BURKINABE			ETRANGERS			TOTAUX		TOTAUX GENERAUX
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
IN. S. H. U. S.	574	390	964	5	10	15	579	400	979
IN. S. U. L. L. A.	874	268	1 142	24	12	36	898	280	1 178
TOTAUX INSHUS-INSULLA	1 448	558	2 105	29	22	51	1 477	680	2 157
E. S. S. E. C.	504	99	603	31	2	33	535	101	636
E. S. D.	394	152	536	25	3	28	405	155	564
IN. S. E.	135	11	146	4	0	4	139	11	150
I. U. T.	146	135	281	36	4	40	182	139	321
I. D. R.	100	9	109	7	0	7	107	9	116
I. S. N.	519	81	600	13	2	15	532	83	615
TOTAUX ISN-IDR	619	90	709	20	2	22	639	92	731
E. S. S. S. A.	302	66	368	20	9	29	322	75	397
I. M. P.	368	16	384	18	0	18	386	16	402
IN. C.	37	8	45	0	1	1	37	9	46
TOTAUX UNIVERSITE	3 943	1 235	5 178	183	43	226	4 126	1 278	5 404

ANNEXE III

BURKINA FASO  
FRONT POPULAIRE

RAABO N° AN-V<sup>s</sup> 0081/FP/SAN/CAPRO  
DF portant réglementation de la  
publicité et des lieux de consomma-  
tion des tabacs.

LE MINISTRE DU COMMERCE ET DE L'APPROVISIONNEMENT DU PEUPLE

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

- VU la Proclamation du 4 août 1983 ;  
VU la Proclamation du 15 octobre 1987 ;  
VU la Zatu n° AN-V 001/FP du 15 octobre 1987, portant création du Front  
Populaire ;  
VU le Kiti n° AN-V 005/FP/ du 31 octobre 1987, portant composition du  
Gouvernement ;  
VU l'Ordonnance n° 74- 051/PRES du 9 août 1974, relative à la constatation,  
la poursuite et la répression des infractions en matière de prix ;  
VU L'Ordonnance n° 77- 007/PRES du 1er mars 1977, portant réglementation  
du régime des prix ;  
VU la Zatu n° AN-IV -039/CNR/CAPRO du 18 Juin 1987, portant organisation  
du monopole des tabacs ;  
VU le Kiti n° AN-IV -392/CNR/CAPRO du 18 Juin 1987, portant modalités  
d'application de la Zatu n° AN-IV -039/CNR/CAPRO du 18 juin 1987.

       N N O N C E N T

Article 1er./- La publicité en faveur des tabacs, cigarettes, cigares et  
cigarillos est interdite sur les écrans, les panneaux publicitaires.

Article 2./- Il est interdit de fumer dans les lieux suivants :

- Salles de réunions ou de conférences ;
- Salles de cours pratiques ou théoriques,
- Réfectoires,
- Salles de cinéma couvertes,
- Stations services,
- Formations sanitaires.

...../.....

# Serment D'Hippocrate

**"En présence des maîtres de cette école, et de mes chers condisciples,**

**Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.**

**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".**

ANNEE 1990 - 1991

---

Nom et Prénom de l'auteur : **SOME Florent**

---

**TITRE DE LA THESE: Evaluation quantitative et qualitative de  
l'usage des drogues en milieu étudiant à  
l'Université de Ouagadougou.**

---

**MOTS CLES: Etudiant — Drogue — Université de  
Ouagadougou — Burkina Faso**

---

**RESUME:** Notre étude a consisté en l'évaluation quantitative et qualitative de l'usage des drogues par les étudiants de l'Université de Ouagadougou.

A l'aide d'un questionnaire auto-administré, nous avons interrogé 358 étudiants issus de cinq écoles et instituts de l'université de Ouagadougou sur leur consommation et leur connaissance des drogues.

Au terme de notre étude nous avons mis en évidence l'existence de la consommation des drogues par les étudiants de l'université de Ouagadougou.

Nos résultats nous ont permis de faire des recommandations aux autorités nationales et à celles de l'université de Ouagadougou.

---

**ADRESSE DE L'AUTEUR: SOME Florent BP. 4778  
Ouagadougou Burkina Faso.**