

Dr Simliwa Kolou Dassa*, **Dr Daniel Mbassa Menick****, **Dr Kapouné Karfo*****, **Mme Essohouna Apidé Talbikpeti******,
Pr Gnansa Christophe Djassoa*****, **Pr René-Gualbert Ahyi*******

* Maître-assistant en psychiatrie, Clinique de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU-Campus, 02 BP 20763, Lomé, Togo
Courriel : dkolou@yahoo.fr et kdassa@hotmail.com

** Chef de service, Clinique universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, Hôpital Jamot, Yaoundé, Cameroun

*** Maître-assistant en psychiatrie, CHNU, Ouagadougou, Burkina Faso

**** Éducatrice spécialisée, ***** Professeur de psychologie, Clinique de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU-Campus, Lomé, Togo

***** Professeur de psychiatrie, CHNU, Cotonou, Bénin

Reçu mars 2008, accepté août 2008

Les difficultés psychosociales des toxicomanes

Étude dans des ghettos de Lomé (Togo)

Résumé

L'objectif de cette étude était d'identifier les difficultés psychosociales et les facteurs de rechute après sevrage des toxicomanes des ghettos de Lomé (Togo). Il s'agissait d'une étude transverse descriptive à passage unique du 10 février au 20 mai 2005 dans quatre ghettos de Lomé, choisis au hasard. Les principaux paramètres d'études étaient les caractéristiques bio-sociales, la nature et le mode de consommation des substances psychoactives, le vécu et enfin les facteurs associés à la rechute. Les 50 sujets interrogés étaient âgés de 15 à 45 ans, dont 90 % d'hommes, 68 % de célibataires, 22 % issus d'une famille séparée, 34 % d'ouvriers, 20 % de chauffeurs, 30 % de poly-toxicomanes, 4 % d'injecteurs, avec des dépenses quotidiennes de 5 000 à 10 000 francs CFA pour 80 % des usagers. Il a été impossible pour 38 % des sujets de faire des économies, tandis que 20 % avaient l'impression d'être inutiles à la société et 12 % regrettaient de ne pas pouvoir fonder un foyer. Près de 75 % ont tenté un sevrage ; 94 % ont regretté d'être devenus toxicodépendants ; 82 % ont souhaité de l'aide pour arrêter l'usage mais n'ont pas su à qui s'adresser après le sevrage pour éviter de rechuter ; 98 % ont lié leur rechute à l'absence de centres de traitement et de postcure. La création de centres de traitement et de postcure s'avère indispensable au Togo.

Mots-clés

Psychosociologie – Addiction – Ghetto – Afrique – Togo.

Dans les pays industrialisés, les politiques de lutte contre la drogue occupent une place importante dans les programmes régionaux et nationaux. Les données épidé-

Summary

Social and psychological difficulties of drug addicts in ghettos of Lomé (Togo)

The aims of this study were to determine psychosocial difficulties and factors of relapses among ghetto drug addicts in Lomé, Togo. It has been a descriptive cross-sectional study from February 10th to May 20th, 2005 in four ghettos of Lomé, choosed at random. The main parameters of studies have been social characteristics, nature and mode of consumption of the toxic and finally factors associated to the relapse. The 50 subjects involved in the study were 15 to 45 years old: men 90 % of the sample, bachelors 68 %, and subjects from separated family 22 %, workers 34 % and drivers 20 %. Multiple drug users represented 30 %, injectors 4 % and daily expenses amount was 5,000 to 10,000 Francs CFA for 80 % of users. For 38 % of them, it was impossible to make savings and realizations, while 20 % had the impression to be useless and 12 % regretted that they where unable to base a furnace. About 75 % of addicts tried a withdrawal, 94 % of subjects regretted to have fallen in drug addiction and 82 % have wished an assistance to stop the addiction but did not know which services to apply to after the withdrawal in order to avoid relapse; 98% linked their relapse to the lack of treatment and rehabilitation centres. Specialised medical, social and rehabilitation centres are indispensable in Togo.

Key words

Psychosociology – Addiction – Ghetto – Africa – Togo.

miologiques sur l'abus de drogue ainsi que sur la morbidité et la mortalité qui lui sont attribuables y sont bien documentées, et la prise en charge des personnes ayant des

conduites addictives est une priorité de santé publique. Dans la sous-région ouest africaine, force est de constater que la prise en charge de l'abus de drogue reste reléguée au second plan des priorités sanitaires malgré les volontés politiques affichées de faire de la lutte contre la drogue une préoccupation nationale (1). La consommation de drogues est en train de prendre des dimensions inquiétantes. À quelques nuances près, les différents états de la sous-région ouest africaine sont confrontés au trafic et à l'abus de drogues, telles que le cannabis, les amphétamines, les barbituriques et d'autres produits comme des décoctions de plantes hallucinogènes, l'alcool ou les drogues dures. À la faveur de la mondialisation de l'offre, les substances telles que l'héroïne et la cocaïne font désormais leur apparition, lesquelles, plus qu'en Europe sans doute, sont coupées et adultérées par des produits qui les rendent plus dangereuses encore. Ce problème d'abus de drogue en tant que phénomène social est d'autant plus préoccupant qu'il est très répandu chez les jeunes, maillon le plus productif de toute société (2). Et cela d'autant plus que les drogues paraissent avoir des effets beaucoup plus violents qu'en Europe ou aux États-Unis sur des populations jeunes qui vivent des situations de marginalisation sociale, de déracinement, d'éclatement des familles ou de traumatismes psychologiques.

En Afrique de l'Ouest, la marijuana est réputée rendre inévitablement fou, violent et meurtrier. Et effectivement, les consommateurs de chanvre indien accueillis dans les hôpitaux de l'Afrique de l'Ouest répondent parfaitement à cette description (2). Les personnes qui n'ont jamais fait l'expérience du cannabis les regardent avec une certaine méfiance ; la drogue est dangereuse, elle rend fou ; les consommateurs de drogue ne sont donc pas acceptés par la société et, une fois découverts, ils sont détestés dans leur milieu et rejetés par leur famille. Il s'ensuit une mise à l'écart sociale qui engendre des "morts vivants". Le consommateur de marijuana radicalement marginalisé par son entourage tend à assumer les comportements qu'on lui prête : violence, folie, tendances à l'autodestruction. Pour ces raisons, la consommation de ce produit en Afrique exacerbe les effets des traumatismes psychologiques et des déviations sociales. Par ailleurs, la pandémie de VIH/sida pose en des termes nouveaux la question de la lutte contre la drogue. Dans le même temps, on constate que dans la plupart des pays de cette sous-région, il n'existe pas de structures spécifiques de prise en charge des personnes ayant un problème avec la drogue. Ces personnes sont généralement admises et traitées dans les services de psychiatrie comme tout autre malade atteint de pathologie mentale, ce qui ne permet pas toujours de garantir des

offres de soins de qualité, accessibles financièrement et géographiquement aux patients.

Les ressources humaines pour la prise en charge sont insuffisantes tant en quantité qu'en qualité (2). De par sa situation géographique, le Togo constitue un point central de l'axe routier Lagos-Cotonou-Lomé-Accra-Abidjan, favorisant ainsi le développement du trafic et de l'usage des drogues. Entre 1990 et 1993, les troubles sociopolitiques ont favorisé la recrudescence de la dyssocialité, du grand banditisme et la prolifération de ghettos. De récentes études ont montré que l'âge de prédilection pour la première consommation de substance psychoactive se situe entre 13 et 23 ans (3, 4). Le constat est que le vécu, le sentiment de regret et le désir de s'en sortir chez certaines victimes de la drogue contrastent avec l'absence de structures appropriées de prise en charge. L'objectif de cette étude a été d'identifier les difficultés psychosociales et les facteurs de rechutes des toxicomanes des ghettos de Lomé.

Méthode

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée du 10 février au 20 mai 2005 dans quatre ghettos de la ville de Lomé. Les quatre sites (Chez Prosper, Chez Félix, Bar Ricardo, la Lagune de Bè) ont été tirés au hasard selon la méthode de sondage aléatoire simple après avoir affecté un numéro à chacun des 12 ghettos les plus connus de la ville de Lomé (5). À Lomé, le ghetto est un endroit (maison, immeuble abandonné, cimetière, enclos, bar, plage, etc.) où toxicomanes et dealers se rencontrent secrètement pour l'achat, la vente et la consommation de drogues illicites (6, 7). Une technique d'échantillonnage ad hoc a été utilisée pour constituer les effectifs durant la période d'étude : les enquêteurs interrogeaient les sujets présents sur le site après avoir obtenu leur consentement verbal. Ont été inclus dans l'étude tous les sujets conscients et consentants capables de communiquer. Les sujets délirants, refusant l'entretien ou déjà interviewés ont été exclus de l'étude. Les données ont été collectées par trois enquêteurs, membres actifs de l'organisation non gouvernementale VLP (Vie libre positive), organisation de lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie créée en 1991 et reconnue par les pouvoirs publics (8). Le questionnaire, pré-testé, était rempli directement devant les sujets interrogés et comprenait essentiellement les renseignements bio-sociaux, l'âge du début de l'usage, l'objectif de la consommation et les effets réellement ressentis, les différents modes de consommation et le type de substances consommées, les coûts, le désir ou non de "décrocher" et les difficultés vécues.

Dans le contexte de cette étude, ont été considérées comme substances psychoactives les psychotropes pris en automédication (tranquillisants, antidépresseurs, psychostimulants, etc.) et les drogues illicites (cannabis, opiacés, amphétamines, cocaïne, etc.). Pour des considérations éthiques et déontologiques, les questionnaires étaient anonymes et évitaient certaines variables (ethnie, religion, nationalité); de plus, une possibilité de prise en charge médicopsychologique dans les deux centres hospitaliers universitaires de Lomé a été proposée aux personnes interrogées motivées pour un sevrage. Les données recueillies ont été traitées manuellement.

Résultats

Données sociodémographiques

Sur les 68 sujets interrogés, seulement 50 sujets (90 % d'hommes) ont constitué le collectif de la présente étude, les 18 autres ayant fourni des informations incomplètes ou inexploitable. Ils étaient âgés de 15 à 45 ans (moyenne : 30 ans), les tranches d'âge 20-25 ans (36 %) et 25-30 ans (30 %) étant les plus représentées. 68 % de l'échantillon étaient célibataires, 24 % mariés, 6 % divorcés, 50 % issus de familles polygames et 22 % de familles divorcées ou séparées. Sur le plan occupationnel, 34 % étaient ouvriers, 20 % chauffeurs, 14 % commerçants, 6 % élèves ou apprentis (tableau I).

Tableau I : Répartition des 50 sujets selon les données sociodémographiques

Paramètres		Effectifs
Statut marital	Marié	12 (24 %)
	Célibataire	34 (68 %)
	Divorcé	3 (6 %)
	Veuf	1 (2 %)
Situation familiale	Polygame	25 (50 %)
	Monogame	14 (28 %)
	Divorce/séparation	11 (22 %)
Occupation	Ouvrier	17 (34 %)
	Commerçant	7 (14 %)
	Chauffeur	10 (20 %)
	Élève	3 (6 %)
	Fonctionnaire	2 (4 %)
	Autre	11 (22 %)
Total		50 (100 %)

Données sur l'abus de substance psychoactive

L'âge du début de l'usage de substance se situait pour la majorité (74 %) entre dix et 20 ans, dont 16 % entre dix

et 12 ans, 26 % entre 13 et 15 ans et 21 % entre 16 et 18 ans. La moyenne d'âge du début des consommations est de 16 ans, avec deux moments privilégiés entre 15 et 16 ans et 18 et 19 ans. Dans la majorité des cas, le tabac (95 %) et l'alcool (63 %) ont été associés au début de l'addiction. Les intermédiaires du premier contact avec la substance psychoactive ont été les camarades et amis (64 %), les chefs de groupe des enfants de la rue (18 %), un parent (14 %) (tableau II). La consommation est quotidienne et régulière, et, globalement, la fréquence d'utilisation varie d'une à cinq fois par jour, 70 % des sujets consommant plus de deux fois et 15 % une seule fois. Les effets recherchés, diversement associés, sont principalement le plaisir (48 %), la facilitation de la communication (32 %) et l'oubli des soucis (22 %). La cocaïne et le crack (40 %) sont les substances les plus utilisées, suivies du cannabis (24 %) et de l'héroïne (20 %). L'injection était utilisée par deux sujets (4 %), le fumage par 60 % et l'inhalation par 30 %.

Tableau II : Répartition des 50 sujets selon le mode de découverte de la drogue, les effets principaux recherchés, les raisons du regret de l'usage, du mode de consommation et des dépenses quotidiennes

Paramètres		Effectifs
Mode de découverte*	Compagnie/fréquentation	28 (56 %)
	La rue	9 (18 %)
	Par un parent	7 (14 %)
	Occasion de fête	4 (8 %)
	Par des touristes	2 (4 %)
	Sans précision	5 (10 %)
Type de drogue**	Cocaïne***	15 (30 %)
	Cannabis	12 (24 %)
	Héroïne	10 (20 %)
	Crack	5 (10 %)
	Psychotropes	2 (4 %)
	Poly-usage	8 (16 %)
Effets recherchés*	Recherche de plaisir	24 (48 %)
	Communication facilitée	6 (12 %)
	Oubli des soucis	6 (12 %)
	Performance scolaire	2 (4 %)
	Sans précision	12 (24 %)
	Raisons du regret* (n = 47)	Économie impossible
Sentiment d'être inutile		19 (40 %)
Rupture des liens		9 (19 %)
Attitudes antisociales		8 (17 %)
Parentalité impossible		6 (13 %)
Mode consommation*		Fumage
	Inhalation	15 (30 %)
	Ingestion	14 (28 %)
	Injection	2 (4 %)
	Dépenses par jour (francs CFA)	Moins de 5000
De 5000 à 10000		25 (50 %)
De 11000 à 20000		7 (14 %)
Plus de 20000		3 (6 %)

* Seules les drogues illicites sont considérées.

** Association de plusieurs paramètres possible.

*** La dose d'héroïne (*pinch*) coûte 500 F, celle de cocaïne 1500 F; certains ont déclaré dépasser cinq doses par jour.

La moitié des sujets ont déclaré 5 000 à 10 000 francs CFA de dépenses quotidiennes pour leur besoin de consommation, 30 % moins de 5 000 F et 14 % de 10 000 à 20 000 F. Les revenus journaliers ou mensuels n'ont pas été étudiés dans le cadre de l'étude. L'émergence de comportements violents ayant conduit à commettre des actes antisociaux a été déclarée par sept sujets : un meurtre de nourrisson de 18 mois, quatre viols de mineures, deux vols à mains armées et une tentative d'incendie.

Aspects cliniques

Le sentiment de bonheur/joie (44 %), de capacité à tout faire (26 %) et l'excitation (14 %) ont été les principaux effets, diversement associés, ressentis après l'usage (tableau II). Concernant le vécu de la consommation, 94 % des sujets ont regretté être devenus toxicomanes, contre 6 % qui se plaisaient dans leur dépendance ; les raisons évoquées ont été l'impossibilité de faire des économies (38 %), le sentiment d'être inutile et dangereux pour la société (20 %), la rupture des liens familiaux (14 %). Dans 82 % des cas, les sujets interrogés ont souhaité de l'aide pour décrocher ; 75 % ont déjà essayé un sevrage et n'ont pas tenu longtemps. L'absence de centres de traitement et de postcure a été la raison évoquée par 98 % des sujets pour justifier la rechute.

Discussion

Cette étude transversale menée sur 13 semaines n'a porté que sur l'analyse de certains paramètres de 50 sujets toxicomanes interrogés dans un nombre limité de ghettos de la ville de Lomé. La présence des trois enquêteurs semble avoir créé une certaine méfiance chez des usagers qui se sont donc cachés ou qui ont refusé de participer à l'étude. Une autre limite du travail est d'avoir étudié uniquement les drogues illicites, ne scindant pas les paramètres par catégorie de drogue. Les résultats ne doivent donc pas être généralisés. Toutefois, si notre travail n'avait pas la prétention d'une étude exhaustive des problèmes de toxicomanie au Togo, il a permis de fournir quelques données de base sur l'usage de substances psychoactives dans les ghettos. Ainsi, une étude prospective plus étendue serait souhaitable en vue de combler les lacunes de ce travail liminaire. Sur le plan sociodémographique, l'âge moyen des sujets (30 ans) concorde avec les résultats des travaux de Sévon (7) et de Bassoti (3) qui avaient respectivement trouvé 27 et 28 ans à Lomé. De même, la prédominance masculine (90 %) a confirmé les résultats de Bénissan (4) et Sévon (7) du Togo, Sagbo (9) du Bénin.

Dans les traditions africaines, les guerriers utilisaient des substances psychoactives avant tout combat et lors de certaines cérémonies (tatouage, circoncision, fête religieuse traditionnelle, etc.) ; des substances tirées des plantes spécifiques se mâchaient afin de rendre les hommes insensibles aux douleurs. De même, certains grands prêtres les utilisaient pour communiquer avec les divinités. Mais, il faut préciser que tous ces "usages initiatiques" de la drogue étaient strictement contrôlés et en aucun cas les enfants et les femmes n'y étaient associés. Ces derniers n'utilisaient la drogue que très rarement, sous la supervision des adultes initiés (10, 11). En Afrique, une femme qui consomme de l'alcool dans les lieux publics ou qui fume est souvent considérée comme ayant des mœurs légères et est par conséquent peu respectée : ces tabagisme et alcoolisme féminins très mal tolérés culturellement par la société expliqueraient le fait que les femmes soient moins exposées à la dépendance aux substances psychoactives.

Le taux de dépendance à la cocaïne (40 %, avec le crack, dans notre étude) diverge de ceux moins élevés indiqués dans des revues de la littérature (3, 10, 12). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette divergence : notre étude a ciblé les ghettos, zones de prévalence élevée d'abus de drogue ; la taille trop petite de l'échantillon ; l'absence de sujets de moins de 15 ans. Néanmoins, si cette situation se confirmait, elle traduirait une aggravation de l'usage de substances psychoactives dans notre pays. Les saisies de drogue par la brigade de répression ont augmenté entre 2002 et 2005 : 4 617,10 kg dont 4 067,95 kg de cannabis, 997,70 kg de cocaïne et 51,45 kg d'héroïne (6, 13). Le mode privilégié de découverte du toxique par le biais des amis (56 %) et de la rue (18 %) confirme l'influence des amis et camarades chez les adolescents et adultes jeunes qui, dans 32,1 % des cas, s'adonnent aux stupéfiants à cause d'un ami (2, 4). Ceci est le fait de l'imitation, du désir de plaire à ses amis, de l'effet de groupe et de la désaffiliation sociofamiliale.

Le phénomène des enfants de la rue est issu du processus de développement socioéconomique en Afrique sous l'effet de la mondialisation qui a provoqué une rupture du système social traditionnel, entraînant une fragilisation de l'équilibre mental avec une plus grande vulnérabilité chez les jeunes. La crise économique accentuée par la dévaluation du franc CFA a fait doubler la dette extérieure et a provoqué l'inflation. Cette situation a exacerbé la pauvreté dans les pays, surtout dans les zones rurales où 35 % de la population vit en dessous du seuil d'extrême pauvreté. La quasi-totalité des grandes villes africaines connaissent ce problème, à l'instar de Bamako (Mali) où l'on a dénombré

près de 4 348 enfants errants dont 3 614 garçons (83 %) et 734 filles (17 %), tous âgés entre 11 à 18 ans, selon l'enquête réalisée en octobre 2002 (14).

Notre échantillon comportait deux sujets (4 %) qui utilisaient l'héroïne par voie injectable ; ce résultat concorde avec une précédente étude faite à Lomé qui avait donné un taux de 4,9 % d'injecteurs de drogue sur un échantillon de 647 sujets issus de six groupes cibles vulnérables (13). Traoré (15) dans une étude réalisée en 2004 au Burkina Faso avait noté un seul cas chez les usagers de substance psychoactive dans les maisons d'arrêts, sur les sites aurifères et chez les professionnelles du sexe. Les usagers de drogue injectable ont des comportements à risque qui les exposent à des infections, virales particulièrement (VIH, VHB, VHC). Des actions préventives doivent être envisagées pour réduire les risques liés à l'usage des drogues injectables. Dans de nombreux pays développés, les programmes d'échange de seringues (PES) ou les systèmes d'information à l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS) sont des éléments-clés de la politique de réduction des risques (13).

La consommation de substance psychoactive entraîne d'énormes dépenses pour les usagers. Il ressort de notre étude que quand le toxicomane n'a pas de ressources propres, il dépense au moins 5 000 francs CFA par jour ; le coût (direct et indirect) élevé, l'impossibilité de faire des économies et l'obligation de commettre des actes antisociaux font souvent naître chez les victimes (94 %) le sentiment de regret d'être tombé dans le piège. Le désarroi est perceptible dans les assertions suivantes, pour reprendre les termes d'une victime : "comme c'est dangereux d'approcher le bord d'un précipice, c'est aussi dangereux d'approcher la drogue..." ; "même si on est un champion, on a envie de rester chez soi tranquillement, ce qui n'est pas possible quand on est toxicomane, car on est désormais esclave de la drogue". Ainsi, sous l'emprise de la drogue ou du manque, des conduites antisociales sont fréquemment commises pour financer la consommation (16-18).

Dans le cas de notre étude, les sujets ne savent pas à qui s'adresser pour s'en sortir. En effet, il n'existe pas encore au Togo de structures de postcure ni de structures d'accueil et de soins ambulatoires hors hôpital, dans les communautés. Cependant, les structures hospitalières peuvent offrir des prestations en matière de sevrage et de traitement des comorbidités. La création de centres de traitement et de postcure a été l'objectif du Plan national d'action antidrogue (PNAAD) adopté par le gouvernement togolais par décret n° 2000-076/PR du 21 août 2000 en vue d'assurer

l'efficacité de toutes les dispositions prises pour lutter contre le problème de l'addiction dans notre pays (6). Ce plan n'a pas encore été mis en œuvre.

Conclusion

Les jeunes sous l'emprise de l'abus de drogue vivent dans une situation de détresse, souffrent énormément sur tous les plans (moralement, physiquement, matériellement, financièrement), regrettent leur comportement et cherchent à s'en sortir. Le regret s'explique dans la plupart des cas par les nombreuses contraintes pesant dans la vie de l'utilisateur de substance psychoactive. Ces constats doivent nous amener à une approche novatrice qui s'applique à cerner la lutte contre la drogue dans sa globalité. En conséquence, à côté des mesures salutaires de réduction de l'offre, il importe de développer une stratégie cohérente de réduction de la demande, notamment à travers la prise en charge des personnes ayant un usage nocif de drogue. La prise en charge spécialisée nécessite l'appui des prestations des services médico-psychologiques par la création, à terme, des centres d'accueil et de postcure. En attendant, des initiatives moins lourdes comme l'ouverture des centres communautaires d'écoute et de conseil pour les jeunes et les parents en difficulté, le renforcement de compétences des acteurs multidisciplinaires médicaux et psychosociaux sont une priorité. En effet, la toxicomanie a des liens avec les autres fléaux, tels que l'infection par le VIH/sida, la violence ou la pauvreté, et reste un problème de santé publique. ■

Références bibliographiques

- 1 - Observatoire Géopolitique des Drogues. Les drogues en Afrique subsaharienne. Paris : Éditions Karthala et UNESCO, 1998.
- 2 - Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. Manuel de formation sur la réduction de demande. Guide pratique pour des interventions efficaces sur le traitement et la réinsertion des toxicomanes en Afrique. Dakar : ONUDC, 2006.
- 3 - Bassoti E. Profil des toxicomanes suivis dans le service de psychiatrie et de psychologie médicale (SSPM) au CHU Campus de Lomé. Étude rétrospective de 54 cas de 1990 à 2002 [Mémoire de technicien supérieur de santé]. Lomé : École des assistants médicaux, Université du Bénin, 2003.
- 4 - Bénissan T. Profil des affections psychiatriques au CHU Campus [Thèse de médecine n° 125]. Lomé : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie, 1998.
- 5 - Pissang P. Les complications psychopathologiques de la toxicomanie [Mémoire de maîtrise en psychologie]. Lomé : Institut national des sciences de l'éducation, Université de Lomé, 2003.
- 6 - République Togolaise. Décret n° 2004-053/PR du 28 janvier 2004 portant création et attributions de l'Office central de répression du trafic illicite de drogues et du blanchiment au Togo. Lomé : République Togolaise, 2004.
- 7 - Sévon K. Vécu du climat affectif familial comme cause de la dépendance aux drogues par les toxicomanes de Lomé [Mémoire de maîtrise en psychologie]. Lomé : Institut national des sciences de l'éducation, Université de Lomé, 2001, 50 p.
- 8 - République Togolaise, Groupe d'Action en Santé Mentale. Développement de la santé mentale au Togo. Lomé : Ministère de la Santé Publique, 1994.
- 9 - Sagbo NF. Contribution à l'étude de la toxicomanie en milieu béninois (à propos des conclusions d'une enquête menée dans la ville de Cotonou) [Thèse de médecine n° 13516]. Cotonou : Université nationale du Bénin, 1985.
- 10 - Danquah SA. Drug abuse among Ghanaian students. *Psychopathologie africaine*, 1979 ; XV (2) : 201-210.
- 11 - Madu SN, Matla MP. Correlations for perceived family environmental factors with substance use among adolescents in South Africa. *Psychological Report* 2003 ; 92 : 403-415.
- 12 - Chaltiel T. Dépendance et cannabis. *L'information psychiatrique* 2003 ; 79 (3) : 215-220.
- 13 - Dassa SK. Le lien entre l'usage de drogues et l'infection au VIH/sida au Togo. Rapport d'études, Projet AD/RAF/G14. Lomé : ONUDC, février 2004.
- 14 - Castle S, Diarra A. The international migration of young Malians: tradition, necessity or rite of passage. Bamako : Save the Children, UNICEF, 2004.
- 15 - Traoré A. Étude des liens entre VIH/sida et consommation des drogues au Burkina Faso [Thèse de médecine]. Ouagadougou : UFR Sciences de la santé, Université de Ouagadougou, 2004.
- 16 - Laqueille X. Aspects psychiatriques de la consommation du cannabis. *L'information psychiatrique* 2003 ; 79 (3) : 207-213.
- 17 - Costentin J. Le nouveau paysage du cannabis. Données récentes sur la psychotoxicité du cannabis. *PSN* 2004 ; 2 : 20-28.
- 18 - Laqueille X. Les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis. *Toxibase-Crips* 2004 ; 12 : 19-24.