



Article Original

Gestion de la Détresse Psychologique par les Populations de la Commune de Sokode au Togo

Management of the psychological distress by the populations of the Municipality Sokode (Togo).

Saliou Salifou*, Kokou Messanh Agbémélé Soedje**, Daméga Wenkourama**, Lucrèce Anagonou***, Sonia Kanekatoa***, Zakariaou Bouraima*, Kolou Simliwa Dassa**.

* Faculté des Sciences de la Santé, Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé, Togo.
 ** Faculté des Sciences de la Santé, Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Campus, Université de Lomé, Togo.
 *** Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant :
 Docteur Saliou SALIFOU
 05B.P465 Lomé-
 Agbalépédogan/Togo
 Tél : 0022893195827
 E-mail :
salioubab@gmail.com

Mots clés : Détresse psychologique, Anxiété, Gestion, Sokodé, Togo.

Key words: Psychological distress, Anxiety, Management, Sokodé, Togo.

ABSTRACT

But. Analyser les différents moyens de gestion de stress, de l'anxiété et de l'insomnie dans la commune de Sokodé au Togo. **Méthodologie.** Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée analytique réalisée dans la commune de Sokodé du 1^{er} février 2016 au 10 mars 2016. **Résultats.** La population d'étude comportait 710 personnes. Leur âge moyen était de $35,65 \pm 10,27$ ans. Le sexe masculin a représenté 54,1% de l'échantillon. Les personnes en couple ont représenté 65,5 % de l'échantillon. Les artisans et les commerçants ont représenté respectivement 33,5% et 22,4%. Trente-trois virgule un pour cent des sujets étaient sans revenu fixe, 40,4% gagnaient moins du SMIG. L'arthrose, l'hypertension artérielle et l'ulcère gastrique et/ou duodénal ont été les antécédents personnels les retrouvés soient respectivement 11,4%, 10,4% et 8,7%. Quatorze virgule neuf pour cent de l'échantillon souffraient d'une mésentente sociale et/ou professionnelle. Cinquante-deux pour cent de l'échantillon disaient avoir des événements de vie stressants significatifs. La mauvaise estime de soi était vécue par 26,1% de l'échantillon. La prise de médicament (62,0%), les prières (38,5%) et la consommation d'alcool (33,2%) ont été les principaux moyens de gestion du stress, de l'anxiété et de l'insomnie. Soixante-sept virgule un pour cent des médicaments provenaient des revendeuses de médicaments. L'automédication a représenté 88,2%. **Conclusion.** Face à la détresse psychologique, la population de Sokodé s'adonne principalement à l'automédication, à la prière et à la consommation de diverses sortes d'alcool.

RÉSUMÉ

Purpose. To describe the various ways of management of stress, anxiety and the insomnia by people of the municipality of Sokodé in Togo. **Methodology.** This was a descriptive cross-sectional study with analytical aim realized in the municipality of Sokodé from February 1st, 2016 to March 10th, 2016. **Results.** 710 people were studied. Their mean age was 35.65 ± 10.27 years old. Men accounted for 54.1% of the sample. Couples accounted for 65.5% of the sample. Craftsmen and storekeepers represented respectively 33.5 % and 22.4 %. Thirty-three point one percent of the subjects were without a fixed income, 40.4% gained less than the SMIG. Osteoarthritis, arterial hypertension and gastric and / or duodenal ulcer were the personal antecedents respectively 11.4%, 10.4% and 8.7%. Fourteen point nine percent of the sample had a social and / or professional disagreement. Fifty-two percent of the sample said to have significant stressful life events. Low self-esteem was experienced by 26.1% of the sample. Medication (62.0%), prayers (38.5%) and alcohol (33.2%) were the main means of managing stress, anxiety and insomnia. Sixty-seven point one percent of the drugs came from the drug vendors. Self-medication accounted for 88.2%. **Conclusion.** When they are confronted to psychological distress, the people of Sokode are mainly engaged in self-medication, prayer and the consumption of various kinds of alcohol.

INTRODUCTION

La détresse psychologique désigne un état psychologique perturbé, de sévérité souvent mineure [1, 2] qui survient à la suite de divers événements stressants [3, 4]. Depuis les années 1990, la société togolaise connaît des crises économiques, sociales et politiques. De ce fait, les populations togolaises sont de plus en plus soumises à la

détresse psychologique. Pour se soulager, plusieurs moyens sont utilisés. Ces moyens vont des comportements positifs à des comportements déviants, voire des conduites addictives. Mais force est de constater qu'aucune étude ne fait le sondage des différents moyens mis en œuvre par la population togolaise pour gérer cette

détresse psychologique qui se réfère au stress, à l'anxiété, à l'insomnie et aux symptômes dépressifs. Le but de cette étude est d'analyser les différents moyens de gestion de stress, de l'anxiété et de l'insomnie dans la commune de Sokodé au Togo.

MÉTHODOLOGIE

Cadre

La commune de Sokodé a servi de cadre pour notre étude. Sokodé, chef-lieu de la Préfecture de Tchaoudjo et également de la Région Centrale, est l'une des grandes villes du Togo. Elle est située au centre du pays à 346 km de Lomé (capitale du Togo) entre 8°59' de latitude Nord et le 1°09' de longitude Est. Elle s'étend sur une superficie de 87 Km² avec une population de 95 070 habitants répartie dans 49 quartiers. C'est une ville multiethnique et multi-religieuse, dominée par l'islam. L'économie de Sokodé est basée sur l'artisanat, le commerce et les transports. [5] La commune de Sokodé est couverte par 9 formations sanitaires de niveau 1 et un centre de référence qui est le Centre Hospitalier Régional de Sokodé [6].

Méthodes

Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée analytique réalisée dans la commune de Sokodé du 1^{er} février 2016 au 10 mars 2016.

Population d'étude

Elle est constituée à partir d'un échantillonnage de la population de Sokodé.

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude, les sujets des deux sexes, âgés de 18 ans et plus, résidant à Sokodé depuis au moins 6 mois, et qui ont donné leur consentement libre et éclairé.

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude, les sujets qui ne pouvaient pas répondre aux questions de l'enquêteur à cause d'une difficulté de communication.

Echantillonnage

Le sondage en grappe a été utilisé. Les quartiers constituant les grappes, nous avons travaillé dans les 49 quartiers de la commune de Sokodé.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est obtenue par la formule de SCHWARTZ : $N = \frac{k \cdot p \cdot q}{i^2}$ ou $N =$ effectif de l'échantillon ; $k =$ effet grappe prenant en compte le type d'échantillonnage, ici $k = 2$; $p =$ proportion estimée de la population de Sokodé qui présente un stress ou une anxiété ou encore une insomnie, $p = 30\%$; $i =$ précision souhaitée pour nos résultats, $i = 5\%$; $q = 1 - p$. $\epsilon =$ écart réduit, c'est-à-dire la valeur qui prend en compte le risque d'erreur consenti 1,96 pour un risque d'erreur consenti de 5%. Par cette formule, la taille de l'échantillon est : $N = 2 \times (1,96)^2 \times 0,3 \times 0,7 / 0,0025 = 645,39$ soit 645 sujets. Dans le but de palier à un risque d'erreur éventuelle et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision dans l'estimation des paramètres, nous avons majoré de 10 % l'effectif de l'échantillon. Ce

qui nous permet ainsi d'obtenir la taille de notre échantillon définitif à 709,5 soit 710 sujets.

Taille de chaque grappe

La taille de l'échantillon N étant égale à 710 pour 49 grappes, le nombre de sujets enquêtés N_e par grappe est : $710/49 = 14,489$. Soit $N_e = 14$ personnes par grappe pour 25 grappes et 15 personnes par grappe pour 24 grappes. Ne disposant pas de données sur la population des différents quartiers (grappes), nous avons classé les quartiers du 1^{er} au 49^{ème} par tirage au sort, tout en leur affectant le nombre de personnes à enquêter (14 personnes pour le 1^{er} quartier et 15 personnes pour le 2^{ème} quartier et ainsi de suite jusqu'au 49^{ème} quartier).

Sélection des ménages et des personnes

Arrivé dans le quartier, l'enquêteur identifie un lieu de repère (chez le chef quartier ou la place publique). La direction à prendre est tirée au hasard par la méthode dite de la « bouteille ». Elle consiste à lancer un Bic ou un crayon et à choisir la direction de la pointe. L'enquêteur tire ensuite une concession au sort et commence l'enquête dans cette concession. Les maisons sont visitées dans le même sens de proches en proche pour recruter tous les sujets répondant aux critères d'inclusion. Il continue l'enquête jusqu'à atteindre le nombre de sujets requis.

Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli. Les enquêteurs constitués d'un étudiant en master de santé mentale et de 20 élèves infirmiers de l'Ecole Nationale des Aides Sanitaires de Sokodé ont été préalablement formés à l'administration du questionnaire ainsi que sa traduction en langues locales afin de s'assurer de la bonne compréhension et de l'homogénéité des données. Les principales variables suivantes : âge, sexe, ethnie, nationalité, religion, profession, état civil, lieu de résidence, antécédents, enquête sociale, vécu quotidien, événements stressants de vie et les moyens de gestion du stress, de l'anxiété et de l'insomnie; ont été évaluées.

Analyse des données

La saisie et l'analyse statistique des données ont été faites au moyen du logiciel Epi-Info 3.5.1. Les tableaux ont été réalisés au moyen du logiciel EXCEL 2013.

Considérations éthiques

Les autorités administratives et sanitaires de la commune de Sokodé ont été préalablement informées et leur approbation a été obtenue avant le démarrage de l'étude. Une sensibilisation des habitants des quartiers par voie conventionnelle (leaders religieux, chefs quartiers) a été effectuée une semaine avant le démarrage de l'enquête. Les règles de courtoisie et de respect de l'intimité sont observées au sein de chaque ménage. Le consentement oral éclairé de chaque enquêté a été obtenu avant l'interview. La confidentialité des données a été respectée.

RÉSULTATS

Données démographiques

Au terme de notre étude, 710 personnes ont été enquêtées. L'âge moyen de notre échantillon a été de $35,65 \pm 10,27$ ans avec des extrêmes de 18 et 105 ans. Le sexe masculin

a représenté 54,1% de l'échantillon soit un sexe ratio de 1,18. Les Togolais ont représenté 94,2% ; les Béninois, les Burkinabé et les Nigériens ont représenté chacun 1,4% ; les Ghanéens 0,9% et les Nigériens 0,7%. Les ethnies Tem, Kabyè, Nawdm, Bassar, Tchamba, Mina, Moba ont représenté respectivement 53,0%, 14,6%, 7,0%, 6,6%, 4,2%, 3,5% et 3% de l'échantillon. Les personnes en couple (mariés et concubins) ont représenté 65,5 % de l'échantillon, les célibataires 28,4 %, les veufs 4,1 % et les divorcés 2%. Trente-deux virgule un pour cent de l'échantillon n'avaient pas d'enfants, 59,2% avaient entre 1 et 5 enfants et 8,7% avaient plus de 5 enfants. Cinquante-huit virgule trois pour cent des sujets avaient entre 1 et 5 personnes à charge et 10,3 % avaient plus de 5 personnes en charge. Quarante et un virgule trois pour cent des enquêtés vivaient chez leurs parents, 31,1 % vivaient en location, 24,4% vivaient dans leur propre maison et 3,2% vivaient chez des tiers. Les artisans et les commerçants ont été plus représentés soit respectivement 33,5% et 22,4% (**Tableau I**). Trente-trois virgule un pour cent des sujets étaient sans revenu fixe, 40,4% gagnaient moins du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) qui est de 35000 FCFA par mois, 15,2 % gagnaient moins de 2 fois le SMIG, 5,2 % gagnaient moins de 3 fois le SMIG et 6,1% gagnaient plus de 3 fois le SMIG. Notre échantillon pratiquait la religion musulmane dans 63,1% des cas, la religion chrétienne dans 32,3% des cas et les religions traditionnelles dans 4,6% des cas.

Tableau I : Répartition des enquêtés selon la profession

	Effectif *	Pourcentage
Artisan	238	33,5
Commerçant	158	22,4
Elève/Étudiant	94	13,2
Enseignant	59	8,4
Cultivateur	52	7,4
Apprenti	49	6,9
Ménagère	47	6,7
Taxi moto	40	5,7
Agent de bureau	36	5,1
Coiffeur (se)	27	3,8
Chauffeur	20	2,8
Agent de santé	12	1,7
Éleveur	8	1,1
Technicien de surface	7	1,0

* Association de plusieurs paramètres possible

Données cliniques et vécu de la population

Les antécédents personnels retrouvés sont : l'arthrose, l'hypertension artérielle, l'ulcère gastrique et/ou duodénal, les varices hémorroïdaires, les hernies, l'asthme, le diabète, l'accident vasculaire cérébral soient respectivement 11,4%, 10,4%, 8,7%, 5,2%, 3,0%, 1,7%, 0,8% et 0,1%. Quatorze virgule neuf pour cent de l'échantillon souffraient d'une mésentente sociale et/ou professionnelle. Parmi ces personnes, 45,3% se sentaient persécutées, 31,1% se sentaient en rivalité, 19,8% se disaient sous payé et 9,4% avaient un conflit familial autour de l'héritage. Cinquante-deux pour cent de

l'échantillon disaient avoir des événements de vie stressants significatifs. La mauvaise estime de soi était vécue par 26,1% de l'échantillon. Cette mauvaise estime de soi était liée à l'insatisfaction due à la situation socio-professionnelle dans 69,7% des cas et l'impossibilité d'achever les objectifs de vie dans 30,3% des cas.

Moyens de gestion du stress, de l'anxiété et de l'insomnie

La prise de médicament (62,0%), les prières (38,5%) et la consommation d'alcool (33,2%) ont été les principaux moyens de gestion des frustrations, du stress, de l'anxiété et de l'insomnie (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des enquêtés selon les moyens de gestion de la détresse psychologique

	Effectif *	Pourcentage
Médicaments	440	62,0%
Prières	273	38,5%
Alcool	236	33,2%
Causeries	175	24,6%
Musique	171	24,1%
Café	168	23,7%
Noix de cola	128	18,0%
Thé (Ataya, jaune, vert)	113	15,9%
Tabac (fumé, prisé, chiqué)	91	12,8%
Rien	77	10,8%
Promenade	52	7,3%
Lecture	49	6,9%
Autres (sexe, cannabis, sport, jeu de société, loterie)	59	8,3%

* Association de plusieurs paramètres possible

Les consommateurs d'alcool prenaient de la bière locale appelée Tchoukoutou (68,2%), de la bière (41,9%), de la liqueur locale appelé Sodabi (19,5%) et du vin (5,9%). Cinquante-quatre virgule deux pour cent des consommateurs d'alcool étaient des consommateurs occasionnels, 40,7% étaient des consommateurs réguliers, 5,1% prenaient l'alcool tous les jours. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (69,6%), les antalgiques paliers I (43,0%), les anxiolytiques benzodiazépines (29,6%) ont été les médicaments les plus utilisés pour gérer le stress, l'anxiété et l'insomnie (**Tableau III**).

Tableau III : Répartition des consommateurs de médicaments selon les classes thérapeutiques

	Effectif *	Pourcentage
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (indométacine, Ibuprofène, phénylbutazone)	306	69,6
Antalgiques paliers I (paracétamol)	189	43,0
Benzodiazépines (diazépam, lexomil, lysanxia, tranxène)	130	29,6

Complexes vitaminiques	107	24,3
Tisanes	79	18,0
Antalgiques paliers II (codéine, caféine)	31	7,0
Antalgiques opioïdes (Tramadol)	12	2,7
* Association de plusieurs paramètres possible		

Cinquante virgule cinq pour cent des consommateurs de médicaments le prennent régulièrement, 40,2% le prennent quelque rare fois, 9,3% le prennent tous les jours. Soixante-sept virgule un pour cent des médicaments provenaient des revendeuses de médicaments, 32,9% provenaient des pharmacies. L'automédication a représenté 88,2% des cas (**Tableau IV**). Les raisons de l'automédication ont été le manque de moyen financier pour les consultations médicales (68,3%) et la proximité des revendeuses de médicaments (31,7%). Parmi ceux qui vont en pharmacie, 56,4% vont sans ordonnance médicale et 43,6% vont avec une ordonnance médicale. Trente-neuf pour cent des consommateurs de benzodiazépines les prenaient depuis moins d'un an, 36,2% les prenaient depuis plus d'un an et moins de 5 ans, 24,8% les prenaient depuis plus de 5 ans.

Tableau IV : Répartition des consommateurs de médicaments en fonction des prescripteurs

	Effectif *	Pourcentage
Automédication	388	88,2
Assistant médical	21	4,8
Infirmier diplômé d'Etat	16	3,6
Infirmier auxiliaire d'Etat	8	1,8
Médecin	7	1,6
Sage-femme	7	1,6
Pharmacien	5	1,1
* Association de plusieurs paramètres possible		

DISCUSSION

L'âge moyen de notre échantillon a été de $35,65 \pm 10,27$ ans. Cela va sans dire puisque que la population togolaise est majoritairement jeune [7]. La prédominance masculine dans notre échantillon (54,1%) est contraire aux données statistiques togolaises où les femmes représentent 51,3% de la population [7]. Cette contradiction s'explique par le fait que dans certains ménages, les femmes, de culture musulmane, ont préféré laisser les hommes répondre à notre questionnaire. La prédominance des Tém dans notre échantillon (53,0%) s'explique par le fait qu'ils sont les autochtones de Sokodé. La forte proportion des personnes en couple (mariés ou concubins 65,5 %) est semblable à la proportion nationale des personnes en couple (70,4%) [8]. Il faut savoir que pour les cultures locales, le mariage n'est pas qu'un droit mais il est aussi un devoir voire une obligation aux yeux de la société, en rapport aux croyances et quels que soient les moyens dont on dispose. Les artisans (33,5%) et les commerçants (22,4%) ont été plus représentés dans notre étude. En 2012, Awohouedji et al [9] à Parakou (Bénin) avait noté le même résultat.

Dans leur étude, les artisans avaient représenté 30,7% et les commerçants 26,2%.

La prise de médicament (62,0%), les prières (38,5%) et la consommation d'alcool (33,2%) ont été les principaux moyens de gestion du stress, de l'anxiété et de l'insomnie dans notre étude. Berkanovic et al [10] avait déjà noté que les niveaux élevés de détresse sont associés à une plus forte consommation de médicaments et à un recours plus fréquent aux services de professionnels de la santé. Néanmoins, il faut dire que le comportement de notre population d'étude face à la détresse psychologique est différent de celui de la population de Parakou. En effet, Awohouedji et al [9] à Parakou (Bénin) avait noté seulement 22,1% de prière, 11,7% de prise de médicament et 1,2% de consommation d'alcool. La population de Parakou se donnerait plus aux conseils des tiers (25,8%). Le taux de consommation d'alcool (33,2%) dans notre échantillon est inférieur à la prévalence nationale de 53,7% [8]. Cela s'explique par la forte proportion (63,1%) de musulman dans cette localité. Les consommateurs d'alcool de notre échantillon avaient une consommation nocive (5,1%) plus élevée que les 3,4% retrouvés par l'enquête STEP Togo 2010 [8] dans le groupe ethnique Kabyè-Tém (groupe ethnique retrouvé majoritairement à Sokodé). La consommation d'alcool local (Tchoukoutou 68,2% et Sodabi 19,5%) s'explique par le bas niveau du revenu de notre population d'étude. Les boissons industrielles bière (41,9%) et vin (5,9%) étant plus chères. En effet, 73,5% des sujets vivaient une précarité (33,1 % des sujets étaient sans revenu fixe et 40,4% gagnaient moins du SMIG). Dans cette suite d'idées, l'enquête STEP Togo 2010 [8] avait déjà noté que le revenu annuel par ménage était de 221.383,9 FCFA soit 18.448,7 FCFA par mois et que 93,3% de la population gagnaient moins de 125.000 FCFA par année (moins de 10.416,7 FCFA par mois). Ces revenus insuffisants étaient aggravés par les charges individuelles (58,3 % des sujets avaient 1 à 5 personnes à charge et 10,3 % avaient plus de 5 personnes à charge), justifiant ainsi le mal être de la population de notre échantillon à savoir la mauvaise estime de soi, l'insatisfaction par la situation socio-professionnelle, le sentiment d'être persécuté, le sentiment d'être en rivalité, le sentiment d'être sous payé, les conflits familiaux autour de l'héritage et l'impossibilité d'achever les objectifs de vie (41,3 % des enquêtés bien qu'adultes vivaient chez leurs parents et 3,2% vivaient chez des tiers). Pour Massé et al. [11], les niveaux élevés de détresse affectent la vie familiale, sentimentale, professionnelle et sociale des individus et sont liés tant à une insatisfaction face aux rapports sociaux qu'au vécu de nombreux événements critiques récents. Contrairement à ceux à quoi on aurait pu s'attendre, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (69,6%) et les antalgiques paliers I (43,0%) ont été les médicaments les plus utilisés pour gérer le stress, l'anxiété et l'insomnie. Cela s'explique par plusieurs raisons. Primo, c'est la panoplie des antécédents personnels de notre échantillon fait d'affections douloureuses comme l'arthrose (11,4%), l'ulcère gastrique et/ou duodéal (8,7%), les varices hémorroïdaires (5,2%), les hernies (3,0%) et l'accident

vasculaire cérébral (0,1%) qui explique l'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques paliers I. Secondo, la provenance des médicaments peut être en cause. Soixante-sept virgule un pour cent des médicaments provenaient des revendeuses de médicaments. Ces revendeuses n'ayant aucune notion de pharmacologie revendent pour tous symptômes ce qu'elles ont sur leurs étalages. Tertio, l'ignorance et la pauvreté de la population, causes d'automédication (88,2%) souvent non adaptée à la souffrance en cause. Develay et al. [12] avaient montré en 1996 qu'au Burkina-Faso, les populations recouraient en priorité à l'automédication. Les anxiolytiques benzodiazépiniques ont néanmoins représenté 29,6% des médicaments utilisés pour gérer le stress, l'anxiété et l'insomnie. Ce taux est similaire au 22,6% retrouvé par Awohouedji et al [9] à Parakou (Bénin).

CONCLUSION

Nous retenons pour cette étude que plusieurs facteurs concourent à la détresse psychologique dans la commune de Sokodé à savoir les antécédents médicaux personnels, la précarité, le nombre de personnes à charge, les mésententes sociales et/ou professionnelles et les événements de vie stressants. Tout cela est source d'un

sentiment de persécution, d'un sentiment de rivalité et d'une mauvaise estime de soi. Face à ce vécu, la population de Sokodé s'adonne principalement à l'automédication, à la prière et à la consommation de divers sortes d'alcool.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Saliou SALIFOU : conception de l'étude, analyse statistique, rédaction du rapport de l'étude.

Kokou Messanh Agbémélé SOEDJE : conception de l'étude, analyse statistique, lecture et correction du rapport de l'étude.

Daméga WENKOURAMA : conception de l'étude, lecture et correction du rapport de l'étude.

Lucrèce ANAGONOU : lecture et correction du rapport de l'étude.

Sonia KANEKATOA : lecture et correction du rapport de l'étude.

Zakariaou BOURAIMA : enquête.

Kolou Simliwa DASSA : lecture et correction du rapport de l'étude.

RÉFÉRENCES

1. Brown GW, Craig TKJ, Harris TO. Depression : Distress or disease? Some epidemiological considerations. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 612-622.
2. Dohrenwend BP, ShROUT PE, Egri G, Mendelsohn FS. Non specific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 1229-1236.
3. Brown GW. Mental illness. In: Aiken LH, Mechanic D, editors. *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1986. p. 175-203.
4. Compas BE, Hinden BR, Gerhardt CA. Etude de la validité de l'IDPSQ-14 297 Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology* 1995; 46: 265-293.
5. Commune de Sokodé. *Plan de développement communal (PDC) 2015-2019*. Sokodé; Septembre 2014.
6. Direction Préfectorale de la Santé de Tchaoudjo. *Données de l'année 2016*.
7. République Togolaise. *Quatrième recensement général de la population et de l'habitat*. Lomé: Direction générale de la statistique et la comptabilité nationale; 2010.
8. Agoudavi K. *Rapport Final de l'enquête STEPS Togo 2010*. Lomé: Ministère de la Santé; 2012. 188p.
9. Awohouedji DM, Djidonou A, Tognon F. *L'usage des anxiolytiques dans les pays du Sud*. Cas de Parakou en République du Bénin. Saarbrücken: Presses Académiques Francophones; 2015.
10. Berkanovic E, Hurwicz ML, Landsverk J. Psychological distress and the decision to seek medical care. *Soc Sci Med* 1988; 27(11):1215-21.
11. Massé R, Poulin C. Mental health of community residents in the metropolitan Montreal area: Some results of the "Santé Québec Survey". *Rev can santé publique* 1991; 82(5):320-24.
12. Develay A, Sauerborn R, Diesfeld HJ. Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. *Social Science and Medicine* 1996; 43: 1611-1619.