



## Article Original

## Profils Sociodémographiques et Comorbidités des Usagers en Consultation d'Addictologie à Yaoundé

### *Sociodemographic profiles and comorbidities of users in addictology consultation in Yaoundé*

Mbongo'o GC<sup>1,2</sup>, Okoto Mvondo N<sup>2</sup>, Fogang Fogoum Y<sup>1</sup>, Njanjo Yimgoua MN<sup>3</sup>, Basseguin Atchou JG<sup>4</sup>, Eyoum C<sup>5,6</sup>, Menguene JL<sup>2</sup>, Mendimi Nkodo JM<sup>7,2</sup>, Nguéfack S<sup>7</sup>

#### RÉSUMÉ

- (<sup>1</sup>)Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Dschang  
 (<sup>2</sup>) Hôpital Jamot de Yaoundé  
 (<sup>3</sup>)Hôpital Militaire de Yaoundé  
 (<sup>4</sup>)Hôpital Militaire de Maroua  
 (<sup>5</sup>)Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala  
 (<sup>6</sup>)Hôpital Laquintinie de Douala  
 (<sup>7</sup>)Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I

#### Auteur correspondant

Dr Mbongo'o Guy  
 Service de Psychiatrie  
 Hôpital Jamot de Yaoundé  
 Tél : +237 679340996  
 Email : [gmbongoo@yahoo.fr](mailto:gmbongoo@yahoo.fr)

**Mots-clés :** profils sociodémographiques, comorbidités, service d'addictologie de Yaoundé

**Keywords:** socio-demographic profiles, comorbidities, Yaoundé addictology service

**Introduction.** Les profils sociodémographiques et les comorbidités psychiatriques des usagers sont mal connus des soignants en addictologie. Notre travail avait ainsi pour objectifs de décrire les caractéristiques sociodémographiques des usagers, rechercher les comorbidités et estimer les taux d'usage ou les prévalences annuelles d'alcool, de cannabis, de tramadol et de cigarette. **Patients et méthodes.** Étude transversale, descriptive et rétrospective sur 87 cas recrutés durant 12 mois (novembre 2017 à octobre 2018). Elle s'est déroulée au centre d'addictologie pilote de l'hôpital Jamot. Les comorbidités psychiatriques ont été évoquées sur les critères du DSM-IV. **Résultats.** Il y'avait 96% d'hommes soit un sex ratio homme/femme de 28 et la moyenne d'âge était de 22,04 ans ( $\pm 5,7$ ) [13 – 46 ans]. La tranche d'âge de 19-32 ans était la plus exposée. 96% des cas étaient des célibataires. 68% des sujets poursuivaient leur scolarité et 41% des inactifs sans profession. 7% des sujets étaient connus du centre d'addictologie. L'injonction par les forces judiciaires s'est observée chez 5% des cas. 38% des cas avaient le niveau du brevet d'étude (BEPC). 76 (87%) des usagers résidaient en milieu urbain. Les prévalences annuelles étaient respectivement de 72,4% pour le tabac fumé, 72,4% pour le cannabis fumé, 79,3% pour les boissons alcoolisées et 50,5% pour le tramadol. Les comorbidités psychiatriques étaient ainsi constituées : 8% de troubles de la personnalité, 13% de troubles psychotiques induits par les substances, 5% de troubles dépressifs majeurs, 5% de troubles de panique, 22% d'actes autodestructeurs, 55% de dépendance et 17% d'abus aux substances addictives. **Conclusion.** Des études plus approfondies sur l'association entre certains paramètres sociodémographiques et l'usage des drogues majeures est souhaitable.

#### ABSTRACT

**Introduction.** Sociodemographic profile and psychiatric comorbidities of drug users are poorly understood by addictology caregivers. So the objective of our work was to describe the sociodemographic characteristics of users, to determine the comorbidities and to estimate the rates of use or annual prevalence of alcohol, cannabis, tramadol and cigarettes. **Patients and methods.** This was a cross-sectional, descriptive and retrospective concerning 87 patients who were recruited during 12 months (November 2017 to October 2018). It took place at the pilot addictology center of Jamot Hospital. The diagnosis of psychiatric comorbidities was based on the DSM-IV criteria. **Results.** There were 96% of men and the average age was 22.04 years ( $\pm 5.7$ ) [range: 13 - 46 years]. The 19-32 years age group was most exposed. 96% of patients were single. 68% of the subjects were continuing their secondary education while 41% of those who were inactive had no definite profession. 7% of the subjects were known to the pilot addictology center. Injunction by the judicial forces was found in 5% of cases. Concerning the level of education, 38% of cases had the level GCE ordinary level. 76 users (87%) were living in urban areas. The annual prevalences were as follows: 72.4% smoked tobacco; 72.4% smoked cannabis; 79.3% took alcoholic beverages and 50.5% took tramadol. The main psychiatric co-morbidities were: personality disorder (8%), substance-induced psychotic disorder (13%), major depressive disorder (5%), panic disorder (5%), self-harm (22%), dependence (55%) or even abuse of addictive substances (17%). **Conclusion:** More studies on the association of certain sociodemographic parameters and the use of each of the four major drugs are recommended.

**INTRODUCTION**

Le nombre de demandeurs de soins pour des troubles liés à l'usage des substances psychoactives a augmenté ces dix dernières années dans le monde et, l'Afrique n'est pas en reste d'après Yury Fedotov, en 2014 (1). Le même auteur rapporte un mort toutes les trois minutes lié à l'abus des drogues en 2012 et seul un toxicomane sur 6 aurait accès à des traitements sur la dépendance (1). Le développement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie comme décrit par Aviel Goodman dans les pays en voie de développement (2) nécessite plus de structuration (3) afin de mieux connaître les identités de leurs usagers. En Afrique la prévalence annuelle de l'abus de cannabis chez les 15-64ans varie de 7,7% à 13% (4-6). Au Benin en 2008, Nubukpo et al. ont retrouvé que la prévalence dans la population générale du tabagisme était de 17,1% et celle du tabac sous la forme fumée de 9,5% (7). En Tunisie une forte dépendance a été rapportée chez des étudiants soit, 48,7 % au tabac , 60 % à l'alcool et 95,7% au cannabis (8). La prévalence de l'expérimentation à tous les produits psycho-addictifs confondus était de 9,35% (9) chez les élèves marocains en 2016. La prévalence du tabagisme en population générale en 2014 était de 8,5% à Yaoundé (10). Cependant, les substances médicamenteuses psychoactives licites et nouvelles comme le tramadol « tramol » manquent de données dans nos pays en développement.

Le but de notre étude était de décrire le profil sociodémographique et les comorbidités des usagers consultant dans un centre de prise en charge d'addictologie à Yaoundé et de déterminer la prévalence annuelle d'usage des quatre drogues. Ce travail apportera une amélioration particulière à l'accompagnement des usagers des drogues tant en service d'addictologie, qu'en communauté avec une diminution des risques lié à l'usage régulière de ces drogues.

**MÉTHODOLOGIE**

Notre étude était transversale et descriptive, réalisée de novembre 2017 à Octobre 2018 sur une population d'usagers consultant pour une prise en charge au centre d'addictologie nouvellement réorganisé, en 2018 à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

Les usagers récents à actuels étaient les hommes et les femmes consommateurs réguliers, qui se sont présentés pour sevrage des substances addictives suivantes (les boissons alcoolisées, le tabac fumé ou cigarette industrielle, le tramol ou tramadol et le cannabis) et dont les dossiers médicaux ont été bien documentés par un seul psychiatre. Un usager récent, d'après Lejoyeux (11), était tout sujet ayant consommé plus de dix fois, au moins une des quatre substances addictives majeurs au cours de l'année précédente. L'usage d'héroïne par voie intraveineuse ou de méthadone ont été des critères d'exclusion.

Un usager actuel était un consommateur de drogues dans le mois passé supérieur à dix fois. Chaque usager a été informé des projets de recherche dans le cadre du

service d'addictologie. Chez les mineurs, l'accord des parents ou d'un tuteur a été systématiquement obtenu.

La collecte des données a été faite à un poste unique de consultation d'addictologie par le même psychiatre sur la base d'un examen clinique horaire. L'anamnèse, secondairement le dépistage urinaire des substances addictives par méthode immunochromatographique ont été des outils cliniques associés. L'évaluation de l'usage des drogues n'a pas nécessité un questionnaire standardisé. Les critères du Mini DSM-IV (12) ont permis de catégoriser les diagnostics psychiatriques.

L'analyse des données a été faite par le logiciel statistique Microsoft Excel 2003 et Epi data version 3.5.4. Des analyses descriptives ont d'abord été réalisées avec le calcul des pourcentages pour les variables qualitatives et des moyennes et écart-types pour les variables dimensionnelles.

Les autorisations de recherche cliniques auprès de la direction médicale de l'hôpital Jamot ont été demandées.

**RÉSULTATS**

**Caractéristiques sociodémographiques (Tableau 1 et 2)**

**Âge, sexe, poids**

Le tableau 1 représente les caractéristiques sociodémographiques. Quatre vingt sept usagers ont été inclus dont, 84 hommes (96%), soit un sex-ratio homme/femme de 28. La moyenne d'âge était de 22,04 ans (±5,7). Les âges extrêmes étaient 13 et 46 ans.

**Tableau I : Profil sociodémographique des usagers (n=87)**

	Effectif	%
<b>Homme</b>	<b>84</b>	<b>96</b>
<b>Age moyen</b>	<b>22,04 ans</b>	<b>(±5,7)</b>
<b>Origine demande des soins (%)</b>		
Couple mère-patient	45	52
Couple parents-patient	7	8
Couple père-patient	18	21
Couple sœur-patient	10	11
Patient seul	6	7
Demandeur sans liens de famille avec le patient	1	1
<b>Injonction (%)</b>		
Injonction scolaire	12	14
Injonction judiciaire (police et gendarmerie)	4	5
<b>Situation matrimoniale (%)</b>		
Célibataire	84	96
Union libre	3	4
<b>Niveau d'études (%)</b>		
Scolarité en cours	58	68
Primaire non validé	9	10
<b>Statut professionnel (%)</b>		
Actif	17	59
Non actif	12	41

**Mode d'accompagnement en consultation et dynamique familiale**

93% (81) des usagers se sont présentés pour leur première fois, dont 7% (6) des sujets ont fait personnellement leur demande de soins.

<b>Tableau II : Statut toxicologique, caractéristiques sociodémographiques et prévalence annuelle</b>					
<b>Variables</b>	<b>Tabac fumé oui/non</b>	<b>Cannabis f oui/non</b>	<b>Tramol Oui/non</b>	<b>Alcool Oui/non</b>	<b>Total</b>
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
<b>Age</b>					
13-18ans	12(46,1)/14(53,9)	13(50)/13(50)	14(53,8)/12(46,2)	17(65,3)/9(34,7)	26(29,8)
19-32ans	48(82,7)/10(17,3)	48(82,7)/10(17,3)	29(50)/29(50)	49(84,4)/9(15,6)	58(66,6)
33-46ans	3(100)/0	2(66,6)/1(33,4)	1(33,4)/2(66,6)	3(100)/0	3(3,6)
<b>Sexe</b>					
Femme	1(33,4)/2(66,6)	1(33,4)/2(66,6)	2(66,6)/1(33,4)	3(100)/0	3(3,5)
Homme	63(75)/21(25)	62(73,8)/22(26,2)	42(50)/42(50)	70(83,3)/14(16,7)	84(96,5)
<b>Milieu socioculturel et communautaire</b>					
Nordiste/ Peuls	3(75)/1(25)	2(50)/2(50)	3(75)/1(25)	1(25)/3(75)	4(4,9)
Anglophones et autres	3(60)/2(40)	4(80)/1(20)	3(60)/2(40)	5(100)/0	5(5,7)
Bamiléké	19(65,5)/10(34,5)	19(65,5)/10(34,5)	13(44,8)/16(55,2)	25(86,2)/4(13,8)	29(33,3)
Boulou/Beti/ Ewondo/Eton	24(80)/6(20)	22(73,3)/8(26,7)	17(56,7)/13(43,3)	23(76,6)/7(23,4)	30(34,4)
Bafia/ Banen	9(69,2)/4(30,8)	11(84,6)/2(15,4)	5(38,4)/8(61,6)	9(69,2)/4(30,8)	13(14,9)
Yambassa/ Bassa					
Bassa	5(83,3)/1(16,7)	5(83,3)/1(16,7)	2(33,3)/4(66,7)	6(100)/0	6(6,8)
<b>Milieu de résidence</b>					
Rural	10(90,9)/1(9,1)	7(63,6)/4(36,4)	6(54,5)/5(45,5)	11(100)/0	11(13)
Urbain	53(69,7)/23(30,3)	56(73,6)/20(26,4)	38(50)/38(50)	60(78,9)/16(21,1)	76(87)
<b>Niveau d'instruction</b>					
Niveau CE	4(44,4)/5(55,6)	5(55,6)/4(44,4)	4(44,5)/5(55,6)	7(77,7)/2(22,3)	9(10,3)
Niveau BEPC	22(68,7)/10(31,3)	19(59,3)/13(40,7)	16(50)/16(50)	24(75)/8(25)	32(36,7)
Niveau Probatoire	18(75)/6(25)	20(83,3)/4(16,7)	10(41,6)/14(58,4)	18(75)/6(25)	24(27,5)
Niveau BAC	6(75)/2(25)	7(87,5)/1(12,5)	6(75)/2(25)	7(87,5)/1(12,5)	8(9,1)
Niveau Licence	13(92,8)/1(7,2)	11(78,5)/3(21,5)	6(42,8)/8(57,2)	13(92,8)/1(7,2)	14(16,4)
<b>Activité professionnelle</b>					
Elève	29(61,7)/18(38,3)	33(70,2)/14(29,8)	26(55,3)/21(44,7)	35(74,4)/12(25,6)	47(54)
Etudiant(e)	10(90,9)/1(9,1)	10(90,9)/1(9,1)	5(45,4)/6(54,6)	10(90,9)/1(9,1)	11(13)
Chômeur(e)/sans emploi	12(100)/0	9(75)/3(25)	6(50)/6(50)	10(83,3)/2(16,7)	12(13,7)
Chauffeur transport (voiture ou moto)	2(66,6)/1(33,4)	1(33,4)/2(66,6)	0/3(100)	3(100)/0	3(3,4)
Technicien débrouillard	8(66,6)/4(33,4)	9(75)/3(25)	6(50)/6(50)	10(83,3)/2(16,7)	12(13,7)
Agriculteur	2(100)/0	1(50)/1(50)	1(50)/1(50)	1(50)/1(50)	2(2,2)
<b>Commune</b>					
Yaoundé 1er	7(46,6)/8(53,4)	11(73,3)/4(26,7)	8(53,4)/7(46,6)	8(53,4)/7(46,6)	15(20)
Yaoundé 2ème	3(100)/0	2(66,6)/1(33,4)	0/3(100)	3(100)/0	3(3,9)
Yaoundé 3ème	3(100)/0	2(66,6)/1(33,4)	1(33,4)/2(66,6)	2(66,6)/1(33,4)	3(3,9)
Yaoundé 4ème	25(73,5)/9(26,5)	28(82,3)/6(17,7)	16(47)/18(53)	30(88,2)/4(11,8)	34(44,7)
Yaoundé 5ème	3(42,9)/4(57,1)	2(28,6)/5(71,4)	4(57,1)/3(42,9)	4(57,1)/3(42,9)	7(9,2)
Yaoundé 6ème	5(100)/0	5(100)/0	2(40)/3(60)	5(100)/0	5(6,5)
Yaoundé 7ème	7(77,7)/2(22,3)	6(66,6)/3(33,4)	6(66,6)/3(33,4)	5(55,5)/4(44,5)	9(11,8)
<b>Religion</b>					
Catholique	30(85,7)/5(14,3)	30(85,7)/5(14,3)	13(37,1)/22(62,9)	31(88,5)/4(11,5)	35(40,2)
Sans vie religieuse	10(50)/10(50)	11(55)/9(45)	13(65)/7(35)	16(80)/4(20)	20(22,9)
Pentecôtiste	7(77,7)/2(22,3)	7(77,7)/2(22,3)	2(22,3)/7(77,7)	8(88,8)/1(11,2)	9(10,3)
Presbytérienne	9(100)/0	7(77,7)/2(22,3)	7(77,7)/2(22,3)	6(66,6)/3(33,4)	9(10,3)
Évangélique	5(71,4)/2(28,6)	6(85,7)/1(14,3)	4(57,1)/3(42,9)	4(57,1)/3(42,9)	7(8,5)
Musulman	1(33,4)/2(66,6)	0/3(100)	2(66,6)/1(33,4)	1(33,4)/2(66,6)	3(3,4)
Témoin de Jéhovah	2(100)/0	1(50)/1(50)	2(100)/0	2(100)/0	2(2,2)
Adventiste 7è jour	1(50)/1(50)	2(100)/0	1(50)/1(50)	2(100)/0	2(2,2)

Les sujets vivaient dans une famille séparée dans 37% (32) des cas, soit 23% (20) dans les familles monoparentales par séparation ou divorce et, 14% (12) dans les familles d'accueil avec absence des parents. 63% (55) des usagers vivaient dans une famille réunie par les parents. L'absence du père a été observée chez 37% (32) des sujets, alors que 22% (14) des cas avaient connu un décès d'un parent.

**La commune de résidence**

Le tableau II montre que 87% (76) des usagers vivaient en milieu urbain dont 44% (34) des usagers résidant de Yaoundé IVe contre, 20% (15) des résidents de Yaoundé I.

**Le rang dans la fratrie et le statut matrimonial (tableau II)**

73% (64) des cas étaient issu d'une famille de plus de trois enfants. Les enfants uniques représentaient 8% (7) des sujets. 28% (24) sujets étaient premier né, tandis que 22% (19) des cas étaient dernier né. Les célibataires étaient représentés à 84 (96%) et 9%(8) d'eux ont eu des enfants.

**Le niveau scolaire (tableau II)**

68% (58) des usagers étaient des élèves et des étudiants. 10% des usagers avaient un diplôme de CEP, 37% (32) des cas un diplôme BEPC, 27% (24) un diplôme de probatoire, 8% des cas un diplôme de BAC et 16% (14) des usagers un diplôme de Licence.

**Les activités professionnelles ou de revenu (tableau II)**

Chez les sujets non scolarisés, 59% (17) cas percevaient un revenu au secteur informel contre, 41% (12) de chômeurs sans allocation.

**Les prévalences sur la vie des substances addictives**

La prévalence annuelle des substances addictives sont mentionnées au tableau II comme suit :

- Tabac fumé (cigarette) 72,4% ;
- Cannabis fumé (joint ou M'banganga) 72,4% ;
- Tramol (Tramadol) 250mg cp 50,5% ;
- Boisson alcoolisée 79,3%

**Tabac fumé (tableau II)**

Le tableau II montre que Les prévalences les plus élevées de tabagisme ont été retrouvé chez les pratiquants catholiques (46,1%) puis les presbytériens (14,2%) et les pentecôtistes (11,1%). Les sans religions fumeurs de cigarettes étaient représentés à 15,8%. 62% des tabagiques étaient scolarisés dont, un tiers était des étudiants universitaires. Les tabagiques résidaient en milieu urbain dans 93% des cas. Ces usagers de cigarette avaient un niveau de diplôme BEPC chez 35% des cas, un niveau probatoire chez 28,5% des sujets, un niveau Licence chez 20,6%, un niveau BAC chez 9,2% et un niveau CEP chez 6,3%.

68% des cas poursuivaient leur scolarité tandis que 10% d'entre eux ont eu un niveau primaire non validé.

40% des usagers de cigarettes étaient des «autochtones de Yaoundé » soit les bété, et autres peuples assimilés.

**Cannabis fumé (tableau II)**

Sa prévalence a été de 72,4%. Il est consommé à la même fréquence que la cigarette, quelque soit

l'influence des variables suivantes : la tranche d'âge, le genre et l'ethnie culturelle. La zone urbaine a été le milieu par excellence de sa consommation soit 56% des usagers. Les élèves (52%) et les étudiants (15,8%) sont les plus grands consommateurs. Le tatouage indélébile à vie a été décrit au membre supérieur gauche chez 8cas (9%).

Les chômeurs et les sujets aux emplois précaires étaient représentés chez 30% des usagers de cannabis.

**Le tramadol ou tramol (tableau II)**

Il est dénommé « comprimés rouge ou bleu » par ses usagers et son dosage varie de 225 à 250mg. Sa prévalence annuelle a été de 50,5%, avec une fréquence élevée chez les sujets de 13-18ans comparé à la consommation de cigarette ou de cannabis. Sa consommation est plausible en milieu urbain. Les usagers scolarisés dans les classes inférieures à la «Première» soit un diplôme probatoire étaient plus adepte (71,4%) à cette substance comparé à ceux ayant un niveau supérieur au probatoire (28,6%).

**L'alcool**

Les usagers alcooliques se rencontraient plus chez les adolescents de 13-18ans comparé aux sujets de 33-46ans. L'alcool a été la substance addictive la plus consommée quelque soit le genre, la religion, l'ethnie culturelle, l'activité professionnelle, la commune ou le niveau d'éducation.

**III. Les comorbidités (tableau III)**

Tableau III : Prévalence annuelle des comorbidités		
Comorbidités	Effectifs	Fréquence (%)
Dépendance	48	55
Abus	15	17
Trouble dépressif majeur	13	15
Troubles psychotiques induit par une substance	11	13
Trouble panique	4	5
Antécédents d'actes autodestructeurs (Tentative de suicide ou automutilations)	14	22
Convulsions	3	3
Infection à VIH	3	7
Infection à Hépatite B	1	2
Tatouages membre supérieur gauche	8	9
Lésions dermatologiques (Acné frontal, prurigo)	3	3
Troubles de conduites alimentaire type Boulimie	3	3
Délinquance juvénile (trouble de la personnalité à spécifier)	7	8
Immigration de l'utilisateur à l'étranger	4	6
Immigration des parents à l'étranger	7	11
Antécédents psychiatriques familiaux	5	8
Antécédents familiaux d'abus ou de dépendance substances psychoactives	5	8

9% des cannabino-manes avaient un tatouage au membre supérieur gauche. 55% des sujets avaient une dépendance aux substances, contre 17% des cas un



abus aux substances addictives. Le trouble psychotique induit par une substance a été retrouvé chez 13% des cas. Le trouble dépressif majeur était retrouvé chez 15% des sujets. Le trouble panique a été le trouble anxieux le plus récurrent 5%. Les actes d'auto-agressivité ont été enregistrés chez quatorze cas (22%). L'infection à HIV était retrouvée chez trois cas (7%). La fréquence était faible chez d'autres comorbidités tels l'acné frontale (3%), la boulimie (3%), les convulsions 3% et l'infection à l'hépatite B non active 2%. L'amaigrissement a été constante chez 45 (52%) usagers avec un poids moyen des usagers à 66,34 kg.

### Les comorbidités (tableau III)

9% des cannabino-manes avaient un tatouage au membre supérieur gauche. 55% des sujets avaient une dépendance aux substances, contre 17% des cas un abus aux substances addictives. Le trouble psychotique induit par une substance a été retrouvé chez 13% des cas. Le trouble dépressif majeur était retrouvé chez 15% des sujets. Le trouble panique a été le trouble anxieux le plus récurrent 5%. Les actes d'auto-agressivité ont été enregistrés chez quatorze cas (22%). L'infection à HIV était retrouvée chez trois cas (7%). La fréquence était faible chez d'autres comorbidités tels l'acné frontale (3%), la boulimie (3%), les convulsions 3% et l'infection à l'hépatite B non active 2%. L'amaigrissement a été constante chez 45 (52%) usagers avec un poids moyen des usagers à 66,34kg.

### DISCUSSION

Nous avons décrits les profils sociodémographiques des usagers ayant fréquenté le nouveau centre opérationnel en 2018, d'addictologie de l'hôpital Jamot de Yaoundé

#### Données sociodémographiques

On a noté une prédominance masculine avec un sexe ratio de 28. Eric Guillem en France (13), avait un sexe ratio homme/femme de 2. La surreprésentation masculine dans nos résultats serait lié à la culture africaine, où l'usage des drogues chez les adolescents est une preuve de maturité au sein des adultes voire d'affirmation de soi devant leurs responsabilités contrairement à la jeune fille. Deplus la femme africaine reste attaché à ses soins physiques et à la maternité de sa progéniture future d'où l'évitement des substances addictives. Ces observations ont été aussi faite chez les marocains (10) où l'on avait 93% des hommes et 7% des femmes. Dans notre étude, l'usager le plus jeune avait 13 ans contre 46 ans pour le plus âgé et la tranche d'âge 19-32 ans représentait 66% de l'effectif. Deplus l'âge moyen était de 22,04 ans ( $\pm 5,7$ ). Anas OULMIDI à Marrakech en 2016(10), a retrouvé un âge moyen de 21,7ans avec la tranche d'âge 18-40ans la plus marquée. Les données françaises retrouvées un âge moyen de 27,5 ans ( $\pm 8,4$ ) aux extrémités de 15 à 51 ans. Nos usagers semblent plus jeune comparé aux usagers français. La population française étant plus vieillissante que la notre en tenant compte de l'espérance de vie et par conséquent, les expérimentations aux drogues se font tardivement avec l'âge. De plus les jeunes africains sont très tôt envoyés dans les champs de culture de tabac, de

mais voire de cannabis et ses espaces de cultures sont généralement très étendues. Pefura et al (14) avaient retrouvé à Yaoundé sur une étude portant sur l'addiction au tabagisme que 46% des sujets étaient âgés de 19-29 ans. Nos résultats ont montré que l'âge de première demande de soins a été à 13ans avec un début d'expérimentation à 12ans chez le garçon pour les boissons alcoolisées. Ces résultats ont été rapportés également par Stadelmann et al. et le rapport de l'OMS de 1999 (15,16), avec un âge d'initiation aux substances addictives à 12 ans chez les garçons et de 10 ans chez les filles. 7% des cas ont fait personnellement leur demande de soins alors que les données françaises (13) évoquent que deux tiers des personnes (63 %) ont personnellement initié leur accompagnement. Ces observations se justifient par le développement des centres d'addictologie et leur accessibilité des usagers en France. Dans les pays en voie de développement les soins sont à la charge des demandeurs, car l'on souligne la faible couverture des mutuelles de santé et le taux d'alphabétisation reste parfois faible aussi. L'on a enregistré une majorité de célibataire 96%. Le célibat dans le monde est généralement assimilé à un statut d'immaturation affective et d'individualité. Ces caractéristiques éloignent les usagers de la censure sociale liée à l'usage des drogues. Deplus la majorité des usagers étaient des adolescents en cours de scolarisation soit des personnes dépendantes d'autres. 10% des sujets de la population d'étude s'était arrêté aux études primaires, 73, 5% avaient un niveau d'éducation secondaire et 16 % des cas avaient le niveau universitaire. Ce dernier taux d'activité universitaire serait faible comparé à ceux retrouvé par Pefura et al. (32,1% ) à Yaoundé (14), Anas OULMIDI (21%) à Marrakech (10) et Eric Guillem et al (27%) (13). La poursuite des études universitaires serait un facteur ralentissant la pérennisation d'usage régulier aux drogues alors que, les échecs multiples ou inflexion scolaire dans les classes collégiennes de troisième en première sont des précurseurs à l'entrée à l'abus des drogues. 59% de la population d'étude étaient sans-emploi. 87% (76) des usagers résidaient en milieu urbain de Yaoundé. La consommation des drogues semble entretenue par un environnement sans emploi pour la multitude des adolescents venus des villages à la recherche d'un emploi ou des adolescents détenant des diplômes, mais sans emplois viables. Deplus les adolescents ou les adultes ne perçoivent pas d'allocation chômage après des formations professionnelles précaires. Ce décalage entre le taux des usagers sans emploi et le taux des résidents urbains est minime dans les études françaises où une politique du travail social est menée. Chez les français (13), le lieu de résidence était urbain pour 59 % des usagers et 40% des usagers avaient une activité professionnelle avec revenus viables.

#### Prévalence annuelle des usagers des substances addictives

Les amphétamines (MDMA) n'ont pas été retrouvées dans nos données car l'étude s'est faite dans un centre

d'addictologie et non dans les cafés de nuit. Deplus les enfants de la rue ne se sont pas présentés à notre consultation, d'où l'absence des drogues légères (solvants et colles) et certains médicaments (benzodiazépines, phénobarbital, méthadone, morphine et phencyclidine).

#### **Tabac fumé**

Plusieurs études (16) ont montré que les hommes consomment plus de cigarettes comparé aux femmes. 96% de notre échantillon était masculin et notre prévalence annuelle d'usage à la cigarette était 72,4%. Au Cameroun, Pefura et al (14) ont trouvé une prévalence de tabagisme actif de 8,4% (2014) dans la population générale et Mbatchou et al (17) ont rapporté une prévalence de 5,4% chez les étudiants (2011). Nubukpo et al. (7) au Bénin avait une prévalence de la consommation de tabac fumée de 9,5% en population générale (2008). Chakroun et al (18) en France, ont montré que la prévalence du tabagisme était de 35,6% chez les étudiants (2014). La prévalence d'usage sur la vie de la cigarette fumé reporté par Eric Guillem et al (13) a été de 99% en consultation d'addictologie. La prévalence augmente au fur et à mesure que l'échantillon se spécialise. Notre prévalence tabagique est comparable à celle d'Eric Guillem et al. (13) en France parce que la cigarette reste une drogue licite accessible surtout en consultation spécialisée.

#### **Cannabis fumé**

Le cannabis est certainement la drogue la plus consommé dans le monde. Au Maroc, cette substance arrive en troisième position, derrière l'usage du tabac et de l'alcool (19) chez les adolescents. La prévalence trimestrielle de cannabis en Tunisie (9) auprès d'un groupe d'étudiants était de 20,2% (2017). La fréquence de consommation de drogues (cannabis en tête) chez les élèves ivoiriens(6) était de 8-16%. Notre prévalence annuelle de cannabis fumé était de 72,4%. La prévalence sur la vie de l'usage de cannabis fumé en France a été de 100% selon Eric Guillem et al. (13). Notre taux inférieur d'usage de cannabis s'éloigne des données françaises. Le taux élevé de la prévalence annuelle d'usage du cannabis dans notre milieu se justifie par un manque de personnel formé dans la prise en charge en addictologie des centres existants.

#### **L'alcool**

De nos résultats, l'usage anormal d'alcool se présente comme la voie d'accession à d'autres substances psychoactives. Sa prévalence annuelle 79,3% est en tête, derrière celle du tabac fumé, du cannabis fumé et de la consommation de tramol. Les fréquences d'alcoolisation des sujets de 13-18 ans était de 24% contre 4% chez les 33-46 ans. Ntone et al.(20), ont trouvé une prévalence de la consommation d'alcool de 87,93% chez les étudiants. Ces taux élevés témoignent du retard de la prise en charge de l'alcoolisme dans nos milieux de soins auprès de cette population de jeune. Les données françaises (13) rapportent une prévalence sur la vie de 96% de l'usage à une boisson alcoolique avec un âge de début à 14 ans. Les boissons alcoolisées sont expérimentés très tôt à 12 ans chez nos garçons. La proximité des établissements

de boisson à coté des établissements scolaires expliquerait cet usage précoce.

#### **Tramol (tramadol)**

Notre prévalence annuelle du tramol était de 50,5%. C'est un médicament psychoactif fortement utilisé par certains adolescents de moins de 18 ans voire les jeunes filles avant l'expérimentation au cannabis ou à la cigarette, à des fins d'améliorer leur performance sexuelle (21). Sa prévalence annuelle est restée inférieure à celle d'autres drogues. Cette différence peut se justifier par la réglementation autour de ce médicament (22) et son absence de production locale.

#### **Comorbidités**

8% des usagers ont été catégorisé dans la délinquance juvénile et seulement 5% se sont présentés pour les soins sous l'injonction judiciaire. Ces chiffres montrent le niveau d'information voire de collaboration entre certaines structures judiciaires et les structures de soins d'addictologie (23), très utiles dans la lutte contre l'usage des drogues. L'abus et la dépendance des substances arrivent en tête dans les comorbidités chez nos usagers. Les substances addictives retrouvés dans ces drogues et un âge précoce chez le grand enfant usager expliqueraient cette dépendance psycho-physique (24,25). Deux troubles psychiatriques majeurs ont été retrouvés chez nos cas ; le trouble dépressif majeur avec éléments amotivationnel et le trouble psychotique induit (13%) par les drogues avec signes déficitaires très marqués. Le temps d'exposition aux drogues, la personnalité névrotique de nos cas voire des antécédents familiaux peuvent justifier la prévalence de ces comorbidités psychiatriques (26,27).

#### **CONCLUSION**

Cette étude est une première dans un service d'addictologie de Yaoundé. Les données observées dans ce travail vont contribuer à l'amélioration de la promotion à la santé publique de notre pays. Les polytoxicomanes masculins aux boissons alcoolisées, au tramol, au cannabis fumé et à la cigarette ont été les usagers les plus représentés, comme la montré les prévalences y afférentes. Les données sociodémographiques ont mis en évidence la tranche d'âge des usagers compris de 12 à 32ans avec des comorbidités d'abus, de dépendance, de troubles dépressifs majeurs et de troubles psychotiques induits par les drogues. Ces informations permettront de mieux agir dans les soins d'accompagnement de nos cas en service d'addictologie, afin de diminuer les prévalences annuelles enregistrées. Nous recommandons des études ultérieures montrant des associations entre certains paramètres sociodémographiques cités et, la consommation anormale des ces quatre substances psychoactives. des enquêtes épidémiologiques sur des grandes puissances à partir des questionnaires standardisés type GSHS (Global school-based student health survey) adaptés à notre culture, auprès des adolescents sont motivables aussi à l'avenir.

## RÉFÉRENCES

1. Le Chef de l'ONU DC préconise une action mondiale intégrée, globale et coordonnée pour traiter tous les aspects de l'offre et de la demande de drogues | Couverture des réunions & communiqués de presse [Internet]. [cited 2021 Apr 29]. Available from: <https://www.un.org/press/fr/2014/agshc4099.doc.htm>
2. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* 1990;85(11):1403–8.
3. Le ministre de la santé publique. DECISION N°0132/D/MINSANTE/CAB DU 22 JAN 2021 Portant nomination des chefs de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – Recherche Google [Internet]. N°0132/D/MINSANTE/CAB DU 22 JAN 2021 p. 4. Available from: [https://www.google.com/search?q=DECISION+N%C2%B00132/D/MINSANTE/CAB+DU+22+JAN+2021+Portant+nomination+des+chefs+de+centres+de+soins,+d%27accompagnement+et+de+pr%C3%A9vention+en+addictologie&client=firefox-b-d&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=II7mySct\\_1XkM%252CQTGKcF9FhwESBM%252C\\_&vet=1&usg=AI4\\_-kTYXvHDr51FLJHLn5aAFTvH85HIXQ&sa=X&ved=2ahUK Ewi15OeoqjwAhULG-wKHb8dDSMQ9QF6BAGUEAE#imgrc=HE8hCIOR5vVZIM](https://www.google.com/search?q=DECISION+N%C2%B00132/D/MINSANTE/CAB+DU+22+JAN+2021+Portant+nomination+des+chefs+de+centres+de+soins,+d%27accompagnement+et+de+pr%C3%A9vention+en+addictologie&client=firefox-b-d&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=II7mySct_1XkM%252CQTGKcF9FhwESBM%252C_&vet=1&usg=AI4_-kTYXvHDr51FLJHLn5aAFTvH85HIXQ&sa=X&ved=2ahUK Ewi15OeoqjwAhULG-wKHb8dDSMQ9QF6BAGUEAE#imgrc=HE8hCIOR5vVZIM)
4. Nadeau L, Biron C. Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie. Presses Université Laval; 1998.
5. Richard D, Senon J-L. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Larousse; 2004.
6. N'Dri KM, Soumahoro MK, Kouassi PD, IpouSY, Kone CJ, Mian NNA, et al. Epidémiologie de la consommation des substances psychoactives en côte d'ivoire: revue systématique de la littérature. *Rev Bio-Afr-N.* 2018;17:34–42.
7. Nubukpo P, Gbary AR, Ouendo E-M, Kounouhehoua N, Segnon J, Laqueille X, et al. Le tabagisme en population générale au Bénin. *Alcoologie Addictologie.* 2012;34(4):265–72.
8. Cisse VMP. Comorbidités somatiques au Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD), premier centre d'Afrique de l'Ouest. *Rev Afr Malgache Rech Sci Santé* [Internet]. 2019 Jan 14 [cited 2021 Feb 24];1(1). Available from: <http://publication.lecames.org/index.php/sante/article/view/1451>
9. Jebali C, Kahloul M, Ibn Hassine N, Kacem I, Hafsia M, Jaouadi M, et al. Addictive behaviors in nursing students in a private tunisian institute. *Rev Med Brux.* 2019;40(3):133–9.
10. Anas OULMIDI. Profil épidémiologique des usagers de substances psychoactives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech [Internet]. [MARRAKECH]: Université de CADDI AYYAD, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech; 2016 [cited 2021 Mar 23]. Available from: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2016/these150-16.pdf>
11. Lejoyeux M. *Addictologie.* Elsevier Health Sciences; 2017.
12. American Psychiatric Association. Troubles lié à une substance. In: *Mini DSM-IV Critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Masson. Paris: Masson; 1996. p. 105–45.
13. Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S, Lépine J-P. Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidité psychiatrique des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée. *L'Encéphale.* 2009;35(3):226–33.
14. Pefura-Yone EW, Balkissou AD, Theubo-Kamgang BJ, Afane-Ze E, Kuaban C. Prévalence et facteurs associés au tabagisme à Yaoundé, Cameroun. *Heal Sci Dis.* 2016;17(3).
15. Stadelmann S, Samitca S. Système d'indicateurs sur les addictions. Chiffres-clefs sur la consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 11 à 24 ans dans le canton de Vaud. Données ESS 2017 et HBSC 2018. 2020;
16. Organization WH. Santé et développement de l'adolescent: pour une programmation efficace: rapport d'un Groupe d'étude OMS/FNUAP/UNICEF sur la programmation relative à la santé des adolescents. 1999;
17. Mbatchou Ngahane BH, Luma H, Mapoure YN, Fotso ZM, Afane Ze E. Correlates of cigarette smoking among university students in Cameroon. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013;17(2):270–4.
18. Chakroun N, Doron J, Swendsen J. Fréquences de la consommation de substances psychoactives et de la psychopathologie chez de jeunes adultes en première année d'Université. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Elsevier; 2007. p. 714–8.
19. Zarrouq B, Bendaou B, El Asri A, Achour S, Rammouz I, Aalouane R, et al. Psychoactive substances use and associated factors among middle and high school students in the North Center of Morocco: a cross-sectional questionnaire survey. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1–9.
20. Ntone F, Kamgueng EW, Ankouane F, Tzeuton C, Sida MB. Facteurs Favorisant la Consommation des Boissons Alcoolisées par les Étudiants des Campus Universitaires au Cameroun. *Heal Sci Dis.* 2017;18(3).
21. Darweesh AEM, Khalifa H, Gabra RH, Fahim MM. Male Sex Hormone affection in patients with Tramadol dependance. *Middle East Curr Psychiatry.* 2020;27(1):1–5.
22. Bellissant É, Colin F, Le Gac F, Mouchel C, Oger E, Picard h S, et al. Brèves de pharmacovigilance. *Médecine.* 2011;7(7):304–5.
23. Chauvet M, Kamgang E, Ngui AN, Fleury M-J. Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives: prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal; 2015.
24. Auf RA, Radwan GN, Loffredo CA, El Setouhy M, Israel E, Mohamed MK. Assessment of tobacco dependence in waterpipe smokers in Egypt. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(1):132–7.
25. Maldonado R. The endogenous opioid system and drug addiction. In: *Annales pharmaceutiques francaises.* 2010. p. 3–11.
26. Thomas P, Amad A, Fovet T. Schizophrénie et addictions: les liaisons dangereuses. *L'encéphale.* 2016;42(3):S18–S22.
27. Fernandez ML, Bonnet MA, Jauffret MC, Niel MÉ, Pedinielli PJ-L. Dépendance au cannabis et événements de vie. *Alcoologie Addictologie.* 2006;28(1):29–40.