

**REPUBLIQUE DU MALI**

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI**

ANNEE 1989

N° 5

Contribution à l'étude de quelques aspects  
socio-épidémiologiques des toxicomanies dans le District de  
Bamako à travers une enquête chez 164 personnes -

**T H E S E**

Présentée et Soutenue Publiquement le Lundi 19 Février 1990  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

PAR

**MONSIEUR TRAORE YACOUBA DIADIE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie

( Diplôme d'Etat )

**JURY**

PRESIDENT	PROFESSEUR	BABA KOUMARE
MEMBRES	PROFESSEUR	BOUBACAR SIDIKI CISSE
	DOCTEUR	SORY KEITA
	COMMANDANT	ANATOLE SANGARE

DIRECTEUR DE THESE : PROFESSEUR BOUBACAR SIDIKI CISSE

**LISTE DU PERSONNEL DE L'ECOLE  
NATIONALE DE MEDECINE ET DE  
PHARMACIE POUR  
L'ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989**

# ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

## ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989

Professeur Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Hama B. TRAORE	Econome

### D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

#### 1 - PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de DER Chirurgie Générale Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-traumatologie, Secourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie

## 2 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale,soins infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophthalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHELL	Chirurgie

## 3 - ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### **1 - PROFESSEURS AGREGES**

Professeurs Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R Pneumo- Phtisiologie
Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie

### **2 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Sanoussi NANAKASSE	Dermatologie-Léprologie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne

### **ASSISTANTS ET C.E.S.**

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Somita M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### **1 - PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie Histologie-Embriologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

### **2 - DOCTEURS D'ETAT**

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Biologie-Génétique

### **3 - DOCTEURS 3ème CYCLE**

Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Professeur Yéniomégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie humaine
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie

#### **4 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie

#### **5 - MAITRE ASSISTANT**

Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
--------------------	-----------------

#### **6 - ASSISTANTS**

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP	T.P. Anatomie

#### **7 - CHARGE DE COURS**

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique- Nutrition
------------------------	-----------------------

### **D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1 - PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Boubacar CISSE	Chef de D.E.R Toxicologie
---------------------------	---------------------------

#### **2 - MAITRES ASSISTANTS**

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharmaceutique
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion

### **3 – DOCTEUR 3ème CYCLE**

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU                      Pharmacie Galénique

### **4 – ASSISTANT**

Docteur Drissa DIALLO                                      Matière Médicale

### **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

#### **1 – PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Sidi Yaya SIMAGA                              Chef de D.E.R. Santé Publique  
Docteur Hubert BALIQUE                                      Maître de conférence en Santé  
Publique

#### **2 – ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Sory Ibrahima KABA                              Epidémiologie  
Docteur Sanoussi KONATE                                      Santé Publique  
Docteur Moussa MAIGA                                      Santé Publique  
Docteur SOULA    Santé Publique

#### **3 – CHARGES DE COURS**

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA                              Hygiène du milieu  
( Ingénieur Sanitaire)  
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA                              Hygiène du milieu  
( Ingénieur Sanitaire)



## PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Pharmacie Galénique
Docteur Alain LAURENS	Chimie
Docteur François ROUX	Biophysique
Monsieur El Hadj MaKhtar WADE	Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER	Anatomie-Physiologie Humaine .

# DEDICACES

JE

DEDIE

CE

TRAVAIL

**AU MALI, PAYS NATAL ET D'ORIGINE ET A SON PEUPLE POUR QUE  
REGNENT LA PAIX, LA JUSTICE ET LA LIBERTE.**

**A TOUS LES PEUPLES MARTYRS, VICTIMES DE L'IGNORANCE, DE LA  
MISERE, DE L'INJUSTICE ET DE LA REPRESSION QUOTIDIENNE.**

## A ALLAH LE TOUT PUISSANT CLEMENT ET MISERICORDIEUX

Tout vient de Toi

Ta miséricorde est sur ceux qui espèrent en Toi

Tu nous as permis de surpasser toutes les difficultés avec sérénité.

Tu nous as donné vie, santé, courage et vigueur pour réaliser ce travail ;

Je T'en remercie.

Guide nos pas sur le chemin qui nous reste à parcourir afin que nous demeurions fidèles à nos engagements.

## A MES CHERS PARENTS

Je vous dois ma réussite grâce à votre persévérance et à votre continuel soutien.

**Papa**, pour tous les sacrifices que vous avez consentis à mon éducation, puisse ce modeste travail vous honorer.

**Maman**, ce modeste travail vous est dédié, pour votre exemple de courage, d'abnégation et de patience.

Puisse - t-il vous apporter la consolation de toutes ces années de sacrifices.

Vous m'avez éduqué et guidé avec amour et compréhension. Merci de m'avoir inculqué la confiance en soi, l'amour de l'effort et le respect d'autrui. Je me sens souvent envahi par la crainte que la force puisse me manquer un jour, jusqu'à me devier du chemin d'honneur et de loyauté que vous vous êtes sacrifiée à me tracer.

Puisse Dieu vous accorder longue vie et d'agréables surprises dans l'avenir

## **A LA MEMOIRE DE Mme TRAORE AMINATA DIADIE TRAORE**

Il ya dix ans que vous nous avez quitté physiquement. Cependant, vous demeurez toujours parmi nous car, même l'usure du temps ne peut entamer les liens qui nous unissent.

Ce travail est le vôtre. Paix à votre âme.

Que le bon Dieu tout puissant vous accorde sa clémence et sa bénédiction.

## **A MONSIEUR TRAORE MAMADOU ET A SA FEMME Mme TRAORE SARAN FING KEBE**

Enfin est venue l'heure de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun.

Je ne l'oublierai jamais.

Aucun mot ne saurait vous exprimer ma gratitude.

En témoignage de l'affection que vous avez toujours manifestée par votre confiance en moi, votre disponibilité et le soutien moral et surtout matériel que vous n'avez aucunement ménagés pour ma réussite.

Trouvez dans ce travail le témoignage de ma sincère gratitude.

## **A Mlle FANTA DIADIE TRAORE**

Durant sept ans, vous avez été comme une seconde mère pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez de la grande disponibilité que vous avez toujours eue à mon endroit.

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

## **A MES FRERES ET SOEURS**

Les liens qui nous unissent sont très précieux. Je souhaite que nous sachions les préserver toujours et les consolider davantage. Puisse Allah permettre la réalisation des aspirations de chacun de nous.

Ce travail est le vôtre.

## **A M<sup>e</sup> BELCO TOURE ET FAMILLE A BAMAKO**

Les mots me manquent pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour les miens et moi.

Acceptez ce modeste travail comme l'expression de ma profonde gratitude.

Puisse la grâce du Seigneur tomber sur vous et sur toute votre famille.

## **AUX FAMILLES TOURE, KONE, DOUMBIA, YATTASSAYE A BAMAKO**

Soyez remerciées ici de votre bienveillance à mon égard.

Affection et sympathie.

### **A MONSIEUR MAHAMMADOUN BATHILY**

Plus qu'un ami, vous avez été un véritable frère pour moi, sur qui j'ai toujours pu compter aux moments difficiles.

Les années passées ensemble tant à Mopti qu'à Sévaré et Bamako m'ont permis d'apprécier votre sens de l'amitié.

Ce travail est le vôtre.

Que notre amitié vieillisse en se fortifiant !

### **A MONSIEUR AGUIBOU DJIGUIBA**

Pour les bons moments passés ensemble et que je n'oublierai jamais ;

votre amitié sans faille m'a été d'un grand secours pendant ma prime enfance.

Avec tous mes remerciements et ma très grande reconnaissance.

### **A TOUTE LA FAMILLE BATHILY A MOPTI**

Que ce travail soit l'expression de la profonde affection que je vous porte.

### **AU PROFESSEUR ALIOU BA ET FAMILLE A BAMAKO**

Recevez ce travail comme un faible témoignage de ma très grande reconnaissance.



**A MONSIEUR NOUHOUM TRAORE ET FAMILLE A GAO**

Plus qu'un beau frère, vous avez été pour moi un support, un guide et un conseiller.

Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude.

Acceptez ce modeste travail en signe de reconnaissance.

**A MONSIEUR KIBA CAMARA ET FAMILLE A SEVARE**

**A MONSIEUR IBRAHIM COULIBALY ET FAMILLE A SEVARE**

**A MONSIEUR KISSO DJIGUA ET FAMILLE A SEVARE**

**A MONSIEUR MAMADOU FAMANTA ET FAMILLE A SEVARE**

Vous avez été pour moi à la fois le grand frère, l'ami et le compagnon de jeu.

Vous m'avez aidé à surmonter les difficultés de la vie d'élève et d'étudiant et surtout à me façonner une personnalité.

Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude.

Acceptez ce modeste travail comme signe du profond attachement que j'ai pour vous et pour vos familles.

**A MONSIEUR BARA KASSAMBARA ET FAMILLE A SEVARE**

**A Mme SAMASSEKOU FADADO TALL MOPTI**

**A Mme KADIATOU TRAORE DITE N'DEYE A SEVARE**

**A MONSIEUR MAMADOU AHMADOU SECK ET FAMILLE A MOPTI**

**A MONSIEUR HAMDOUN TRAORE DIT TIOPA ET FAMILLE  
A MOPTI**

En témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

**A MONSIEUR MAKAN KEITA ET FAMILLE A BAMAKO**

Plus qu'un frère, vous avez été pour moi un soutien, un conseiller  
et un guide.

Votre concours n'a jamais fait défaut pour la réalisation de cette  
thèse.

Recevez ce travail comme un faible témoignage de ma très grande  
reconnaissance.

**AU DOCTEUR ABABACAR DIALLO ET FAMILLE**

En tant que stagiaire, vous m'avez fait bénéficier de votre savoir.

En tant qu'ami, j'ai pu mesurer le degré de votre humanisme.

Votre concours moral et matériel n'a jamais fait défaut pour la  
réalisation de cette thèse.

Acceptez ce travail en témoignage de ma sympathie et de ma  
reconnaissance.

**AUX COUSINS ET COUSINES**

**A MES NEVEUX "ABA" ET "POUPOU"**

En espérant que vous ferez mieux, beaucoup mieux. Courage !

**A Mlle FATOUMATA DIALLO DITE POUPETTE**

En reconnaissance de la grande sympathie que votre famille et vous même avez manifestée à mon endroit pendant mes séjours à Dakar.

Affection et tendresse.

**A Mlle DIENEBA BA DITE BEBE**

Affection et tendresse.

**A Mlles**            **KADIATOU DANFAKHA**  
                         **AISSATA DIARRA**  
                         **INA SEYO SOW DITE BEBE**  
                         **AOUA SYLLA**  
                         **MARIETOU BOCARI DIARRA**

Merci pour la grande sympathie que vous avez eue pour moi.

**A MESSIEURS SIDIKI KONE**

**ZAN SAMAKE**

**BAKARY DOUMBIA**

**LASSANA CAMARA**

Pour les beaux moments passés ensemble et que je n'oublierai jamais.

Vos aides sans faille m'ont été d'une grande utilité.

Avec tous mes remerciements et ma très grande reconnaissance.

**A TOUS LES AMIS DU GRIN DE BELOTE DU BADIALAN III**

Affection et sympathie.

**A Mme MAIGA OUMOU SY**

Plus qu'une cousine, vous avez été une véritable soeur pour moi.

Merci pour votre grande disponibilité à mon endroit.

Puisse Allah vous faire connaître les joies du ménage.

Ce travail est le vôtre.

**A Mme TOURE OUMOU N'DIAYE**

Voilà venu le moment de vous remercier pour la grande sympathie que vous avez toujours eue pour moi.

Merci pour ce que vous avez fait et continuez de faire pour nous.

Que le bon Dieu vous accorde longue vie et surtout beaucoup de patience et de tolérance pour vous occuper davantage de nous.

**A Mme MACALOU FANTA DOUMBIA**

Acceptez ce modeste travail en reconnaissance de tout ce que vous avez fait pour moi.

Affection et sympathie.

**A TOUS MES AMIS DE DAKAR SANS OUBLIER PERSONNE**

**A SADA SY,**

**A MOUSSA D. TRAORE,**

**A CHEIK OUMAR DIA,**

**A SANOU IDRISSE,**

**A MOHAMED KONE.**

**A TOUS MES AMIS D'ABIDJAN**

**A TOUS MES AMIS DE BAMAKO**

**A TOUS MES AMIS DE MOPTI**

Je ne puis vous nommer de peur d'en oublier, mais je suis sûr que vous saurez vous reconnaître.

Estime et amitié profonde.

**A MES CAMARADES DE PROMOTION SANS OUBLIER PERSONNE**

**A BREHIMA DIARRA, AOUA BA, ALOU DOUMBIA, ABDOULAYE SACKO  
ET ATIME DJIMDE**

Pour les cinq années passées ensemble sur les bancs des amphithéâtres ;

Pour les moments inoubliables.

**A TOUT LE PERSONNEL DE L'INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE  
SUR LA PHARMACOPEE ET LA MEDECINE TRADITIONNELLE A  
BAMAKO**

**A TOUT LE PERSONNEL DU LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE DE  
L'INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE  
(HIPPODROME) BAMAKO.**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA PHARMACIE GABRIEL TOURE A  
BAMAKO ;**

**A TOUT LE PERSONNEL DES LABORATOIRES DE PARASITOLOGIE  
MYCOLOGIE, DE BIOCHIMIE ET D'IMMUNOLOGIE PARASITAIRE DE  
L'INSTITUT PASTEUR DE COCODY A ABIDJAN ;**

**A MONSIEUR YVES COURCHESNES PHARMACOLOGUE A LA  
POLYCLINIQUE INTERNATIONALE SAINTE ANNE-MARIE D'ABIDJAN  
(PISAM) ;**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA PHARMACIE DU LYCEE TECHNIQUE  
D'ABIDJAN ;**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA PHARMACIE DE L'HOPITAL ARISTIDES  
LE DANTEC DE DAKAR ;**

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA PHARMACIE BABEMBA A BAMAKO**

Profonde reconnaissance pour la part prise dans ma formation  
pratique.

**A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL  
DU POINT G.**

Merci de votre aide pour la réalisation de ce travail.

**A MESSIEURS FOFANA ET CAMARA ET A TOUT LE PERSONNEL DU  
SERVICE DU FICHIER DE LA PRISON CENTRALE ;**

**A L'INSPECTEUR KEITA BCN INTERPOL MALI**

**A L'ADJUDANT- CHEF BEDOS BCN INTERPOL MALI**

Vous m'avez accueilli avec gentillesse et aidé à réaliser ce  
travail qui est le vôtre. Soyez en remerciés.

**A TOUTES LES PERSONNES ( DROGUEES ET NON DROGUEES) QUI ONT  
ACCEPTÉ DE REpondre A NOS QUESTIONS.**

Merci pour votre collaboration.

**AU DOCTEUR FERNAND KANOUE**

**AU DOCTEUR SIMAGA DE L'INSPECTION DE LA SANTE**

Merci d'avoir mis à ma disposition vos documents personnels qui  
ont été d'un apport inestimable à la réalisation de cette thèse.



**A Mme COULIBALY DE LA PHARMACIE POPULAIRE DU MALI**

**A Mme SOUKEINA DE L'INSPECTION DE LA SANTE**

Merci pour votre collaboration.

**A Mme KANTE OULEYMATOU SOW (documentation INRSP)**

**AU PERSONNEL DE LA BIBLIOTHEQUE DE L'E.N.M.P.**

**AU PERSONNEL DE LA SECTION MEDECINE ET PHARMACIE DE LA  
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE DE DAKAR**

Pour votre collaboration,  
Sympathie et remerciement.

**A MESSIEURS DJIBRIL SANGARE**

**BROULAYE SOUMAORO**

**HAMIDOU DAO**

Je vous dois la lecture facile et agréable de cette thèse. Soyez en remerciés.

**A tous ceux que j'ai omis de citer, à tous ceux qui ont contribué  
de loin ou de près à l'élaboration de ce travail.**

**A NOS MAITRES ET JUGES**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**PROFESSEUR BABA KOUMARE**

Vous nous avez fait grand honneur et grand plaisir en acceptant de  
présider notre jury de thèse.

Ceci fait une fois de plus la preuve des qualités humaines par  
lesquelles vous avez conquis la sympathie de tous les étudiants.

Veillez trouver ici, l'expression de notre sincère admiration et  
de notre profond respect.

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

### **PROFESSEUR BOUBACAR SIDIKI CISSE**

Nous avons certes choisi ce sujet de thèse, mais vous lui avez

donné un corps et une âme, en nous dirigeant en nous guidant pas à pas .

L'amour profond que vous vouez aux recherches et l'estime que

vous portez à tous ceux qui s'y intéressent, font que vous sacrifiez vos

multiples préoccupations pour toujours répondre dans la modestie qui vous

caractérise à tous ceux qui vous sollicitent comme guide.

Vos connaissances académiques ont fait de vous le maître respecté

et écouté, cependant c'est votre humanisme et votre intégrité morale que

nous retiendrons en souvenir des moments passés ensemble .

Soyez assuré de notre volonté de rester digne et fier de votre

confiance et de l'enseignement reçu.

Notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **DOCTEUR SORY KEITA**

C'est un grand honneur pour nous de pouvoir compter sur votre présence dans le jury de cette thèse .

Par vos fonctions antérieures et actuelles vous êtes des plus qualifiés pour juger et évaluer ce travail.

Votre abord facile, sans protocole particulier, votre courtoisie, et l'étendue de vos connaissances méritent admiration.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre profonde admiration.

## **A NOTRE JUGÉ LE COMMANDANT ANATOLE SANGARE**

Nous avons été honoré par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges, malgré vos multiples occupations.

Vous nous permettez de bénéficier de votre savoir et de votre expérience acquise durant dix années passées à la tête du B.C.N. INTERPOL MALI.

Par vos actions et initiatives, vous avez attaché votre nom à la lutte contre la drogue au Mali.

Juriste par formation, Directeur Général de la Sûreté Nationale, Membre de l'Association Malienne de Criminologie, Membre Fondateur et Rapporteur de la Commission Nationale de Lutte contre l'Usage et le Trafic Illicite des Stupéfiants, vous connaissez mieux que quiconque les rouages du Trafic et de la Répression en matière de lutte contre la Drogue au Mali.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

E R R A T A

- PAGE 55 : 13ème ligne : lire <<être classées>> au lieu de <<être classés>>  
11ème ligne : lire <<parahydroxynoréphédrine>> au lieu de  
<<parahydroxyenorèphédrine>>
- PAGE 79 : Titre tableau N° 3 : lire <<APPELATIONS>> au lieu de <<APPELLATIONS>>
- PAGE 117 : 3ème ligne : lire <<la plupart de ces produits>> au lieu de  
<<la plus part des ces produits>>
- PAGE 121 : dernière ligne : lire <<tableau N° 6 au lieu de <<tableaux N° 6>>  
lire <<schéma N° 4>> au lieu de <<schéma N° 3>>
- PAGE 154 : 21ème ligne : lire <<LARGACTIL>> au lieu de <<LARGATIL>>
- PAGE 184 : 10ème ligne : lire <<moins tyrannique>> au lieu de  
<<moins tyranique>>.

## LISTE DES ABREVIATIONS

J.C. :	Jésus CHRIST
LSD ou LSD 25	Diéthylamide de l'acide lysergique N°25
MDA	Méthylène dioxyamphétamine
DMT	Diméthyl tryptamine
DMA	Diméthoxyamphétamine
PCP	Phencyclidine
STP	Security Tranquility Peace
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SNC	Système Nerveux Central
THC	Tétrahydrocannabinol
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
GABA	Acide gama aminobutyrique
PS	Papaver somniferum
IV	Intraveineuse
IM	Intramusculaire
SC	Sous cutanée
CAAM	Acétylméthadone
OD	Over dose
OAP	œdème aigu du poumon
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
MST	Maladies sexuellement transmissibles
E.COCA	Erythroxyion coca
VAR	Variété
CP	Comprimé
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
M	Masculin
F	Feminin



E	Effectif
P	Poucentage
Pourcent	Pourcentage
SCD	Secondaire
GEN	Générale
TEC	Technique
PROF	Professionnel
SUP	Supérieur
CELIBAT	Célibataire
OIPC	Organisation Internationale de Police Criminelle
IFLD	Institut francophone de lutte contre la drogue
DCPJ	Direction Centrale de la Police Judiciaire
ONU	Organisation des Nations Unies
GEOGRAP	Géographique
DDL	Dégré de liberté
NBRE	Nombre
DCD	Décédé
ENS	Ensemble

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
--------------	---

## PREMIERE PARTIE

<b>GENERALITES SUR LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES QU'ELLES ENGENDRENT</b>	4
--	---

CHAPITRE I : TERMINOLOGIE - DEFINITIONS	5
CHAPITRE II : HISTORIQUE	13
CHAPITRE III : CLASSIFICATIONS	27

## DEUXIEME PARTIE

<b>MONOGRAPHIES DES SUBSTANCES TOXICOMANOGENES UTILISEES AU MALI</b>	31
--	----

CHAPITRE I : LE CHANVRE INDIEN	32
CHAPITRE II : LES BARBITURIQUES	47
CHAPITRE III : LES AMPHETAMINES	54
CHAPITRE IV : LES BENZODIAZEPINES	60
CHAPITRE V : LE DATURA	65
CHAPITRE VI : LES OPIACES	70
CHAPITRE VII : LE COCA ET LA COCAINE	87
CHAPITRE VIII : LES INHALANTS	100

## TROISIEME PARTIE

	<b>TRAVAUX PERSONNELS</b>	103
CHAPITRE I :	METHODOLOGIE	104
CHAPITRE II:	EVOLUTION DES TOXICOMANIES AUX DIFFERENTES SUBSTANCES PAR RAPPORT AUX SAISIES, IMPORTATIONS LICITES ET ARRESTATIONS	107
CHAPITRE III:	ENQUETE SUR LES TOXICOMANIES DANS LE DISTRICT DE BAMAKO	130
CHAPITRE IV:	APPROCHE D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES	173
CHAPITRE V:	RESUME - CONCLUSION	181
	<b><u>ANNEXES</u></b>	194
	QUESTIONNAIRE POUR L'ETUDE DES TOXICOMANIES DANS LE DISTRICT DE BAMAKO (questionnaire de l'enquête)	195
	TABLE DE $\chi^2$ SELON FISHER ET YATES	204
	LOI 83 - 14 /AN-RM DU 1er SEPTEMBRE 1983 RELATIVE A LA REPRESSION DES INFRACTIONS EN MATIERE DE SUBSTANCES VENENEUSES ET DE STUPEFIANTS	206
	DECRET 245 / PG-RM DU 15 SEPTEMBRE 1988 FIXANT LA LISTE DES SUBSTANCES ET PLANTES VENENEUSES	211
	DECRET 199 /PG-RM DU 15 SEPTEMBRE 1988 FIXANT LA LISTE DES STUPEFIANTS	217
	BIBLIOGRAPHIE	222

# INTRODUCTION

La toxicomanie au chanvre indien est connue en République du Mali. Celle aux amphétamines, aux barbituriques et aux autres formes de toxicomanies plus graves n'a pas fait l'objet d'étude.

Cependant, depuis quelques années la presse écrite et surtout parlée font état d'arrestations de toxicomanes et de de trafiquants. Elles relatent avec beaucoup de passion les séances publiques de destruction des drogues et médicaments psychotropes saisis par la Brigade Interpol Mali.

Ceci expliquerait - il une recrudescence des toxicomanies dans notre pays ? Si oui qu'est - ce qui motiverait alors une telle situation. En tentant de répondre à cette question, on se rend compte que l'information manque à tous ceux qui de près ou de loin sont concernés par ce problème (médecins, psychiatres, éducateurs sociaux, enseignants, autorités mais également parents et adolescents victimes).

Il ne se passe de session de cours d'assises sans affaire de trafic de stupéfiants (50 % environ des procès par session). On peut donc dire que si l'aspect judiciaire est très évoqué dans la grande presse qui par ailleurs exploite abondamment le caractère sensationnel du phénomène, force est de constater qu'en République du Mali, le problème n'a pas été étudié selon une approche scientifique dans sa globalité. Certes il ya eu la thèse de D. M. TOURE (27) et la publication B. S. CISSE et D. M. TOURE (4) qui se sont intéressés uniquement au cannabisme ; cependant, il s'averait nécessaire de combler une lacune d'où l'objet de cette thèse. On parle de fléau qui touche principalement les grandes villes, aussi nous limiterons nous spécialement à la ville de Bamako qui nous permettra d'avoir un aperçu au plan national.

Notre étude comprendra 2 parties : une partie bibliographique et des travaux personnels.

\* La bibliographie sera pour nous un travail de synthèse. Et si nous avons décidé d'évoquer plusieurs aspects du problème en nous intéressant notamment à beaucoup d'hypothèses émises à propos du sujet, c'est essentiellement pour deux raisons :

- d'abord la presque totale virginité de l'aire d'investigation du phénomène en l'occurrence Bamako qui est à l'image de tout le pays,
- ensuite nous estimons que cette démarche correspond mieux au caractère pluridisciplinaire des études pharmaceutiques.

\* Le travail personnel comportera :

- une évaluation de l'ampleur des toxicomanies à travers les saisies importations licites et arrestations effectuées pendant les dix dernières années ou à défaut les cinq dernières années ;
- une enquête socio-épidémiologique des toxicomanies chez des sujets choisis de façon semi directive dans le district de Bamako;
- une dernière partie consacrée aux enseignements devant déboucher sur l'esquisse d'une stratégie nationale de lutte.

# **PREMIERE PARTIE**

**GENERALITES SUR LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES QU'ELLES  
ENGENDRENT**

**CHAPITRE I : TERMINOLOGIE - DEFINITIONS**

**CHAPITRE II : HISTORIQUE**

**CHAPITRE III : CLASSIFICATIONS**

CHAPITRE - I  
TERMINOLOGIE-DEFINITIONS



Le phénomène de la drogue est complexe. Beaucoup d'auteurs l'étudient mais chacun en sa manière. Le sens des termes peut prêter à équivoque selon les différentes approches : du psychiatre clinicien au sociologue, du criminologue au psychologue, ou même tout simplement de l'homme de la rue. Et comme il est très difficile de trouver une définition des termes qui fasse l'unanimité, nous avons tenu à préciser dans ce chapitre le sens que nous donnons à ceux que le lecteur rencontrera tout au long de notre travail. Nous espérons également que les différentes définitions aideront le lecteur à une meilleure compréhension des différents aspects traités des toxicomanies.

## **1- TOXICOMANIE :**

### **1.1- DEFINITION :**

Le concept de toxicomanie date du début des années 1920 (2).

Antoine POROT définit la toxicomanie comme étant "une appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet analgésique, euphoristique ou dynamique, appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation des doses" (22).

Eliane SIMIER dans sa thèse en 1953 dit en citant l'OMS : la toxicomanie est un "état d'intoxication périodique ou chronique, nuisible à l'individu et à la société engendrée par la consommation d'une drogue naturelle ou synthétique". (26)

Pour Yves PELICIER, la toxicomanie est un "comportement de consommation d'une ou de plusieurs drogues, observable, mesurable ; c'est aussi un comportement orienté vers un but, doté d'une intention qu'on pourrait appeler voluptuaire. En troisième lieu, comme on constate les effets désastreux pour l'individu et le groupe de ce comportement, comme l'obtention d'un plaisir apparaît avec le temps, de plus en plus précaire, il faut bien soupçonner à son origine quelque besoin nouveau, original,

engendré par la fréquentation même de son objet". (21)

Parmi les nombreuses définitions, nous trouvons plus complète, plus simple et plus explicite cette dernière (37) que nous faisons nôtre : la toxicomanie peut être définie comme un comportement, un mode de conduite ayant pour but, le refus des souffrances d'abord subjectives, puis ensuite objectives, ce but étant atteint par la prise répétitive très souvent incontrôlée de substances naturelles ou synthétiques.

Il faut entendre par souffrances subjectives les problèmes affectifs, sexuels, psychologiques, socio-culturels, les phantasmes, le snobisme, le prosélytisme et les crises d'identité que l'on retrouve au niveau des jeunes et des moins jeunes confrontés aux multiples problèmes, lois et contradictions d'une société qui les marginalise.

Quant aux souffrances objectives, il s'agit des troubles observés chez le toxicomane en manque.

De ces différentes définitions ressortent les principaux caractères de la toxicomanie :

## 1.2- CARACTERES :

**\*L'accoutumance** : (= drughabituacion) : est définie comme un état résultant de la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique. Elle se caractérise par :

- un désir (mais non impérieux) de continuer à prendre la drogue pour retrouver la sensation de bien être qu'elle engendre,
- l'absence de tendance ou la faible tendance à augmenter les doses,
- une certaine dépendance psychique à l'égard des effets sans dépendance physique et par conséquent l'absence d'un syndrome de sevrage ou d'abstinence,
- une nocivité qui, si elle existe concerne avant tout l'individu.

**\*L'assuétude** : (= drug addiction) : est définie comme un état d'intoxication périodique d'origine chimique, nuisible à l'individu et à la société.

Elle se caractérise par :

- un désir insurmontable ou un besoin de continuité à consommer la drogue et de l'obtenir par tous les moyens,
- une tendance à augmenter les doses
- une dépendance psychique et parfois physique aux effets de cette drogue, l'existence alors d'un syndrome de sevrage à l'arrêt,
- des effets nuisibles à l'individu et à la société.

Pendant longtemps l'assuétude qui caractérise un lien particulier à la drogue a été appelé toxicomanie.

**\* La tolérance** : Elle résulte des processus d'adaptation d'un organisme mis en contact répété d'une substance chimique étrangère et se traduit par un affaiblissement progressif des effets de celle-ci. C'est un élément souvent rencontré en thérapeutique qui conduit à augmenter les doses pour obtenir le même effet.

Malgré ses efforts, l'OMS ne put empêcher la persistance de la confusion entre accoutumance, assuétude et toxicomanie. En 1964, elle recommanda de ne plus utiliser ces mots et de les remplacer par le terme de dépendance qui est un élément commun aux abus des drogues de toutes sortes.

En 1979, en France, le Haut Comité de Défense et d'Expansion de la Langue Française établit une liste des termes et expressions recommandés (ou déconseillés) en ce qui concerne les toxicomanies. (22)

Sont à proscrire parce que vieilliss ou ambigus, les termes "d'accoutumance", "d'assuétude" et de "cure de sevrage".

Le terme "état de manque" est remplacé par "état de privation ou "syndrome de sevrage".

Les autres termes sont définis ainsi :

- **dépendance** : c'est la "sujétion à la prise d'une drogue dont la suppression entraîne un malaise et/ou des troubles physiques. Désir d'absorber périodiquement ou continuellement une substance pour en retirer du plaisir ou dissiper une sensation de malaise" (22).

Comme nos préoccupations actuelles s'adressent au domaine psychopathologique, l'OMS dans son 16ème rapport en 1969 mentionne le terme de pharmacodépendance pour montrer que dans ce contexte, il s'agit bien de la dépendance à l'égard des substances, à l'égard des drogues.

- **La pharmacodépendance** : est ainsi définie comme "un état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications de comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation.

Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant à plusieurs médicaments". (13)

La définition de la dépendance fait ressortir les deux aspects de celle-ci à savoir la dépendance physique et la dépendance psychique.

**La dépendance physique** : est définie comme "un état d'adaptation biologique aux toxiques qui se manifeste par l'apparition de troubles physiques quand on interrompt leur ingestion. Ces troubles appelés syndrome de sevrage ou d'abstinence, sont de nature physique et/ou psychique et ont des caractéristiques spécifiques pour chaque type de drogue". (14)

**La dépendance psychique** : est définie comme "un état mental caractérisé par une impulsion qui requiert l'usage périodique ou continu d'une drogue dans le but de créer un plaisir ou d'annuler une tension". (14)

## **2- DROGUES :**

La toxicomanie étant conditionnée à l'existence sur le marché des drogues, qu'est ce qui peut donc bien être une drogue ? En fait l'emploi de ce mot est très étendu. Il s'applique à de nombreuses substances chimiques, médicamenteuses ou non. Mais ce qui est caractéristique de ce mot, c'est qu'il sous tend l'idée d'abus, de besoin, de danger et la notion de comportement du consommateur. Il sous tend aussi l'idée de dépendance et certains appliquent même ce terme à toute activité dont l'individu est plus ou moins "esclave" (automobile, télévision...).

### **2.1- DEFINITION :**

L'OMS définit la drogue comme "toute substance qui introduite dans l'organisme vivant peut modifier une ou plusieurs de ses fonctions".  
(9)

### **2.2- ABUS DE DROGUE :**

Ce terme ne paraît pas avoir reçu une définition précise. Nous l'interpréterons comme signifiant l'utilisation d'une substance considérée comme "posant problème par la société concernée". Le point de vue de la société procède de son appréciation du tort physique, mental ou social causé par l'utilisation de la drogue considérée, ou bien d'une reprobation d'ordre éthique ou religieux, l'écart à la norme étant bien entendu un autre critère. On parle de mésusage de drogue utilisé dans le même sens.

### **2.3- USAGE DE DROGUE :**

Ce terme est utilisé chaque fois qu'on ne veut pas porter de jugement sur le point de savoir si le comportement en cause pose ou ne pose pas "problème". Nous pensons en effet qu'il est souvent utile de procéder à une analyse en deux temps consistant respectivement d'une part en une description objective et empirique du style de la drogue et de ses déterminants dans la société considérée, d'autre part, en une investigation sociologique destinée à établir quelle est la fraction du spectre total d'usage de la drogue qui tombe sous la notion de mésusage de drogue.

## **2.4- QU'EST CE QU'UN DROGUE:**

Un drogué est un individu qui fait usage occasionnellement ou habituellement sans prescription, ni surveillance médicale d'une substance réputée "drogue". On dit aussi un intoxiqué ou toxicomane, terme plus précis qui implique la notion de dépendance, qu'elle soit physique ou psychique ou les deux à la fois. (30)

## **2.5- NOTION DE PROBLEME DE LA DROGUE :**

La question de la drogue est certes très préoccupante, mais si on utilise l'expression "problème de la drogue", cela implique la nécessité de faire quelque chose ; il évoque l'existence d'une déviance et légitimise l'intervention. Le mot "problème" est donc porteur d'une lourde charge sémantique et illustre la nécessité générale d'être très circonspect à l'égard des mots et des termes véhiculant des implications cachées qui sont légion dans le contexte de la drogue.

## **3- SUBSTANCES VENENEUSES :**

**3.1- DEFINITION :** Les substances vénéneuses sont des substances destinées à la médecine humaine et animale, à l'agriculture, au commerce et à l'industrie, dont la mauvaise utilisation présente certains dangers pour l'individu, et qui de ce fait sont soumises à une réglementation. (30)

Ces substances sont réparties en 3 tableaux compte tenu de leur danger d'utilisation :

- tableau A : les produits toxiques
- tableau B : les stupéfiants,
- tableau C : les produits dangereux

## **3.2- LES STUPEFIANTS - DEFINITION :**

Les stupéfiants sont les substances vénéneuses classées au tableau B dont l'action sur le système nerveux se manifeste par un engourdissement de l'esprit et du corps et qui sont utilisées à faible dose pour le traitement des douleurs violentes.

### **3.3- PSYCHOTROPES - DEFINITION :**

Les psychotropes sont des substances chimiques d'origine naturelle ou synthétique qui ont un tropisme psychologique susceptible de modifier l'activité mentale sans préjuger le type de cette modification, susceptibles d'être utilisées ou utilisées habituellement à des fins abusives par les drogués (DELAY et DENIKER) (15). Certaines de ces substances sont classées au tableau B (les amphétamines) d'autres aux tableaux A et C.

CHAPITRE - II -

HISTORIQUE



De nombreuses plantes qualifiées de divinatoires étaient connues depuis l'antiquité. Elles étaient utilisées en thérapeutique mais surtout au sein de cercles d'initiés lors des cérémonies spirituelles.

Le centre originel du chanvre indien serait la Chine et la Péninsule Indienne. 2737 ans avant JESUS CHRIST (J.C.), SHEN NUNG empereur légendaire chinois prescrivait son emploi en médecine traditionnelle (21), 2.000 ans avant Jésus Christ, le livre religieux hindou, l'Atharva Veda nous informe que le chanvre indien est utilisé pour favoriser l'exaltation dionysiaque au cours des cérémonies religieuses par la classe sacerdotale (25).

Au IIIème siècle par l'intermédiaire des musulmans indo-pakistanaïis, l'utilisation du cannabis se développe au Moyen Orient d'autant plus facilement qu'elle n'y rencontre pas d'obstacles culturels, l'islam interdisant le vin et l'alcool, mais pas le cannabis. L'introduction au Moyen Orient constitue le point de départ de l'extension vers l'Afrique.

D'après l'historien MAQRIZI, le haschisch fut introduit en Egypte au XIIIème siècle coïncidant avec la période de décadence économique et la domination sur l'Egypte de l'empire Ottoman. De là, la consommation du chanvre indien s'étendra d'abord en Afrique du Nord où le climat favorable permet une culture facile. Ensuite l'Afrique occidentale, orientale et australe seront atteintes par l'intermédiaire des caravanes arabes qui commerçaient avec les empires de l'Afrique médiévale.

L'opium serait originaire des plaines de Mésopotamie. Son histoire remonte à plus de 5000 ans comme l'atteste la découverte de tablettes sumériennes sur lesquelles le pavot est représenté associé à la joie et au bonheur (35).

La culture du pavot n'était pas ignorée des Perses et surtout des Egyptiens qui l'utilisaient en thérapeutique sous forme de breuvages et filtres sédatifs. Par la suite le pavot et l'opium firent leur apparition en Asie mineure. Si certains médecins du X<sup>e</sup> au II<sup>e</sup> siècle avant J.C mettaient déjà en garde contre les "qualités dangereuses" de cette drogue, HIPPOCRATE, la pronait dans diverses affections. Marc AURELE, dont GALIEN était le médecin semble bien avoir été un des premiers toxicomanes à l'opium qu'il prenait quotidiennement sous forme de "thériaque".

La migration mondiale de l'opium commença avec l'expansion musulmane, et il trouva son plus grand accueil aux Indes et en Chine où cependant l'habitude de le fumer ne remonterait qu'au début du XVII<sup>e</sup> siècle. Et on pourrait même dire que l'opium "la mère nourricière du fléau toxicomane contemporain" a été révélé au monde à travers les fumeries tristement célèbres de l'Asie centrale. En 1869, la Chine comptait environ 90 millions de fumeurs réguliers et sédentaires; et dans l'immense métropole de Changhaï (opiumpolis monstrueuse) un tiers de la population valide était contaminé (39).

L'empire colonial britannique ouvrit la porte de l'Europe à l'opium, et durant une période assez longue, elle s'efforça d'en maintenir la vente libre. Si quelques produits de l'ancienne pharmacopée comme le "diascordium de Fracastor" et le "laudanum de Sydenham" étaient en usage depuis le XV<sup>e</sup> siècle, c'est seulement au début du XIX<sup>e</sup> siècle que les Européens apprirent à connaître l'opium et le haschich, et cela, à travers surtout le mirage d'une littérature d'esthètes et de poètes en quête de sensations nouvelles.

Thomas de QUINCEY en Angleterre, Sylvestre de SACY et Charles BEAUDELAIRE en France, SWEDENBORD en Suède sont parmi les tenors de ce cénacle d'artistes et intellectuels en panne d'inspiration, auxquels on pourrait ajouter pèle mèle BALZAC, COLETTE, VERLAINE, MAUPASSANT, FREHEL et Maurice CHEVALIER.

Donc au XIXème siècle pendant que la drogue (en particulier l'opium) ravageait en Chine, elle fut vite érigée en Europe en substance initiatique imposée d'une élite en mal de transcendance.

Le Nouveau Monde connaîtra l'opium et le haschich au début du siècle. Au Sud du continent où les populations locales étaient habituées à l'usage d'autres drogues, le cannabis devient rapidement très populaire (Golden Acapulco au Mexique). Par contre au Nord, où le peuple Américain, alors riche de son optimisme, est peu enclin à la fuite dans la toxicomanie, l'opium et surtout le cannabis restent d'abord limités à des minorités (expatriés asiatiques ayant conservé leurs habitudes, pauvres travailleurs agricoles du sud des Etats-Unis et musiciens de jazz). A partir de 1950 le cannabisme s'accroît rapidement au point de devenir aujourd'hui un problème de santé publique aux Etat-Unis.

La morphine extraite à partir de l'opium a été une drogue très prisée à la fin du XIXème siècle où ses ravages furent très marqués en Europe. Si de tout temps les médecins, pharmaciens, dentistes et leurs auxiliaires occupent une place de choix parmi les morphinomanes, le début du XXème siècle coïncide avec une véritable morphinomanie "mondaine" avec ses salons et ses "clubs", son matériel de luxe, sa littérature qui servit de thème à des romans, si bien qu'on a pu parler d'une contagion par le livre (22).

Certes la morphinomanie a réalisé pendant longtemps l'expression la plus complète de la servitude toxicomaniacale en général ; cependant, c'est l'héroïne qui occupe sans conteste la première place parmi les intoxications aux opiacés. La diacétylmorphine découverte en 1874 (3) introduite en thérapeutique en 1898 (22) pour lutter contre la dépendance morphinique allait devenir l'une des drogues qui aura causé le plus de victimes par over-dose chez les toxicomanes. La première vogue culturelle et prosélytique de la diacétyl-morphine remonte à l'intersection des deux moitiés du siècle (39) à l'époque où le déferlement révolutionnaire du be-pop recouvrit le jazz traditionnel pour le submerger à jamais. Le be-pop a trouvé son génie en Charlie PARKER (1920-1955) mais la drogue en a fait un martyr. Cet illustre instrumentaliste a fait beaucoup plus pour la gloire de l'héroïne qu'elle n'aura fait pour la sienne, l'héroïne qui d'ailleurs devait le tuer à l'âge de 35 ans au zénith de la créativité.

En Amérique du Sud, l'homme utilisait la feuille de coca depuis au moins 5.000 ans, bien avant que l'empire Inca ne se soit établi (39).

Les Incas attribuaient à la plante une origine divine et en faisaient le symbole de la puissance sociale et politique. Le Dieu Inti aurait créé la coca pour les soulager de la faim et de la soif.

Les conquistadores espagnols jouèrent un grand rôle dans la présence initiale de cette drogue en Europe, bien que la première indication de l'introduction de la feuille de coca en Europe corresponde à la découverte du Nouveau Monde.

En 1855, le chimiste allemand Friedrich GAEDCKE fut le premier à isoler la cocaïne à partir de la feuille de coca. La même année SHAW de Saint-Louis décrivit une cocaïnomanie d'habitude. En 1859, Albert NIEMANN identifie chimiquement la substance comme étant la méthylbenzoylecgonine lévogyre.

Ce n'est qu'à partir de 1880 que la cocaïne allait connaître son heure de gloire. Et un des tout premiers adeptes et des plus fidèles fut sans conteste le Docteur FREUD qui dira en 1884 : "l'humeur où nous plonge la cocaïne ne résulte pas tant d'une excitation directe que de la disparition des éléments déprimants de l'état d'esprit en général" (3).

En 1887, le médecin américain RING précise avec minutie les sensations spéciales du "cocainisé".

Il faut attendre 1910 où, à partir des usines chimiques d'Allemagne, une véritable vague d'assaut déferla sur l'Europe. La "coke\*" est partout en Occident en cette fin de XIXème siècle - début XXème siècle. On l'accomode à toutes les sauces. Le vin Mariani\*\* est le meilleur exemple de la popularité de la cocaïne dans la bonne société du début du XXème siècle car celui - ci recueillit même l'approbation du Pape Léon XIII.

La cocaïne se trouvait même dans l'innocent coca - cola qui se proclamait fièrement "le toxique idéal du cerveau". A partir de l'Europe, la vague gagna ensuite le Nouveau Continent puis l'Extrême Orient, en particulier les Indes.

La cocaïne va connaître une éclipse motivée par la grande crise de 1929. Cette éclipse sera encore renforcée par la seconde guerre mondiale. Dédaignée dans les années 1970 au profit du cannabis et des hallucinogènes, elle revient brutalement en force au début des années 1980.

Aujourd'hui, la terre d'élection de la cocaïne est la Colombie où les revenus de la drogue sont plus importants que toute autre exportation licite.

---

\* la coke : argot le plus répandu pour désigner la cocaïne

\*\* Mariani est le nom du docteur qui au début du XXème siècle avait mis au point un vin très célèbre contenant de la cocaïne.

Le L.S.D est le modèle type des drogues hallucinogènes tant prisés vers les années 1970. L'histoire des substances hallucinogènes est à la fois très ancienne et en même temps très moderne.

En effet depuis très longtemps les peuples d'Amérique Centrale et d'Amazonie utilisaient des plantes aux vertus hallucinatoires lors des cérémonies religieuses pour provoquer l'extase et des visions mystiques.

La plus anciennement connue de ces plantes est le peyotl, cactée du Mexique que les indiens consumaient déjà avant la conquête espagnole. (21) Cependant, ce que tous les observateurs passés et contemporains ont souligné, c'est l'absence d'abus ou d'utilisation toxicomaniaque dans les populations autochtones.

Avec les immenses progrès de la chimie commence la période moderne de l'histoire des hallucinogènes. En 1943, le chimiste suisse HOFFMAN en étudiant les alcaloïdes de l'ergot de seigle fit le premier "trip\*" au L.S.D. Depuis 1938, il avait déjà isolé la molécule de la diéthylamide de l'acide lysergique, mais ne savait de quelle utilité elle lui serait.

Il faut attendre les années 1952 pour voir une véritable vogue des hallucinogènes s'abattre sur la jeunesse américaine. Née de la contestation estudiantine de Berkeley (1958), puis de la fièvre générale des campus et enfin de la "révolution verte" des hippies de San Francisco cette vogue hallucinogène se développe pendant toute la décennie pour atteindre son point d'orgue au festival de Woodstock, prairie défrichée de 6 hectares, sise dans l'état de New-York, qui va recevoir trois jours durant la plus énorme concentration de jeunesse de toute l'histoire des rassemblements (39).

---

\* trip : grand voyage ou voyage.

Une jeunesse qui sera distraite par un plateau de pop stars absolument fabuleux et qui pourra consommer tout à loisir "l'acide", le LSD à la louche puisqu'on le puise librement dans des fûts. C'est l'âge d'or du mouvement psychédélique qui sous l'impulsion de l'universitaire américain Timothy LEARY, fera de l'utilisation des hallucinogènes une panacée capable de stimuler les capacités créatrices artistiques (2).

Dix ans plus tard, le mouvement psychédélique gagnera la jeunesse européenne.

Les amphétamines sont connues il ya seulement une cinquantaine d'année. Au départ, elles ont été utilisées en médecine comme traitement antihypertenseur et bronchodilatateur (39).

En effet, l'Ephédra vulgaris, plante d'Asie tempérée a été utilisée en Chine, et cela de longue date, sous le nom de "ma huang" comme médicament de l'asthme (8). Et c'est à partir de cette plante que le japonais NAGAI a pu extraire en 1895 l'éphédrine qui fut purifiée par CHEN en 1923. L'étude des propriétés sympathicomimétiques de l'éphédrine conduisit Gordon ALLES le véritable père des amphétamines à la synthèse de la benzédrine en 1931, puis à celle de la dexédrine et de la méthylamphétamine (2).

C'est à partir des années 1950 que l'usage des amphétamines se généralisa surtout comme médicaments anorexiant, stimulants et dopants, engendrant une pratique toxicomaniaque chez les personnes obèses, les étudiants en période d'examen et les sportifs soucieux de performances.

Les amphétamines furent largement utilisées par les différentes armées qui s'affrontèrent au cours de la deuxième guerre mondiale. Les japonais y eurent recours pour stimuler leur production d'armements, et en 1950 le pays comptait 500.000 amphétaminomanes (39). Puis ce fut le tour de la jeunesse d'Amérique du Nord, des pays scandinaves et de l'Angleterre de connaître l'amphétaminomanie.

Actuellement, les amphétamines sont les "produits de coupe"\* de choix dans les polytoxicomanies où elles sont associées à la cocaïne, à une substance hallucinogène dont l'effet est renforcé, à une substance opiacée ou barbiturique, ou encore à l'alcool.

Une substance bien particulière est le méthylène dioxyamphétamine (MDA). Cette molécule de structure amphétaminique, découverte en 1910 en Allemagne, est surtout connue pour ses effets hallucinogènes qui ont été expérimentés pour la première fois par Gordon ALLES (3). La grande mode est de l'utiliser pour faire l'amour d'où son nom la "pillule de l'amour" ou "l'ecstasy". Cette drogue occultée dans les années 1970 par le succès du LSD est revenue en force vers 1978 en Californie sous le nom de "speed for lovers".

Les barbituriques, les tranquillisants et les inhalants sont les fruits de l'extraordinaire développement de l'industrie chimique. Si on peut dissenter sur une éventuelle toxicomanie aux tranquillisants, il n'en est pas de même pour les barbituriques qui engendrent une véritable servitude chez un accroché.\*\* Ainsi, depuis 1912, LAEHR décrit le premier cas de délirium dû au sévrage barbiturique (15). En 1930 Louis LE GUILLANT dans sa thèse mettait déjà en garde contre les dangers des barbituriques.(16) Si L'OMS dans son XIIIème rapport d'experts en 1963 affirmait que la toxicomanie au sécobarbital était mineure, la tendance actuelle est à la révision d'une telle conception tant les toxicomanies aux psychotropes en général et aux barbituriques en particulier, deviennent de plus en plus préoccupantes.

---

\* Produits de coupe : produits mélangés aux drogues dites dures pour augmenter, diversifier les effets de ces produits.

\*\* Accroché : celui qui est dépendant d'une drogue.



L'inhalation de substances volatiles, tout comme leur ingestion sont une pratique assez vieille. Déjà en 1855, on dénombrait dans le village de Draperstown, district de Londonderry un débit d'éther par 23 habitants (21). Cependant, cette forme de toxicomanie est restée limitée à quelques milieux pervers, quelques dilétantes, toujours prêts à essayer un toxique nouveau.

Dans ces dernières années, colles, trichloréthylène et autres solvants volatils ont fait tellement de ravages chez les jeunes (entre 13 et 18 ans) qu'aujourd'hui s'impose la nécessité d'une réglementation de ces produits.

Actuellement avec le développement extraordinaire des moyens de communication, on assiste à une mondialisation du phénomène de la drogue. Et SENANCOUR ne se trompait pas quand il disait de façon prémonitoire en 1799 : "L'opium dans l'Orient, le bethel vers le Gange, le coca dans les mines de Porose, le café, les liqueurs spiritueuses chez tous les peuples, ont produit des goûts qui ne périront point, quoi qu'ils ne soient pas fondés sur des besoins absolus".(6)

Mêmes les démocraties populaires de l'Europe de l'Est avec l'URSS à leur tête n'échappent pas à ce fléau, bien que l'on dispose de très peu d'informations les concernant.

La démocratisation désastreuse du nouveau mal du siècle à savoir la toxicomanie aux stupéfiants et hallucinogènes a produit un bouleversement spectaculaire : en effet, l'extase d'autrefois, l'ivresse intellectuelle des anciens temps est officiellement devenue la "défonce" d'aujourd'hui, la saoulographie\* toxique des temps nouveaux, à l'échelle planétaire.

---

\* Saoulographie : le terme est de Yves SALGUES dans sciences et vie n° HS 160 de septembre 1987.

Même si le problème de la drogue ne se fait pas sentir avec la même acuité dans les différentes régions de la planète, la nécessité d'une lutte acharnée, soutenue mais surtout concertée s'est imposée assez tôt aux décideurs politiques, de quelques nationalités qu'ils soient.

La vigilance est d'autant plus nécessaire que d'une part les "gangsters de la drogue" n'arrêtent pas de s'organiser pour déjouer les manoeuvres des organes de répression, et d'autre part l'industrie chimique qui poursuit son prodigieux essor continue d'inonder le marché avec de nombreux hypnotiques qui favorisent de véritables narcomanies\*, et de stupéfiants synthétiques qui provoquent les mêmes asservissements et dangers que les anciennes toxicomanies opiacées.

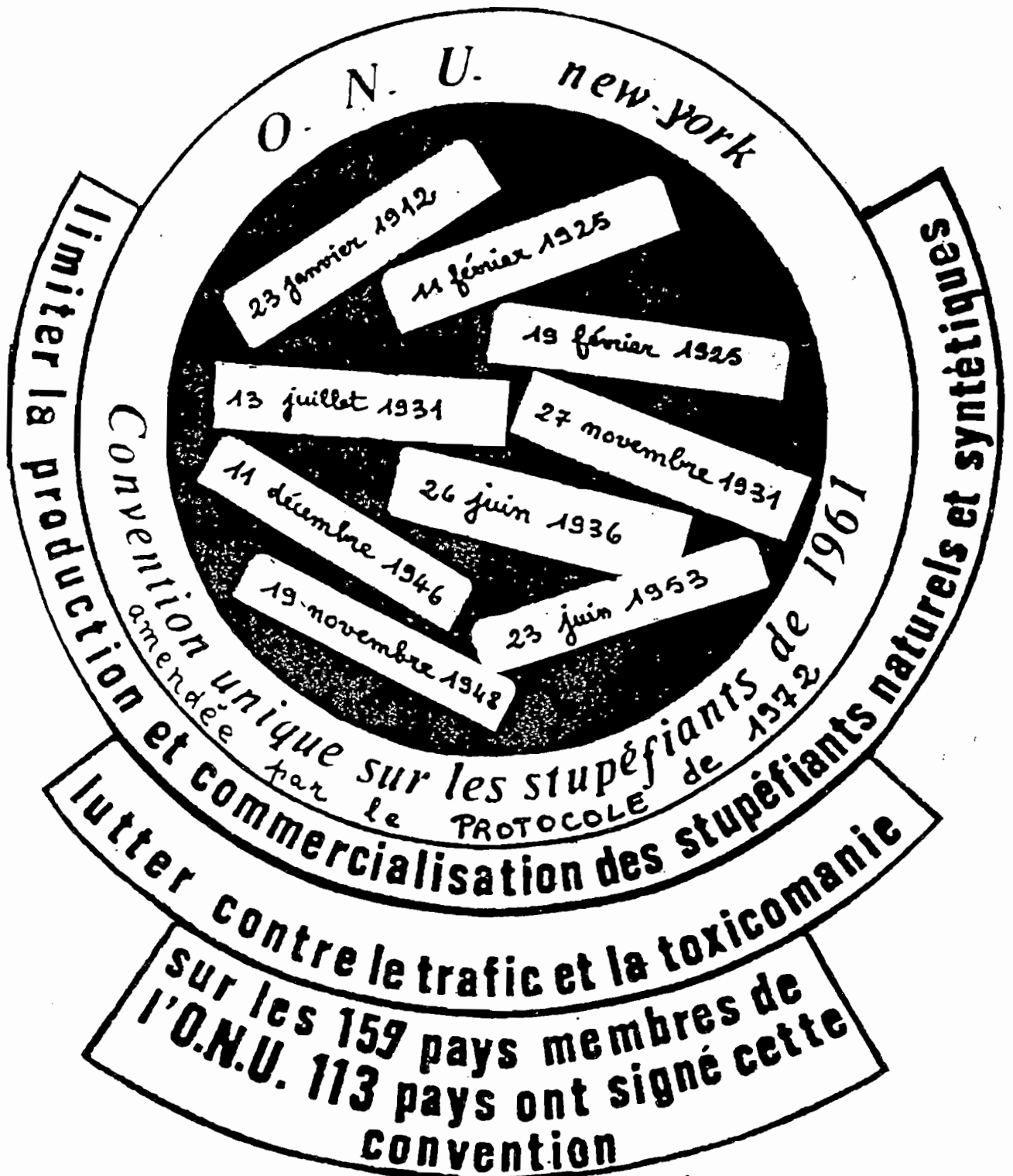
Après de nombreuses rencontres soldées par des accords bilatéraux et multilatéraux, on aboutit finalement sous l'égide des Nations Unies à la convention unique sur les stupéfiants de 1961 amendée par le protocole de 1972, puis à la convention de 1971 sur les substances psychotropes. Cependant, beaucoup restent encore à faire, car, seulement 113 et 76 des 159 pays membres de l'ONU ont respectivement signé la première et la deuxième convention (30).

---

\* Narcomanie : forme de pharmacomanie dans laquelle les substances médicamenteuses en cause sont des produits capables de provoquer chez l'utilisateur une narcose.

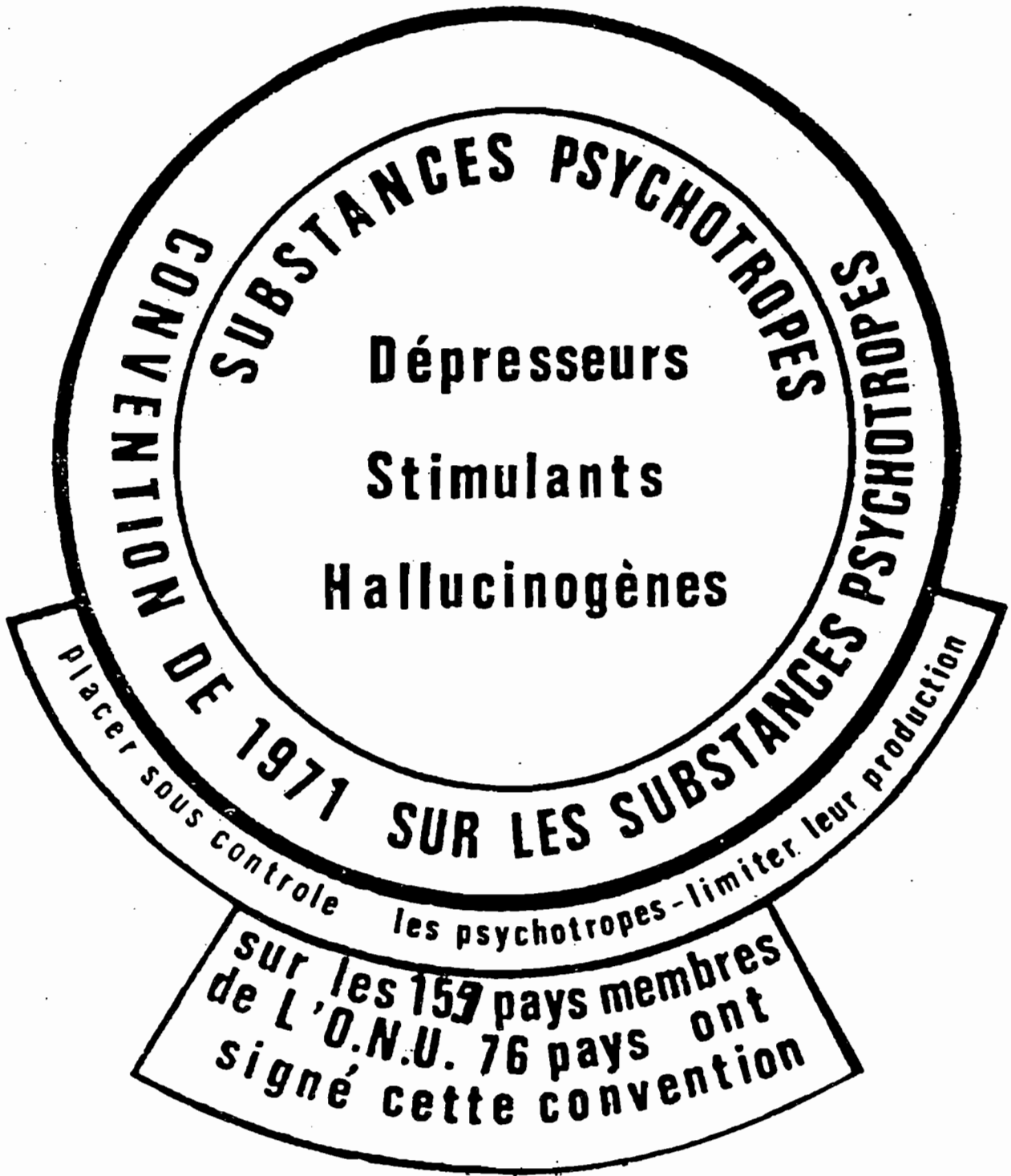
ORGANISATION DES NATIONS UNIES

CONVENTION UNIQUE  
SUR LES STUPEFIANTS DE 1961  
AMENDEE PAR LE PROTOCOLE DE 1972



ORGANISATION DES NATIONS UNIES

CONVENTION DE 1971  
SUR LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES



Et le Mali, où le situer dans un tel contexte international ?

L'absence de textes écrits nous oblige à la prudence. Cependant, les mutations de nos sociétés traditionnelles, les brassages des populations et la multiplication des échanges sont autant de facteurs qui raisonnablement nous permettent d'affirmer que notre pays n'a pu demeurer en marge de la mouvance générale du fléau.

Il faut toutefois reconnaître que nos riches traditions et cultures, l'organisation de nos sociétés et enfin nos traditionnels systèmes d'éducation ont été des facteurs régulateurs très importants qui ont limité chez nous les pratiques toxicomaniaques à des proportions quasi infimes pour certains types de toxicomanies qualifiées de majeures, et contrôlables jusqu'à présent pour les toxicomanies mineures.

CHAPITRE - III -  
CLASSIFICATIONS

Les drogues nom donné à tous les produits utilisés par les toxicomanes sont très nombreuses. Pour rendre aisée leur étude plusieurs types de classement ou classifications ont été faits.

## **1 – CLASSEMENT SELON L'ORIGINE (30) :**

### **1-1 – Les stupéfiants d'origine naturelle :** ce sont :

- les opiacés qui comprennent l'opium, la morphine base et dérivés, l'héroïne,
- les feuilles de coca et la cocaïne,
- le chanvre indien.

### **1.2- Les stupéfiants et substances psychotropes obtenus par synthèse** ce sont :

- a) - les **analgésiques morphiniques** de synthèse qui comprennent entre autres la péthidine, le fentanyl, la phénopéridine, le dextromoramide, la méthadone.
- b) - la quasi totalité des **substances psychotropes** qui appartiennent aux grands groupes pharmacologiques suivants :
  - hypnotiques (Ex : barbituriques)
  - neuroleptiques ( Ex : phénothiazines)
  - amphétamines (Ex : dexamphétamine)
- c) - les **hallucinogènes** de synthèse (Ex : LSD 25, DMT, PCP)

## **2 – CLASSEMENT SELON LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES :**

**2-1 – La classification de LEWIN** qui est certainement l'une des plus classiques distingue 5 groupes :

**a) - Groupe Euphorica** : ce sont les poisons sédatifs de l'esprit ou drogues euphorisantes qui comprennent l'opium et ses dérivés naturels ou artificiels, la feuille de coca et la cocaïne.

**b) - Groupe Phantastica** : ce sont les poisons d'illusion des sens ou drogues hallucinogènes. Dans ce groupe on retrouve le peyotl, le chanvre indien, la mescaline, le LSD 25, le STP, l'atropine, le khat, la noix de muscade.

**c) - Groupe Inébriantia** : ce sont les poisons émétriques comme l'alcool, l'éther, le chloroforme, la benzine, le toluène, les colles à rénifler, l'acétone, le trichloréthylène, le protoxyde d'azote.

**d) -Groupe Hypnotica** : Dans ce groupe, on retrouve tous les sédatifs de l'anxiété, les drogues hypnogènes (hypnotiques barbituriques et non barbituriques, tranquillisants majeurs et mineurs).

**c)-Groupe Excitentia**: ce sont les stimulants psychiques (café, caféine, thé, kola, maté, cacao, betel, camphre, khat, tabac, mercure, arsénic...).

**2.2- J. DELAY et P. DENIKER** ont fait une classification uniquement valable pour les médicaments. BOUDREAU (de Québec) en l'adaptant pour les drogues, répartit celles-ci en 3 groupes :

**a) - Les dépresseurs du système nerveu central** : (SNC)

- alcool,
- hypnotiques ( barbituriques ou non),
- neuroleptiques,
- tranquillisants,
- analgésiques (opiacés et morphiniques de synthèse).



**b) - Les stimulants :**

- stimulants mineurs (café, thé),
- stimulants majeurs (amphétamines anorexigènes, cocaïnes
- stimulants de l'humeur ou antidépresseurs (imipramine, iproniazide).

**c) - Les perturbateurs :**

- chanvre indien,
- hallucinogènes(LSD, mescaline, psilocybine...),
- solvants volatils ( éther et colles...),
- autres produits (datura, belladone, jusquiame, médicaments antiparkinsoniens, produits chimiques de synthèse comme le P.C.P).

**3 - CLASSEMENT SELON LES CONVENTIONS INTERNATIONALES :**

Ces conventions repartissent les drogues en 2 groupes :

- a) - **Les stupéfiants** (tableau B) listés dans la convention unique sur les stupéfiants de 1961,
- b) - **Les substances psychotropes** (tableaux A,B ou C) listées dans la convention de 1971 sur les substances psychotropes.

Les différentes classifications que nous venons de voir ont certes le mérite de faciliter l'étude des drogues dans quelques uns de leurs aspects, cependant aucune en elle-même ne permet de faire ressortir toutes les particularités des toxiques quant à leur origine, leur structure, leurs effets physiologiques, leur disponibilité sur le marché et les différentes réglementations qui regissent leur prescription, leur détention, leur trafic et leur consommation. C'est pour cette raison que nous n'adopterons aucune d'elles. Nous nous contenterons simplement de passer en revue les produits identifiés au cours de notre enquête comme faisant objet d'usage ou d'abus en République du Mali.

## DEUXIEME - PARTIE

### MONOGRAPHIES DES SUBSTANCES TOXICOMANOGENES

#### UTILISEES AU MALI

CHAPITRE I : LE CHANVRE INDIEN

CHAPITRE II : LES BARBITURIQUES

CHAPITRE III : LES AMPHETAMINES

CHAPITRE IV : LES BENZODIAZEPINES

CHAPITRE V : LE DATURA

CHAPITRE VI : LES OPIACES

CHAPITRE VII : LA COCAINE

CHAPITRE VIII : LES COLLES, DILUANTS ET  
SOLVANTS VOLATILS.  
( LES INHALANTS)

CHAPITRE -I-  
LE CHANVRE INDIEN

## 1 - LOCALISATION ET BOTANIQUE :

Le produit provient d'une espèce : *Cannabis sativa*. C'est une plante dioïque, herbacée annuelle qui est originaire de l'Asie Centrale d'où elle s'est propagée dans les autres pays (20). Après beaucoup de controverses sur l'origine botanique de la plante, il semble admis maintenant qu'il n'existe qu'une seule espèce de chanvre qui est le *cannabis sativa* de la famille des Urticacées (25). Les caractères morphologiques de cette plante, de même que sa teneur en produits actifs se modifient très facilement et rapidement sous l'influence des variations de climat, d'altitude, de sol ce qui témoigne d'une grande souplesse écologique. Et c'est pour cette raison qu'on a distingué d'assez nombreuses variétés.

Dans les pays tempérés, la plante connaît un meilleur développement végétatif (la tige peut atteindre 2 m) mais elle est pauvre en principes actifs (1 à 1,5 % de THC au niveau des feuilles et des sommités fleuries), ce qui fait qu'elle est surtout cultivée dans ces pays pour ses fibres textiles et ses graines oléagineuses (chenévris) (2).

Par contre dans certaines régions (hauts plateaux asiatiques, Hindoustan, Perse, Grèce, Afrique du Nord) la plante en réaction à la sécheresse et au climat est moins vigoureuse, de plus petite taille et de moindre valeur textile. La teneur en THC est plus importante au niveau des feuilles et des sommités fleuries (2 à 3 %). La plante sécrète également une résine (moyen de protection) aux propriétés psychotropes, contenue dans les sommités fleuries ainsi que dans les feuilles mais en moindre quantité. C'est cette variété adaptative appelée *Cannabis indica* qui fournit les produits et préparations utilisés par les toxicomanes.

## 2- PRODUITS ET PREPARATIONS UTILISEES PAR LES TOXICOMANES

**2-1** -Les produits sont essentiellement de 3 types bien qu'il existe une multitude de noms pour désigner les produits et préparations à base de chanvre indien (22).

**a)-la résine** : Elle est récoltée à partir des sommités florifères par des procédés spéciaux et façonnée en plaques ou batonnets en vue de sa consommation. Selon sa provenance on peut distinguer 3 types de résine (36) :

- ° - **la noire** : elle est très concentrée et provient du Pakistan, de l'Afghanistan ou du Népal,
- ° - **la rougeâtre ou couleur ocre** : elle provient surtout du Liban,
- ° - **la verdâtre ou marron-clair** : elle provient du Maroc.

Selon le pays où l'on se trouve, la résine porte des noms différents : "charas" en Asie, "haschich" dans l'Orient Méditerranéen, "chira" en Afrique du Nord, "shit" ou "toch" en Europe Occidentale et aux Etats-Unis.

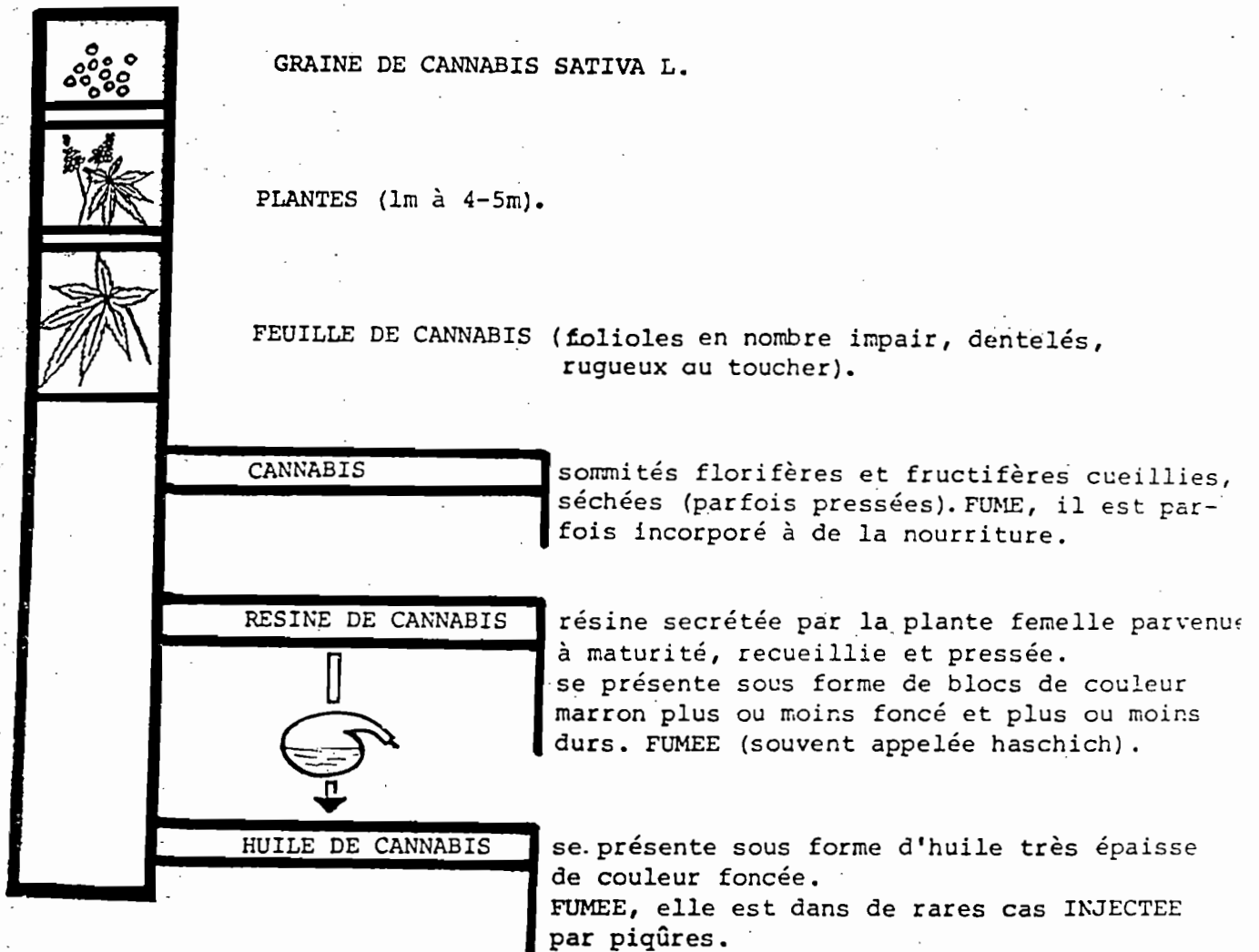
**b) - le chanvre en nature** : Les feuilles et sommités fleuries de la plante femelle surtout, sont récoltées, séchées et hachées avec des instruments spéciaux. Souvent, elles sont mélangées à certains tabacs. Près de 150 noms le désignent. En Inde ce sont le "bhang" ou le "ganja", au Mexique le "griffa", aux Amériques (Nord et Centrale) la "marijuana", en Afrique du Nord le "kif" ou le "takrouni", en Turquie le "habak", en Afrique Australe le "dagga", en Afrique Occidentale le "tchou", le "guéji", le "macout", le lop's", le "bin".

**c) - le haschich liquide** : c'est le distillat huileux de cannabis concentré à 60 %, administré par injection ou par voie buccale.

**2-2** -J. BOUQUET a classé les produits et préparations à base de cannabis en 3 catégories :(22)

LES STUPEFIANTS D'ORIGINE NATURELLE  
ET LEURS DERIVES

LE CANNABIS  
(chanvre indien)  
(Tableau B)



**a) – Drogues à fumer :**

Dans cette catégorie les préparations sont essentiellement de 2 types :

- les cigarettes:

Selon les techniques de confection et les contrées, elles ont diverses appellations (22) et (3).

° le joint : C'est une grosse cigarette conique dans laquelle la drogue est mélangée au tabac. Aux Etats-Unis, le joint est appelé "cigarillos" et il est fumé surtout par les Noirs. Actuellement le terme de joint est un peu desuet, on a tendance à le remplacer par celui de "pétard" ou de "rape".

° le haschich kafour : C'est une forme de cigarette dans laquelle on retrouve mélangé, de minces batonnets de résine avec de la jusquiame, parfois de l'opium ou de produits odorants ou aphrodisiaques. Le haschich kafour se rencontre surtout au Proche et Moyen Orient.

° le stick : C'est également une cigarette d'herbe ou de haschich que l'on retrouve dans les milieux selects américains. Au contraire du joint, il n'est ni volumineux ni conique, et est destiné à l'usage individuel ou du couple. Il offre plus de discrétion, mais pose également un problème pour le toxicomane : il s'éteint tout le temps et du fait de ses dimensions très réduites, le rallumer sans se brûler le nez est un exercice périlleux qui peut donner lieu à des contorsions assez comiques.

- les pipes :

Il s'agit de petite pipe spéciale dans laquelle l'herbe ou la résine pulvérisée est mélangée au tabac. Pratique assez courante en Algérie où on utilise le tabac soufi. En Jamaïque, les Ras Tafari utilisent des pipes que l'on appelle "shilom".

**b) - Drogues à boire :**

Il s'agit soit des macérations aqueuses de feuilles ou de sommités fleuries, ou soit des suspensions faites avec le chanvre pilé au mortier. Du fait de la faible solubilité du végétal, elles sont peu actives. On les mélange parfois à des solutions ou des sirops parfumés : fleur d'oranger, jasmin etc... (type esrar), ou à des alcools anisés (chats-raki).

**c) - Drogues à manger :**

Les préparations sont nombreuses et variées. Et on trouve des confitures, des pâtes croquantes à base de chanvre indien. Les plus connues sont :

- ° Le madjoun : C'est un gâteau de riz sucré malodorant renfermant du bhang ainsi que de l'opium, du datura, de la noix vomique et de la cantharide.
- ° Le dawanesk : Il associe sous forme de confiture un extrait huileux de résine à des aromates (girofle, cannelle...)et parfois du muchamore (champignon voisin de l'amanite).
- ° Le manzoul et le garouich : Sont autres recettes de confiserie à base de chanvre et d'autres substances (comme les amandes, les noisettes, le poivre, les pistaches, la muscade), issues de l'imagination orientale.



### 3 - CHIMIE :

On retrouve plusieurs substances dans les extraits de plante et de résine de cannabis. Les substances qu'on a pu identifier sont réparties en 4 groupes (25) :

#### 3-1 - Les cannabinoïdes : ils comprennent :

- le delta 9 THC.
- le delta 8 THC
- le cannabidiol
- le cannabigenol
- le cannabicyclol
- le cannabichromène
- la cannabivarine
- le tétrahydrocannabivane

#### 3-2 - Les alcaloïdes : ce sont :

- les cannabamines A,B,C,D.

#### 3-3 - Les stéroïdes : essentiellement au nombre de deux :

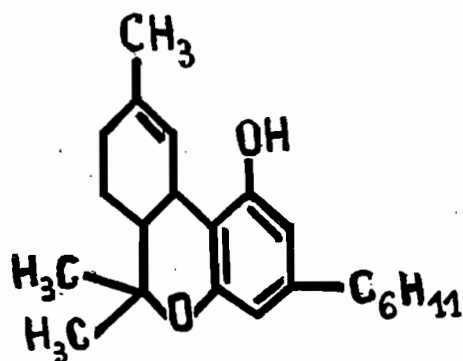
- le bêta sitostérol
- le campesterol.

#### 3-4 - Les triterpènes :

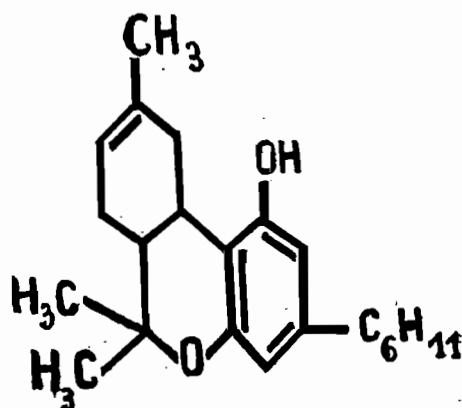
- le friedelin,
- l'épifriedelanol.

De ces différentes substances, seulement le delta 9 THC, le delta 8 THC, la cannabivarine et le tétrahydrocannabivane présentent une psychotoxicité. Cette psychotoxicité est beaucoup plus importante chez les deux premières citées qui sont des formes isomères du THC, ce dernier étant le véritable constituant biologiquement actif du cannabis.

La structure du delta 9 THC est la suivante :



Quant au delta 8 THC, il a la structure suivante :



Des études ont montré que le Cannabis sativa suivant son origine contenait une concentration de 1 à 3 % de THC dont 0,4 % d'isomère delta 8. Le delta 8 et le delta 9 THC sont des corps liquides instables, huileux, visqueux, insolubles dans l'eau. L'insolubilité dans l'eau rend les expériences dangereuses surtout par injection I.V. . Le THC est inactivé par la lumière, l'air et la température.

En milieu acide, le delta 9 THC s'isomérisse en delta 8 THC.

#### 4 - PHARMACODYNAMIE :

##### 4-1 - Métabolisme :

Par voie orale 90 % du produit est absorbé. Les effets apparaissent au bout d'une demi-heure pour atteindre leur maximum au bout de 3 heures ce qui correspond au pic plasmatique. La décroissance a lieu en cinq heures environ.

Par inhalation, le produit est concentré au niveau du parenchyme pulmonaire ce qui entraîne une absorption moindre (au maximum 50 % de THC) mais provoque plus d'effets que lors de l'administration orale. Les effets sont immédiats et le pic plasmatique est atteint 10 à 30 minutes. Si aucune cigarette n'est fumée, l'effet persiste trois heures.

Le THC diffuse rapidement, lié aux lipoprotéines. Par action des enzymes microsomiales hépatiques, il est transformé en dérivés monohydroxylés (11hydroxy delta 9 THC) et (11hydroxy delta 8 THC) puis en métabolite inactif (11carboxy delta 8 THC) qui est éliminé par voie urinaire et fécale. L'élimination étant très lente (plus d'une semaine), les métabolites peuvent s'accumuler dans les tissus riches en lipides. Malheureusement l'état actuel des connaissances ne permet pas d'évaluer le risque toxique lié à cette accumulation.

Le delta 9 THC traverse la barrière placentaire, ce qui représente un danger en cas d'utilisation chez la femme enceinte.

#### **4-2 - Effets :**

Les essais physiologiques de RICHET et de JOEL ont permis de conclure que l'action du cannabis s'exerce sur le cortex cérébral, c'est pourquoi le cannabis est qualifié de "poison de l'intelligence".

#### **4-3 - Mode d'action :**

Le mécanisme d'action du cannabis reste encore non élucidé. Cependant certains rapprochent le THC aux drogues anticholinergiques, d'autres aux drogues hallucinogènes (2).

#### **5 - TOXICOMANIE :**

L'usage du cannabis engendre une toxicomanie qui est moins tyrannique que celle induite par les poudres blanches ou l'opium car d'une part l'accroissement des doses est moins rapide et d'autre part, l'abstinence ne s'accompagne pas de graves accidents de sevrage.

Toutefois l'assujettissement reste assez sérieux pour diminuer la valeur sociale du sujet et aboutir à des déchéances physiques et mentales incontestables.

### **5-1 - Intoxication aiguë :**

Les effets immédiats réalisent "l'ivresse cannabique". Ces effets apparaissent en 15 à 20 minutes, durent 3 à 4 heures suivant le mode de consommation et sont très différents selon la teneur en principe actif, l'usager et les conditions de la prise. En effet, plus qu'avec toute autre drogue, la personnalité des usagers et l'environnement socio-culturel constituent des facteurs de réactivité à la substance .

L'ivresse cannabique peut revêtir plusieurs aspects suivant la dose absorbée (35) et (25).

- à doses modérées (50mg/kg par inhalation ou 120mg/kg par ingestion) on observe un état de bien être euphorique avec surestimation de soi, hilarité, assurance, impression de sociabilité plus grande, libération des entraves psychologiques. En résumé c'est une ivresse euphorigène.
- à des doses moyennes (100mg/kg par inhalation ou 240mg/kg par ingestion) on note le même état de désinhibition et de stimulation euphorique en même temps une hyperesthésie polysensorielle surtout au niveau des sensations auditives, visuelles et olfactives qui sont exaltées. Il semble en particulier qu'il y ait une augmentation de l'appréciation de la musique. Il existe en outre une exaltation du toucher et du goût, une exaltation intellectuelle avec exagération des sentiments. Toutes les réactions émotionnelles (plaisir sexuel, musique, plaisir gustatif) sont également plus fortes. L'appréciation du temps est faussée, celui-ci semble une éternité. Enfin il existe une distorsion dans l'évaluation de l'espace et la

sensation de lévitation.

- aux fortes doses (plus de 250mg/kg en inhalation), le cannabis devient hallucinogène. Les troubles psychosensoriels dominent. Des illusions optiques apparaissent, parfois des hallucinations agréables ou fantastiques. Il y a une perte de contact avec la réalité. Les notions de temps et d'espace sont perturbées atteignant parfois l'ampleur d'une véritable désorientation avec dépersonnalisation parfois. Les accès d'euphorie alternent avec les crises d'anxiété. L'autocritique est réduite, la mémoire diminuée. Des idées fixes se constituent. Cela est à l'origine du discours incohérent chez le sujet qui peut aussi présenter un syndrome paranoïde (le sujet se sent persécuté, observé, jugé, menacé) ou une réaction anxio-dépressive (par exemple une peur panique de mourir ou de devenir fou).

Les manifestations physiques d'accompagnement sont le plus souvent désagréables :

- sécheresse de la bouche par diminution de la sécrétion salivaire,
- augmentation du rythme cardiaque avec hypotension modérée persistant pendant 40 mn,
- hypervascularisation conjonctivale (d'où conjonctivite et photophobie entraînant le port de lunettes noires, cependant la pupille est peu modifiée),
- les extrémités sont refroidies avec sensation de chaleur interne
- les crampes épigastriques sont fréquentes,
- l'étourdissement au niveau des tempes,
- l'hyperacousie,
- la modification du rythme respiratoire (effet adrénérgique),

- la macropsie et la diplopie,
- l'horipilation de la peau (chair de poule),
- JONHSON ET DOMINO (1971) ont noté des altérations minimales de l'ECG à type de contractions ventriculaires prématurées. Quant à ALLENTUCK et coll (1971) il ressort de leur étude des perturbations de l'ECG représentées soit par une tachycardie, soit une bradycardie sinusales temporaires,
- certains auteurs ont également noté des changements au niveau de l'EEG : augmentation du pourcentage des bandes alpha avec réduction des bandes theta et bêta. VOLAVKA (1971) a noté une dysphorie et une synchronisation de l'EEG. Quant à HEATH (1972), il a plutôt observé qu'il y a prédominance de spikes et d'ondes lentes chez un sujet muni d'électrodes profondes, le tracé de l'EEG est en tout point semblable à celui des malades en pleine crise psychotique.

#### **5-2 - Intoxication chronique : Cannabinomanie :**

Certaines des manifestations usuelles immédiates décrites plus haut peuvent se retrouver lors de l'usage répété et prolongé du cannabis. Cependant le cannabisme chronique est bien supporté apparemment et la plupart des déficits des fonctions cognitives sont corrigés en raison des phénomènes de tolérance.

On peut néanmoins noter certains troubles :

- une conjonctivite,
- une bronchite chronique dont l'étiologie est discutable car beaucoup sinon la totalité des cannabimanes sont également fumeurs de tabac :
- une perte de poids,
- une anémie,
- une constipation,

- des artérites observés notamment chez les fumeurs de kif au Maroc.(19)

Le cannabisme chronique débouche sur des complications dont les signes les plus importants sont surtout psychiatriques

### **5-3 - Complications :**

Les complications physiques sont mineures. La grande déchéance physique connue sous le nom de syndrome de Katmandou est lié chez des grands intoxiqués, plus aux conditions de vie et d'hygiène déplorables et à une alimentation insuffisante qu'à la drogue elle-même.

Les complications psychiatriques interviennent chez deux types de consommateurs (19) :

- chez des sujets fragiles , instables ou ayant une tendance à un état schizophrénique, le cannabis peut jouer le rôle de détonateur et déclencher une décompensation psychotique, des réactions d'angoisse ou de panique, un état confuso-onirique ou une psychose aiguë délirante.
- chez des consommateurs intensifs, peuvent apparaitre des psychoses avec des épisodes confusionnels durables et délire onirique d'allure schizophrénique.

Ce cannabisme chronique aboutit à un syndrome déficitaire caractéristique qui a été décrit sous le nom de "syndrome amotivationnel". Ce syndrome a pour caractères principaux :

- apathie,
- diminution des motivations de l'attention et du contrôle,
- distraction et perte du sens de la réalité,
- goût pour le laxisme des mœurs plutôt que pour une vie structurée et dirigée vers un but ce qui aboutit à une desocialisation progressive et à des modes de vie marginaux,
- la mémoire est mauvaise, le cours des idées instable, le contact

relationnel très difficile,

- négligence de l'hygiène corporelle, désintérêt pour le futur.

## **6 - TRAFIC DU CANNABIS :**

Au contraire de la feuille de coca par exemple, la production de cannabis n'est pas la particularité ou le monopole d'une région donnée du monde. Tous les pays situés en zones tempérées ou tropicales sont des producteurs potentiels de cannabis, cependant le rendement est meilleur dans les régions chaudes du globe.

Chaque année, plusieurs centaines de milliers de tonnes de cannabis ou de haschich sont déversées sur le marché. Les pays qui apparaissent comme les plus gros producteurs de résine et de haschich sont le Pakistan, l'Iran, l'Afghanistan, la Syrie, le Liban, le Maroc (2).

Quant au cannabis sous sa forme la plus élémentaire d'herbe séchée, elle est produite de façon assez importante par des pays comme la Colombie, la Jamaïque, la Thaïlande, les Philippines et la plupart des pays d'Asie du Sud-Est, et bien entendu par de nombreux pays d'Afrique surtout les pays du Maghreb. A une proportion inférieure, on retrouve les Etats-Unis avec sa variété sélectionnée "le sensemilla" et le Mexique (Golden acapulco).

Cette énorme production fait l'objet d'un trafic illicite réprimé par l'OIPC-Interpol. Les saisies mondiales repertoriées à l'OIPC-Interpol font état annuellement de 5.500 tonnes d'herbe de cannabis, 140 tonnes de haschich et une tonne d'huile de haschich.

Le commerce du cannabis est moins rémunérateur que celui des drogues dites dures (opiacés et cocaïne). Ceci est dû au fait que la dépendance envers le cannabis n'est pas aussi contraignante que celle envers les drogues dures. S'il ya rupture des stocks de résine ou d'herbe entraînant une hausse de prix, le cannabinomane s'en passera sans gros problèmes, ce qui n'est pas le cas de l'héroïnomane qui reste demandeur quel que soit le prix de la substance. Le monde de l'économie du 10 Mai



1977 faisait remarquer à juste titre qu'une "hausse du prix du "hasch" se traduit par une réduction de la demande". (3)

Les prix bien que fluctuant un peu d'un pays à un autre restent assez stables.

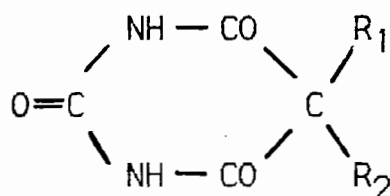
En France par exemple 1g de shit (résine) coûte entre 40 et 70 F (2.000 à 3.500 F CFA) et 1g d'herbe 15 à 40 F (vente au détail). La résine est vendue soit en barettes (une barette faisant environ 2g) soit en carrés moulés comme ceux d'une plaquette de chocolat. Quant à l'herbe, elle est vendue soit comprimée soit en vrac (branches et graines comprises).

Il est intéressant de noter qu'on ne peut conditionner que 6 à 7 joints avec une barette et seulement 2 à 4 joints avec 7g d'herbes. Quand on sait qu'un cannabinomane régulier fume entre 7 à 20 rapes par jour, il en résulte une dépense quotidienne de l'ordre de 5.000 F CFA (100 FF) à 20.000 F CFA (400 FF) (3).

CHAPITRE -II  
LES BARBITURIQUES

## 1- GENERALITES

Les barbituriques sont des spécialités médicamenteuses qui sont obtenues par synthèse chimique à partir de l'acide barbiturique ou malonylurée. La structure générale des barbituriques est la suivante :

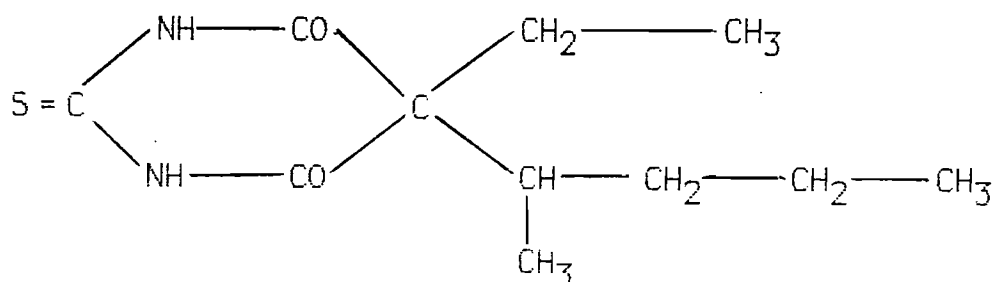


L'industrie chimique a mis sur le marché une cinquantaine de molécules qui peuvent être réparties en quatre groupes selon la durée d'action. (tableau N°1) (5) et (8)

**TABLEAU N° 1**  
PRINCIPAUX BARBITURIQUES

Dénomination commune	Nom déposé	Substitution	
		R <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>
Barbital ou Barbitural	VERONAL	éthyl	éthyl
Phénobarbital	GARDENAL	éthyl	phényl
Butobarbital	SONERYL	éthyl	n-butyl
Longue durée d'action 8 à 12 heures			
Amobarbital	EUNOCTAL	éthyl	Iso - amy
Heptabarbital	MEDOMINE	éthyl	Cycloheptényl
Pentobarbital	NEMBUTAL	éthyl	Méthylbutyl
Vinylbarbital	OPTANOX	Vinyl	Méthylbutyl
Durée d'action intermédiaire 4 à 8 heures			
Sécobarbital	IMMENOCTAL	Allyl	Méthylbutyl
Hexobarbital	NOCTIVANE	Méthyl	Cyclohexényl
Courte durée d'action 1 à 4 heures			
Pentotal*	NESDONAL	éthyl	Méthylbutyl
Barbituriques anesthésiques : 30 minutes à 1 heure			

\* Le pentotal est un thiobarbiturique qui a la structure suivante :



## **2 - PHARMACODYNAMIE :**

### **a) - Métabolisme :**

Les barbituriques sont administrés par voie orale, parentérale ou rectale. Ils se fixent sur l'albumine plasmatique en fonction essentiellement de leur liposolubilité. Ils diffusent dans le rein, le foie, le tissu adipeux et passent la barrière placentaire.

Métabolisés au niveau hépatique après une induction enzymatique, ils sont éliminés par l'urine, les selles, le lait et la salive.

La durée d'action dépend en grande partie des réactions de métabolisation. Ainsi les dérivés à chaîne ramifiée et les dérivés à chaîne insaturée ont une action plus brève que les dérivés à chaîne linéaire saturée, car l'action des oxydases microsomiales hépatiques est plus intense. Les dérivés thiosubstitués perdent leur soufre et les dérivés N. alcoylés sont désalcoylés.

### **b) - Mécanismes d'action :**

Les barbituriques dépriment les fonctions de la formation reticulée dont le rôle est de conduire et trier les informations partant de la périphérie et parvenant au cortex. Ils agiraient par inhibition des synapses excitatrices en bloquant l'accumulation de calcium dans les terminaisons nerveuses, et en inhibant la libération d'acétylcholine, de noradrenaline et d'acide glutamique. D'autre part ils faciliteraient l'action des synapses inhibitrices gabaergiques en renforçant la teneur du cerveau en inhibiteur présynaptique qu'est l'acide gama aminobutyrique (GABA) et en glycocolle, également inhibiteur.

## **3 - TOXICOMANIE :**

Les signes observés sont certes plus spécifiques aux barbituriques, on peut cependant leur associer le mécloqualone et le méthaqualone qui induisent une "défonce" douce, et également le chloral dont l'usage engendre une symptomatologie presque en tout point semblable à celle des barbituriques avec cependant une note délirante

plus accusée.

### **3-1 - MANIFESTATIONS AIGUES ET SUBAIGUES DU BARBITURISME :**

L'absorption répétée de doses faibles, ou l'injection intra veineuse de barbituriques provoque l'ivresse barbiturique qui succède à un "flash". Il s'agit d'une altération complexe des facultés mentales qui rappelle beaucoup l'ivresse alcoolique. On note des troubles moteurs de type cérébelleux : incoordination motrice, perte de l'équilibre, des troubles de la parole, dysarthrie, parfois abolition des reflexes, une euphorie et dans un second temps des épisodes d'excitation avec subagitation, troubles visuels, manifestations agressives et confusion. Cette ivresse est généralement suivie d'amnésie. Un degré de plus et on tombe dans le coma barbiturique.

### **3-2 - SIGNES DE L'INTOXICATION CHRONIQUE**

L'usage habituel des barbiturates entraîne des modifications de l'humeur et des troubles du caractère. On retrouve l'instabilité émotionnelle, l'incoordination motrice, la confusion. S'y ajoutent des troubles de la mémoire et de l'attention, des éruptions cutanées et des douleurs articulaires. Les modifications de l'humeur deviennent très imprévisibles et une subite irritation particulière contre le conjoint ou l'entourage, fait du toxicomane un véritable "bourreau familial" (NEUYER).(22)

### **3-3 - LES COMPLICATIONS :**

Leur apparition est favorisée par l'association avec l'alcool et les amphétamines.

La complication majeure est le coma barbiturique. La tolérance engendrée par l'usage régulier entraîne l'augmentation des doses d'où le risque de surdosage accidentel et de coma barbiturique très souvent mortel par défaillance cardio-respiratoire, hypothermie et collapsus. Ce coma peut également survenir à tout moment après injection intraveineuse au cours de l'intoxication aigüe.

L'état de détérioration intellectuelle peut aboutir à de véritables psychoses barbituriques, en particulier une pseudo-paralysie générale : les sujets sont ralentis, ont une mémoire défaillante, un jugement affaibli, une parole embarrassée, une démarche incertaine parfois de petites bouffées délirantes. A long terme la détérioration intellectuelle devient irréversible et peut même devenir un véritable état démentiel. Ce type d'accident est le plus souvent le fait des barbituriques d'action rapide comme l'IMMENOCTAL, qui malheureusement sont les plus recherchés par les barbituomanes.(16)

Les organes intervenant dans l'inactivation et l'élimination des produits peuvent être atteints et, hépatites toxiques et néphrites peuvent fréquemment survenir.

Des carences associées entraînent des anémies, des destructions osseuses et un vieillissement précoce.

### **3.4- LES SYMPTOMES DE SEVRAGE BRUTAL**

Les barbituriques en plus de la dépendance psychologique cependant moins forte, engendrent une dépendance physique très grande.

Les symptômes de sevrage apparaissent dans les 12 à 72 heures, atteignent leur maximum entre le 3ème et le 7ème jour et disparaissent lentement. Angoisse, insomnie, hyperactivité, crampes musculaires, vertiges, vomissement, perceptions visuelles perturbées, convulsions sont le plus souvent rencontrés, mais aussi hallucinations et comportement paranoïaque. La mort peut survenir à tout moment d'où la nécessité d'une hospitalisation et d'une surveillance médicale prolongée.

### **4-TRAFIC DES BARBITURIQUES**

Le trafic des barbituriques ne peut être dissocié du trafic des substances psychotropes en général.

Les substances psychotropes font l'objet d'un trafic international très important, témoignent les saisies mondiales repertoriées par l'O.I.P.C-Interpol et l'O.N.U, bien que ces saisies appréhendent seulement une faible partie de ce trafic. En 1984, les chiffres indiquaient : 2.654 kgs soit 25.291.507 doses de dépresseurs, 284.504 doses de LSD, 386 kgs soit 30.628.662 doses d'amphétamines ou de stimulants chimiques (2).

Le marché illicite est alimenté par les excédents de médicaments produits dans les pays développés, les détournements des productions pharmaceutiques licites et surtout les productions illégales des laboratoires clandestins. Ces productions sont énormes et sont le fait quasi exclusif des pays d'Amérique du Nord et d'Europe. En 1980, 156 laboratoires clandestins de fabrication d'amphétamines ont été découverts aux Etats Unis et au Canada.

Les productions frauduleuses sont réalisées à partir des substances dites précurseurs qui elles sont élaborées et commercialisées en toute liberté dans beaucoup de pays.

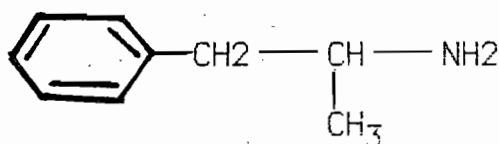
Les psychotropes de nature diverse les unes par rapport aux autres touchent tous les pays du monde et leur abus a notablement augmenté dans les pays en développement en particulier en Afrique et au Moyen Orient.



CHAPITRE - III  
LES AMPHETAMINES

## I- GENERALITES

Ce sont des molécules dérivées de la phénylaminopropane.



Phényl aminopropane : amphétamine

Ces substances se caractérisent au niveau de l'organisme par 5 actions principales : (39) et (8)

- elles libèrent au niveau des vésicules présynaptiques la dopamine et la noradrénaline,
- elles inhibent par ailleurs la recapture de ces deux catécholamines,
- elles possèdent un effet inhibiteur de la monoaminoxydase,
- elles stimulent directement les récepteurs sérotoninergiques,
- elles provoquent enfin une accumulation cérébrale de parahydroxyenor éphédrine, accumulation qui serait largement responsable de l'activité psychostimulante.

Les amphétamines peuvent être classés selon deux propriétés distinctes.

- celle d'être noo-analeptiques c'est à dire de stimuler la vigilance et d'accélérer le processus d'idéation mais sans agir sur l'humeur dépressive,
- celle d'être anorexigène c'est à dire de diminuer l'appétit.

Selon qu'elles combinent ces propriétés dans certaines proportions, on distingue 4 catégories d'amphétamines ; (39) et (8)

\*Les amphétamines et dérivés noo-analeptiques fortement anorexigènes dont le chef de file est la dexamphétamine. Dans ce groupe on retrouve :

- la dexamphétamine : MAXITON<sup>R</sup>, DOXEDRINE<sup>R</sup>
- la métamphétamine : TONEDRON<sup>R</sup>, PERVITINE<sup>R</sup>, METHEDRINE<sup>R</sup>
- l'amphétamine : CORYDRANE<sup>R</sup>, ORTEDRINE<sup>R</sup>, BENZEDRINE<sup>R</sup>,  
PHENEDRINE<sup>R</sup>
- le fenbutrazate : CAFILON<sup>R</sup>
- le levophacétopérane : LIDEPRAN<sup>R</sup>
- le diphéméthodixine : CLEOFIL<sup>R</sup>
- le pyrovalerone : THYMERGIX<sup>R</sup>

° Les amphétamines et dérivés noo-analeptiques faiblement anorexigènes dont le chef de file est le méthyl phénidate. Ce sont :

- le méthyl phénidate : RITALINE<sup>R</sup>
- le prolintane : PROMOTIL<sup>R</sup>
- le pemoline : DELTAMINE<sup>R</sup>
- le fenozolone : ORDINATOR<sup>R</sup>
- la fénétylline : CAPTAGON<sup>R</sup>

° Les amphétamines et dérivés anorexigènes fortement noo-analeptiques. Ici le chef de file est la phentermine :

- la phentermine : LINYL<sup>R</sup>
- le métamphépramone : EFFILONE<sup>R</sup>
- l'amphépramone : PREFRAMONE<sup>R</sup>, MODERATAN<sup>R</sup>,  
ANOREX<sup>R</sup>, DERFON<sup>R</sup>
- le méfenorex : PONDINIL<sup>R</sup>
- l'éthamphétamine : ADIPARTHROL<sup>R</sup>
- la benzphétamine : INAPETYL<sup>R</sup>

° Les amphétamines et dérivés anorexigènes faiblement noo-analeptiques. Le chef de file est la fenfluramine :

- la fenfluramine : PONDERAL<sup>R</sup>
- le fenproporex : FENPROPOREX<sup>R</sup>, PERPHOXENE<sup>R</sup>
- le pentorex : LIPRODENE<sup>R</sup>
- le furfenorex : FRUGALAN<sup>R</sup>

- le clobenzorex : DININTEL<sup>R</sup>
- la chlorphentermine : LUCOPHÈNE<sup>R</sup>

Les amphétamines proprement dites (1er groupe) ont disparu du repertoire des médicaments commercialisés. Ce sont surtout les amines de synthèse aux propriétés analogues, proposées en pharmacie comme médicaments anorexigènes ou stimulants qui sont utilisés par les toxicomanes ( surtout les médicaments du groupe II et III) ; certains n'hésitent pas à s'injecter dans les veines ( speed-freaks) la poudre spéciale appelée "crystal" obtenue à partir des présentations commerciales (2).

Des molécules de structure amphétaminique et aux propriétés hallucinogènes ont également été utilisées par les toxicomanes. Il s'agit du DMA (diméthoxy-amphétamine réputé aphrodisiaque et du STP (security, tranquility, peace) qui est la méthoxy méthyl amphétamine.

## **2- PHARMACODYNAMIE**

Les amphétamines s'absorbent totalement par voie orale. Les effets amphétaminiques varient suivant la cinétique des produits. L'effet euphorisant est d'autant plus rapide que le produit atteint rapidement le cerveau, d'où la préférence pour la voie intraveineuse (speed freaks).

La dégradation se fait au niveau hépatique par oxydation désaminative, hydroxylation puis glycuconjugaison. Les métabolites sont éliminés dans l'urine et l'élimination urinaire est d'autant plus rapide que le PH est acide.

## **3- TOXICOMANIE AUX AMPHETAMINES**

Les amphétamines induisent une toxicomanie caractérisée par une forte dépendance psychologique avec tolérance rapide et marquée. Le sevrage physique se manifeste par des signes discrets.

### 3.1- Amphétaminomanie

Les amphétamines sont administrées soit par voie orale, soit par voie intraveineuse.

L'injection des comprimés pilés et dilués dans de l'eau est suivie d'un "flash" particulièrement violent d'où le nom de "speed" donné à la drogue. (24)

Le flash réalise une sensation brutale et intense de chaleur irradiant de l'abdomen vers la tête et vers les membres inférieurs donnant l'impression d'éclater. Puis apparaissent les effets psychiques : euphorie, excitation intellectuelle avec logorrhée et riches représentations mentales, sentiment subjectif de clarté, facilité, impression de puissance inhabituelle hyperactivité motrice et sexuelle, rien n'est impossible pour le sujet. La sensation de fatigue est absente. Physiquement, la tension artérielle est élevée, le pouls rapide, les pupilles dilatées en mydriase.(35) L'insomnie et l'anorexie qui apparaissent à la fin de l'effet en même temps que l'angoisse et un état dépressif participent à l'épuisement; c'est la "descente" extrêmement pénible, conséquence de la diminution rapide de l'action du produit et qui pousse le sujet à renouveler les injections.

De 48 heures à une semaine d'administrations répétées de doses de plus en plus importantes, le cycle toxique survient. Le sujet cesse les injections tombe dans un sommeil profond d'où il émerge somnolent, asthénique, envahi d'idées dépressives et dans un état général très altéré. Cette situation apparaissant vite comme intolérable, comporte un risque suicidaire fréquent et conditionne la reprise du toxique.

L'amphétaminomanie réalise ainsi des cycles (runs) d'intoxication plus ou moins longs séparés par des périodes d'abattement psychique et moteur de manque.

La dépendance psychique s'installe rapidement du fait des sensations procurées par le "flash" et l'hyperactivité euphorique d'une part et d'autre part, par l'état dépressif lors du manque.

La dépendance physique semble inexistante ou réduite à des troubles du sommeil, des myalgies, des crampes intestinales de la boulimie.

Les amphétamines induisent une tolérance importante ( plusieurs centaines de mg/j). Cette tolérance qui est d'installation rapide disparaît lors de l'arrêt de l'intoxication.

### **3.2- LES COMPLICATIONS**

Certaines peuvent survenir pendant l'intoxication même, après seulement quelques jours de consommation. Derrière l'apparente facilitation intellectuelle apparaît une perte de contrôle émotionnel et parfois des troubles quasi délirants rappelant les symptômes paranoïaques et dénommés effet "parano" par les toxicomanes : méfiance exacerbée, sentiments d'hostilité, de menace, réactions auto-agressives de fuite ou hétéro-agressives de défense. Si cet état se prolonge, il se pose le problème d'une psychose latente révélée par l'intoxication.

Les complications psychiatriques sont également fréquentes et surtout graves : en plus des syndromes paranoïaques, il s'agit entre autres de bouffées délirantes et de perturbations caractérielles.

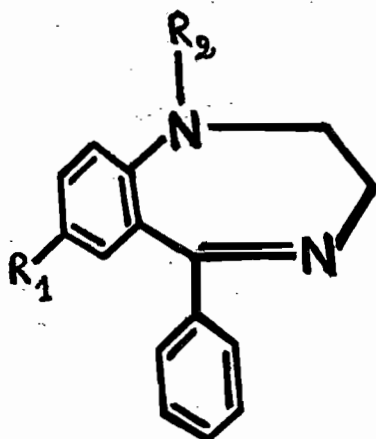
Les complications physiques sont : l'amaigrissement, les infections cutanées et pulmonaires, les troubles hépatiques, l'hypertension artérielle.

Au sevrage ou en période de manque, l'état asthéo-dépressif qui s'en suit, joint à l'amaigrissement et au mauvais état général libère des tendances suicidaires.

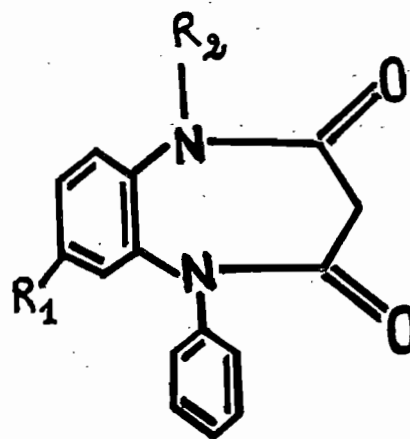
CHAPITRE - IV  
LES BENZODIAZEPINES

## 1 - GENERALITES :

Elles répondent aux structures générales suivantes :



Benzodiazépine 1,4



Benzodiazépine 1,5

Les benzodiazépines tiennent une grande place dans la pharmacopée actuelle. Près de 3.000 molécules ont été synthétisées et une vingtaine commercialisées qui sont en grande partie des benzodiazépines 1,4. En thérapeutique, elles sont utilisées pour leurs propriétés anxiolytiques, anticonvulsivantes, hypnotiques et myorelaxantes.

Les produits les plus courants sont cités dans le tableau N°3 (5).



**TABLEAU N° 2 :****Benzodiazépines les plus couramment utilisées****Anxiolytiques**

Chlordiazépoxyde	LIBRIUM
Diazépam	VALIUM
Prazépam	LYSANXIA
Médazépam	NOBRIUM
Oxazépam	SERESTA
Chlorazépate de potassium	TRANXENE
Alprazolam	XANAX
Clobazam*	URBANYL

**Anticonvulsivants**

Diazépam	VALIUM (épilepsie)
Clonazépam	RIVOTRIL (épilepsie)
Lorazépam	TEMESTA (délirium tremens)
Clorazépate	TRANXENE (délirium tremens)

**Hypnotiques**

Nitrazépam	MOGADON
Flunitrazépam	ROHYPNOL
Estazolam	NUCTALON
Triazolam	HALCION

**Myorélexants**

Diazépam	VALIUM
Tétrazépam	MYOLASTAN

---

\* Le clobazam est la seule benzodiazépine 1,5 de ce tableau.

Les toxicomanes utilisent les benzodiazépines comme traitement palliatif du manque, contre les troubles du sommeil, ou en association avec d'autres drogues. Ils recherchent l'effet sédatif et hypnotique qui est d'autant plus important que la demi-vie est courte (2).

## **2 - PHARMACODYNAMIE :**

### **a) - Métabolisme :**

Les benzodiazépines sont administrées par voie parentérale et orale. Les toxicomanes utilisent surtout la voie orale. L'absorption se fait au niveau gastro-intestinal. Les molécules fixées aux protéines plasmatiques diffusent dans tout l'organisme particulièrement au niveau du foie et du cerveau.

Les différentes benzodiazépines sont transformées au niveau du foie pouvant donner lieu à la naissance de métabolites actifs ou inactifs. Ainsi la demi-vie varie considérablement d'une molécule à l'autre mais aussi d'un individu à l'autre. Les benzodiazépines passent la barrière placentaire. Elles sont éliminées par la voie urinaire et dans le lait.

### **b) - Mécanisme d'action :**

Des récepteurs spécifiques ont été mis en évidence en 1977. Les benzodiazépines contribueraient à renforcer la transmission gabaergique inhibitrice. Lorsqu'il ya déficit en gaba, le nombre de récepteurs à gaba diminue ainsi que ceux à benzodiazépines. Ces deux types de récepteurs seraient couplés. L'existence d'un site spécifique a fait envisager celle d'un ligand endogène, une sorte "d'endobenzodiazépine", anxiogène ou anxiolytique ? La réponse à cette question permettra de préciser le rôle agoniste ou antagoniste des benzodiazépines vis à vis de leur récepteur spécifique.

### 3- TOXICOMANIE AUX BENZODIAZEPINES

Les toxicomanes recherchent l'effet sédatif et hypnotique. Certains utilisent les benzodiazépines contre l'angoisse qui accompagne le sevrage.

A doses fortes, les benzodiazépines produisent une ivresse avec dysarthrie, ataxie, hypertonie musculaire et somnolence. Par voie intraveineuse, certains sujets rapportent lors de l'injection de VALIUM une sensation d'euphorie calme avec clarté des idées, relaxation musculaire, suivie d'une période de somnolence.

La tolérance existe probablement à cause de l'adaptation des récepteurs à ces médicaments.

Du fait des publications récentes qui rapportent des accidents survenus lors du sevrage brutal, on peut admettre qu'il existe une dépendance psychique et physique, même si l'on doit faire la part des choses entre les troubles préexistants ayant pu justifier un traitement par les benzodiazépines, et les effets dûs uniquement au sevrage.

CHAPITRE - V  
LE DATURA

Du fait de l'importance de plus en plus croissante de son usage au Mali, de sa facile accessibilité à la population, cette plante nécessite une étude en vue de sensibiliser sur les dangers que représente une consommation abusive.

### **1- GENERALITES**

Selon "Kerharo", il existe trois espèces de datura : *Datura stramonium*, *Datura inoxia* et *Datura metel* L, encore appelé *Datura fastuosa* L. Le genre *Datura* appartient à la famille des solanacées.

Les deux dernières espèces sont les plus répandues au Mali où elles sont reconnues sous les noms vernaculaires de "almou kaï kaï" et "koubédiara".

C'est une plante généralement annuelle qui croit spontanément sur les sols organiques autour des agglomérations. Elle est suffrutescente, lignifiée à la base, atteint un mètre de hauteur. Les tiges sont glabres épaisses et cassantes, les feuilles pubescentes, elliptiques largement ovales ou triangulaires, sub entières avec quelques lobes profonds. Les fleurs sont grandes blanches, dressées avec un calice tubulaire de six centimètres de long sur cinq centimètres de diamètre, une corolle simple ou double atteignant vingt centimètres, formée de cinq à six lobes longuement acuminées. Le fruit est une capsule pendante plus ou moins veruqueuse (10).

En médecine traditionnelle, le datura est utilisé sous forme d'emplâtre dans les enflures et les maux de tête. Quelque fois, il est ingéré sous forme de décocté notamment au cours des séances d'exorcisme, des phénomènes de possession pour le traitement des maladies mentales, et également dans un but criminel.

Le datura est utilisé par les toxicomanes en décoction ajouté au thé (c'est le cas le plus fréquent) ; il peut également être fumé avec le chanvre indien.

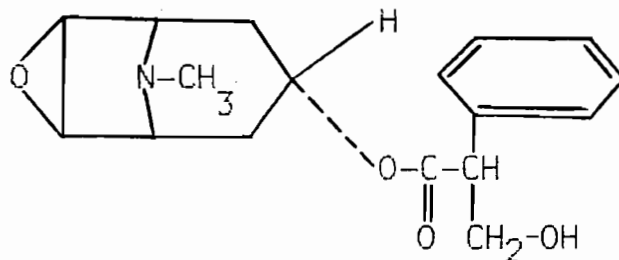
Il existe une forme particulière d'utilisation du datura au Mali : pour créer l'ambiance dans les cérémonies de mariage, de baptême ou de circoncision, le datura après ébullition est ajouté au thé, au lipton, au jus de gingembre ou au sirop et servi aux invités.

## 2- CHIMIE

Les principes essentiels sont

### a) La scopolamine : (ou hyoscine)

C'est l'alcaloïde principal. Elle a la structure suivante qui en fait un isomère de la cocaïne (8)



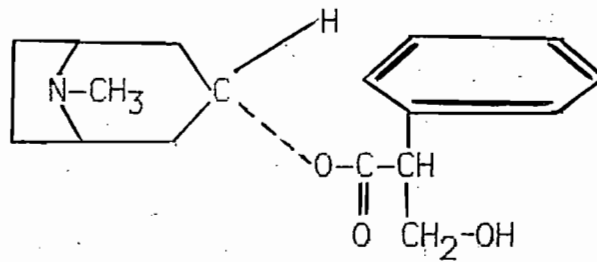
C'est l'ester de l'acide tropique et du scopolan. L'hyoscine extraite des datura a la configuration gauche contrairement à la scopolamine extraite de *Scopolia carniolica* Jacq qui elle a le pouvoir rotatoire droit. L'hyoscine se présente sous forme de cristaux incolores peu solubles dans l'eau, très solubles dans l'alcool, l'éther, le chloroforme ou les acides dilués.

La solution alcoolique présente une réaction alcaline. La scopolamine fond à 59° et reste longtemps en surfusion.

### b)- L'hyosciamine : se trouve sous différentes formes :

- d, l hyosciamine,
- pseudohyosciamine ou norhyosciamine,
- d, l norhyosciamine.

L'hyosciamine a la structure suivante :



C'est l'ester de l'acide tropique et du tropanol. L'hyosciamine lévogyre s'isomérisse facilement (sous l'influence de la chaleur notamment) en atropine dépourvue de pouvoir rotatoire. L'atropine est l'ester du tropanol et de l'acide tropique racémique.

La norhyosciamine est le dérivé déméthylé à l'azote de l'hyosciamine.

Ces différents alcaloïdes dérivés du tropane se trouvent aux taux de 0,3 à 0,7 % selon la partie de la plante.

### 3- PHARMACODYNAMIE

Les propriétés pharmacodynamiques du datura sont dues essentiellement à la scopolamine et à un moindre degré à l'hyosciamine et à son produit de racémisation, l'atropine.

Les alcaloïdes tropaniques des solanacées mydriatiques sont des parasympatholytiques qui traversent la barrière hématoencéphalique. Outre les effets périphériques antimuscariniques, ils exercent des actions centrales du même type.

Les effets périphériques sont communs à l'atropine et à la scopolamine, par contre l'action sédatrice sur le cortex exercée par la scopolamine la distingue de l'atropine.

Les actions centrales qui sont complexes et irrégulières apparaissent généralement aux fortes doses.

En cas d'intoxication au datura, les troubles affectant le sujet sont dus aux effets centraux qui font suite aux :

- actions comportementales (comportement psychomoteur),
- actions anti-analgésiques,
- modifications de l'E.E.G,
- actions sur la moelle et les nerfs périphériques.

Les effets qui vont intéresser le toxicomane ont trait surtout aux actions comportementales qui sont essentiellement de 2 types aux doses thérapeutiques :

- une action sédatrice prédominante qui dépendrait d'une dépression de la substance réticulée et s'accompagnerait de la diminution de la motilité, d'une impression de tranquillité et d'euphorie,
- une action amnésiante rare, le plus souvent partielle.

Parfois aux doses cliniques, mais plus fréquemment aux doses toxiques, d'autres actions comportementales peuvent apparaître : ce sont :

- une impression de fatigue,
- une somnolence et même un sommeil précédant un état comateux
- une ataxie,
- une perte de fixation de l'attention, un ralentissement de l'idéation et de la parole, une perte de volonté, ceux-ci contribuent à une dépersonnalisation du sujet.

Certains auteurs ont noté :

- des épisodes de confusion et de grande irritabilité,
- des délires évoquant une stimulation corticale diffuse,
- des phénomènes oniriques et hallucinatoires.



CHAPITRE - VI  
LES OPIACES

Le groupe des opiacés comprend l'opium, ses dérivés et des produits de synthèse agonistes. On rattache également à ce groupe les produits antagonistes.

## **1 – PRINCIPALES SUBSTANCES OPIACEES :**

### **1-1 – L'OPIUM :**

L'opium est le produit de sécrétion d'une plante appelée *Papaver somniferum*. Il est recueilli par incision de la capsule encore verte, sous forme d'un latex blanc qui coagule, sèche et brunit au soleil. Cet opium est ensuite raclé et pétri en pains pour donner l'opium brut. L'opium brut lavé et séché est appelé opium préparé qui se présente sous forme de blocs de couleur marron clair et foncé.

Il existe plusieurs variétés de *Papaver* (pavot) qui diffèrent par la couleur des fleurs et la forme des capsules de même que par la teneur en alcaloïdes : *Papaver somniferum*, variété *glabrum* d'Asie Mineure, *P.s.* variété *album* d'Inde, *P.s.* variété *nigrum* (pavot œillette) et *setigerum* d'Europe Méridionale, enfin *P.s.* variété *bractetum* qui est très riche en thébaïne.

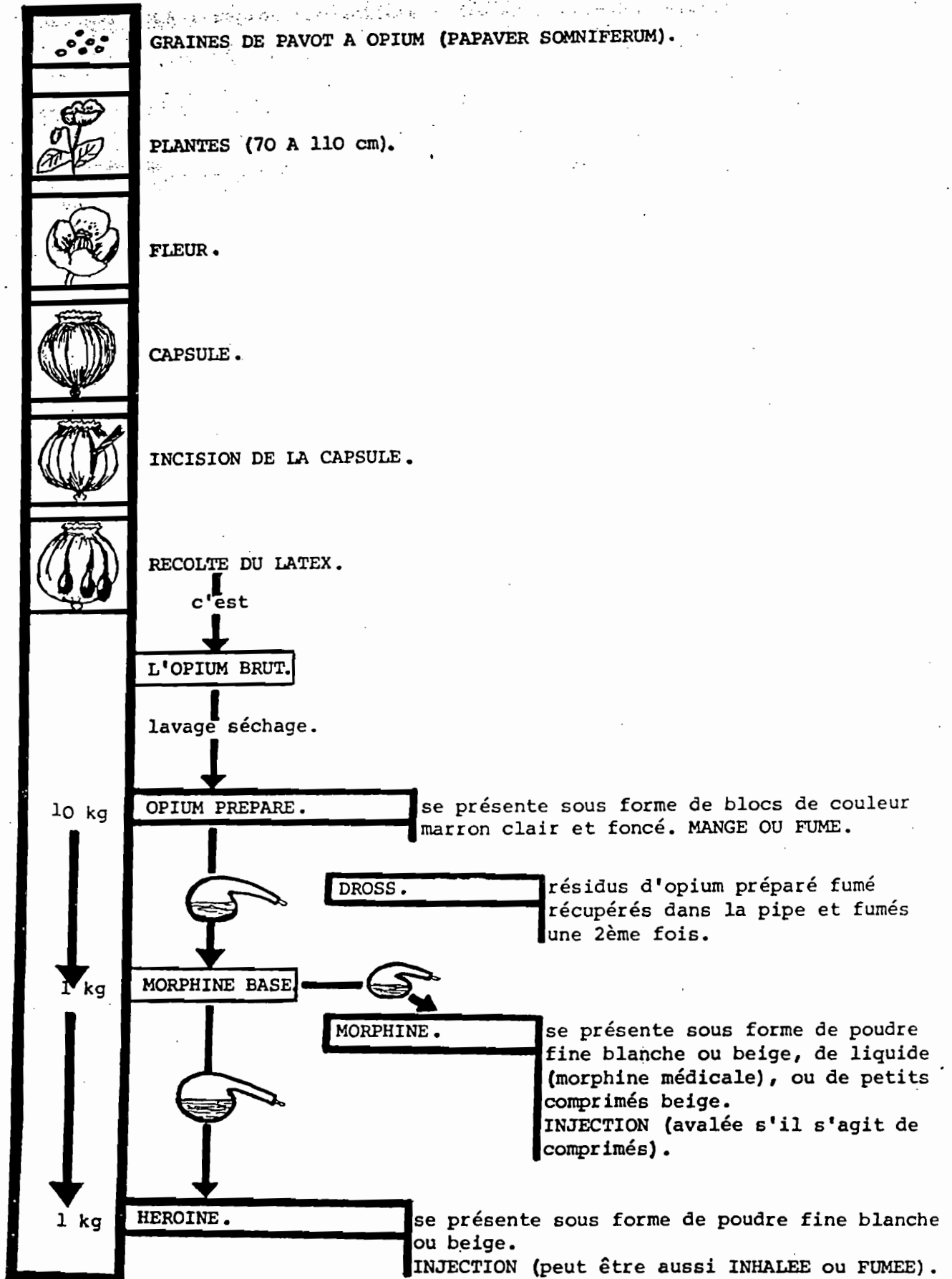
Les différentes techniques de récupération de l'opium varient suivant les pays, mais aussi suivant les variétés de pavot, la variété *album* d'Inde (pavot blanc) étant la plus convoitée; (2) et (20).

#### **1-1-1 – ZONES D'UTILISATION PRINCIPALE D'OPIUM :**

Ce sont les pays du Moyen Orient, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique Occidental, plus particulièrement Afghanistan, Birmanie, Bangladesh, Egypte, Hong Kong, Indonésie, Iran, Macao, Pakistan, Singapour, Sri Lanka, Thaïlande et Viêtnam (9).

LES STUPEFIANTS D'ORIGINE NATURELLE  
ET LEURS DERIVES

LES OPIACES  
(Tableau B)



### 1-1-2 - Principales formes d'utilisation de l'opium :

L'opium peut être mangé ou bu en décoction, mais il est surtout fumé.

- Fumeurs d'opium : Cette pratique a connu une grande diffusion surtout en Extrême Orient principalement en Chine.

L'opium brut est impropre à la pipe, tout comme l'opium officinal qui pour être fumé est raffiné de façon très spéciale.

C'est l'opium préparé (raffiné) appelé chandoo qui est fumé par les opiomanes .

Le fumeur pauvre se contente très souvent du dross, résidus d'opium fumé riche en morphine et beaucoup plus toxique (22).

- Mangeurs et buveurs d'opium et de préparations opiacées

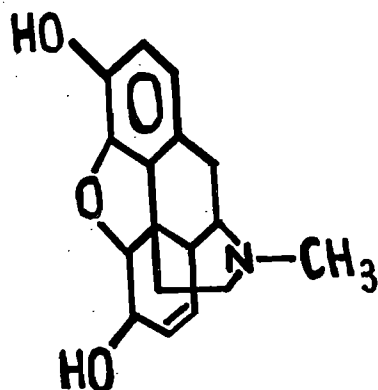
Ils sont appelés "opiophages". En Asie Mineure où ils sont très nombreux, les opiophases sont aussi appelés thériakis par allusion à la thériaque, préparation à base d'opium. Très généralement, ils utilisent des préparations (pilules) dans lesquelles l'opium est associé à d'autres substances euphorisantes ou aphrodisiaques (haschich, datura, jusquiame etc...).

L'élixir parégorique qui contient de l'opium certes en proportion faible est également recherché par les opiophages qui peuvent absorber en une journée un quart ou un demi litre. Certains héroïnomanes en manque n'hésitent pas à se l'injecter dans les veines tel quel ou après l'avoir évaporé dans une cuiller chauffée par quelques allumettes et repris le résidus avec un peu d'eau.

En matière de législation l'élixir parégorique est inscrit au tableau C depuis le 18 Novembre 1969 en France; il ne peut donc être délivré que sur ordonnance, par contre au Mali, il est en vente libre.

## 1-2 - LA MORPHINE:

Est extraite à partir de l'opium et se trouve à la proportion de 10%. Au point de vue structure, c'est une amine tertiaire dérivée de la phényl. 4 pipéridine.



La morphine est produite de façon légale pour les besoins de l'industrie pharmaceutique. Médicament essentiel de l'OMS, la morphine est utilisée dans les grandes algies (cancer), dans la médication pré et postanesthésique et dans l'œdème aigu du poumon (OAP). (5)

Cependant le produit peut provenir des cambriolages de pharmacies, ou de détournements de productions industrielles licites et faire l'objet d'une fraude; et même là, il s'agit davantage d'actions ponctuelles que d'un important trafic organisé.

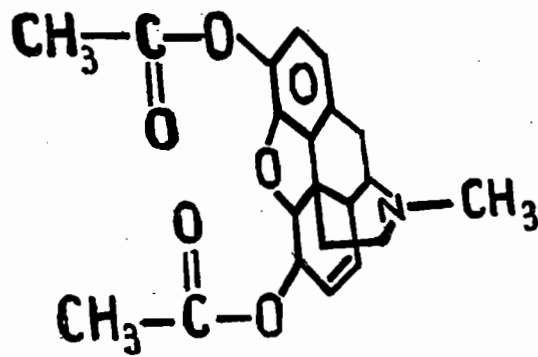
Si les doses thérapeutiques sont de l'ordre de 0,01 à 0,03g, les toxicomanes s'administrent des quantités qui atteignent 0,50g/j chez les petits morphinomanes et qui dépassent 1,50g pour les grands morphinomanes. Les toxicomanes s'administrent la morphine par injection intraveineuse. Le déshabillage procure une rapide confirmation des habitudes chez un sujet suspect qui portera un peu partout des traces de piqûre surtout à la face externe des cuisses, aux avant bras, à la paroi abdominale. (22)

Dans les milieux toxicomanes, il existe deux types de morphine : (36)

- la morphine pharmaceutique qui se présente sous forme d'ampoules injectables,
- la morphine de trafic qui est obtenue par traitement de la morphine base dans les laboratoires clandestins et qui prend l'aspect d'une poudre beige foncé utilisable telle quelle par les toxicomanes, après dissolution.

### 1.3- L'HEROÏNE

C'est le dérivé diacétylé de la morphine.



Abandonnée comme médicament, l'héroïne est préparée clandestinement et est l'objet d'un usage important chez les drogués.

Prête à consommer, l'héroïne se présente sous forme de poudre conditionnée en paquets (à la dose) ou au poids. On peut la "sniffer", la fumer, ou l'injecter par voie I.V après l'avoir dissoute dans l'eau. En réalité cette poudre contient beaucoup d'autres substances plus ou moins toxiques soit pour augmenter la quantité, soit pour potentialiser l'effet, et on parle de coupage. Les produits de coupe utilisés peuvent varier selon l'espèce d'héroïne.

En fonction de l'origine mais surtout du degré de raffinage, et du conditionnement, on distingue 3 espèces d'héroïne : (3)

- **La blanche** : c'est une poudre immaculée qui, si elle n'est pas trop coupée, se dissout instantanément dans l'eau. Sinon, il faut chauffer "le mélange". Elle provient surtout d'Asie du Sud-Est (triangle d'or\*). De façon générale, la blanche titre 3 à 15 % d'héroïne. Les produits de coupe utilisés couramment sont la caféine, les barbituriques, les amphétamines, la codéine, l'aspirine qui sont tous des molécules actives, et également le lactose, le glucose, le mannitol, la farine ou le plâtre ( produits de coupe morts c'est à dire inactifs).

La "blanche" très pure produit le meilleur flash qui soit, dans le cas contraire, elle ne produit pas un effet immédiat très puissant mais un plaisir plus profond, plus durable, une dépendance physique moindre mais un effet\* de manque psychique plus intense. C'est l'héroïne mythique par excellence mais également la plus chère, elle n'est pas vendue au paquet mais au poids ( un quart de gramme, un demi gramme...). En France par exemple le gramme coûte environ 1200FF (60.000FCFA).

S'il est estimé qu'un héroïnomanie dépendant consomme quotidiennement une quantité moyenne de 1g, on doit se poser la question de savoir comment il fait pour entretenir sa toxicomanie.

- **La brune** : elle est encore appelée "brown sugar". C'est un mélange d'héroïne peu raffinée et beaucoup d'autres produits comme la caféine, la codéine, les amphétamines, les barbituriques, le lactose, le glucose, le Néo-codion, le Netux, le café soluble et même la tere. Elle contient 3 à 10 % d'héroïne quand elle est vendue à domicile mais seulement 2 à 6 % si la vente se fait dans la rue. Son aspect est celui d'une poudre brunâtre plus ou moins foncée selon sa provenance et son degré de pureté. Le brown-sugar provient d'Asie Centrale (Inde, Pakistan, Iran...) et du Proche Orient (Turquie Liban...). Aux Etats Unis elle vient surtout du Mexique (mexican brown).

---

\* Triangle d'or : voir trafic des opiacés IV-4

Les effets du brown-sugar sont plus violents mais plus grossiers et plus brefs. Elle crée une dépendance physique puissante et tenace.

Sur le marché, elle occupe une place constante et se vend indifféremment au poids ou en paquet. Un gramme vaut en France environ 900FF soit 45.000FCFA.

**-La rose :** Elle est encore appelée "chinese rock" (caillou chinois). C'est une héroïne en cristaux qui est commercialisée par les filières chinoises. Elle règne en maître sur toute l'Indonésie et les pays de la mer de Chine. Elle a été conçue pour percer et s'imposer sur le marché occidental. Son succès a été fulgurant en raison de :

- son faible prix,

-sa présentation : elle se présente sous forme de cailloux solides qui doivent être dissouts nécessairement dans l'eau pour être administrés. C'est une héroïne qui étant trop humide pour être pilée puis sniffée, est obligatoirement consommée en intraveineuse.

- la dépendance ultra rapide engendrée par les produits de coupe.

Pour être "accro" (dépendant) quelques prises répétées suffisent. Si la blanche se vend presque exclusivement à domicile, la rose est une marchandise de rue ; et le taux d'héroïne dépasse rarement 5 %, très généralement il s'agit d'une substance à 2 %. Les produits de coupe utilisés ici sont en plus de la codéine, de la caféine, des barbituriques et amphétamines, la strychnine qui garantit le flash et contribue à l'obtention de la couleur rose. On retrouve également parmi les produits morts, l'amidon, le lactose, le vinaigre et le fond de teint. Les petits cailloux couleur sang séché ou semblables à du fond de teint peuvent être vendus sans suspiscion à cause de la solidité qui dissuade le petit dealer\* à toute autre tentative de coupe.

---

\* Dealer : distributeur de rue.



Au début des années 1980, la rose a littéralement envahi le marché mondial avec un prix de lancement défiant toute concurrence : 5.000 FCFA (100FF) pour 2 "shoots" (injections). Peu chère et abondante, elle est vendue à la dose. La rose a été accusée d'être responsable de la "démocratisation" de l'héroïne. Plus que toute autre drogue, elle est vraiment de la "merde".

Il est à noter que l'héroïne pure à 100 % n'existe pas, le degré maximum de pureté atteint par les chimistes actuels est d'environ 75 %. L'on ne devrait cependant pas s'étonner du faible pourcentage d'héroïne pure contenue dans les doses vendues ; car il faut savoir qu'une poudre à 100% est seulement 2 fois meilleure qu'une poudre à 10%, ou en d'autres termes, une poudre à 20% n'est pas deux fois meilleure qu'une poudre à 10%. Les effets de l'héroïne varient selon une courbe logarithmique qui explique qu'un produit dosé seulement à 6 % ou même 3 % fasse quand même de l'effet.

#### **Vocabulaire de l'héroïne :**

L'héroïne est probablement la drogue sur laquelle pèse le plus fort interdit, de plus c'est une drogue d'exclusion (dans tous les sens du terme) dont les pratiques sont peu conviviales. Par conséquent, son vocabulaire est beaucoup fourni, comme en témoigne le tableau N° 3.

## TABLEAU N° 3

## DIFFERENTES APPELLATIONS GENERIQUES DE L'HEROINE

	IN	OUT	PREHISTORIQUE
LES CHIMISTES			PERIODE D'ENTRE
FABRIQUENT	ON PREND AUJOURD'HUI	ON PRENAIT	2 GUERRES
		HIER	ON DISAIT
-Diacétyl	- poudre	- Neige	- Schnouff
morphine	- Drepeu en verian	- Came	- H
"	- Dreupe	- Bourrin	- Cheval
- Héroïne	- Héro		- Horse
	- Dope		
MODE DE CONSOMMATION			
Injectée en	- Shoot	- Shoot	- Piquouze
Intraveineuse	- Fix	- Trou(se faire	
		un)	
		- Bing	
Fumée	- Blow		
	- Smoke the dragon		
Prisée	- Sniff		

### **Zones principales d'utilisation de l'héroïne :**

L'usage de l'héroïne est particulièrement répandu en Asie, en Europe et aux USA. Parmi les pays et contrées plus ou moins touchés figurent l'Australie, la Birmanie, le Canada, les USA, Hong Kong, l'Italie, Macao, la Malaisie, la RFA, le Royaume Uni, Singapour, la Suède, la Thaïlande et le Viet Nam (9). Les Etats Unis avec 600.000 héroïnomanes (NHSDA-NIDA - 1985) sont parmi les plus touchés (39).

### **1.4- LES PRODUITS MORPHINIQUES DE SYNTHÈSE :**

Ce sont des spécialités médicamenteuses qui se répartissent en produits agonistes et antagonistes. Parmi les agonistes, on a :

- l'oxycodone = EUBINE<sup>R</sup>
- la pentazocine = FORTAL<sup>R</sup>
- la péthidine = DOLOSAL<sup>R</sup>
- le fentanyl = FENTANYL<sup>R</sup>
- la phénopéridine
- le racémoramide : R 610
- le dextromoramide : R 875 = PALFIUM<sup>R</sup>
- le dextropropoxyphène : ANTALVIC<sup>R</sup>
- la méthadone
- le C.A.A.M (acétyl méthadone) utilisé comme la méthadone mais avec une demi-vie beaucoup plus longue, ce qui permet une prise tous les trois jours environ,
- l'aniléridine consommée aux USA et au Canada,
- le dromoran,
- le dextrométhorphan ou ROMILAR<sup>R</sup>

A ces différents produits qui peuvent être utilisés dans un but toxicomane, on peut y adjoindre d'autres dérivés de la morphine comme:

- la méthylmorphine ou codéine,
- la dihydrocodéinone ou EUBINE<sup>R</sup>
- la codétyline ou dionine,
- la benzylmorphine ou peronine (MYROCODINE<sup>R</sup>)
- le chlorhydrate de dihydronone ou EUCODAL<sup>R</sup>
- l'hydromorphone
- la pholcodine.

Quant aux antagonistes, ils sont essentiellement au nombre de 5 :

- la nalorphine
- la naloxone, est l'antagoniste le plus actif. C'est un médicament essentiel de l'OMS,
- le levallorphan
- la cyclazocine
- la cyprénorphine.

## **2- PHARMACODYNAMIE DES SUBSTANCES OPIACEES**

### **2.1- METABOLISME**

Les morphiniques sont bien resorbés et diffusent liés aux protéines plasmatiques (albumine) dans la circulation générale. Pour une même dose les effets analgésiques varient suivant la voie d'administration, la résorption étant rapide et totale par inhalation et par voie parentérale. Ainsi l'effet d'une dose orale de morphine est sept fois moins grand que celui observé après une injection d'une même dose intraveineuse. Ceci est dû à l'existence d'un effet de premier passage au niveau hépatique où une grande partie de la dose ingérée est dégradée par hydrolyse et conjugaison.

Les morphiniques sont transformés par les enzymes microsomiales hépatiques en dérivés actifs. Ces transformations sont inductibles. Les catabolites sont éliminés dans le lait, les urines et les fecès et aussi dans la salive sous forme de trace.

## **2.2- MODE D'ACTION**

Le mécanisme d'action des analgésiques morphiniques a été expliqué par plusieurs théories : (2) et (5)

- les théories neurophysiologiques admettent que l'action principale se situe au niveau du diencéphale où serait perturbée la transmission des influx douloureux, par augmentation de la période réfractaire des neurones ; de plus une action dépressive directe sur la transmission des influx nociceptifs s'exercerait au niveau spinal par réduction des potentiels évoqués de la moelle sous la dépendance de la formation reticulée inhibitrice. On observerait également une réduction des potentiels évoqués corticaux (lobotomie chimique).

- quant aux théories bio-chimiques, elles font intervenir l'acétylcholine, la noradrénaline, la sérotonine. Les plus récentes considèrent que les morphiniques déplacent les endorphines (comme la bêta-endorphine et la dynorphine) ou les enképhalines (leu-enképhaline et met-enképhaline) de leur zone de fabrication vers leurs récepteurs provoquant ainsi l'analgésie.

## **3 - TOXICOMANIE AUX OPIACES :**

Les opiacés qualifiés de "drogues dures" engendrent une toxicomanie sévère et très assujettissante, avec dépendance physique, dépendance psychique et tolérance.

### **3-1 - INTOXICATION AIGUE :**

Le tableau clinique observé est comparable pour l'ensemble des opiacés, bien qu'il existe quelques différences liées surtout à la pharmacocinétique des substances et à leur mode d'administration. Ainsi par exemple l'héroïne agit deux à trois heures alors que la morphine procure une rémission de six à huit heures.

L'injection intra-veineuse déclenche au début de l'intoxication une réaction brutale de plaisir, de chaleur, de volupté, de caractère explosif "le flash\*" et dure quelques dizaines de secondes. Elle s'accompagne de chaleur cutanée, de démangeaisons, d'un ralentissement cardiaque, d'une hypotension, d'une hyperglycémie et d'un rétrécissement de la pupille (myosis). (35) et (2)

Un ralentissement de la respiration, consécutif à la dépression des centres respiratoires apparaît environ sept minutes après l'injection par la voie intra-veineuse, trente minutes par voie intra-musculaire et quatre vingt dix minutes par voie sous-cutanée. Cette dépression peut être intense et entraîner un arrêt respiratoire cause la plus fréquente de la mort par over dose.

Les opiacés qui inhibent de même le réflexe de toux, stimulent au contraire le centre du vomissement, effet désagréable parfois dissuasif lors de l'initiation.

L'effet se prolonge par un état de bien être, d'impression de planer (flipper) dans un monde sans problème, dans un "cocon douillet", la "planète" du toxicomane; état accompagné d'absence et de somnolence. A cette période domine une sensation de volupté physique et intellectuelle avec un développement de l'imagination et de l'imaginaire, un désintéressement du milieu extérieur. Cette "lune de miel" ne dure que quelques jours ou au mieux quelques semaines.

---

\* le flash : sensation violente qui suit immédiatement l'injection intra-veineuse d'héroïne, de cocaïne ou d'amphétamine.

### **3-2 - INTOXICATION CHRONIQUE :**

Les effets agréables disparaissent petit à petit. "on ne se pique plus pour être bien mais pour cesser d'être mal". Des troubles divers apparaissent: pâleur, myosis, perte de l'appétit, constipation, sueurs, démangeaisons. L'insomnie est très particulière : les sujets ne peuvent dormir que tard dans la nuit et durant la matinée. Sur le plan socio-professionnel, le rendement est réduit ou nul, le champ des intérêts est rétréci, totalement subordonné à la drogue. Il existe une infiltration de la vie entière et des pensées par la drogue qui font que l'intoxiqué ne se plait qu'au milieu de ses semblables, il est pour les autres égoïste, indifférent, avide d'argent. On aboutit ainsi à une véritable déchéance physique, psychique, affective et sociale, et, très souvent à la délinquance (vol ou trafic).

La dépendance est physique et psychologique et la tolérance qui est croisée entre les différents morphiniques nécessite l'augmentation des doses. Cette tolérance s'atténue après le sevrage et si le toxicomane après un arrêt prolongé reprend une dose à laquelle il était habitué, il peut être victime du phénomène d'overdose (O.D.)

### **3-3 - SYNDROME DE SEVRAGE :**

L'arrêt brutal ou progressif d'opiacés mais surtout d'héroïne est très mal supporté et les signes consécutifs à l'arrêt sont particulièrement sévères. Quelques heures après la dernière injection apparaissent sur un fond d'agitation et d'anxiété des signes objectifs: larmoiement, écoulement nasal, transpiration, baillements, frissons, tremblements et dilatation de la pupille (mydriase). Puis vont se manifester des douleurs abdominales, lombaires et articulaires, des nausées et vomissements. Le sujet est insomniaque, déprimé ; un état de confusion peut s'installer.

Ces troubles s'abaissent vers le dixième jour mais persistent intermittents durant une période assez longue pendant laquelle une rechute est toujours possible. Antalgiques, anxiolytiques et hypnotiques non barbituriques peuvent soulager le patient.

### **3-4 - COMPLICATIONS :**

Les complications sont de plusieurs ordres :

#### **A court terme :**

- l'overdose : c'est un coma caractérisé par un rétrécissement pupillaire serré et une dépression respiratoire, parfois œdème aigu du poumon (O.A.P) et collapsus cardio-vasculaire (arrêt du cœur) mortel.
- les septicémies : ce sont des infections généralisées résultant de l'introduction dans le sang lors de la piqûre de germes. Elles sont liées aux mauvaises conditions d'hygiène : vieilles aiguilles, vieilles seringues, cuillers sales, eau douteuse, drogue contaminée.
- hépatite virale à virus B ou hépatite toxique.
- S.I.D.A
- embolie gazeuse : injections intra-veineuses d'air
- abcès, thrombophlébités (veines bouchées et sclérosées)

#### **A long terme :**

- le suicide
- les troubles digestifs : le transit intestinal est ralenti, ce qui provoque une constipation chronique.
- les troubles endocriniens : outre une diminution du désir sexuel, l'aménorrhée est très fréquente chez la femme et l'impuissance chez l'homme.
- les troubles du rythme cardiaque liés à une insuffisance d'apport en oxygène au myocarde et à une augmentation du tonus vagal.



- les troubles circulatoires, urinaires, neurologiques, de la mémoire et de la volonté.
- les maladies sexuellement transmissibles (MST).
- les caries évolutives et abcès dentaires.

Enfin les accidents psychiatriques qui sont surtout importants chez les polytoxicomanes. Le plus souvent, il s'agit de dépression avec des crises d'angoisse parfois délire.

CHAPITRE - VII  
COCA ET COCAINE

## **1 – LOCALISATION ET BOTANIQUE :**

La coca est utilisée depuis longtemps par les indiens d'Amérique du Sud qui en mâchent les feuilles. Cet arbuste des Andes appelé *Erythroxylon coca* Lam (Linacées) pousse sur les hauts plateaux de Bolivie et du Pérou. Aujourd'hui on le trouve un peu partout dans les pays avoisinants et surtout à Java.

Les feuilles qu'on utilise sont cueillies à la période où elles se détachent facilement des branches du cocaier, un arbre se présentant sous forme de buisson. Il existe plusieurs variétés qui sont difficiles à distinguer morphologiquement. (20) et (2)

- *Erythroxylon coca* variété bolivianum : c'est la coca de Huanuco (ou tuanoco). Ses feuilles contiennent 2,5 % d'alcaloïdes dont 1% de cocaïne (pourcentage en poids).
- *Erythroxylon coca* var novogranatense : c'est le Truxillo peruvien dont les feuilles ne contiennent que 0,7% de cocaïne.
- *Erythroxylon coca* var spruceanum : c'est la coca de Java utilisée pour la préparation des alcaloïdes.

Actuellement l'usage des feuilles de coca est très limité. L'E. coca est surtout utilisé pour la préparation de la cocaïne. Et il faut en moyenne cent cinquante kilogrammes de matière première pour obtenir un kilogramme de cocaïne pure à 100%, cependant la pureté maximale atteinte jusque là est de l'ordre de 90%.

## **2- PRODUITS UTILISES :**

### **2.1- PATE DE COCA :**

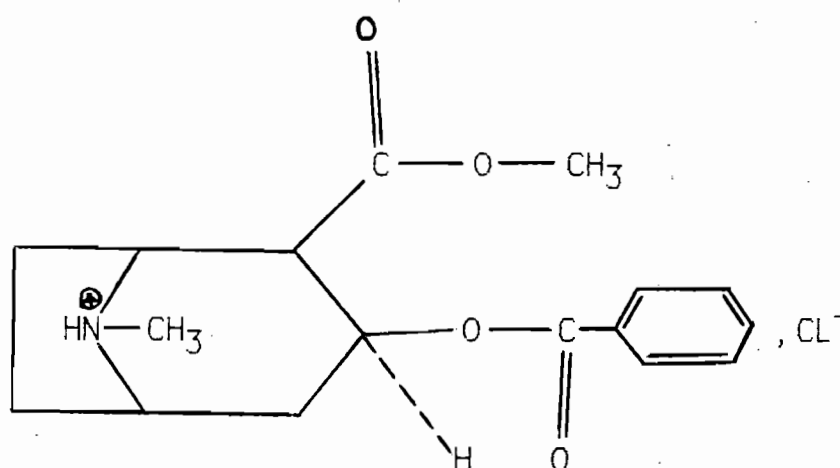
Encore appelée pasta ou basuco. Elle constitue le premier produit extrait au cours de la fabrication de la cocaïne. On l'obtient en versant sur les feuilles de coca laissées à macérer dans une fosse en plein air comme du vulgaire fumier, de l'acide sulfurique, du kérosène ou de l'essence.

Après séchage, la pâte contient 40 à 90 % de sulfate de cocaïne, d'alcaloïdes de la coca, d'alcalis et de substances diverses comme l'acide benzoïque et l'ecgonine. Cette pâte est mélangée soit au tabac soit au cannabis et fumée (3).

## 2.2- COCAINE :

Les toxicomanes l'appellent coke, neige, dame ou blanche. Aux U.S.A le lexique de la cocaïne est encore plus fleuri : (big C, Carrie, Fly, Nose candy, paradise star dust.) De façon plus générale, le mot cocaïne est utilisé au sens générique pour désigner tous les produits cocaïniques actifs tels que la pâte de coca, la cocaïne base ou le chlorhydrate de cocaïne.

Quant au chlorhydrate de cocaïne, on l'obtient par traitement de la pâte de coca par l'acide chlorhydrique, puis raffinage du produit obtenu. Aujourd'hui l'industrie prépare une cocaïne très pure par synthèse partielle à partir de l'ecgonine. (8) Le chlorhydrate de cocaïne ou cocaïne gauche répond à la structure suivante :



Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme d'une poudre cristalline blanche et très brillante surtout à l'état très pur. Il peut aussi se présenter sous forme de cristaux incolores, inodores. Il est hygroscopique de saveur amère et piquante suivie d'anesthésie de la langue.

Très soluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool et le glycérol, soluble dans le chloroforme mais insoluble dans l'éther et le benzène, il est très fragile et se dégrade au contact de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.

Le produit livré sur le marché illicite fait l'objet de beaucoup de coupage et sa pureté varie entre 12 et 75 %. Aux Etats-Unis la moyenne de pureté est de l'ordre de 20% cependant la "coke" en circulation est très souvent au dessus de cette moyenne.

Par contre en France, la moyenne est de l'ordre de 11%, mais la coke en circulation titre très généralement aux alentours de 6% de cocaïne pure, il n'est même pas rare de trouver des cocaïnes "placebo" c'est à dire à 100% de produits de coupe.

Les produits de coupe utilisés sont de deux types :

- ° les produits actifs : sont difficiles à se procurer et sont donc utilisés par le grossiste et non le petit dealer. Ce sont les anesthésiques locaux : xylocaïne, tétracaïne, novocaïne, procaïne, kétamine..., les euphorisants : caféine, amphétamines, parfois la quinine.

- ° les produits inactifs : ils sont utilisés pour "faire du poids", mais ne sont pas forcément inoffensifs, surtout lorsque la cocaïne est consommée par voie intra-veineuse. Ce sont le lactose, le mannitol, le sel, le talc.

### **2.3- COCAINE - BASE :**

Le chlorhydrate de cocaïne est transformé en alcaloïde de cocaïne par traitement alcalin. Diverses méthodes sont utilisées. Dans certains cas, on procède à une extraction par un solvant que l'on chasse ensuite, et dans d'autres on se contente d'ajouter une base par exemple la levure chimique. La cocaïne base contient certaines des impuretés présentes dans la cocaïne vendue sur le marché illicite. Elle a un point de vaporisation plus bas que le chlorhydrate de cocaïne de sorte qu'il s'en perd moins lorsqu'on

la chauffe et l'inhale.

## **2.4 - LE CRACK :**

On l'appelle cocaïne du pauvre. C'est un produit qui est issu de la transformation inverse qui conduit de la cocaïne-base à la cocaïne pure. En fait c'est du sulfate de cocaïne donc une substance chimiquement analogue à la cocaïne-base. Il se fume mélangé au tabac et provoque des effets aussi brefs que violents, entraînant une dépendance quasi immédiate. Il est très toxique. Il ne peut être ni prisé, ni injecté. (39)

## **3 - VOIES D'ADMINISTRATION**

### **3.1- LA MASTICATION :**

On dispose dans le creux de la joue une chique de feuilles de coca qu'on mélange souvent à la chaux. La méthode assure une libération lente et durable de la drogue qui est absorbée par la muqueuse buccale. La concentration sanguine en cocaïne obtenue par cette technique est faible donc il y a un risque de dépendance limité ; et il est peu probable que la santé du sujet soit menacée ou que des effets néfastes s'exercent sur le plan psychologique ou social. Par contre il se peut que cette utilisation endémique ait des conséquences nocives. Apparemment, de toutes les voies d'administration c'est la moins dangereuse. (1)

### **3-2 - LA PRISE NASALE : LE SNIFF:**

C'est le mode de consommation le plus répandu. A l'aide d'un couteau ou d'une lame de rasoir, on étale en ligne un peu de poudre de chlorhydrate de cocaïne sur une surface lisse, généralement un miroir. On inspire ensuite la "ligne" à l'aide d'une paille enfoncée dans une narine, tandis-que l'autre est obstruée par une légère pression du doigt. On dit alors qu'on s'est "fait une ligne". Si la quantité de cocaïne absorbée d'un coup est plus importante, on dit qu'on s'est "fait un rail". La cocaïne passe dans le sang par l'intermédiaire des muqueuses. Ce mode peut entraîner

des lésions directes au niveau de la cloison nasale ainsi que de nombreux problèmes de santé. Cependant le risque de dépendance est probablement plus faible que lorsque la drogue est fumée ou injectée.

### **3.3- L'INHALATION**

Dans le vocabulaire du milieu, on utilise le terme de blow qui désigne de manière générale la façon de fumer toutes les poudres que ce soit l'héroïne ou la cocaïne.

La coke est fumée de différentes manières :

- à l'aide d'une cigarette : Celle-ci a demi vidée et dont on a enlevé le filtre, sert de paille. La cocaïne aspirée s'intègre au tabac. L'effet est le même qu'en sniff mais plus intense et de moins longue durée
- en "blow" proprement dit : La cocaïne est posée sur du papier aluminium. On confectionne un large cône en carton qui permettra de capter et d'aspirer la fumée. On chauffe avec un briquet le dessous du papier aluminium jusqu'à ce que le produit se volatilise en une fumée blanche. A chaque bouffée, on éteint la flamme. La cocaïne passe dans le sang par l'intermédiaire des poumons. L'effet est violent.

### **3.4- "LE FREE BASING"**

C'est une technique de "narco-cuisine" qui consiste à faire chauffer de la cocaïne dans une casserole, mélangée à des produits (en général des solvants) qui vont dissoudre tous les adjuvants de coupe. Il ne reste dans le fond de la casserole que de gros cristaux de cocaïne base inactive lorsqu'elle est prise. Les cristaux sont alors chauffés dans de l'eau et les vapeurs sont inhalées. L'effet est très violent proche de celui que procure une injection. Si l'on considère qu'en plus de l'eau, certains utilisateurs ajoutent de l'éther dans l'inhalateur, on comprendra que ce mélange est hautement inflammable et les risques d'explosion inhérents aux solvants utilisés sont très élevés.

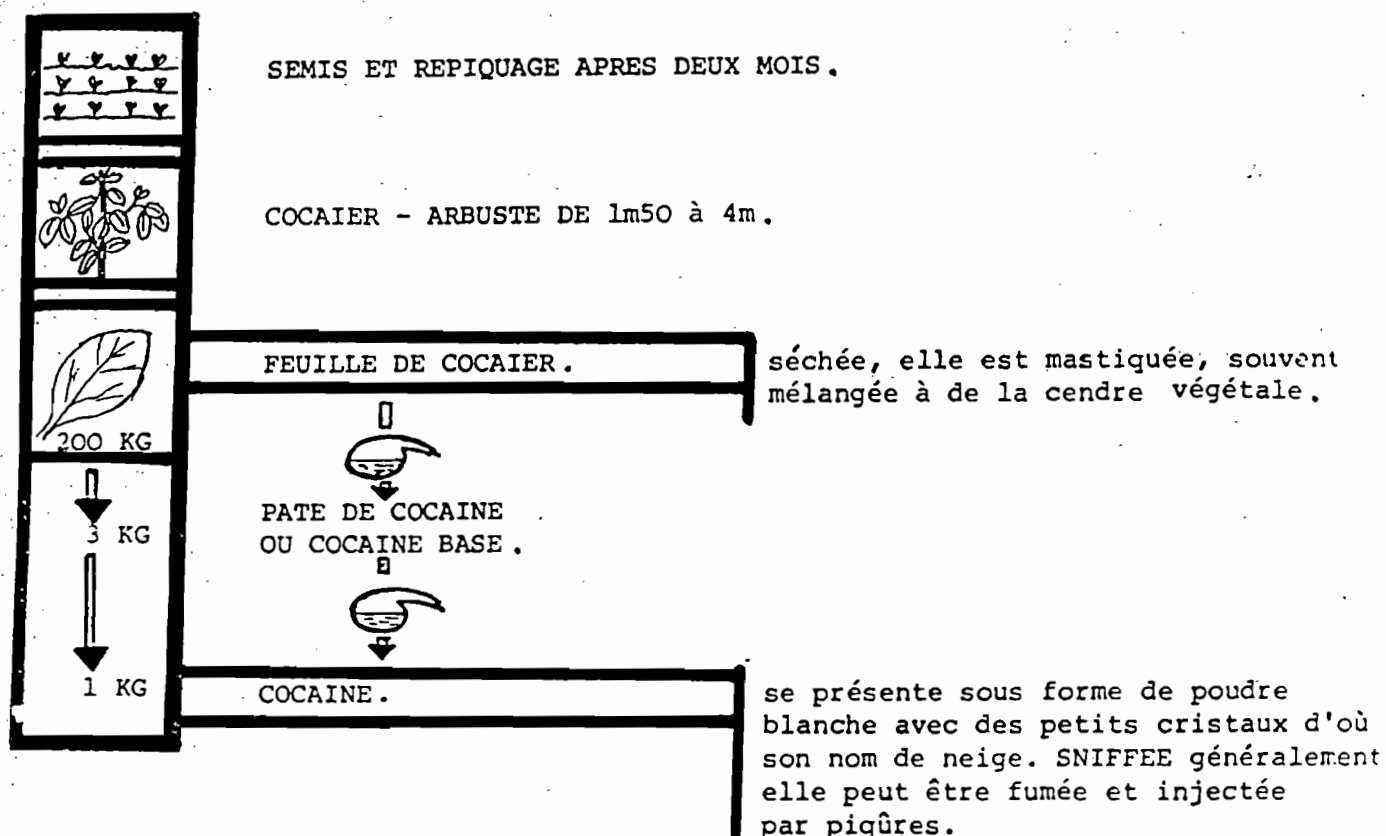
### 3.5-L'INJECTION

On l'appelle également "shoot". C'est essentiellement le chlorhydrate de cocaïne qui est utilisé par injection intra-veineuse. Cependant cette pratique est surtout le fait de polytoxicomanes dont la drogue dominante est l'héroïne. La cocaïne n'est qu'accessoire, car si elle n'est pas mélangée à l'héroïne, elle nécessite des injections répétées (toutes les 10 mn), l'effet recherché étant celui du flash ultra violent qu'elle produit alors. Mélangé à l'héroïne, cela s'appelle un "speed-ball". Les effets des deux drogues se combinent sans s'annuler. Ce type de pratique expose à un risque très élevé de dépendance.



LES STUPEFIANTS D'ORIGINE NATURELLE  
ET LEURS DERIVES

LA FEUILLE DE COCAIER  
LA COCAINE  
(Tableau B)



#### 4- PHARMACODYNAMIE

La cocaïne peut être absorbée par voie orale, par inhalation et par voie intraveineuse. Le pH alcalin favorise l'absorption orale. Elle diffuse rapidement et est soluble dans les graisses. Ainsi stockée au niveau du cerveau, sa concentration pourrait rester élevée, supérieure à la concentration plasmatique. L'euphorie prolongée serait alors en rapport avec une concentration cérébrale élevée.

La cocaïne est dégradée par les estérases plasmatiques et les enzymes hépatiques. 10 % sont éliminés sous forme inchangée dans les urines.

La cocaïne est un sympathicomimétique qui augmente la fréquence cardiaque et la tension artérielle. A fortes doses, elle augmente la température interne et provoque une mydriase. Elle agit sur la transmission synaptique en bloquant la réabsorption des catécholamines, ce qui entraîne une activation accrue de la transmission.

Par injection intraveineuse, la concentration est maximale juste après l'injection puis diminue de moitié après 45 à 90 mn. Les sujets perçoivent alors une euphorie intense suivie parfois d'une sensation de malaise voire d'effondrement, ainsi que d'un pressant besoin de recommencer.

L'inhalation de fortes doses donne des concentrations plasmatiques élevées se maintenant environ une heure après l'inhalation.

La comparaison de l'évolution des effets psychiques et le taux plasmatique de cocaïne permet d'avancer que l'euphorie est maximale juste avant que la concentration plasmatique ne commence à décroître et les effets euphorisants disparaissent bien avant l'élimination du produit. La sensation de malaise peut survenir alors que la concentration plasmatique est encore égale à la moitié de la concentration maximale. Cette absence de corrélation fait supposer que les effets psychiques sont liés plus aux taux de variation des concentrations qu'aux concentrations elles mêmes(2).

Les variations de concentration plasmatique sont plus brutales lorsque la cocaïne est inhalée ou injectée.

Une autre hypothèse consisterait à envisager que la disparition des sensations d'euphorie résulte d'une diminution de la réactivité des sites récepteurs une fois qu'ils sont occupés par les molécules de cocaïne, créant ainsi une sorte d'état d'accoutumance aigue.

## **5- TOXICOMANIE A LA COCAINE**

La cocaïne au contraire de l'héroïne est une drogue qui crée peu d'accoutumance par contre la dépendance qu'elle entraîne est essentiellement psychologique. Très généralement la première prise produit une sensation désagréable : nausées, faiblesse, énervement et insomnie. Mais la seconde, si elle est modérée, entraîne une exaltation euphorique qui va consacrer l'habitude.

### **5.1- SIGNES DE L'INTOXICATION AIGUE**

A fortes doses, on a un phénomène d'excitation qui est du même type que celui observé dans la cocaïnomanie, mais les effets, plus exaltés sont accompagnés de tremblements et de convulsions. Les centres respiratoires, vasomoteurs et du vomissement sont stimulés. Cette excitation est suivie, du fait de la mise en jeu du système de régulation, d'une dépression compensatrice, freinant l'activité de ces centres et ayant pour conséquence une défaillance cardio-respiratoire avec refroidissement des extrémités, qui peut être mortelle. (35)

### **5.2- COCAINOMANIE**

On peut distinguer 3 stades : (22)

- **les premières manifestations** : c'est d'abord une euphorie qui est dite active, et que DUPRE qualifie de "bonheur en mouvement" en opposition à la joie passive de l'opiomane. Le sujet se sent léger, vigoureux, audacieux, résistant. Il est lucide; la production littéraire ou artistique peut être momentanément accrue. Le cocaïnomane est bavard, loquace, entraînant. Il éprouve un intense besoin de mouvement, de vitesse.

Il n'est pas fatigué et sexuellement il est très réceptif. C'est cet effet agréable qui est recherché par le toxicomane. De courte durée, cet effet est remplacé par une sensation de malaise dépressif plus ou moins intense entraînant un pressant besoin de recommencer.

**- La phase hallucinatoire et les troubles du comportement:**

de nombreuses erreurs de perception et de jugement s'installent alors. Des illusions animées apparaissent, essentiellement visuelles : par exemple les tableaux de la chambre s'animent, les meubles se déforment, les rideaux s'agitent. Le sujet peut aussi avoir des illusions et des hallucinations de l'ouïe.

Un type propre assez caractéristique de l'intoxication cocaïnique est l'hallucination cutanée et muqueuse : sensations anormales de froid, d'électricité, de picotement, de démangeaisons.

Le sujet se gratte sans arrêt, se pince, parfois se laboure l'épiderme à coups d'épingles laissant sur la peau des excoriations et des lésions de grattage. Les muqueuses également participent à cette agression factice, comme en témoignent souvent les excoriations de la langue ou des gencives.

Le cocaïnomane tombe vite dans la hantise d'être épié, surveillé, poursuivi, menacé. Il se calfeutre donc chez lui, bouche tous les orifices, se terre sous ses draps.

Le petit toxicomane se signale par sa silhouette spéciale, ses alternances de dépression et d'agitation, son regard inquiet, son prurit incessant, son tic de réniflement.

A ce moment l'activité pragmatique et la vie régulière sont nulles. La carence morale précède la déchéance intellectuelle et la délinquance qui apparaît se manifeste par des vols, des escroqueries, du chantage et parfois des actes de violence allant jusqu'au crime.

- **La déchéance** : elle constitue le troisième stade. Environ cinq années suffisent pour entraîner le cocaïnomanie dans une déchéance définitive (amaigrissement, cachexie). Un stigmate de haute valeur diagnostique a fait son apparition : la perforation de la cloison nasale.

La déchéance intellectuelle et la désagrégation de la personnalité sont ici plus accusées que dans les autres toxicomanies. Un syndrome chronique s'installe caractérisé par l'insomnie, l'apathie, une véritable psychose paranoïde d'installation encore plus rapide que celle due aux amphétamines. Violence et hallucinations se poursuivent sans confusion mentale, selon une évolution progressive assez remarquable pour que R.M. POST (1975) suggère qu'il pourrait s'agir là d'un modèle utile pour étudier la progression des psychoses endogènes.

### **5.3- COMPLICATIONS**

Elles ont déjà commencé à apparaître au troisième stade et vont donc s'accroître. Il s'agit d'anorexie, d'insomnie, d'irritabilité et de colère.

Plus tard apparaissent des troubles de la mémoire, de l'anxiété, de l'apathie joints à des troubles de la vision, aux tremblements, aux tics de reniflement et à une altération profonde de l'état général. (35)

Les accidents psychiatriques (psychoses cocaïniques) sont représentés par des délires variés avec phénomènes hallucinatoires.

### **TRAFIC DE LA COCAINE DANS LE MONDE**

La production de feuilles de cocaier, nécessaires à l'élaboration du chlorhydrate de cocaïne se limite essentiellement à 3 pays d'Amérique du Sud : le Pérou, la Colombie et la Bolivie.

Selon les estimations la Bolivie produit 125 tonnes et le Pérou 106 tonnes de cocaïne ce qui correspond à une quantité initiale de 50 000 tonnes de feuilles de coca. (2)

Cette production est vendue soit à l'état naturel, soit après une transformation élémentaire en pâte de coca, cas le plus général. Cette pâte de coca est très souvent transportée par avion en Colombie pour y être transformée en cocaïne. Ce pays est actuellement le centre névralgique du trafic international de la cocaïne.

Il est très difficile de schématiser les réseaux mondiaux du trafic de la cocaïne, cependant il faut noter qu'il existe un trafic très intense à l'intérieur de tout le continent sud-américain. Et de ce continent, les trafiquants utilisent des itinéraires et des moyens de locomotion très divers pour inonder le reste du monde de chlorhydrate de cocaïne. A l'heure actuelle, toutes les nations européennes sont touchées. Cependant, c'est aux Etats Unis que la cocaïne a fait le plus d'adeptes. En 1985, selon les chiffres de la Drug Enforcement Administration, 22 millions d'américains avaient déjà goûté la cocaïne, 5 000 personnes chaque jour se préparaient à les imiter et 4,5 millions d'adeptes en prenaient régulièrement. (39)

La cocaïne semble également consommée ou très appréciée dans toutes les autres parties du monde : l'Asie, l'Australie, peut être bientôt l'Afrique et surtout le Moyen Orient (le Liban et les pays arabes).

CHAPITRE - VIII  
LES INHALANTS

Il s'agit de substances de natures chimiques très diverses qui se trouvent dans la composition de certains produits ménagers ou industriels et dont la caractéristique commune essentielle est d'être absorbée par inhalation en vue de provoquer un effet psychoactif par des toxicomanes d'un âge généralement bas.

Parmi ces produits figurent :

- les colles : à maquette, à rustine ;
- les solvants : ether, acétone, trichloréthylène, benzène, toluène, tétrachlorure de carbone...
- les carburants : essences pour les moteurs,
- les gaz : propulseurs de bombes aérosols.

L'absorption peut se faire par ingestion orale, mais le plus souvent les jeunes toxicomanes inspirent par le nez les vapeurs dégagées par ces produits.

L'inspiration se fait à même l'emballage ; ou pour ce qui est des colles, celles - ci sont déposées dans un sac en plastique et l'inspiration se fait à partir de ce sac appliqué hermétiquement contre le visage pour concentrer l'effet obtenu. (36)

La plupart des produits concernés constituent des dépresseurs du système nerveux central, une partie d'entre eux provoquant des effets hallucinogènes.

Les effets sont en premier lieu une sensation d'euphorie, d'ivresse accompagnée de somnolence ( on parle d'état ébrio-narcotique), parfois de nausée ou de migraines. Fréquemment ces effets se doublent d'une modification des perceptions spatio-temporelles et d'impressions de dépersonnalisation.

A long terme, il y a atteintes sanguines, hépatiques , rénales, cardiaques, neurologiques et des troubles de la santé mentale dont certains peuvent être irréversibles.

Ils sont à l'origine de nombreux décès chez les adolescents.



Les jeunes enfants et adolescents rênifleurs se retrouvent un peu partout dans les grandes villes européennes, africaines et asiatiques. Cependant cette forme de toxicomanie devient particulièrement préoccupante au Mexique et au Soudan. (9)

# **TROISIEME PARTIE**

## **TRAVAUX PERSONNELS**

**CHAPITRE I : METHODOLOGIE**

**CHAPITRE II : EVOLUTION DES TOXICOMANIES AUX  
DIFFERENTES SUBSTANCES PAR RAPPORT  
AUX SAISIES, IMPORTATIONS LICITES ET  
ARRESTATIONS**

**CHAPITRE III : ENQUETE SUR LES TOXICOMANIES DANS LE  
DISTRICT DE BAMAKO**

**CHAPITRE IV : APPROCHE D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE  
LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES**

CHAPITRE - I  
METHODOLOGIE

Comme annoncé dans l'introduction, la littérature nous a fourni les définitions, informations techniques et scientifiques nécessaires à une connaissance générale des drogues et des différentes toxicomanies qu'elles engendrent.

Pour évaluer l'ampleur des différentes toxicomanies, nous nous sommes intéressé :

- à l'offre qui est un élément déterminant du phénomène de la drogue,
- aux arrestations pour délits de drogues.

Les différents renseignements sur la disponibilité des produits, sur l'évolution de leur trafic licite et de leurs saisies nous ont été donnés par les statistiques de l'Inspection de la Santé, de la Pharmacie Populaire du Mali et de la Police Nationale.

Les saisies de substances toxicomanogènes aux frontières, à l'intérieur du pays et à Bamako sont centralisées et inventoriées à la Brigade Interpol Mali. (4) La Pharmacie Populaire du Mali (P.P.M) est la seule société au Mali habilitée à importer, à stocker et à vendre des produits pharmaceutiques. L'Inspection de la Santé est l'unique service qui donne des autorisations d'importation de stupéfiants et psychotropes. Ces trois structures nous ont servi pour mener à bien l'étude de cet aspect de notre travail.

Malheureusement la mauvaise tenue des archives de ces différents services ne nous a pas permis d'entreprendre une enquête rétrospective exhaustive

Les arrestations pour délits de drogues n'étant pas faites uniquement par la Brigade Interpol Mali (27), nous avons consulté les archives de la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako pour avoir le nombre de personnes mises à la disposition de cet établissement pénitentiaire pour délits de drogues de 1983 à 1988.

Une enquête socio-épidémiologique des toxicomanies chez 164 sujets choisis de façon orientée parmi des populations cibles (prison centrale, institutions socio-sanitaires, maison de jouissance) et également de populations non toxicomanes potentielles (groupe de jeunes au niveau des quartiers, sujets interrogés dans les rues, au marché) nous a permis de dégager certaines caractéristiques des toxicomanies dans le district de Bamako.

L'approche d'une stratégie nationale de lutte s'est faite après analyse des différents aspects dégagés des toxicomanies, mais aussi en partie à la lumière des entretiens que nous avons eus avec différentes personnalités, nationales intéressées de loin ou de près par le problème de la drogue.

## CHAPITRE - II

EVOLUTION DES TOXICOMANIES AUX DIFFERENTES  
SUBSTANCES PAR RAPPORT AUX SAISIES,  
IMPORTATIONS LICITES ET ARRESTATIONS

La drogue est un phénomène clandestin ; elle échappe donc aux statistiques pour une bonne partie. Si une courbe des saisies, de même qu'une courbe des usagers, détenteurs et trafiquants interpellés renseignent sur l'évolution du marché, elles rendent également compte de l'activité plus ou moins importante des services de répression. Cependant, on ne peut nier que ces courbes permettent en plus, d'avoir un aperçu sur l'ampleur et l'évolution du phénomène de la drogue en général.

C'est pour cette raison que dans ce chapitre nous tenterons de dégager l'état des toxicomanies en nous intéressant aux saisies, importations licites et arrestations effectuées en matière de drogues au Mali.

## **1- ETAT DES ARRESTATIONS POUR DELITS DE DROGUES**

### **DE 1983 A 1988**

De 1983 à 1988, 566 personnes dont 18 femmes ont été déférées à la prison centrale de Bamako. Sur les 566, 172 soit 30,38 % l'ont été pour consommation contre 394 soit 69,61 % pour détention et trafic ou complicité de détention et trafic.

Les étudiants et élèves au nombre de 22 représentent 3,88 % et les sans emploi, 86 soit 15,19 %. Les autres catégories socio-professionnelles sont représentées comme l'indique le tableau N°4

TABLEAU N°4

**Repartition des personnes arrêtées en fonction de leur profession**

Année/Profession	1983	1984	1985	1986	1987	1988	Total	Pourcentage
Elèves - étudiants	4	5	7	2	3	1	22	3,88 %
Cadres moyens et supérieurs *	0	0	0	1	5	1	7	1,23 %
Fermeurs / cultivateurs	4	11	5	3	7	2	32	5,65 %
Commerçants Employés commerce-étalagistes	10	24	10	16	39	22	121	21,37 %
Tailleurs	4	4	3	5	12	2	30	5,65 %
Artistes et artisans	3	6	5	3	5	2	24	4,24 %
Ouvriers	10	17	8	6	19	8	68	12,01
Chauffeurs et Mécaniciens	7	32	16	18	27	19	119	21,02 %
Autres professions**	9	11	8	8	12	9	57	10,07 %
Sans profession ***	5	24	11	16	13	17	86	15,19 %
Total	56	134	73	78	142	83	566	100 %

\* Il s'agit d'un électricien, d'un pilote, d'un ingénieur en bâtiment, d'un professeur d'enseignement supérieur, d'un ingénieur agronome, d'un avocat stagiaire, d'un professeur d'arabe d'enseignement secondaire.

\*\* Il s'agit des professions de courtier, de vendeur de journaux, de vendeur de café, de rotisseur, de cuisinier, d'antiquaire, de marabout, d'exploitant de sable, de berger, de jardinier, de pompiste, de blanchisseur, d'horticulteur, de vendeur de fruits et légumes.

\*\*\* il s'agit des manoeuvres, des ménagères, des mendiants, des domestiques



Ce tableau montre que toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées, les plus fortement étant dans l'ordre :

- la classe des commerçants, employés de commerce et étalagistes avec 21,37 %,
- la classe des chauffeurs et mécaniciens avec 21,02 %,
- la classe des sans profession avec 15,19 %.

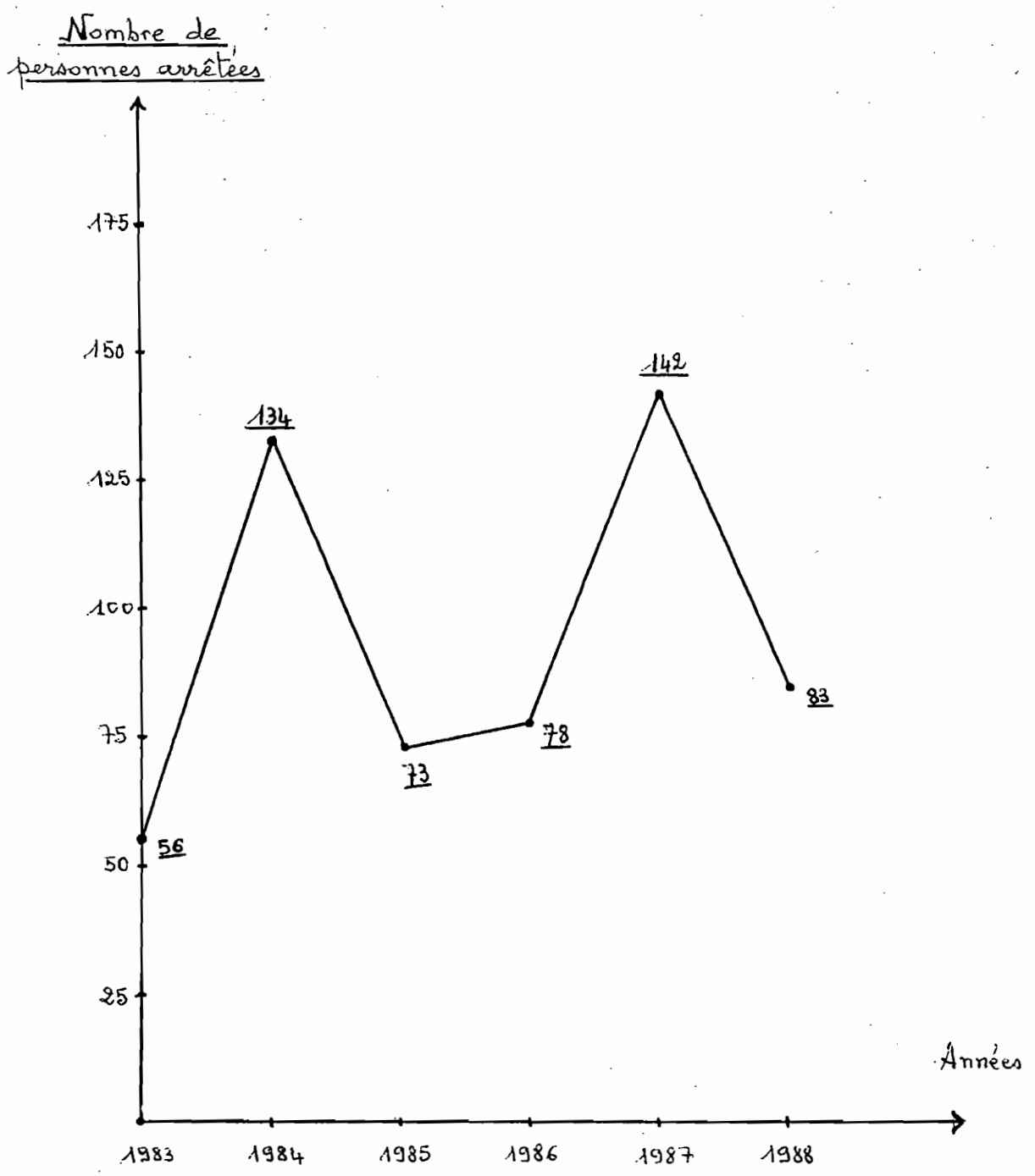
La forte représentation des commerçants et employés de commerce met l'accent sur un déterminant caractéristique du problème de la drogue à savoir l'aspect rémunérateur du trafic de ces produits, ce qui représente un facteur d'attraction très important.

Quant aux sans profession, leur nombre élevé n'est pas surprenant si l'on se réfère à l'adage qui dit que « l'oisiveté est la mère de tous les vices ». De par leur état de personnes désœuvrées et démunies face à l'adversité de la vie, cette catégorie sociale est certainement plus que toute autre réceptive au phénomène de la toxicomanie.

Enfin on peut longuement disserter sur la forte représentation des chauffeurs et mécaniciens ; et seule une étude très poussée au sein d'un échantillon représentatif de cette catégorie pourrait apporter des éléments de réponse satisfaisants.

L'évolution des arrestations pendant ces cinq années nous est donnée par le schéma N° 1.

### SCHEMA N°1 ETAT DES ARRESTATIONS POUR DELITS DE DROGUES DE 1983 A 1988



Ce schéma fait ressortir une augmentation des arrestations à partir de 1985 jusqu'en 1987 où on a enregistré le maximum d'arrestations (142 soit au moins une arrestation tous les 10 jours). Le chiffre de 1988 devrait être lié plus à une certaine baisse d'activité des services de répression qu'à une quelconque diminution de l'ampleur du phénomène de la drogue qui au contraire connaît une recrudescence comme le montrent plus loin les courbes des saisies.

Parmi ces personnes arrêtées, les jeunes représentent plus des 3/4 comme le montre le tableau N°5.

**TABLEAU N° 5**  
**REPARTITION DES PERSONNES ARRETEES PAR CLASSE D'AGE**

Années	1984	1985	1986	1987	1988	TOTAL	Pourcentage
Classes âge							
Moins de 15 ans	0	0	0	0	0	0	0%
15 à 19 ans	10	1	4	2	8	25	4,91%
20 à 29 ans	74	43	44	70	47	278	54,61%
30 à 39 ans	26	19	26	47	23	141	27,70%
40 à 49 ans	21	9	3	21	4	58	11,39%
50 ans et plus	1	1	0	2	1	5	0,98%
TOTAL	132*	73	77	142	83	507	99,60%

\* on trouve 132 au lieu de 134 car les archives mentionnent deux non-réponses dont une non-motivée, l'autre parce que le sujet est un sourd-muet.

L'examen de ce tableau montre qu'à partir de l'adolescence toutes les classes d'âge sont représentées.

En effet le plus jeune des personnes arrêtées a 16 ans et le plus âgé a 75 ans. Et toutes les 13 femmes arrêtées ont entre 38 et 54 ans.

La classe d'âge des 20-29 ans avec 54,61 % est la plus représentée suivie de celle des 30-39 ans (27,70 %), concordance avec des études antérieures (12) et (27). Les chiffres nous autorisent donc à affirmer que les adeptes de la drogue et les trafiquants se recrutent essentiellement parmi les jeunes.

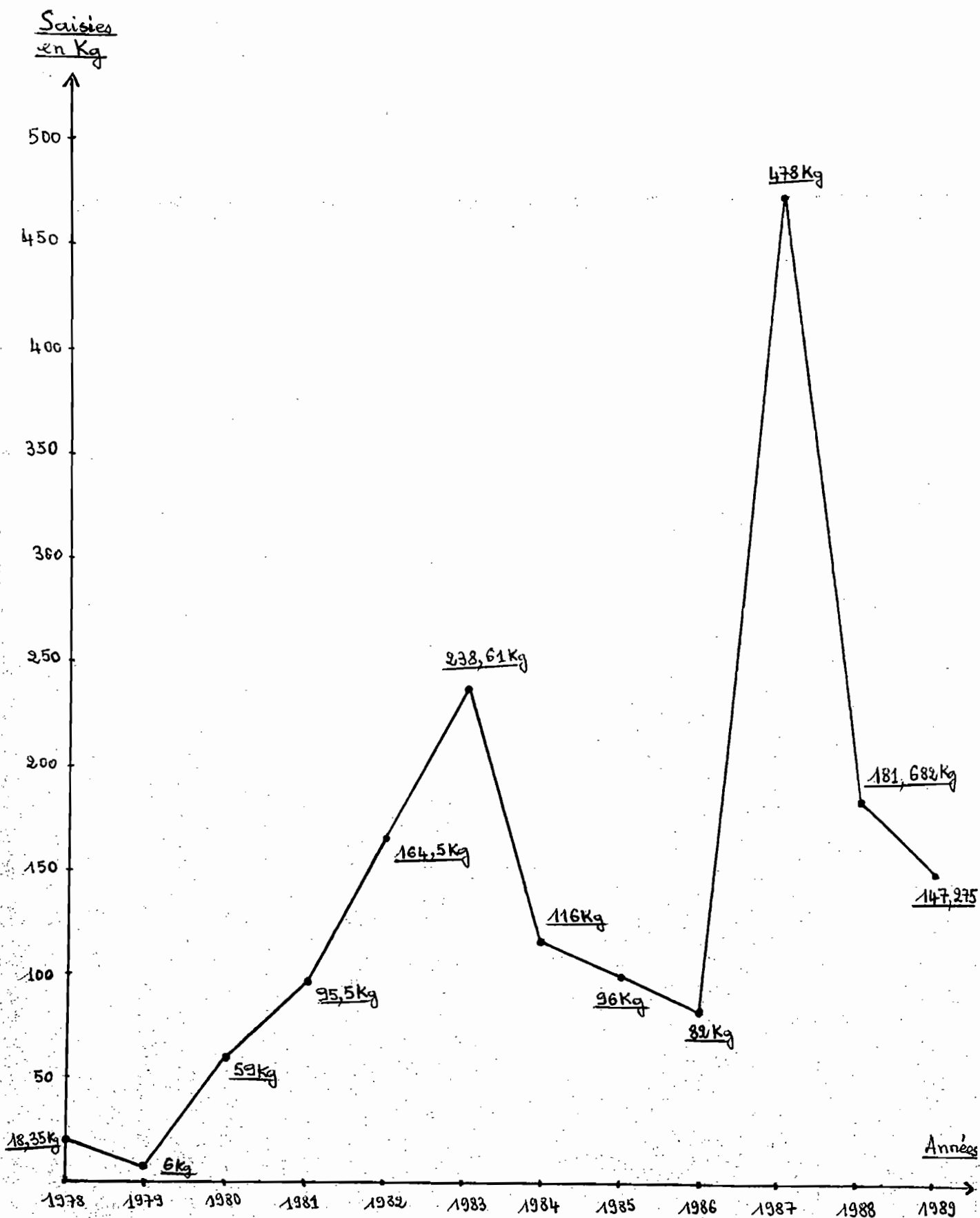
Le nombre de 566 arrestations sur 5 ans démontre un certain dynamisme des services de répression et doit nous inciter à accorder beaucoup d'intérêt au problème de la drogue. En effet ce chiffre fait des délits de drogues la 3ème infraction à Bamako au point de vue importance avec un pourcentage oscillant entre 3,18 et 5,70 après vols - escroqueries et atteintes aux déniers publics.

Il est à regretter que les archives de la prison centrale ne nous aient pas permis de faire une repartition des personnes arrêtées en fonction du type de drogues.

## **2 - EVOLUTION DU TRAFIC DE CHANVRE INDIEN DE 1978 A 1989**

Le cannabis étant consommé de façon permanente dans le monde (12), le Mali n'échappe pas au phénomène de la cannabino manie qui connaît une récrudescence à l'heure actuelle, en témoignent les nombreuses saisies effectuées (schéma n° 2).

SCHEMA N° 2  
ETAT DES SAISIES DE CANNABIS DE 1978 A 1989  
(jusqu'au 09 Novembre 1989).



L'examen de cette courbe fait ressortir une forte progression entre 1979 et 1983. Ceci est probablement une des raisons ayant motivé la création en Juillet 1981 de la Commission Nationale de Lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des stupéfiants. De 1984 à 1986, les quantités saisies ont fortement diminué. Mais en 1987, on a enregistré une saisie record de 478 Kg. Et les 147,275 Kg saisis en 1989 ne permettent pas d'infirmier le fait qu'il y a une recrudescence de la consommation de cannabis amorcée depuis 1986.

Les quantités saisies proviennent pour plus de la moitié de pays africains comme le Ghana, le Nigéria par voie aérienne surtout, le Burkina-Fasso et la Côte d'Ivoire par voie terrestre, mais aussi de certaines localités du Mali où le cannabis est cultivé : il s'agit surtout de Yanfolila (plus de 80% de la production clandestine du Mali), de Dioïla, Fana, Kolondiéba et Koulikoro.(4)

Il faut noter que toute cette quantité n'est pas destinée au Mali qui est surtout un pays de transit vers les pays limitrophes (Sénégal, Mauritanie) ou la France en particulier.

Si en France, les saisies représentent seulement 10% du marché (3) à cause des filières nombreuses et bien structurées, elles doivent être nettement supérieures à 10% au Mali où la cannabino manie est relativement récente (27).

L'importance des quantités saisies permet d'avancer que la toxicomanie au "yamba" loin de s'éteindre prend au contraire de l'ampleur dans notre pays.

### 3 - EVOLUTION DE LA TOXICOMANIE AUX BARBITURIQUES A TRAVERS LES SAISIES :

La disponibilité des barbituriques est représentée d'une part par les importations licites de la PPM et d'autre part par les produits frauduleusement entrés à partir des frontières. La plus part des ces produits proviennent de la Guinée, de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Togo.

Le tableau N° 2 nous renseigne sur les quantités importées à des fins médicales durant les cinq dernières années.

**TABLEAU N° 2**  
**IMPORTATIONS LEGALES EN KG DE BARBITURIQUES**  
**DE 1985 A 1989 (jusqu'au 09 Novembre 1989)**

ANNEES/PRODUITS	1985	1986	1987	1988	1989
Amobarbital	1,550	0,140	1,310	0	0
Secobarbital	0,88	0,140	0,150	0	0
Phénobarbital	12,316	15,220	7,140	6,04	3,35

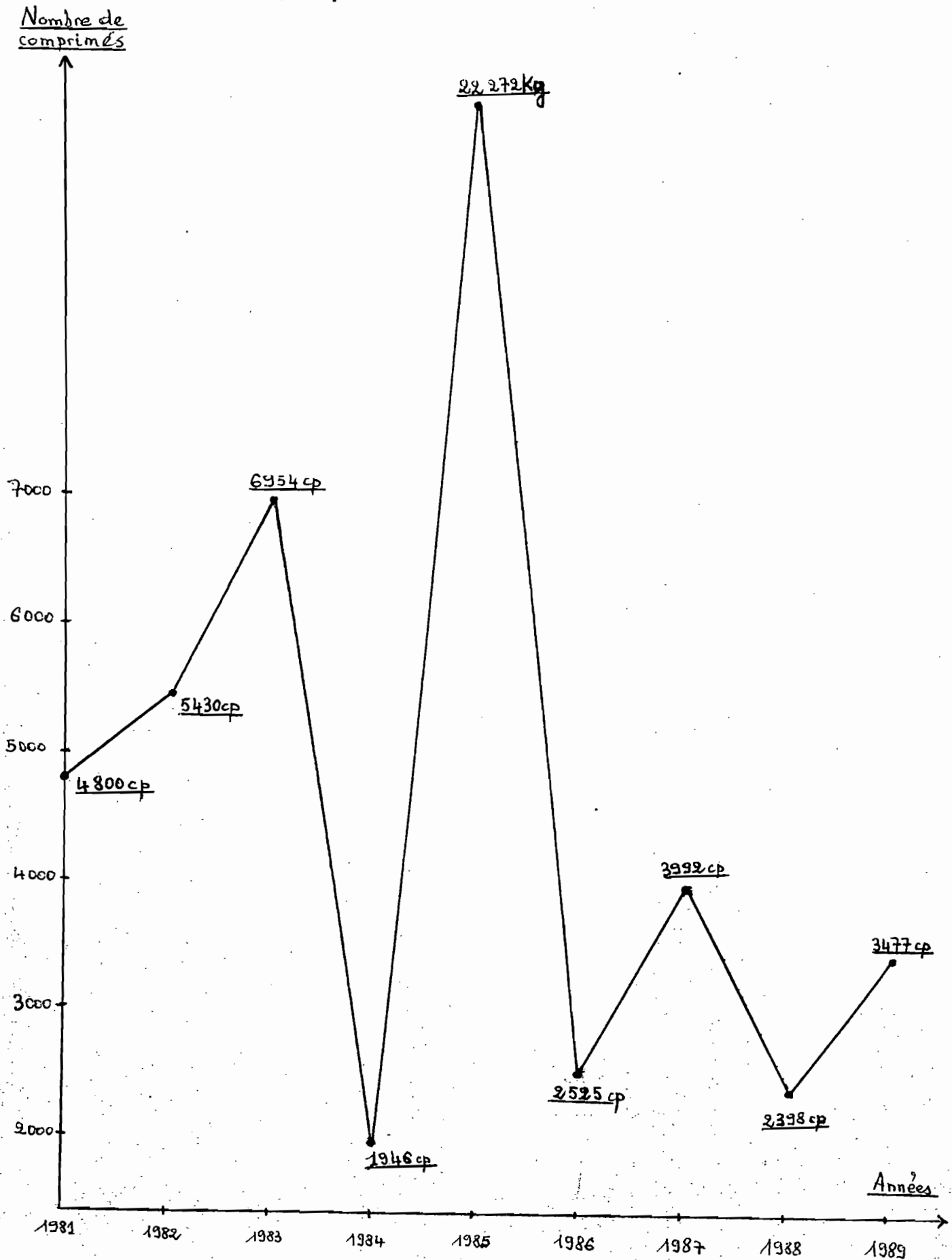


L'examen du tableau nous autorise à affirmer qu'il n'existe pas une surconsommation médicale des barbituriques dans la mesure où les règles de prescription et de délivrance de ceux-ci sont rigoureusement respectées par les professionnels de la santé. Une remarque très importante consiste au fait que depuis deux ans, un seul barbiturique est commercialisé au Mali à des fins médicales, en l'occurrence le phénobarbital dont le risque toxicomanogène est relativement négligeable. Cependant il existe des spécialités dans lesquelles on retrouve associés un barbiturique et d'autres principes actifs à effet analgésique ou sédatif (Exemple : OPTALIDON) qui ne figurent pas dans les statistiques des substances psychotropes.

La toxicomanie aux barbituriques est donc entretenue surtout par l'existence d'un trafic illicite très important, le principal voire l'unique produit de ce trafic étant l'IMMENOCTAL.

Les quantités saisies d'IMMENOCTAL de 1981 à 1989 sont illustrées par le schéma N° 3.

SCHEMA N° 3  
ETAT DES SAISIES D'IMMENOCTAL DE 1981 A 1989  
(Jusqu'au 09 Novembre 1989)



La courbe montre une progression de 1981 à 1983. L'année 1985 a enregistré les plus importantes saisies (22.272 Kg).

A partir de 1986, il y a diminution des saisies avec phénomène de stabilisation autour de quantités tout de même notables formant un intervalle dont les bornes sont 2398 comprimés et 3992 comprimés.

En définitive, les chiffres nous autorisent à affirmer que la barbituomanie est une composante permanente des toxicomanies au Mali.

#### **4 - EVOLUTION DE LA TOXICOMANIE AUX AMPHETAMINES A TRAVERS LES SAISIES EFFECTUEES DE 1981 A 1989.**

Comme les barbituriques la disponibilité des amphétamines est représentée d'une part par les importations licites de la P.P.M. et d'autre part par les quantités frauduleusement entrées à partir des pays voisins.

Les spécialités pharmaceutiques à structure amphétaminique qui ont été commercialisées par la P.P.M. se limitent à trois produits : il s'agit du TENUATE DOSPAN, du PONDERAL, et du DININTEL. Mais actuellement seul le DININTEL est en vente dans les pharmacies. Les quantités de DININTEL importées n'apparaissent pas dans les statistiques des substances psychotropes au Mali, probablement parce que ce produit est au tableau C et non au tableau B, ce qui ne serait pas une raison suffisante. Si on peut raisonnablement affirmer que les importations licites ne permettent pas d'entretenir une amphétaminomanie notable, en revanche l'existence d'une forme de toxicomanie à base de DININTEL et d'OPTALIDON doit interpeller la conscience des professionnels de la santé quant à un nécessaire respect des règles de prescription et de délivrance des différents produits du tableau.

La toxicomanie aux amphétamines repose essentiellement sur les produits qui alimentent le trafic illicite. Ces produits sont : l'acide acétyl salicylique amphétamine (500 mg d'ASPIRINE pour 15 mg d'amphétamine), l'amphomine, l'éphédrine et une substance que les services de police apparentent aux amphétamines appelée DRASTIN. De ces quatre produits, l'éphédrine et surtout l'acide acétyl salicylique amphétamine sont les plus importants car ayant fait l'objet de maximum de saisies. ( voir tableaux N° 6 et schéma N° 3)

**TABLEAU N°6**  
**ETAT DES SAISIES D'EPHEDRINE DE 1985 A 1989**  
**(jusqu'au 09 Novembre 1989)**

ANNEES	SAISIES EN COMPRIMES
1985	17.945
1986	24.247
1987	25.053
1988	62.309
1989	2.050

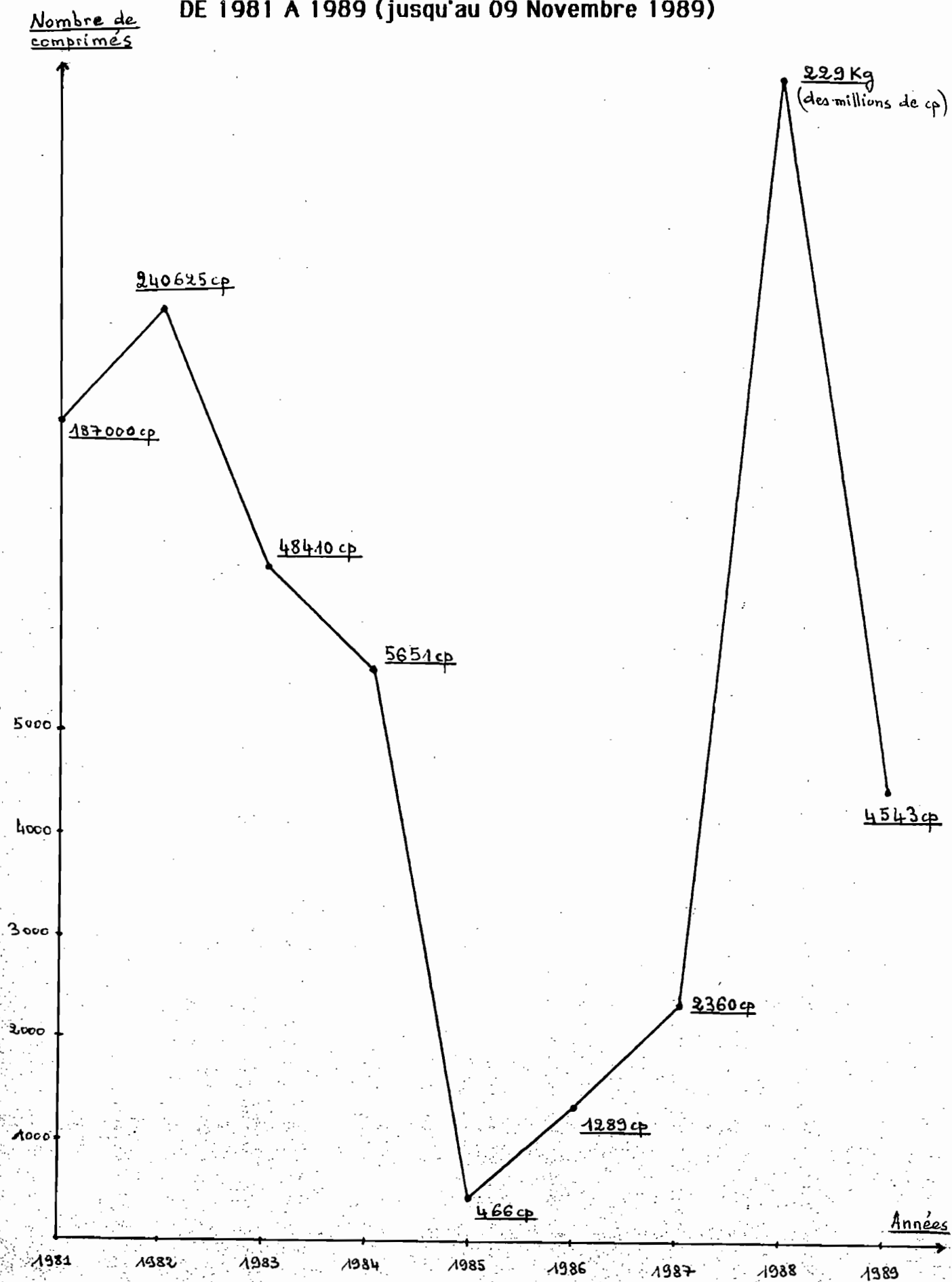
L'examen du tableau fait ressortir une progression régulière des saisies de 1985 à 1988.

Nous pouvons affirmer, en raison de l'absence de statistiques des saisies au delà de 1985, que la toxicomanie à l'éphédrine apparait relativement récente dans notre pays.

## SCHEMA N° 4

## ETAT DES SAISIES D'ACIDE ACETYL SALICYLIQUE AMPHETAMINE

DE 1981 A 1989 (jusqu'au 09 Novembre 1989)



La courbe montre une diminution régulière des quantités saisies de 1982 à 1985 où on a enregistré les plus faibles saisies (466 comprimés). A partir de 1985, les saisies n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 1988 avec les saisies record de 229 Kg (plusieurs millions de comprimés).

De 1985 à 1988, les augmentations observées aussi bien dans le tableau N°6 que dans le schéma N°3 permettent de retenir une récrudescence de l'amphétaminomanie au Mali.

## **5 - EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE BENZODIAZEPINES A TRAVERS LES IMPORTATIONS LICITES DE 1985 A 1989**

Le trafic illicite de benzodiazépines est très faible au Mali. Le diazépam (VALIUM 5mg comprimé et surtout le VALIUM 10mg comprimé) est le principal produit de ce trafic. Les saisies sont très sporadiques et ne font pas l'objet de statistiques rigoureuses au niveau des services de police.

La toxicomanie aux benzodiazépines est donc entretenue presque exclusivement par les importations légales à des fins sanitaires; et plus que dans toute autre toxicomanie au Mali, la responsabilité du corps médical et pharmaceutique y est la plus importante.

Le tableau N°7 nous donne les importations licites pendant les cinq dernières années.

ETAT DES IMPORTATIONS LICITES EN KG DE BENZODIAZEPINES DE  
1985 A 1989 (jusqu'au 09 Novembre 1989)

D.C.I.	Spécialités	1985	1986	1987	1988	1989
Bromazéпам	LEXOMIL	0,180	0,108	0,144	0,225	0,261
Chlordiazé- poxyde	LIBRIUM 5					
	LIBRIUM 10	0,217	0,015	0,640	1,255	0,965
	LIBRAX					
Clobazam	URBANYL 10					
	URBANYL 20	1,56	1,380	1,710	2,34	2,52
Clonazéпам	RIVOTRIL	0,00166	-	-	-	0,00086
	TRANXENE 5					
	TRANXENE 10					
Chlorazéпам	TRANXENE 15	1,396	0,812	2,779	3,375	2,5875
	TRANXENE 50					
	TRANXENE 10					
Diazéпам	VALIUM goutte					
	VALIUM 5	5,04	2,040	4,508	4,9847	5,0717
	VALIUM 10					
FLUNITRAZEPAM	ROHYPNOL	0,32	0,012	0,006	0,027	0,024
	TEMESTA 1					
Lorazéпам	TEMESTA 0,5	0,0087	0,18	0,032	0,0175	0,10425
Nitrazéпам	MOGADON	0,17	0,150	0,300	0,35	0,3
	SERESTA 10					
Oxazéпам	SERESTA 50	0,05	0,300	-	0,045	0,17625
Prazéпам	LYSANXIA 10	0,26	0,080	0,480	0,06	0,22
Triazolam	HALCION 2,5	0,003	0,001	0,004	0,075	0,07
	EQUANIL 400					
Méprobanate*	EQUANIL 250	20,43	0,831	3,242	1	1,43

\* Bien que n'étant pas une benzodiazépine, nous l'avons ajouté à ce tableau afin d'avoir la liste complète de tous les psychotropes (exceptés les barbituriques) importés au Mali, l'EQUANIL étant par ailleurs la substance psychotrope la plus consommée au Mali.



Il ressort de l'analyse de ce tableau que les trois benzodiazépines les plus consommées au Mali sont dans l'ordre : le diazépam (VALIUM), le chlorazébate dipotassique (TRANXENE) et le clobazam (URBANYL). Contrairement dans d'autres pays comme la France, premier consommateur mondial de benzodiazépines en 1987 (39) où on a le quatuor suivant : lorazépam (TEMESTA), chlorazébate dipotassique, bromazépam (LEXOMIL) et oxazépam (SERESTA).

Par ailleurs les quantités importées ne subissent pas de notables variations à la hausse ce qui fait supposer que les autorités sanitaires, bien que le pays n'ait pas ratifié la convention de 1971 sur les psychotropes, surveillent néanmoins les importations et en regulent les quantités dans les limites acceptables.

## **6 - EVOLUTION DE LA TOXICOMANIE AUX OPIACES A TRAVERS LES SAISIES ET IMPORTATIONS LICITES.**

Les importations licites d'opiacés au Mali concernent seulement l'opium, la morphine et quelques analgésiques morphiniques de synthèse (tableau N°8).

L'héroïne, principale responsable des toxicomanies opiacées n'a plus d'indications médicales et fait l'objet d'un trafic illicite exclusif dont certains réseaux commencent à s'établir au Mali.

### **6-1 - L'OPIUM**

Au Mali l'opiomanie est quasi inexistante. Les statistiques sanitaires et policières n'indiquent aucune saisie d'opium depuis l'indépendance du pays en 1960. L'opium se trouve sur le marché uniquement sous forme d'élixir parégorique qui est absorbé plus par besoin sanitaire que par pratique voluptuaire. Et pendant les cinq dernières années seulement 10kg d'opium ont été importés par la Pharmacie Populaire du Mali pour la préparation de l'élixir parégorique (5kg en 1985 et 5kg en 1989).

## 6.2- LA MORPHINE

Comme l'opiomane, nos investigations nous autorisent à affirmer que la morphinomanie n'existe pas au Mali. Aucune statistique ne mentionne une quelconque saisie de morphine. Pendant les cinq dernières années seulement deux grammes de morphine ont été importés par la P.P.M pour les besoins de santé de la population.

## 6.3- LES MORPHINIQUES DE SYNTHÈSE:

L'absence de statistiques nous informant sur d'éventuelles saisies, nous permet d'avancer que la disponibilité de ces produits est représentée presque exclusivement par les importations licites. Le tableau N°8 nous donne les importations licites effectuées de 1985 à 1988.

**TABLEAU N° 8**  
**IMPORTATIONS LEGALES EN GRAMME D'ANALGESIQUES**  
**MORPHINIQUES DE SYNTHÈSE DE 1985 A 1988**

Produits / Années	1985	1986	1987	1988
Dextromoramide	4g	1g	3g	2,555g
Péthidine	50g	34g	13g	144,979g
Fentanyl	0,2g	-	-	-
Phénopéridine	1g	-	-	-

Il ressort de l'examen de ce tableau que très peu d'opioïdes de synthèse sont employés en médecine au Mali. Et depuis deux ans seulement le Dextromoramide et la Péthidine sont importés par la Pharmacie Populaire du Mali. Les quantités et les conditions de délivrance sont telles qu'on peut affirmer qu'elles ne permettent pas d'entretenir une quelconque toxicomanie.

#### **6.4- L'HEROÏNE**

Elle vient de faire son entrée au Mali. Les statistiques de police mentionnent deux saisies toutes effectuées en 1989. Il s'agit de 50g et 2,6 kg d'héroïne brune mélangée à la mescaline. Les saisies ont été effectuées sur des Ghanéens qui devaient transiter à Bamako, après un long périple dont le point de départ est Bombay en (Inde).

Le nombre élevé de maliens arrêtés à l'étranger pour trafic d'héroïne et de cocaïne (160 personnes, entre 1987 et 1989 dont 70% en France) milite pour l'existence d'une filière africaine du trafic de drogues dures (héroïne et cocaïne). Une filière dont le point de départ serait l'Afrique centrale (Kénya, Ouganda) avec les ressortissants maliens établis dans ces pays et le point d'arrivée la France avec Bamako comme principale ville de transit.

L'O.I.P.C. estimait que le Mali occupait la première place en Afrique comme pays de transit du trafic de l'héroïne en 1987, et seulement la deuxième place en 1988. Les spécialistes de l'O.I.P.C. ont même établi le portrait robot du trafiquant type malien: passeport malien habillement de représentant de commerce, sexe masculin, âge 40 - 45 ans.

#### **7- EVOLUTION DU TRAFIC DE COCAÏNE A TRAVERS LES SAISIES:**

Comme l'héroïne, la cocaïne est d'apparition récente au Mali. La première saisie de cocaïne qui était de 15g a été effectuée en 1986 sur un ghanéen. Au mois de Mai 1987, la douane saisit à l'aéroport de Bamako-Sénou sur un malien en provenance de Suède et un ghanéen 77g de cocaïne. En Octobre de la même année 5,5Kg de cocaïne sont saisis sur quatre maliens.

Ces nombreuses saisies confirment l'apparition de drogues dures en République du Mali et la nécessité d'une vigilance accrue. Cependant le fait que les saisies soient toutes effectuées sur des étrangers et des maliens expatriés nous renforce dans notre conviction que le Mali est surtout un pays de transit, même si de source policière, la cocaïne serait vendue sur le marché malien à 30.000 F/CFA (600 FF) le gramme.

**CHAPITRE -III**  
**ENQUETE SUR LES TOXICOMANIES**  
**DANS LE DISTRICT DE BAMAKO**

## 1- PREAMBULE :

Notre objectif était de faire une étude statistique à grande échelle qui nous aurait permis de connaître les différents types de toxicomanies, leur ampleur et leurs caractéristiques chez les jeunes de 18 à 25 ans, du district de Bamako. Mais plusieurs obstacles nous ont conduit à y renoncer, entre autres :

- disposer d'un échantillonnage représentatif de cette classe d'âge,
- l'immensité du travail qui relève plus d'une équipe bien structurée aux moyens suffisants que d'un enquêteur isolé et démuné,
- le problème de la drogue étant un sujet tabou au Mali, il y avait le risque d'avoir beaucoup de réponses biaisées dont l'interprétation correcte aurait été difficile.

Nous avons opté pour une enquête orientée vers des groupes à risque. Cela nous permettait de savoir si, comme on le prétend fréquemment les toxicomanes, se recrutent essentiellement parmi les jeunes marginalisés, désocialisés, délinquants, aux moeurs «faisant problème.»

Par ailleurs les réponses seront plus fiables et mieux interprétables, car ces personnes affichent certes pas publiquement mais subtilement leurs pratiques toxicomaniaques.

Les personnes enquêtées se répartissent de la façon suivante :

- à la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako : 79 personnes dont 5 femmes et 12 étrangers. Toutes les 5 femmes étaient de nationalité malienne. Quant aux étrangers, 9 étaient ghanéens, 2 avaient la nationalité sénégalaise et un était citoyen guinéen (Conakry). Sur les 79 personnes, 48 soit 60,76 % ont reconnu être des usagers de drogues.

Parmi les 48, seulement 3 (soit 3,80 % des personnes interrogées) étaient de sexe féminin. Quant aux étrangers, seules deux personnes (un sénégalais et un guinéen) ont reconnu être toxicomanes. Les 9 ghanéens bien qu'étant écroués pour délits de drogues ont tous nié d'être des consommateurs ou vendeurs de drogues ;

- Au service de psychiatrie de l'Hopital National du Point G, l'enquête a porté sur 4 personnes toutes de sexe masculin. Toutes 4 ont reconnu être des toxicomanes, deux étaient hospitalisées pour troubles psychotiques, les deux autres étaient des consultants externes .

- Six personnes ont été enquêtées parmi les jeunes toxicomanes des quartiers de Hamdallaye, Ouolofobougou Bolibana et Darsalam. Ces jeunes ont été choisis parce-que connus comme toxicomanes et ayant accepté de répondre à nos questions.

- A la grande maison de jouissance de Médina Coura (chez Diarra N°2), l'enquête a porté sur 25 prostituées dont 10 maliennes et 15 ghanéennes. Sur les 25 prostituées, aucune n'a reconnu être un usager de drogues.

Au total, au niveau des groupes cibles, l'enquête aura porté sur 115 personnes. Sur les 115 personnes 58 ont reconnu être des consommateurs de drogues soit, 50,43 %. En fait, ce chiffre est en deçà de la réalité pour plusieurs raisons. Si les personnes enquêtées au niveau du service de psychiatrie et dans les quartiers de Hamdallaye, Ouolofobougou Bolibana et Darsalam n'ont fait aucune difficulté pour répondre à nos questions et reconnaître leurs toxicomanies, il n'en a pas été de même pour les personnes enquêtées à la prison centrale et dans la maison de jouissance de Médina-Coura :

° A la prison centrale, l'échantillonnage était constitué pour la plupart de personnes y séjournant depuis 22 à 37 mois et qui n'avaient reçu aucune visite de magistrats. Ils pensaient donc être interrogés par un magistrat instructeur et pesait tout ce qu'ils disaient de crainte que ça ne se retourne contre eux le jour du procès. Et sur nos quarante premières fiches d'enquêtes, seulement trois personnes avaient reconnu qu'elles consommaient de la drogue. Nous avons dû utiliser tout notre pouvoir de persuasion, d'information et de sensibilisation pour leur faire comprendre le but et la portée de notre enquête. Petit à petit la confiance est revenue mais beaucoup sont restés sceptiques, certains mêmes ont systématiquement refusé de nous répondre. Comme plus de 80 % étaient d'un niveau de scolarisation très bas, nous avons été obligé d'enquêter certaines personnes trois fois pour pouvoir éliminer les fiches où les réponses apparaissaient visiblement fausses. Cela nous a amené à renoncer à 24 fiches qui auraient porté l'effectif à 103 au lieu de 79.

Chez les prostituées de Médina-Coura, entre autres difficultés, nous avons noté le problème suivant : toutes les réponses étaient presque identiques. Et malgré 2 passages, seulement 25 fiches ont été retenues sur les 37 entièrement remplies alors qu'au départ notre prévision était basée sur 50 prostituées.

Pour notre étude, les paramètres retenus sont en partie ceux identifiés par l'OMS (13) comme données de base (essentiels ou facultatives) pour une étude épidémiologique des toxicomanies.

Les données essentielles comprennent entre autres :

- les renseignements démographiques : il s'agit de l'âge, du sexe, de la scolarité, de la profession et de l'emploi ;
- les renseignements techniques : il est question des différents types de drogues ou substances utilisées, les modalités de l'usage de ces drogues c'est à dire la quantité consommée, la fréquence de consommation, la durée d'utilisation et la voie d'administration ;



- les renseignements médico-socio psychologiques : concernent les traitements et orientations/recours, antécédants de l'usage des drogues notamment les raisons ayant motivé la première utilisation d'une drogue.

Quant aux données facultatives ou recommandées, on s'est intéressé :

- parmi les renseignements démographiques à : l'ethnie, la nationalité, la religion, l'état matrimonial, les conditions d'existence et l'origine géographique.

- parmi les renseignements techniques à : l'utilisation éventuelle de l'alcool et du tabac.

- parmi les renseignements médico-socio-psychologiques à : un quelconque intérêt manifesté par le sujet pour un traitement anti drogue, la durée d'abstinence en cas de sevrage précédent, aux relations entre le sujet et sa famille.

- enfin au niveau des renseignements ayant trait à la criminalité : aux arrestations et incarcérations éventuelles et à leurs motifs.

On prévoyait après analyse de ces différentes données de faire des comparaisons avec les ratio de la population malienne, pour tirer des conclusions. Malheureusement ces ratio sont soit inexistantes soit dépassés car issus du recensement de 1974, ceux de 1987 n'étant pas encore disponibles. Finalement nous avons été obligé de chercher un échantillon témoin pour apprécier la distribution des différents paramètres au sein de cette population témoin et faire des comparaisons.

Le choix de cette population témoin a été fait de façon indiscriminée dans différents lieux notamment groupes de jeunes dans les quartiers, marchés, écoles, lieux de manifestations. L'enquête a porté sur 50 personnes. Parmi les 50 personnes 5 étaient de nationalité étrangère et 2 (un malien et un sénégalais) ont reconnu être des usagers de drogues.

En définitive notre enquête aura concerné 164 personnes dont 38 femmes et 32 étrangers (24 ghanéens, 2 guinéens de Conakry, 5 sénégalais et un togolais). Sur les 164 personnes, 60 (soit 36,59%) ont reconnu être des consommateurs réguliers ou épisodiques de drogues. Parmi les 60, il existe seulement 3 femmes et 3 étrangers (2 sénégalais et un guinéen) soit 1,83% de l'effectif total.

L'échantillon d'étude est constitué uniquement par la population toxicomane de nationalité malienne soit 57 individus.

L'échantillon témoin également constitué de 57 individus a été choisi tout à fait au hasard parmi les 75 maliens non consommateurs de drogues de l'effectif total.

Pour l'élaboration du questionnaire de l'enquête (voir Annexes), nous nous sommes inspiré de "l'enquête épidémiologique sur la santé et l'adaptation des jeunes", enquête I.F.L.D. INSERM U302 (1989) dirigée au Mali par le Pr Baba KOUMARE premier responsable du service de psychiatrie de l'Hopital National du Point G. (Bamako).

La lutte contre le fléau social que représente l'abus des drogues suppose une meilleure connaissance des drogues et surtout des personnes qui consomment ces drogues.

C'est pour cette raison que nous tenterons dans ce chapitre de déterminer la proportion d'usagers de drogues dans une tranche de la population qui a été concernée par notre enquête. Nous essayerons également de dégager leur profil démographique général à savoir s'il s'agit de sujets jeunes ou âgés, de sujets éduqués ou non, de titulaires d'un emploi ou de chômeurs, etc. Une connaissance des drogues quant à leurs effets, leurs modes d'administration, les motivations de leur usage, nous permettra d'apprécier la gravité de la situation et voir comment elle évolue.

Enfin la connaissance de l'influence de la criminalité chez le drogué peut s'avérer indispensable pour l'élaboration de programmes de prévention, de traitement, de réadaptation et d'insertion sociales des drogués.

## 2- CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES :

### 2-1 -INFLUENCE DU SEXE AU SEIN DE NOS ECHANTILLONS

**TABLEAU N° 9**  
**REPARTITION PAR SEXE DES ECHANTILLONS**

	Population d'étude		Population témoin		Total	
SEXE	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent.
M	54	94,73%	49	85,96%	103	90,35%
F	3	5,27%	8	14,03%	11	9,6%
Total	57	100%	57	100%	114	100%

Le pourcentage d'hommes (94,73%) est nettement plus élevé que celui des femmes (5,27%). Et pourtant il y a plus de femmes que d'hommes au Mali. (3.886.944 femmes contre 3.733.281 hommes) (29).

Le pourcentage de femmes 14,03% nettement plus élevé dans l'échantillon témoin devrait nous inciter à affirmer que le phénomène de la drogue au Mali concerne beaucoup plus la population masculine, contrairement aux pays occidentaux où le rapport semble être d'une femme pour 3 hommes; comme cela ressort dans plusieurs enquêtes notamment celle de FREJAVILLE (12).

Cependant le calcul du  $\chi^2$  permettant une comparaison plus rigoureuse entre les deux variables a donné les résultats suivants:

- Pas de liaison statistiquement significative.
- $\chi^2$  = 2,5
- d.d.l = 1
- p = 0,05

Peut être la taille de notre échantillon y serait pour quelque chose; mais toujours est-il que nous estimons à travers ces résultats que le mésusage des drogues suit plutôt le comportement traduisant un style de vie, que le sexe.

## 2-2 - INFLUENCE DE L'AGE AU SEIN DE NOS ECHANTILLONS

TABLEAU N° 10

## REPARTITION DES ECHANTILLONS PAR CLASSE D'AGE

	Population d'étude		Population témoin		Total	
Classe d'âge	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
moins de 15 ans	0	0%	0	0%	0	0%
de 15 à 19 ans	0	0%	5	8,77%	5	4,38%
de 20 à 29 ans	37	64,91%	22	38,59%	59	51,75%
de 30 à 39 ans	19	33,33%	20	35,08%	39	34,21%
de 40 à 49 ans	1	1,75%	8	14,03%	9	7,89%
50 ans et plus	0	0%	2	3,50%	2	1,75%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

Les résultats du tableau font ressortir un pourcentage élevé dans la classe d'âge des 20-29 ans (64,91%). En plus, on remarque que plus de 98% des usagers ont entre 20 et 39 ans.

On peut donc affirmer que les toxicomanes se recrutent essentiellement parmi les jeunes qui composent la couche de la population valide et très productrice. Cette caractéristique déjà mentionnée dans les études antérieures (27) doit constituer un motif réel d'inquiétude.

Dans le souci de montrer que ce résultat n'est nullement un phénomène aléatoire, nous avons calculé le  $\chi^2$  corrigé de Yates et l'odds ratio qui nous permettent de mieux comparer la classe des sujets de 20 à 39 ans par rapport à l'ensemble des autres sujets de classe d'âge différent.

Nous trouvons :

- $\chi^2$  corrigé de Yates = 12,286
- Existence de liaison statistiquement significative .
- p = 0,00045.
- Odds ratio = 20 (3,745853 à 106,7848)

L'odds ratio traduit le risque relatif.

En d'autre terme le sujet appartenant à la classe d'âge 20-39 ans a 20 fois plus de chance d'être un drogué, que celui qui n'appartient pas à cette classe d'âge.

## 2-3 – INFLUENCE DE LA SCOLARITE

TABLEAU N° 11

## REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION DU NIVEAU DE SCOLARISATION

Niveau scolarisation	Population d'étude		Population témoin		Total	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
non scolarisé	10	17,54%	22	38,59%	32	28,07%
primaire	19	33,33%	12	21,05%	31	27,19%
2è cycle	12	21,05%	9	15,78%	21	18,42%
Scd Gén. Tec.Prof	14	24,56%	3	5,26%	17	14,91%
Sup.sans diplôme	0	0%	4	7,01%	4	3,50%
sup avec diplôme	2	3,50%	7	12,28%	9	7,89%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

Le plus fort pourcentage se rencontre chez les sujets qui ont le niveau du primaire. Seulement 3,50% ont un diplôme d'études supérieures. Quant aux analphabètes, ils représentent 10% de la population d'étude.

Ces valeurs qui sont presque superposables à celles de l'échantillon témoin devraient nous inciter à minimiser l'influence du facteur scolarité sur la pratique toxicomaniaque. Cependant un constat s'impose : la drogue sévit plus chez les sujets scolarisés (57,31%) que chez les sujets non scolarisés (31,25%).

Le calcul du  $\chi^2$  corrigé de Yates qui s'élève à 5,25686 permet de conclure à l'existence d'une liaison statistique entre les deux variables jusqu'au seuil de probabilité  $p = 0,02186$ .

Et le sujet scolarisé a environ 3 fois plus de chance d'être un drogué que le sujet non scolarisé comme l'atteste le calcul de l'odds ratio: odds ratio = 2,954286 (1,170263 à 7,457986).



**TABLEAU N° 12**  
**REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION**  
**DE LA PROFESSION**

	Population d'étude		Population témoin		Total	
	E	P	E	P	E	P
Qualifications professionnelles						
Sans	15	26,31 %	10	17,54 %	25	21,92 %
Elèves	0	0 %	2	3,50 %	2	21,92 %
Etudiants	0	0 %	4	7,01 %	4	1,75 %
Cadres supér.	1	1,75%	3	5,26%	4	3,50%
Cadres moyens et inférieurs	5	8,77 %	1	1,75 %	6	5,26 %
Fermiers et cultivateurs	1	1,75%	3	5,26%	4	3,50%
Artistes et Artisans	1	1,75%	7	12,28%	8	7,01%
Ouvriers	8	14,03%	8	14,03%	16	14,03%
Tailleurs	2	3,50%	4	7,01%	6	5,26%
Chauffeurs et Mécaniciens	15	26,31%	6	10,52%	21	18,42%
Commerçants employés de commerce marchand	6	10,52%	7	12,28%	13	11,40%
Autres *	3	5,26%	2	3,50%	5	4,38%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

\* Il s'agit d'un frigoriste, d'un vulganisateur et d'un bobineur textile (pour la population d'étude), d'un ajusteur et d'un antiquaire (pour l'échantillon témoin).

Le tableau fait ressortir une sur-représentation des sans qualification professionnelle tant au niveau de la population d'étude que de l'échantillon témoin. Ce fait peut donc être interprété comme une caractéristique de la société bamakoise qui reçoit en plus de ses "déchets scolaires", un important flux de ruraux venus chercher du travail en ville.

En plus des sans qualification professionnelle, les groupes socio-professionnels les plus importants sont les chauffeurs-mécaniciens (26,31%), les ouvriers (14,03%), les commerçants-employés de commerce et marchands (10,52%) et les cadres moyens et inférieurs (8,77%).

Bien que ce découpage professionnel se rapproche beaucoup de celui de la population bamakoise en général, la similitude existant entre les sujets de notre enquête et les personnes arrêtées pour délits de drogues (tableau N°4) au niveau de leur profession, nous incite à affirmer que les groupes socio-professionnels représentés par les chauffeurs-mécaniciens, les commerçants et assimilés, les ouvriers sont des groupes cibles en matière de toxicomanies au Mali. Les raisons sont multiples et surtout non spécifiques: pour les commerçants et assimilés, la raison est à rapprocher de l'important bénéfice généré par le commerce de la drogue; quant aux chauffeurs-mécaniciens et ouvriers, ils chercheraient sûrement dans l'usage de la drogue un moyen de majorer leurs performances en augmentant leurs capacités physiques, leur travail étant très pénible.

La comparaison entre d'une part le groupe des commerçants, employés de commerce, ouvriers, chauffeurs et mécaniciens, et d'autre part, celui représenté par l'ensemble des autres professions a fait intervenir le calcul du  $\chi^2$  corrigé de Yates et celui de l'odds ratio.

Nous avons trouvé :

-  $\chi^2$  corrigé de Yates = 4,405314

- l'existence d'une liaison statistique entre les 2 variables jusqu'au seuil de probabilité  $p = 0,03583$ .

- Odds ratio = 2,761905 (1,069535 à 7,132181).

Ces résultats confirment notre analyse de l'influence de la profession sur l'usage ou le trafic des drogues

**TABLEAU N° 13**  
**REPARTITION DES ECHANTILLON EN FONCTION**  
**DE L'EMPLOI DU MOMENT**

Emploi actuel	Population d'étude		Population témoin		Total	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
conformes aux qualifications prof.	23	40,35%	28	49,12%	51	43,22%
provisoires ou marginales	18	31,57%	9	15,78%	27	22,88%
Ne travaille plus depuis moins de 3 mois	1	1,75%	2	3,50%	3	2,54%
Ne travaille plus depuis 3 mois à 1 an	1	1,75%	7	12,28%	8	6,77%
Ne travaille pas depuis plus de 1 an	14	24,56%	5	8,77%	19	16,10%
Prostitution	3	5,26%	1	1,75%	4	3,38%
Autres *	0	0%	6	10,52%	6	5,08%
Total	60	105,26%	58	101,75%	118	100%

\* il s'agit de deux servantes, d'une ménagère, d'un manœuvre, d'un pompiste et d'un gardien.

Les sujets qui ont un emploi conforme aux qualifications professionnelles sont les plus fortement représentés avec un pourcentage de 40,35% dans l'échantillon d'étude contre 49,12% dans l'échantillon témoin. Seulement le tableau N°12 nous apprend que 26,31% des usagers et 17,54% des non usagers n'ont aucune qualification professionnelle. En définitive, les chômeurs et sans emploi qui se retrouvent à la proportion de 54,38% (contre 42,10% dans l'échantillon témoin) apparaissent comme les plus représentés. Le groupe des travailleurs provisoires ou marginaux arrivent en 2ème position avec un pourcentage de 31,57% (toxicomanes) et 15,78% (non toxicomanes).

Ces résultats devraient nous conduire à confirmer une conclusion précédente à savoir que les personnes sans emploi représentent un groupe à risque très important en matière de toxicomanie. Cependant le calcul du  $\chi^2$  permettant une comparaison scientifique entre les "sans emploi" et les "ayant un emploi" vient infirmer cette précédente conclusion.

En effet, nous trouvons :

- $\chi^2$  corrigé de Yates = 0,0353598
- p = 0,85084

Pour un d.d.L = 1, la valeur du  $\chi^2$  donnée par la table des  $\chi^2$  d'après FISHER et YATES (voir Annexes) au seuil de probabilité p = 0,05, est 3,841, ce qui est très largement supérieur au  $\chi^2$  de notre enquête (0,0353598).

Cependant nous faisons remarquer que parmi les "ayant un emploi" 51,92% ont un emploi provisoire ou marginale. En définitive, nous estimons que quand bien même nos résultats seraient un phénomène purement aléatoire, le groupe des chômeurs et sans emploi représentent un groupe cible potentiel, en matière de toxicomanies.

TABLEAU N° 14

## REPARTITION DES ECHANTILLONS PAR ETHNIE

ETHNIE	Population d'étude		Population témoin	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
Bambara	22	31,60%	15	26,31%
Malinké	8	14,03%	11	19,30%
Peulh	11	19,30%	8	14,03%
Soninké	2	3,50%	4	7,01%
Sonrhäi	3	5,26%	2	3,50%
Khassonké	0	0%	2	3,50%
Touareg	1	1,75%	0	0%
Senoufo	3	5,27%	5	8,77%
Bobo	1	1,75%	3	5,27%
Bozo	1	1,75%	0	0%
Mossi	2	3,50%	1	1,75%
Autres	3	5,27%	6	10,52%
Total	57	100%	57	100%

Les pourcentages les plus élevés se rencontrent chez les bambara (38,60%), les peulh (19,30%) et les malinké (14,03%).

Dans l'échantillon témoin, ces mêmes ethnies se retrouvent de façon prépondérante. Ceci est dû au fait que l'ethnie dominante au Mali est représentée par les bambara; et par ailleurs, l'enquête ayant été effectuée à Bamako qui est très proche de la région du Mandé, cette ville reçoit donc beaucoup de malinkés candidats à l'exode rurale.

Si le manque de statistiques fiables ne nous permet pas d'avancer des conclusions significatives, la confrontation des valeurs trouvées dans les deux échantillons nous autorise à affirmer que l'ethnie a peu d'influence sur le mésusage des drogues.

## 2-7 - INFLUENCE DE LA RELIGION :

TABLEAU N° 15

### REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION DE LA RELIGION

Religion	Population d'étude		Population témoin	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
musulmane	49	85,96%	52	91,22%
chrétienne	5	8,77%	5	8,77%
Animiste	0	0%	0	0%
Sans	3	5,26%	0	0%
Total	57	100%	57	100%

**TABLEAU N° 16**  
**REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION DE LA PRATIQUE**  
**RELIGIEUSE**

Pratique religieuse	Population d'étude		Population témoin	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
Nulle	3	5,26%	10	17,54%
Irrégulière	9	15,78%	9	15,78
Régulière	42	73,68%	38	66,66%
Total	54	94,73%	57	100%

Ces tableaux font ressortir une sur-représentation des musulmans pratiquants aussi bien dans la population d'étude que dans la population témoin.

La population malienne étant à plus de 80% musulmane, les chiffres trouvés ne nous permettent pas d'appréhender le rôle que peut avoir la religion dans l'abus des drogues. Cependant certains prétendent que la religion chrétienne en autorisant à ses adeptes la consommation d'alcool, leur donne une échappatoire contre les autres formes de toxicomanie, contrairement à la religion musulmane. Ceci mérite une étude approfondie.

## 2-8 - INFLUENCE DE L'ETAT MATRIMONIAL

TABLEAU N° 17

REPARTITION DES SUJETS EN FONCTION DE LA SITUATION  
MATRIMONIALE

	Population d'étude		Population témoin		Total	
Situation matrimoniale	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
Célibat.	54	94,73%	33	57,89%	87	76,31%
Marié	2	3,50%	22	38,59%	24	21,05%
Divorcé	1	1,75%	2	3,50%	3	2,63%
Total	57	100%	57	100%	114	100%

L'examen du tableau fait ressortir une inversion des valeurs entre la population d'étude et la population témoin. 94,73% des sujets adeptes de la drogue sont célibataires contre seulement 57,89% des sujets sains. Ceci est dû au fait qu'au Mali et en Afrique de façon plus générale, on se marie tard. Par ailleurs, on peut affirmer que le mariage avec son lot de responsabilités et son pouvoir stabilisateur a un effet dissuasif sur le mésusage des drogues. Et cela est confirmé par les calculs statistiques :



-  $\chi^2$  corrigé de Yates = 19,05278

- existence de liaison statistique entre les deux variables jusqu'au seuil de probabilité  $p = 0,00001$

- Odds ratio = 17,28572 (4,807582 à 62,151)

Il apparaît que le célibataire a 17 fois plus de chance d'être un drogué que le marié.

## 2-9 - INFLUENCE DE L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

TABLEAU N° 18

### REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION DE L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Origine géograp.	Population d'étude		Population témoin		Total	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
District						
Bamako	47	82,45%	27	47,36%	74	64,91%
Autres						
Villes	6	10,52%	7	12,28%	13	11,40%
Villages	4	7,01%	23	40,35%	27	23,68%
Total	57	100%	57	100%	114	100%

82,45% de la population d'étude sont originaires du district de Bamako, et 92,97% viennent d'une grande ville du Mali, contre seulement 7,01% qui sont des villageois.

La comparaison avec les 40,35% des sujets non toxicomanes natifs des villages permet d'affirmer que la drogue apparait comme un phénomène urbain qui sévit moins dans le milieu des villageois venus en exode dans les grandes villes contrairement à d'autres délits comme le vol, le vagabondage, la prostitution.

Les calculs statistiques nous permettent d'évaluer le risque relatif que court un sujet originaire du district de Bamako par rapport à un sujet non originaire du district de Bamako.

-  $\chi^2$  corrigé de Yates = 13,90

- existence de liaison statistique entre les deux variables jusqu'au seuil de probabilité  $p = 0,0001$

- Odds ratio = 5,22 (2,19 à 12,45)

Il apparait que le sujet originaire du district de Bamako court 5 fois plus de risque d'être toxicomane que le sujet non originaire du district de Bamako.

## **2-10 - INFLUENCE DES CONDITIONS D'EXISTENCE**

Les conditions d'existence englobent le lieu et le mode d'habitation du sujet, de la vie et mort de ses parents, de leur profession et de toute sa famille.

Ici, nous étudierons seulement le lieu et le mode d'habitation, les autres paramètres qui interviennent pour une grande part dans la constitution de la personnalité et de la psychologie futures de l'individu seront abordés dans la rubrique caractéristiques socio-psychologiques.

TABLEAU N° 19

**REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION DU LIEU  
ET DU MODE DE VIE**

Lieu habitation	Population d'étude		Population témoin		Total	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
Chez parents administratifs père ou mère	37	64,91%	25	43,85%	62	54,38%
Chez parents adoptifs	7	12,28%	8	14,03%	15	13,15%
Chez frères, cousins, amis	7	12,28%	4	7,01%	11	9,64%
Domicile propre	5	8,77%	19	33,33%	24	21,05%
Sans domicile fixe	1	1,75%	1	1,75%	2	1,75%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

64,91% des usagers vivent chez leurs parents administratifs (père ou mère) contre seulement 12,28% qui vivent chez des amis, frères et cousins; et 1,75% qui n'ont pas de domicile fixe. Ceci est une particularité par rapport aux pays occidentaux où la majorité des toxicomanes vivent soit chez des amis, ou n'ont pas de domicile fixe. Une raison à cela est qu'en Afrique les jeunes restent très longtemps dépendants de leurs parents. En plus le fait de se prendre en charge semble avoir une influence inhibitrice sur le comportement toxicomane, comme semble le prouver les chiffres de 33,33% de non utilisateurs de drogues ayant leur domicile propre contre seulement 8,77% d'usagers.

Ce constat est confirmé par les calculs statistiques :

-  $\chi^2$  avec correction de Yates = 8,919444

- existence de liaison statistique entre les deux variables jusqu'au seuil de probabilité  $p = 0,00282$

Odds ratio = 5,2 (1,76241 à 15,34263)

Il apparaît que le sujet vivant sous le couvert de quelqu'un (en général les parents) court 5 fois plus le risque d'être toxicomane que le sujet ayant un domicile propre.

### **3 - CARACTERISTIQUES TECHNIQUES**

#### **3-1 - TYPES DE DROGUES UTILISES**

**TABLEAU N° 20**  
**REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION DU TYPE**  
**DE DROGUE**

LES PRODUITS UTILISÉS	INbre de consommateurs	POURCENTAGE
Herbe de cannabis sativa	44	77,19 %
Résine de cannabis sativa	2	3,50 %
IMMENOCTAL	35	61,40 %
BINOCTAL	6	10,52 %
OPTALIDON	4	7,01 %
Acide acétyl salicylique amphétamine	26	45,61%
Ephédrine	2	3,50%
DININTEL	2	3,50%
VALIUM	9	15,78%
ROHYPNOL	4	7,01%
MOGADON	2	3,50%
TEMESTA	1	1,75%
SERESTA	1	1,75%
NOZINAN	2	3,50%
MANDRAX	3	5,26%
MILINAX	1	1,75%
HALDOL	1	1,75%
Héroïne	2	3,50%
Brown sugar	1	1,75%
Cocaïne	1	1,75%
LARGATIL	1	1,75%
Datura	6	10,52
ARTANE	1	1,75%

L'examen du tableau nous permet d'affirmer que toutes les drogues, à l'exception des morphiniques et hallucinogènes de synthèse, sont utilisées.

Le Cannabis sativa avec 80,70% d'adeptes constitue la drogue la plus consommée. Le chanvre en nature (l'herbe) est utilisé par tous les cannabiniomanes de notre échantillon; par contre la résine de cannabis n'est utilisée que par 3,50% de la population d'étude, ce qui représente 4,34% de la population cannabiniomane. Quant à l'huile de chanvre indien, elle est ignorée de toute la population d'étude.

Plusieurs noms de code sont utilisés par les cannabiniomanes pour désigner le chanvre indien : "tabac", "tiga niaga", "l'herbe", "bin", "baga", "lop's", "niagalen".

Le produit est conditionné dans des boîtes de Nescafé appelés "pots" ou dans des "enveloppes". La contenance du pot est d'environ 100g (28). Le pot coûte 1.500 à 2.000 F/CFA pour le cannabis malien et gambien (appelé "macout") et nigérian, mais environ 3.000 F/CFA pour le lop's ghanéen qui est très convoité. La contenance de l'enveloppe varie entre 70 et 90 g. L'enveloppe coûte environ 1.000 F/CFA. Parfois on trouve le quart de cannabis correspondant à 12g environ et qui coûte 500 F/CFA. Le "rape" qui est une cigarette de cannabis contient entre 1 à 2g de cannabis et se vend à 100 F/CFA, cependant dans l'enceinte de la prison centrale on le trouve à 50 F/CFA parfois même à 25 F/CFA.

Si l'on sait que le Kg de cannabis coûte 1.000 F/CFA à Yanfolila où il est cultivé, 15.000 F à 20.000 F/CFA à Bamako lieu de transit habituel, 750.000 à 2.000.000 F/CFA en France destination courante, on comprend alors que ce commerce s'il n'égale pas celui de l'héroïne ou de la cocaïne n'en demeure pas moins très lucratif au point de transformer les trafiquants en de véritables "gangsters" sans scrupules prêts à tout pour pérenniser leur trafic.

Les barbituriques viennent en deuxième position au point de vue importance avec 45 utilisateurs soit 78,94% de l'effectif. Le sécobarbital (IMMENOCTAL) avec 61,40% se classe au premier rang des barbituriques suivi du BINOCTAL (10,52%) et de l'OPTALIDON (7,01%). Le sécobarbital est désigné par les noms de code suivants : "plon", "M<sub>10</sub>", "I", "petit", "nenfani", "jardin d'enfant". L'IMMENOCTAL se trouve sous forme de plaquette de 10 comprimés. Le prix de la plaquette s'élève à 2.500 F/CFA parfois 3.000 F/CFA (28), soit 250 F ou 300 F le comprimé.

Le troisième groupe de drogues majeures est représenté par les amphétamines (52,63% d'utilisateurs). Dans ce groupe, on retrouve par ordre d'importance l'acide acétyl salicylique amphétamine (45,61%), l'éphédrine (3,5%) et le DININTEL (3,5%). Dans le milieu toxicomane, l'acide acétyl salicylique amphétamine est connu sous les appellations de "dial", "diallan", "sékou TOURE" (la plupart proviennent de Guinée). Il est vendu en tubes de 20 comprimés à 1.500 F/CFA ou 2.000 F/CFA. Cependant le comprimé se vend unitairement à 150 voire 200 F/CFA. Quant à l'éphédrine, elle est surtout connue sous les noms de "14" ou "E-14"; le comprimé se vend à 10F, et, la boîte de 100 comprimés qui est la forme de vente la plus courante sur le marché illicite revient à 1.000 FCFA (28).

Le quatrième groupe de drogues majeures est représenté par la famille des benzodiazépines (33,33 %) de l'effectif. Le diazépam (VALIUM) avec 15,78 % d'utilisateurs vient en tête, suivi du ROHYPNOL (7,01 %), du MOGADON (3,50%), NOZINAN (3,50 %), et du TEMESTA (1,75%), SERESTA (1,75 %).

On constate également que les drogues dites dures commencent à être consommées chez nous. Trois personnes soit 5,26 % de l'effectif ont goûté à l'héroïne contre une seule personne (1,75%) pour la cocaïne.

Enfin le datura avec 10,52 % de consommateurs épisodiques ou réguliers retient notre attention compte tenu de sa facile accessibilité.

Ce tableau avec un effectif total de 157 utilisateurs de drogues soit 275,43 % montre l'existence de plusieurs polytoxicomanies. Les polytoxicomanies les plus fréquentes sont celles :

- à bi-intoxication au yamba et au sécobarbital (7,01 %),
- à tri-intoxication au yamba au sécobarbital et aux amphétamines (19,29 %),
- à quadri-intoxication au yamba, au sécobarbital, aux amphétamines et aux médicaments (5,26 %), il s'agit en général soit du VALIUM, soit du ROHYPNOL, ou encore yamba, sécobarbital, amphétamines plus alcool (8,77 %).

On a également retrouvé des monotoxicomanes à l'acide acétyl salicylique amphétamine (1,75 %), à l'herbe de cannabis (19,29) et au sécobarbital (10,52 %).

### 3.2- MODALITES D'UTILISATION DES DROGUES EN QUESTION

#### 3.2.1- Voies d'administration :

4 voies d'administration ont été recensées au cours de notre enquête.

- **La voie orale** : c'est la voie la plus importante. Sur l'effectif total de 157 utilisateurs, 101 soit 64,28 % s'administrent la drogue par cette voie.

- **L'inhalation** : avec 46 utilisateurs soit 29,29 % constitue la deuxième voie d'administration au point de vue importance.

- **L'injection** : seulement 2 sujets (1,27 %) se sont injectés de l'héroïne. Et dans les 2 cas c'était en dehors du Mali. Le premier s'est injecté de la "blanche" à Banjul (Gambie) par curiosité et n'a jamais recommencé, le second s'est fait injecté du "brown sugar" sous l'influence d'un groupe d'amis à Lomé (Togo) et a recidivé plusieurs fois.



- Le "sniff": cette voie d'administration a été utilisée par 2 personnes de notre échantillon. Le premier qui n'est jamais sorti en dehors du territoire malien a été entraîné par ses "copains" touristes européens plus précisément de nationalité hollandaise. Quant au second son expérience a eu lieu en France où il a "sniffé" de la cocaïne.

### 3.2.2- Quantité consommée et fréquence d'administration :

Nous avons enregistré beaucoup de non réponses liées à la mémoire défaillante des sujets qui, pour beaucoup d'entre eux, la fréquence d'administration dépend de leur pouvoir d'achat.

Cependant nous avons pu à la base de la régularité de la consommation, faire une repartition des sujets (tableau N° 21)

**TABLEAU N°21**  
**REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION**  
**DE LA REGULARITE DE LA CONSOMMATION**

REGULARITE DE CONSOMMATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
CONSOMMATEURS EPISODIQUES	5	8,77 %
CONSOMMATEURS REGULIERS	46	80,70 %
SUJETS AYANT CONSOMME DE LA DROGUE		
UNE SEULE FOIS	4	7,01 %
NON PRECISE	2	3,50 %
TOTAL	57	100 %

Nous entendons par consommateurs réguliers les sujets qui consomment de la drogue au moins 3 fois par semaine. Le tableau montre qu'ils sont les plus nombreux. Des 46 toxicomanes réguliers, 23 soit 50% utilisent le yamba comme drogue principale, 18 soit 39,13% l'IMMENOCTAL et 5 (10,86%) l'acide acétyl salicylique amphotamine.

**TABLEAU N° 22**  
**REPARTITION DES USAGERS PAR CLASSE D'AGE**  
**AU MOMENT DE LA PREMIERE UTILISATION**

Classe d'age	Chanvre Indien		Barbituriques		Amphétamines		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P
9 - 14 ans	2	6,45 %	1	5,88 %	0	0 %	3	5,66
15 - 20 ans	17	54,83%	6	35,29%	0	0 %	23	43,39 %
21 - 26 ans	9	29,03%	8	47,05%	1	20 %	18	33,96%
27 - 32 ans	1	3,22 %	2	11,76 %	3	60 %	6	11,32 %
33 - 38 ans	1	3,22%	0	0 %	1	20%	2	3,77 %
39 - 44 ans	1	3,22 %	0	0 %	0	0 %	1	1,88 %
45 ans et plus	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	31	100 %	17	100 %	5	100 %	53	100 %
TOTAL		58,49%		32,07%		9,43 %		

Ce tableau nous permet de dégager des renseignements sur les caractéristiques à la fois démographiques et techniques des toxicomanies :

- la première utilisation d'une drogue se situe dans la tranche d'âge de 15 à 20 ans (43,39 %) ;
- dans 58,49 % des cas, la drogue utilisée pour la première fois est le chanvre indien, ensuite viennent les barbituriques (32,07 %) et les amphétamines (9,43%). Cela vient confirmer d'une part l'ordre d'importance des drogues de façon globale dans notre pays et d'autre part, pose le "problème" du chanvre indien qualifié comme "porte d'entrée des polytoxicomanies";

- dans la majorité des cas, les sujets qui consomment le cannabis pour la première fois appartiennent à la classe d'âge 15-20 ans (54,83 %); les sujets absorbant pour la première fois des barbituriques ont entre 21 et 26 ans (47,05 %) et les sujets qui consomment les amphétamines pour la première fois ont entre 27 et 32 ans (60 %). Ces résultats constituent un argument assez solide qui milite en faveur de la thèse selon laquelle le chanvre indien est le "marche pied" en matière d'escalade dans les toxicomanies.

#### **3.2.4- Utilisation éventuelle d'alcool et de cigarette :**

Les fumeurs de notre échantillon représentent 92,98 %.

Quant à l'alcool, seulement 36,84 % ont affirmé être consommateurs d'alcool mais de façon occasionnelle.

11,21 % des sujets ont au moins un parent consommateur d'alcool ( il s'agit 7 fois sur 9 du père) contre 36,84 % des sujets qui ont au moins un parent utilisant du tabac à fumer ou à chiquer.

#### **4- CARACTERISTIQUES PSYCHOLOGIQUES :**

Dans cette partie nous avons essayé de mieux cerner le drogué en nous intéressant à sa mentalité, sa psychologie et sa personnalité.

Les questions ont porté sur :

- les motifs du mésusage des drogues,
- la connaissance éventuelle des effets néfastes ou "positifs" engendrés par une consommation régulière ou épisodique des drogues,
- l'attitude vis à vis d'un éventuel arrêt de la consommation, ou d'une poursuite voire même d'une escalade vers d'autres drogues.

D'autres facteurs qui interviennent de façon significative dans l'élaboration de la personnalité future de l'individu ont été abordés ; il s'agit du type de famille, de la vie et du décès des parents et de leur situation socio-professionnelle.

#### 4.1- MOTIFS DU MESUSAGE

Les différentes causes évoquées se retrouvent dans le tableau N°23.

**TABLEAU N° 23**  
**PRINCIPALES CAUSES AYANT MOTIVE LA PREMIERE**  
**PRISE DE DROGUE**

CAUSES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Curiosité/ snobisme/simple plaisir	38	66,66 %
Pression des amis	4	7,01 %
Déception	6	10,52 %
Avoir courage et assurance pour agir	2	3,50 %
Lutter contre l'insomnie/contre la fatigue Soulager une douleur	4	7,01 %
Prescription médicale	3	5,26 %
TOTAL	57	100 %

Un pourcentage élevé d'usagers (66,66 %) s'adonne à la drogue par curiosité, snobisme ou simple plaisir. L'explication se trouverait très certainement dans la manière dont ils ont connu la drogue (tableau N° 24).

D'autres causes ont été évoquées notamment :

- la déception engendrée par des conditions de vie misérables, des problèmes sentimentaux et familiaux (10,52),
- l'influence des amis (7,01 %),
- le besoin de courage et d'assurance pour transcender certaines situations (3,50 %),
- le besoin de lutter contre des malaises physiques genre insomnie, fatigue et douleur (7,01 %),
- la prescription médicale (5,26 %) qui bien que faible doit cependant attirer notre attention.

#### 4.2- CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DE LA DROGUE

La majorité des usagers ont connu la drogue par l'intermédiaire de leurs amis comme le montre le tableau N°24.

L'influence du groupe est également très important car 21,05 % des sujets ont pris leur premier comprimé ou fumé leur premier "joint" au sein d'un groupe de toxicomanes.

**TABLEAU N°24**  
**CIRCONSTANCES DE DEBUT**

CIRCONSTANCES EVOQUEES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Par l'intermédiaire d'un ami	32	56,14 %
En groupe	12	21,05 %
Par l'intermédiaire d'un frère ou d'un cousin	5	8,77 %
Non précisé	8	14,03 %
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100 %</b>

### **4.3- SONDAGE DES CONNAISSANCES SUR LES EFFETS ENGENDRES PAR LE MESUSAGE DES DROGUES**

Ce sondage a montré qu'une grande partie des usagers (plus des 3/4) n'étaient pas renseignés sur les éventuels dangers inhérents à l'usage de la drogue. Toute stratégie de lutte doit donc tenir compte de cet aspect très important et par conséquent comporter un volet information, sensibilisation, éducation.

Quant aux effets ressentis par les sujets après consommation, les réponses ont été très variées, variations dûes surtout à l'environnement et à la personnalité de chaque consommateur. Cependant, les effets se rapprochent de ceux que l'on retrouve dans la littérature pour les différents types de drogues. (22), (19), (2)

### **4.4- ATTITUDE VIS A VIS DE LA CONSOMMATION**

L'attitude des usagers vis à vis de la poursuite de la consommation dépend beaucoup du type de drogue.

Chez les polytoxicomanes dont la drogue principale est le chanvre indien, 80 % estiment ne pas pouvoir arrêter de fumer du chanvre indien qu'ils ne considèrent d'ailleurs pas comme une drogue ; par contre ils se passeront volontiers de l'IMMENOCTAL et des amphétamines.

Chez les toxicomanes épisodiques, plus de 90% désirent arrêter de consommer de la drogue, l'arrêt étant motivé chez 65% d'entre eux par le fait de se trouver en prison à cause de la drogue. Par contre 10% d'entre eux craignent de pouvoir réaliser ce désir, compte tenu de l'environnement qui est le leur.

Seulement 2 sujets (3,50%) aimeraient essayer d'autres drogues.

### **4-5 - AVIS SUR L'ASSISTANCE DES MEDECINS ET DES TRADITHERAPEUTES :**

Sur les 57 usagers, seulement 12 soit 21,05% ont déjà eu recours à un médecin, contre 19 (33,33%) pour un tradithérapeute. Dans les 31 cas l'assistance a été imposée par la famille et elle a toujours été un échec.

Un constat s'impose ici : il s'agit de l'importance de nos croyances et traditions culturelles qui font qu'en cas de difficultés on court plutôt chez le tradithérapeute au lieu d'aller chez le médecin. Et pourtant sur les 50,87% qui sont favorables à une quelconque assistance, 38,59% préfèrent le concours d'un médecin à celui d'un tradithérapeute.

#### **4-6 – INFLUENCE DE LA CRIMINALITE**

Sur les 57 sujets, seulement 3 (5,26%) étaient des repris de justice, leur interpellation étant motivée par des délits mineurs tels que escroquerie, vol, coups et blessures. Cependant un des 3 a été incarcéré pour délits de drogue.

#### **4-7 – TRAITS PSYCHOLOGIQUES DOMINANTS DU TOXICOMANE A TRAVERS NOTRE ENQUETE**

Dans cet aspect de notre travail, nous avons tenté de cerner la personnalité du toxicomane à travers un certain nombre de paramètres qui sont :

- ° la vie sexuelle du toxicomane telle qu'il la présente
- ° sa conception de la société et de la famille
- ° ses rapports avec sa famille et avec autrui
- ° la vie et la mort de ses parents ainsi que leur situation socio-professionnelle

**4-7.1** – Sur le plan sexuel, tous les sujets ont affirmé avoir une vie sexuelle normale.

**4-7.2** – La grande majorité des usagers 85,96% considèrent la famille comme étant une valeur sociale très importante à conserver, préserver et consolider.

Par contre au niveau de la structuration de la société, 91,22% déplorent la grande inégalité qui existe dans la société malienne. Cependant 77,19% acceptent cette situation de fait par croyance religieuse surtout, et estiment que c'est à l'individu de s'adapter et d'intégrer sa société.

4-7.3 – Le sondage sur les rapports des usagers avec leur famille a donné les résultats repertoriés dans les tableaux N° 25, 26, 27, 28.

**TABLEAU N° 25**  
**ATTITUDE DU PERE**

Attitude du père telle que le ressent le sujet	Effectif	Pourcent
Indifférence	6	10,52%
désapprobation et marginali sation du drogué	6	10,52%
désapprobation mais recher che d'intégration dans la cellule familiale	9	18,36%
le père n'est pas au courant	28	57,14%
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>



**TABLEAU N°26**  
**ATTITUDE DE LA MERE**

ATTITUDE DE LA MERE TELLE QUE LE RESSENT LE SUJET	EFFECTIF	POURCENTAGE
Indifférence	0	0 %
Désapprobation et marginalisation du drogué	2	4,34 %
Désapprobation mais recherche d'intégration dans la cellule familiale	17	36,95 %
La mère n'est pas au courant	27	58,69 %
TOTAL	46	100 %

**TABLEAU N° 27**  
**ATTITUDE DE LA FRATRIE**

ATTITUDE DE LA FRATRIE TELLE QUE LE RESSENT LE SUJET	EFFECTIF	POURCENTAGE
Indifférence	8	15,38 %
Désapprobation et marginalisation du drogué	4	7,69 %
Désapprobation mais recherche d'intégration dans la cellule familiale	15	28,84 %
La fratrie n'est pas au courant	25	48,07 %
TOTAL	52	100 %

**TABLEAU N° 28**  
**DEGRE D'AFFECTION DE LA FAMILLE**

DEGRE D'AFFECTION DE LA FAMILLE TEL QUE L'ESTIME LE SUJET	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bon	34	61,81 %
Médlocre	3	5,45 %
Frustre	5	9,09 %
Mauvais	9	16,36 %
Ne sait pas	4	7,27 %
TOTAL	55	100 %

L'examen des tableaux N° 25, N° 26, N° 27, et N° 28 fait ressortir 3 points essentiels :

- la famille de façon générale ignore la toxicomanie d'un des leurs (père : 57,14 %, mère 58,69 %, fratrie 48,07 %). Une explication serait que la famille étant trop grande, les parents ont très peu de temps à consacrer aux enfants. D'autre part, l'on assiste à une perte de l'autorité du père, du fait des conditions socio-économiques ; il ne peut plus accomplir correctement son devoir de chef de famille.

- quand la famille est au courant, elle fournit très peu d'effort (exceptée la mère) pour aider le sujet à se sortir de la drogue, mais au contraire elle renforce l'isolement du drogué par une attitude indifférente ou d'exclusion.

- très peu de sujets connaissent des problèmes familiaux d'ordre affectif. Et si ces problèmes existent, ils sont motivés dans la majorité des cas par l'usage de la drogue. Cependant, la majorité (59,64 %) incriminent la polygamie et "ses problèmes de co-épouse" comme étant la source de tout leur malheur.

**REPARTITION DES ECHANTILLONS EN FONCTION  
DU TYPE DE FAMILLE**

Type de famille	Population d'étude		Population témoin		TOTAL	
	E	P	E	P	E	P
Famille monogamme	14	26,41 %	22	41,50 %	36	133,96 %
Famille polygamme	39	73,58 %	31	58,49 %	70	166,03 %
TOTAL	53	100 %	53	100 %	106	100 %

Dans la population toxicomane 73,58% des sujets sont issus de famille polygame contre 26,41% qui viennent de famille monogame. Peut-on pour autant dire que le risque de toxicomanie est élevé chez les enfants provenant de famille polygame? L'on devrait être très circonspect et ne pas oublier qu'au Mali il y a plus de familles polygames que de familles monogames. Cependant il s'avère indéniable que la polygamie et les nombreux conflits s'y rapportant ont une influence certaine sur la psychologie des personnes issues d'un tel type de famille.

Les tests statistiques permettent de prendre une position motivée par suite d'argumentations scientifiques.

-  $\chi^2$  corrigé de Yates = 2,061111

- Cette valeur est inférieure à 3,841, valeur du  $\chi^2$  donnée par la table des  $\chi^2$  d'après FISHER et YATES au seuil de probabilité  $p = 0,05$ .

En conclusion nous disons qu'il n'existe pas de liaison statistique entre famille polygame et famille monogame par rapport à l'usage de la drogue. Et le fait que 73,58% des drogués soient issus d'une famille polygame est un phénomène purement aléatoire.

**TABLEAU N° 30**  
**VIE ET MORT DES PARENTS**

	Population d'étude		Population témoin		TOTAL	
Vie/mort des parents	E	P	E	P	E	P
Parents vivants ens.	19	33,33 %	24	42,10 %	43	37,71 %
1 Parent	28	49,12 %	21	36,84 %	49	42,98 %
PARENTS   est DCD						
Les 2 sont	5	8,77 %	11	19,29 %	16	14,03 %
NE   DCD						
Parents	3	5,26 %	1	1,75 %	4	3,50 %
VIVANT   divorcés						
PAS   Enfant	1	1,75 %	0	0 %	1	0,87 %
naturel						
ENSEMBLE						
1 parent a						
émigré	1	1,75 %	0	0 %	1	0,87 %
TOTAL	57	100 %	57	100 %	114	100 %

D'après ce tableau 66,66% des toxicomanes ont des parents séparés contre 57,89% pour la population témoin. En fait l'analyse plus poussée des chiffres devrait nous inciter à affirmer que la dissociation familiale est un facteur favorisant très important de la toxicomanie, surtout si cette dislocation est provoquée par le divorce, ou le décès d'un seul conjoint.

Le divorce a un rôle destabilisateur sur l'enfant. Quant au décès d'un seul conjoint (surtout la maman 12 cas sur les 28 de l'échantillon d'étude), il a pour conséquence soit de trop choyer l'enfant au point de lui donner une éducation laxiste, soit de le négliger en laissant son éducation aux mains de tiers personnes. En général il s'agit des grands-parents (15 cas dans l'échantillon d'étude). Par contre le décès des deux parents prépare l'enfant à l'adversité, donc l'aguérit. Il acquiert très tôt une certaine maturité qui lui permet de franchir sereinement les turbulences de l'adolescence. C'est une raison parmi d'autres qui peut expliquer l'inversion des valeurs entre la population d'étude et la population témoin.

Le calcul du  $\chi^2$  permettant une comparaison plus rigoureuse entre la famille unie et la famille dissociée donne :

$$\chi^2 \text{ corrigé de Yates} = 0,5974451$$

Ce qui montre l'inexistence de liaison statistique entre les deux variables. Cela devait être prévisible car 64,91% des drogués vivent avec leurs parents administratifs. (tableau N° 19).

#### **4.7.6 - Situation socio-professionnelle des parents**

Presque toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées au niveau des parents des drogués. Nous n'avons pas pu faire une répartition des parents (père et mère) en fonction de leur profession, car très peu d'emploi cités correspondaient à une profession définie.

Plus de 95% des mères des drogués sont ménagères et/ou faisant le petit commerce (commerce de condiments surtout). Quant aux pères, les professions dominantes sont celles de commerçant, de cultivateur, de transporteur. Parmi les fonctionnaires, les militaires et gardes républicaines viennent en tête.

Les observations découlant de l'analyse du profil socio-professionnel nous conduisent à affirmer que plus de 30% des parents des drogués ont une situation socio-économique nettement inférieure à la moyenne et d'une grande précarité, ce qui est considérable quand on sait que l'on n'a pu évaluer la situation socio-économique que d'environ 55% des parents de toxicomanes.

En définitive, les traits psychologiques majeurs que nous avons décelés chez les jeunes drogués ayant fait l'objet de notre enquête sont de trois types :

- immaturité affective
- difficultés relationnelles
- personnalités frustrées et fragiles.

Cela ne voudrait pas signifier qu'il n'existerait pas dans notre échantillonnage des névropathes par exemple, des dépressifs, des personnalités paranoïaques ou même des insuffisants intellectuels, mais plutôt notre compétence et les conditions dans lesquelles notre enquête a été effectuée ne nous ont pas permis de déceler ces différents traits psychologiques.

**CHAPITRE - IV -**  
**APPROCHE D'UNE STRATEGIE NATIONALE**  
**DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES**



## **I - SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE AU MALI**

Bien que le Mali par la loi N° 62-56/AN-RM du 6 Août 1962 ait adhéré à la Convention Unique sur les stupéfiants, il faut cependant avouer que c'est seulement à partir de 1979 que le problème de la drogue a constitué un motif réel d'inquiétude pour les pouvoirs publics.

En Juillet 1981, est créée la Commission Nationale de Lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des stupéfiants, à la suite des travaux d'un comité interministériel composé de juristes, médecins, pharmaciens et d'agents des services de sécurité.

Cette Commission qui à l'origine était chargée de dégager une stratégie de lutte est tombée dans une léthargie quasi totale. Et à ce jour sa seule tâche importante a été l'adoption de textes répressifs par l'Assemblée Nationale : Loi 83-14/AN-RM du 31 Mai 1983. (voir Annexes).

## **II - ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE**

### **EN MATIERE DE TOXICOMANIES**

Les textes répressifs qui sont parmi les plus lourds au niveau de la sous région ont eu très peu d'impact sur l'évolution des toxicomanies.

Les mesures sociales d'accompagnement pourtant prévues ont rarement été exécutées. Et une des conséquences immédiates de cette situation de fait, est d'une part la marginalisation des drogués en liberté et d'autre part l'emparquement des autres dans les prisons où leur nombre ne cesse de grandir; au point qu'ils représentent aujourd'hui environ un tiers des pensionnaires de la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako. A partir de la prison, ils organisent un trafic de plus en plus important vers l'extérieur avec la complicité de certains gardiens et certains agents de la police.

Par ailleurs l'inexistence de structures adaptées à un traitement spécifique du toxicomane rend impossible toute approche thérapeutique secondaire destinée à diminuer la prévalence de la maladie (puisque la toxicomanie en est une selon nous) dans la population malienne, en réduisant son évolution et sa durée; et tertiaire qui lui tend à diminuer les incapacités chroniques en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Ces considérations nous amènent à ébaucher les recommandations suivantes :

### **1- Au plan législatif international:**

Tout d'abord le Mali doit se mettre en règle vis à vis des conventions et traités internationaux en matière de lutte contre les toxicomanies. Pour cela il doit au préalable ratifier les dits traités et conventions car nous rappelons pour mémoire que jusqu'à présent le Mali n'a pas ratifié le traité de 1971 sur les substances psychotropes.

### **2 - Au plan national :**

Nous proposons une stratégie comportant trois volets correspondants aux trois stades de l'évolution de la toxicomanie:

#### **° PREMIER VOLET : Prévention primaire**

A ce niveau l'action doit tendre vers :

- une limitation de la disponibilité des drogues,
- une réduction de la demande en drogues.

La limitation de la disponibilité des drogues passe par un renforcement des moyens de répression contre la production et le trafic illicites. Les services de répression doivent être équipés tant sur le plan matériel qu'humain:

° sur le plan matériel : ces services doivent être dotés de matériels permettant une détection rapide et précise des drogues, et une surveillance rigoureuse des frontières. Un laboratoire de toxicologie bien équipé est également indispensable pour une identification rigoureuse des drogues saisies.

° sur le plan humain : ces services doivent avoir un personnel suffisant et compétent. L'organisation périodique de cours de formation ou de séminaires de recyclage en techniques de détection des substances toxicomanogènes et à l'application des conventions internationales est nécessaire pour l'amélioration des prestations des agents chargés du contrôle et de la répression des drogues.

La réduction de la demande exige une bonne connaissance des facteurs personnels, psychologiques et psycho-sociaux qui peuvent inciter à une prise de la drogue. A partir de ces données, l'action devra porter d'une part sur "l'écosystème matériel et psychosocial" et d'autre part, elle devra tendre vers une éducation pour la promotion de la santé. (La santé étant définie par l'OMS comme un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité). Nous ne percevons pas l'éducation pour la promotion de la santé sous l'angle d'un déversement d'idées, mais plutôt une éducation qui tend à la responsabilisation sociale et morale de l'individu.

Le changement de "l'écosystème matériel et psychosocial" incombe surtout à l'Etat qui à travers sa politique de santé globale doit tendre vers une amélioration du niveau de vie à travers quelques indicateurs notamment :

- les indicateurs de la qualité de la vie (conditions de travail, chômage, bien être social...)
- les indicateurs de la qualité de l'environnement (le logement, l'habitat...)
- les indicateurs du style de vie ( degré de socialisation et surtout d'insertion sociale)

- les indicateurs sociaux et économiques (distribution des ressources, taux de scolarisation...)

° - DEUXIEME VOLET : Prévention secondaire

L'action ici doit tendre vers une diminution de la prévalence des toxicomanies. Pour ce faire, il faut créer un centre opérationnel de traitement des toxicomanies comme cela a été suggéré par une sous commission de la Commission Nationale de lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des stupéfiants. Un dépistage systématique des drogués aux moyens d'enquêtes socio-épidémiologiques, suivi de traitement est souhaitable dans la mesure du possible et même nécessaire.

° - TROISIEME VOLET : Prévention tertiaire

Le but ici est de diminuer les incapacités chroniques par une réduction maximale des invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

L'action devra tendre vers une réadaptation et une réinsertion sociales du drogué. La création et l'équipement d'institutions spécialisées dans le traitement et l'insertion des drogués apparaissent comme un préalable à toute prévention tertiaire efficiente. Le centre de Bollé en le dotant d'éducateurs spécialisés, de moyens suffisants et surtout en le restructurant mieux, peut bien être un instrument privilégié d'une stratégie de thérapeutique tertiaire.

La coopération avec des institutions ou organisations sociales genre E.N.D.A Tiers-Monde, Alcoolique-Anonyme (A.A.) doit être recherchée et renforcée.

La mise en application des suggestions faites par la sous commission prévention, détention et traitement des toxicomanies de la Commission Nationale de lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des stupéfiants viendra compléter l'arsenal de la thérapeutique tertiaire.

Ces suggestions sont :

- adoption d'une législation du travail qui permette aux drogués guéris de reprendre éventuellement une activité professionnelle ;
- création d'espaces sociaux ;
- création d'écoles ou de centres professionnels où le malade aura les moyens d'apprendre ou d'améliorer des connaissances et compétences, et même prétendre à des études plus poussées.

## **2- Au plan de la coopération internationale**

Les pays africains au Sud du Sahara en général et le Mali en particulier connaissent des problèmes assez spécifiques en matière de drogues. Cette spécificité dépend en grande partie de la modicité des moyens pouvant être mobilisés pour une lutte efficace.

Pour cette raison, la communauté internationale se doit d'apporter en toute urgence une aide accrue à ces pays dans le domaine de la lutte contre l'usage abusif de la drogue. Cette aide doit se manifester à plusieurs niveaux notamment à travers quelques suggestions faites par M.D. SECK (25) :

- renforcement des moyens de répression de la fraude,
- organisation par l'organe international de contrôle des stupéfiants des cours de formation à l'attention des agents chargés de la répression et de l'application des conventions internationales,
- mise en oeuvre de programmes pilotes d'information et d'éducation qui pourraient servir de modèle à tous les pays,
- création de laboratoires régionaux et sous régionaux.

Les recommandations que nous formulons pour être effectives, doivent s'appuyer sur les structures déjà existantes à savoir :

- les ordres nationaux des Médecins et Pharmaciens,
- la Commission Nationale de lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des stupéfiants,
- l'Inspection de la Pharmacie,
- la Commission Nationale de Visa.

Il faut cependant insuffler un nouveau dynamisme et une grande responsabilisation à ces différentes structures.

L'Ordre des Médecins devra s'assurer de la bonne pratique des prescriptions médicales et veiller au respect des règles de déontologie de la profession.

Quant à l'Ordre des Pharmaciens, sa tâche fondamentale devra consister au respect des règles de délivrance des médicaments et en une grande vigilance pour l'exécution correcte des actes pharmaceutiques.

Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales à travers l'Inspection de la Santé et la Commission Nationale de Visa, devra veiller à l'application des textes relatifs à la répression et au trafic des drogues.

La Commission Nationale de lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite de la drogue, de par sa composition et la spécificité de sa tâche uniquement ciblée sur les problèmes de drogues doit jouer un rôle capital dans cette stratégie globale de lutte. En effet, elle devra se charger du suivi et de l'application effective des différents volets de la stratégie.

En outre, elle devra jouer un rôle de coordination entre les différents services concernés par la lutte contre la drogue. Au demeurant, un travail d'évaluation lui incombera pour apporter éventuellement les correctifs et amendements nécessaires pour une actualisation du schéma global de lutte. Pour ce faire, une communication périodique ou mieux un bulletin semestriel d'information et de mise au point s'avère indispensable.

La conjugaison des efforts de ces structures permettra de diminuer les facteurs de risque relatifs à la recrudescence des toxicomanies, ce qui à n'en pas douter constituera un apport important dans la préservation de la santé de la population.

CHAPITRE - V  
RESUME - CONCLUSIONS



Le travail que nous venons de vous présenter n'est pas le premier du genre au Mali. Cependant, en nous intéressant à toutes les drogues utilisées dans le milieu toxicomane malien, nous innovons en la matière de par notre approche globaliste.

Nous avons choisi ce sujet sur les toxicomanies parce que la drogue au Mali est aujourd'hui un phénomène d'actualité. L'opportunité était d'autant plus à saisir qu'un pressant besoin d'information, de sensibilisation apparaissait nécessaire pour une perception meilleure et juste du "problème".

Les première et deuxième parties de notre travail ont été consacrées à une mise au point bibliographique sur les drogues et les toxicomanies qu'elles engendrent. Les points importants de ces deux parties ont été :

- Une étude sémantique des différents termes utilisés en matière de toxicomanie et un inventaire des différentes drogues à partir de trois classifications respectivement basées sur l'origine, les effets physiologiques (classification de LEWIN et classification de BOUDREAU) et sur les conventions internationales.

- Une étude historique des drogues nous ayant fait distinguer trois principales périodes d'utilisation des drogues à savoir :

- + une période mystico-religieuse d'usage de drogues qui remonterait à plus de 2 000 ans avant J.C. Les drogues utilisées à cette période étaient surtout le chanvre indien, les feuilles de coca et de certaines plantes hallucinogènes comme le peyotl, le Bannistéria caapi ou l'iboga. Les usagers étaient des cercles de religieux ou d'initiés, et l'utilisation se faisait très généralement lors de grandes cérémonies spirituelles ou mystico-religieuses ;

- + une période de curiosité artistique et littéraire qui s'étendra sur tout le XIX<sup>ème</sup> siècle. L'opium et le haschish pouvaient être qualifiés à cette période de seconde "Muse " des artistes et hommes de lettres ;

+ une période que BENSOUSSAN (22) qualifie d'"hédonique" pendant laquelle l'on prend de la drogue uniquement pour le plaisir. Cette pratique voluptuaire de l'usage des drogues commencerait à la période de l'entre-deux guerres et a atteint son "point d'orgue" selon Yves SALGUES (39) dans le dernier quart du XXème siècle.

La "démocratisation de la drogue qui caractérise cette dernière période élargit les utilisateurs à toutes les couches socio professionnelles de la société.

L'histoire de la lutte contre les toxicomanies a évolué parallèlement à ces trois périodes :

+ la première période étant caractérisée par une liberté totale d'utilisation, de culture et de vente à part les facteurs régulateurs d'ordre culturel et religieux,

+ la deuxième période est caractérisée par l'apparition dans certains pays de lois réglementant la culture et reprimant le trafic, l'usage et la détention des drogues. Les premiers traités allant dans le sens d'une lutte coordonnée en matière de toxicomanies sont signés,

+ la troisième période : l'ampleur du "phénomène" est telle qu'une internationalisation de la lutte sous l'égide de l'O.N.U s'est imposée à plus des 3/4 des responsables politiques de la planète qui ont adopté et ratifié les deux principales conventions (celle de 1961 amendée par le protocole de 1972, et celle de 1971) représentant la pierre angulaire de la lutte contre les toxicomanies à l'échelle de toute l'humanité.

- Les monographies des différentes substances toxicomanogènes utilisées au Mali

**Le chanvre indien** : une seule espèce existe : Cannabis sativa, famille des Urticacées, tribu des cannabinées. On retrouve cependant plusieurs variétés en fonction des conditions écologiques. Les produits utilisés par les toxicomanes sont de 3 types : la résine, le chanvre en nature et le haschich liquide qui ont diverses appellations selon les pays

(la résine est appelée "charas" en Asie et la feuille "ganja" au Mexique).

Ces produits sont utilisés sous forme de préparations. Le "joint" et le "stick" sont des cigarettes à fumer, le "shilom" est une pipe. L'"esrar" et le "chat-raki" sont des préparations de chanvre à boire, quant aux "madjoun" et "manzoul", ce sont des préparations de chanvre à manger.

Les substances responsables de l'activité pharmacologique sont les cannabinoïdes (le plus important étant le delta 9 THC), les alcaloïdes (cannabamine A, B, C, D), les stéroïdes (bêta sitostérol et campestrôl) et les triterpènes (friedelin et épifriedelanol).

L'usage du cannabis engendre une toxicomanie moins tyrannique comparativement à celle engendrée par d'autres drogues comme l'héroïne ou la cocaïne. L'accroissement des doses est moins rapide et l'abstinence ne s'accompagne pas de graves accidents de sevrage. Cependant, l'assujettissement reste assez sérieux pour diminuer la valeur sociale du sujet et aboutir à des déchéances physiques et mentales très graves.

Le Cannabis sativa est cultivé dans beaucoup de pays. Les grands producteurs de résine et de haschich sont le Pakistan, l'Iran, l'Afghanistan, la Syrie, le Liban et le Maroc. Les saisies mondiales repertoriées par l'OIPC-Interpol sont évaluées annuellement à 5.500 tonnes d'herbe de cannabis, 140 tonnes de haschich et une tonne d'huile de haschich.

**Les barbituriques** : sont des spécialités médicamenteuses obtenues par synthèse chimique à partir de l'acide barbiturique. Selon la durée d'action, l'on peut distinguer 4 groupes de barbituriques : les barbituriques à durée d'action intermédiaire (4 à 8h) qui constituent le 3ème groupe sont les plus utilisés par les toxicomanes.

La barbituromanie entraîne des modifications de l'humeur et des troubles de caractère. La toxicomanie aux barbituriques est caractérisée par une dépendance psychologique moindre, un phénomène de tolérance très important exposant à tout moment à un risque de surdosage qui peut entraîner un coma dit barbiturique et un syndrome d'abstinence qui nécessite une hospitalisation et une surveillance médicale prolongée en cas de cure de désintoxication.

Les barbituriques et les substances psychotropes de façon plus générale font l'objet d'un important trafic international. Les saisies repertoriées par l'OIPC Interpol sont énormes bien que celles-ci appréhendent seulement une faible partie de ce trafic. Le marché illicite est alimenté par les excédents de médicaments produits dans les pays développés, les détournements des productions pharmaceutiques licites et surtout les énormes productions illégales des laboratoires clandestins.

**Les amphétamines** : sont des molécules dérivées de la phénylamino-propane. Elles se caractérisent au niveau de l'organisme par 5 actions principales qui confèrent à ces substances deux propriétés essentielles à savoir :

- celle d'être noo-analeptique,
- celle d'être anorexigène.

Les amphétamines sont réparties en plusieurs groupes selon qu'elles combinent ces deux propriétés dans certaines proportions.

Les amphétamines induisent une toxicomanie caractérisée par une forte dépendance psychologique avec tolérance rapide et marquée. Le sevrage se manifeste cependant par des signes discrets.

L'amphétaminomanie réalise des cycles (runs) d'intoxication plus ou moins longs séparés par des périodes d'abattement psychique et moteur de manque.

**Les benzodiazépines** : tiennent une grande place dans la pharmacopée actuelle. La plupart des molécules commercialisées sont des benzodiazépines 1-4. En thérapeutique, elles sont utilisées pour leurs propriétés anxiolytiques, anticonvulsivantes, hypnotiques et myorelaxantes. Les toxicomanes recherchent surtout l'effet sédatif et hypnotique.

Les benzodiazépines sont administrées par voie parentérale et orale, cette dernière voie étant la plus utilisée par les toxicomanes.

**Le datura** : il appartient à la famille des solanacées. Il existe 3 espèces : *Datura stramonium*, *Datura innoxia* et *Datura metel* L, encore appelé *Datura fastuosa*. Les 2 dernières sont les plus répandues au Mali où elles sont connues sous les noms vernaculaires de "almoukaï-kaï et "koubédiara".

Le datura est utilisé par les toxicomanes en décoction ajoutée au thé ou fumé avec le chanvre indien.

Les principes actifs du datura sont la scopolamine et l'hyosciamine qui est un isomère de la cocaïne sous différentes formes. Les substances actives se trouvent aux taux de 0,3 à 0,7 % selon la partie de la plante.

Le datura par l'intermédiaire de ses alcaloïdes tropaniques est doué de propriétés parasympholytiques. Il exerce donc des effets périphériques antimuscariniques et des actions centrales du même type. Les effets qui vont intéresser le toxicomane ont trait aux actions comportementales essentiellement de 2 types aux doses thérapeutiques :

- une action sédatrice prédominante qui dépendrait d'une dépression de la substance réticulée,
- une action amnésiante rare et partielle très généralement.

**Les opiacés** : comprennent l'opium, ses dérivés et les produits de synthèse agonistes et antagonistes.

- l'opium est le produit de sécrétion recueilli par incision de la capsule encore verte de *Papaver somniferum*. Il existe plusieurs variétés de *Papaver*, la variété album d'Inde étant la plus recherchée pour la production d'opium.

L'utilisation de l'opium est restée circonscrite aux pays du Moyen Orient, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique Occidental.

L'opium est mangé, bu en décoction ou fumé, cette dernière forme d'utilisation est la plus répandue.

- la morphine : est extraite à partir de l'opium et utilisée en médecine dans les grandes algies. Les toxicomanes se la procurent par suite de cambriolages de pharmacies, de détournements des productions industrielles licites où à travers les filières du trafic illicite.

Dans les milieux toxicomanes, il existe deux types de morphine : la morphine pharmaceutique se présentant sous forme d'ampoules injectables et la morphine de trafic qui a l'aspect d'une poudre beige-foncé utilisable telle quelle par les toxicomanes après dissolution.

L'héroïne : est le dérivé diacétylé de la morphine. Elle n'a plus d'usage médical. Préparée dans les laboratoires clandestins, l'héroïne fait l'objet d'un important usage illicite chez les drogués qui la "sniffent", la fument ou se l'injectent par voie I.V. Prête à consommer, elle se présente sous forme de poudre conditionnée en paquets ou au poids. Selon l'origine et le degré de raffinage, on distingue 3 espèces d'héroïne :

- la blanche : c'est l'héroïne mythique et la plus chère, elle titre 3 à 15 % d'héroïne pure,

- la brune encore appelée brown sugar, elle contient 2 à 10 % d'héroïne pure,

- la rose ou "chinese rock" elle est accusée d'être responsable de la "démocratisation" de l'héroïne. Le taux d'héroïne dépasse rarement les 5%, c'est l'héroïne la moins chère.

Les opiacés qualifiés de "drogues dures" engendrent une toxicomanie sévère et très assujettissante avec dépendance physique, dépendance psychique et tolérance.

La culture licite de l'opium se fait sous contrôle strict des Nations-Unies dans de nombreux pays comme l'Iran, la Turquie, l'Inde et certaines Républiques soviétiques.

La culture illicite se fait principalement en Asie du Sud-Est (triangle d'or) et au Moyen Orient (croissant d'or). Il faut ajouter à ces pays l'Iran, la Turquie, la Syrie, le Liban et le Mexique. En 1979, les Nations-Unies estimaient que la production illicite d'opium s'élevait à 2.000 tonnes par an. La morphine étant contenue dans l'opium à une teneur de 10%, les productions illicites de morphine et d'héroïne s'élevaient donc à 200 tonnes, ce qui est très énorme.

#### **° Le coca et la cocaïne :**

Le coca est un arbuste des Andes appelé Erythroxyton coca lam (Linacées) qui pousse sur les hauts plateaux de Bolivie et du Pérou. Trois variétés de coca difficiles à distinguer morphologiquement sont utilisées pour l'extraction de la cocaïne, 150 Kg de matière première fournissant environ 1kg de cocaïne.

La cocaïne est un sympathicomimétique qui agit sur la transmission synaptique en bloquant la réabsorption des catécholamines. Elle crée peu d'accoutumance mais une grande dépendance psychologique. Trois stades caractérisent la cocaïnomanie :

- les premières manifestations représentées par une euphorie dite active que DUPRE qualifie de "bonheur en mouvement"
- la phase hallucinatoire et les troubles du comportement

- la déchéance: avec un syndrome chronique caractérisé par l'insomnie, l'apathie et une véritable psychose paranoïde.

La production des feuilles de cocaier, nécessaires à l'élaboration du chlorhydrate de cocaïne se limite essentiellement à trois pays : le Pérou, la Colombie et la Bolivie.

La Colombie à l'heure actuelle est le centre névralgique du trafic international de cocaïne.

° **Les colles, diluants et solvants volatils:** sont des substances de natures chimiques très diverses qui entrent dans la composition de beaucoup de produits ménagers ou industriels et dont la caractéristique commune essentielle est d'être absorbées par inhalation. Ces produits sont des dépresseurs du système nerveux central, certains ont cependant des effets hallucinogènes.

La troisième partie représente notre contribution à une meilleure perception du "problème de la drogue" dans le district de Bamako, et à la recherche de solutions appropriées pour une lutte efficace. Le travail a concerné plusieurs volets:

- Evaluation de l'ampleur des toxicomanies dans le district de Bamako à travers les saisies, les importations licites et arrestations.

Il ressort de nos investigations qu'on assiste actuellement à une récruescence de l'usage abusif et du trafic de la drogue au point que les délits de drogues se classent au troisième rang de l'ensemble des infractions commises à Bamako avec un pourcentage oscillant entre 3,18% et 5,70%.

- Identification de l'écosystème matériel et psycho-social du drogué à travers une enquête socio-épidémiologique chez 164 personnes qui nous aura également permis de dégager les caractéristiques techniques des drogues utilisées au Mali.



Les caractéristiques suivantes ont été identifiées :

- les toxicomanes se recrutent essentiellement parmi les jeunes de 20 à 29 ans (64,91%).
- ces jeunes toxicomanes sont en général sans emploi ou chômeurs (54,38%), de niveau de scolarisation très bas (33,33% ont le niveau du primaire), et ils s'adonnent à la consommation de la drogue par curiosité ou simple plaisir (66,66%)
- l'influence de l'amitié (56,14%) et du groupe (21,05%) sont des facteurs favorisant la consommation
- l'ethnie et la religion semblent avoir peu d'influence sur la pratique toxicomaniaque, par contre la situation matrimoniale (94,73% des drogués sont célibataires), les conditions d'existence et l'origine géographique (82,45% des drogués sont originaires du district de Bamako) jouent un rôle notable
- les toxicomanes sont en général des individus à personnalités frustrées (frustration affective surtout) ou ayant des difficultés relationnelles. Le type de famille (73,58% des drogués sont issus de famille polygame) plus que la structuration de la société semble y être pour beaucoup dans l'élaboration d'une telle personnalité chez le drogué.
- bien que 66,66% des drogués ont leurs parents ne vivant pas ensemble, la dissociation de la famille administrative semble avoir peu d'importance d'un point de vue statistique ( $p = 0,43955$  pour un d.d.l = 1)
- toutes les drogues à l'exception des morphiniques et hallucinogènes de synthèse sont utilisées dans le milieu toxicomane malien. Les quatre drogues majeures sont le chanvre indien, les barbituriques (l'IMMENOCTAL), les amphétamines et le datura

- il existe plusieurs polyintoxications dont celle à intoxication triple au "yamba", au sécobarbital (IMMENOCTAL) et aux amphétamines est la plus fréquente.
- les toxicomanes utilisent les voies injectable, orale, par inhalation et le "sniff"; la voie orale est la plus utilisée.
- parmi les consommateurs de drogues, les toxicomanes réguliers sont les plus nombreux.

En dehors de la cannabino manie et de la barbituomanie, les autres formes de toxicomanies apparaissent relativement récentes, les drogues dures précisément l'héroïne ayant fait leur entrée chez nous dans les deux dernières années.

Par ailleurs, le chanvre indien apparaît en matière de toxicomanie comme le "marche pied" dans le phénomène de l'escalade.

- Ebauche d'une stratégie nationale de lutte :

L'analyse de la situation actuelle a fait ressortir une inadéquation de la stratégie actuelle par rapport à l'ampleur du phénomène d'une part, et d'autre part, par rapport aux déterminants socio-psychologiques des toxicomanies. Aussi envisageons-nous une stratégie à trois volets :

- une prévention primaire axée d'une part sur une limitation de la disponibilité des drogues, et d'autre part sur une réduction de la demande en drogues, ce qui peut contribuer à une réduction de l'incidence des toxicomanies.
- une prévention secondaire tendant à une diminution de la prévalence des toxicomanies par la création de structures opérationnelles de traitement.
- une prévention tertiaire ayant pour but de diminuer les incapacités chroniques et invalidités consécutives à la maladie. Il s'agira de réaliser une ré-adaptation, une insertion et une réintégration sociales du drogué.

Les recommandations que nous formulons pour être effectives doivent s'appuyer sur les structures déjà existantes, qui cependant ont impérativement besoin d'être dynamisées et responsabilisées. Il s'agit :

- des Ordres Nationaux des Médecins et Pharmaciens
- de l'Inspection de la Pharmacie
- de la Commission Nationale de Visa
- de la Commission Nationale de Lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite de la drogue.

L'ampleur du travail à faire nous a amené à circonscrire notre étude à certaines toxicomanies. Ainsi l'alcoolomanie, le tabagisme, la caféinomanie et la pharmacomanie de façon plus générale (exceptés les psychotropes majeurs) ont été volontairement exclus de cette étude. Non pas que le mésusage de l'alcool, du tabac, du café et des médicaments ne représente pas un problème préoccupant à l'heure actuelle, mais tout simplement pour éviter de disperser notre énergie et de surcharger notre travail.

Nous osons donc espérer que des études ultérieures ciblées plus spécifiquement sur une seule catégorie de drogue (par exemple les barbituriques, les amphétamines, l'alcool ou le tabac) viendront compléter ce travail qui doit être perçu comme un document de base ayant tiré la sonnette d'alarme. Notre objectif majeur ne sera cependant atteint que si l'effort d'information et de sensibilisation que nous faisons ici, permette de trouver une perception meilleure et juste du problème de la drogue au Mali en général et à Bamako en particulier.

Après le lecteur pourra-t-il se poser la question suivante: Maintenant que je sais, que dois je faire?

Nous faisons nôtre cette pensée du Pr PELICIER (23) que je cite: il s'agira pour nous de "concilier l'inconciliable,mettre en garde sans dramatiser, désécuriser sans affoler, traiter, prévenir défendre sans connaître toutes les données du problème, lutter contre le septicisme et le défaitisme, sans donner dans le dogmatisme. La seule méthode est sans doute celle de l'humanité et de la précision."

## QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE

**QUESTIONNAIRE POUR L'ETUDE DES TOXICOMANIES  
DANS LE DISTRICT DE BAMAKO**

**NOMS** (facultatif)

**PRENOMS** (facultatif)

**AGE**

1. Moins de 15 ans
2. De 15 à 19 ans
3. De 20 à 29 ans
4. De 30 à 39 ans
5. De 40 à 49 ans
6. Plus de 50 ans

**SEXE**

7. Masculin
8. Feminin

**SITUATION MATRIMONIALE**

9. Célibataire
10. Marié(e)

**PERSONNES A CHARGE**

11. Aucune
12. Une ou plusieurs

**ORIGINE GEOGRAPHIQUE**

13. District de Bamako
14. Autres (préciser la ville ou le village)

**NATIONALITE**

15. Malienne
16. Africaine (préciser le pays)
17. Autres (préciser)

**ETHNIE**

- |     |          |     |                   |
|-----|----------|-----|-------------------|
| 18. | Bambara  | 19. | Malinké           |
| 20  | Peulh    | 21. | Soninké           |
| 22. | Sonrhai  | 23. | Khassonké         |
| 24  | Tamachek | 25  | Sénoufo           |
| 26  | Bobo     | 27. | Bozo              |
| 28  | Minianka | 29. | Autres (préciser) |

**RELIGION**

- |     |           |     |            |
|-----|-----------|-----|------------|
| 30. | Musulmane | 31. | Chrétienne |
| 32. | Animiste  | 33. | Sans       |

**PRATIQUE RELIGIEUSE**

- |     |             |
|-----|-------------|
| 34. | Nulle       |
| 35. | Irrégulière |
| 36  | Régulière   |

**NIVEAU DE SCOLARISATION**

- |     |                         |
|-----|-------------------------|
| 37. | Non alphabétisé         |
| 38. | Primaire                |
| 39  | Secondaire et technique |
| 40. | Supérieur sans diplôme  |
| 41. | Supérieur avec diplôme  |

**QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES**

- |     |   |
|-----|---|
| 42. | Sans  |
| 43  | Elèves  |
| 44. | Etudiants   |
| 45. | Cadres supérieurs du privé et du public           |
| 46. | Cadres moyens et inférieurs du privé et du public |
| 47. | Fermiers et cultivateurs                          |
| 48. | Artistes et artisans                              |
| 49. | Ouvriers  |
| 50. | Tailleurs   |

- 51. Commerçants, employés de commerce, marchands, boutiquiers et étalagistes
- 52. Manœuvres
- 53. Autres (préciser)

#### **ACTIVITES PROFESSIONNELLES ACTUELLES**

- 54. Conformes aux qualifications professionnelles
- 55. Provisoires ou marginales
- 56. Ne travaille plus depuis moins de trois mois
- 57. Ne travaille plus depuis trois mois à un an
- 58. Ne travaille pas depuis plus de un an
- 59. Elève
- 60. Etudiant

#### **ACTIVITES DE LOISIRS**

- 61. Lecture
- 62. Sports
- 63. Cinéma
- 64. Jeux cérébraux et de hasard (échecs, dames, scrables, mots croisés, cartes...)
- 65. Voyages (préciser les pays visités)
- 66. Quel est le milieu habituellement fréquenté en dehors du travail.

#### **LIEU D'HABITATION**

- 67. Chez parents administratifs (père ou mère)
- 68. Chez parents adoptifs
- 69. Chez frères, cousins ou amis
- 70. Domicile propre



**CONSTELLATION FAMILIALE****\* PERE**

- 71. Profession (préciser)
- 72. Vivant et présent
- 73. Vivant et absent
- 74. Décédé

**\* MERE**

- 75. Profession (préciser)
- 76. Vivante et présente
- 77. Vivante mais divorcée
- 78. Décédée

**\* EPOUSE DU PERE**

- 79. Nombre
- 80. Vivant dans la même concession
- 81. Nombre de ménage dans la même concession

**PRESENCE DANS LA FAMILLE D'AUTRES PARENTS**

- 82. Grands-parents
- 83. Oncles et tantes
- 84. Enfants et autres personnes

**CONTRIBUTION DU SUJET AUX RESSOURCES DE LA FAMILLE**

- 85. Nulle
- 86. Moyenne
- 87. Principale

**A PROPOS DE DROGUE**

- 88. Avez-vous déjà entendu parler de la drogue ?  
  - Oui
  - Non
- 89. Savez-vous ce que c'est ?  
  - Oui (préciser ce que c'est)
  - Non
- 90. Avez-vous essayé de consommer  
  - Oui
  - Non

91. Si oui, donner les noms des drogues que vous avez consommées.
92. Quelle est la principale drogue que vous consommez actuellement
93. Consommez-vous tous les jours votre principale drogue  
- Oui - Non
94. Si oui, combien de fois la prenez-vous par jour
95. Depuis quand consommez-vous de la drogue  
- Moins de un an - Entre un an à trois ans  
- Entre trois ans à cinq ans - Entre cinq ans à dix ans  
- Plus de dix ans
96. A quel âge avez-vous pris pour la première fois de la drogue
97. Où avez-vous pris pour la première fois de la drogue  
- Au Mali (préciser le nom du village ou de la ville)  
- En dehors du Mali (préciser le nom du pays)
98. Dans quelle(s) circonstance(s) avez-vous pris pour la première fois de la drogue  
- Par l'intermédiaire d'un ami  
- En groupe  
- Autres (préciser la ou les circonstances)
99. Donner le nom de la première drogue que vous avez consommée
100. Quelles sont les raisons qui vous ont entraîné à prendre pour la première fois de la drogue  
- Curiosité - Pression des amis - Déception
101. Qu'avez-vous ressenti quand vous avez pris pour la première fois de la drogue
102. Pour quelles raisons continuez-vous à prendre de la drogue
103. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de consommer de la drogue  
- Oui - Non
104. Qu'avez-vous ressenti sans drogue  
- Anxiété - Malaises - Rien



**\*FRATRIE**

- Indifférence
  - Désapprobation et marginalisation du drogué
  - Désapprobation mais recherche d'intégration du drogué dans la cellule familiale
111. Comment appréciez-vous l'affection de votre famille à votre endroit
- bonne                                - Médiocre
  - Frustré                                - Mauvaise
  - Passable
112. Comment percevez-vous la structure de la cellule familiale
- Acceptation de la cellule familiale
  - Refus de la cellule familiale
113. Comment percevez-vous la structure de la société
- Acceptation
  - Contestation
  - Indifférence
  - Contestation mais intégration envisagée
  - Refus total, vie marginale
114. Comment est votre satisfaction sexuelle
- Bonne                                - Médiocre
  - Frustré                                - Mauvaise
115. Avez-vous déjà eu un premier contact avec le personnel d'un établissement en relation avec l'usage de la drogue
- Non
  - Oui (préciser) : - Police, gendarmerie
    - Prison,
    - Hopital général,
    - Service psychiatrique
    - Marabout ou guérisseur traditionnel

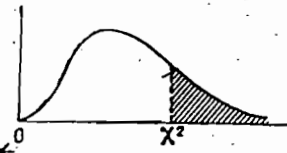
116. Avez-vous déjà subi un traitement pour arrêter l'usage de la drogue
- Oui
  - Non
117. Ce traitement a été initié par qui
- Un médecin
  - Un psychiatre
  - Un guérisseur traditionnel
  - Un ami
118. Ce traitement a été voulu par vous-même
- Oui
  - Non
119. Ce traitement a été imposé par :
- La famille
  - Les institutions juridiques
  - Les amis
120. Quel a été le résultat de ce traitement
- Bon (vous avez arrêté la drogue)
  - Mauvais (vous continuez à prendre de la drogue)
121. Avez-vous eu des ennuis avec la justice
- Non
  - Oui, mais ils sont antérieurs à tout usage de produits
  - Oui, pour usage, détention ou trafic de drogue
122. Avez-vous fait l'objet d'incarcération
- Non
  - Oui, mais une seule fois
  - Oui, avec récidive ( précisez le nombre)
123. Avez-vous des amis qui consomment de la drogue
- Oui
  - Non
124. Avez-vous des amis qui consomment de l'alcool
- Oui
  - Non

125. Avez - vous des amis qui prennent du tabac  
- Oui  
- Non
126. Consommez-vous de l'alcool  
- Oui  
- Non
127. Prenez-vous du tabac  
- Oui  
- Non
128. Quel est votre désir actuel ? (en clair)

TABLE DES  $\chi^2$  SELON YATES ET FISHER

Table de  $\chi^2$  (\*).

La table donne la probabilité  $\alpha$  pour que  $\chi^2$  égale ou dépasse une valeur donnée, en fonction du nombre de degrés de liberté (d.d.l.).



d.d.l. \ $\alpha$	0,90	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001
1	0,0158	0,455	1,074	1,642	2,706	3,841	5,412	6,635	10,827
2	0,211	1,386	2,408	3,219	4,605	5,991	7,824	9,210	13,815
3	0,584	2,366	3,665	4,642	6,251	7,815	9,837	11,345	16,266
4	1,064	3,357	4,878	5,989	7,779	9,488	11,668	13,277	18,467
5	1,610	4,351	6,064	7,289	9,236	11,070	13,388	15,086	20,515
6	2,204	5,348	7,231	8,558	10,645	12,592	15,033	16,812	22,457
7	2,833	6,346	8,383	9,803	12,017	14,067	16,622	18,475	24,322
8	3,490	7,344	9,524	11,030	13,362	15,507	18,168	20,090	26,125
9	4,168	8,343	10,656	12,242	14,684	16,919	19,679	21,666	27,877
10	4,865	9,342	11,781	13,442	15,987	18,307	21,161	23,209	29,588
11	5,578	10,341	12,899	14,631	17,275	19,675	22,618	24,725	31,264
12	6,304	11,340	14,011	15,812	18,549	21,026	24,054	26,217	32,909
13	7,042	12,340	15,119	16,985	19,812	22,362	25,472	27,688	34,528
14	7,790	13,339	16,222	18,151	21,064	23,685	26,873	29,141	36,123
15	8,547	14,339	17,322	19,311	22,307	24,996	28,259	30,578	37,697
16	9,312	15,338	18,418	20,465	23,542	26,296	29,633	32,000	39,252
17	10,085	16,338	19,511	21,615	24,769	27,587	30,995	33,409	40,790
18	10,865	17,338	20,601	22,760	25,989	28,869	32,346	34,805	42,312
19	11,651	18,338	21,689	23,900	27,204	30,144	33,687	36,191	43,820
20	12,443	19,337	22,775	25,038	28,412	31,410	35,020	37,566	45,315
21	13,240	20,337	23,858	26,171	29,615	32,671	36,343	38,932	46,797
22	14,041	21,337	24,939	27,301	30,813	33,924	37,659	40,289	48,268
23	14,848	22,337	26,018	28,429	32,007	35,172	38,968	41,638	49,728
24	15,659	23,337	27,096	29,553	33,196	36,415	40,270	42,980	51,179
25	16,473	24,337	28,172	30,675	34,382	37,652	41,566	44,314	52,620
26	17,292	25,336	29,246	31,795	35,563	38,885	42,856	45,642	54,052
27	18,114	26,336	30,319	32,912	36,741	40,113	44,140	46,963	55,476
28	18,939	27,336	31,391	34,027	37,916	41,337	45,419	48,278	56,893
29	19,768	28,336	32,461	35,139	39,087	42,557	46,693	49,588	58,302
30	20,599	29,336	33,530	36,250	40,256	43,773	47,962	50,892	59,703

Exemple : avec d.d.l. = 3, pour  $\chi^2 = 0,584$  la probabilité est  $\alpha = 0,90$ .

Quand le nombre de degrés de liberté est élevé,  $\sqrt{2\chi^2}$  est à peu près distribué normalement autour de  $\sqrt{2}$  (d.d.l.) - 1 avec une variance égale à 1.

(\*) D'après Fisher et Yates, Statistical tables for biological, agricultural, and medical research (Oliver and Boyd, Edinburgh) avec l'aimable autorisation des auteurs et des éditeurs.



**LOI N° 83-14/AN-RM DU 1ER SEPTEMBRE 1983**  
**RELATIVE A LA REPRESSION DES INFRACTIONS EN MATIERE DE**  
**SUBSTANCES VENENEUSES ET DE STUPEFIANTS**

L O I N° 83 - 14 / AN - RM

RELATIVE A LA REPRESSION DES INFRACTIONS EN  
MATIERE DE SUBSTANCES VENENEUSES ET DE  
STUPEFIANTS.-

L' A S S E M B L E E N A T I O N A L E ,

A D E L I B E R E E T A D O P T E E N S A S E A N C E D U 31 M A I 1983

LE PRESIDENT DU GOUVERNEMENT

P R O M U L G U E L A L O I D O N T L A T E N E U R S U I T :

ARTICLE 1ER. - Sont considérées comme vénéneuses les substances ou plantes dont la liste sera fixée par décret pris en conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé Publique.

Sont considérées comme stupéfiants, les substances vénéneuses dont la liste sera également fixée par décret pris dans les mêmes conditions que ci-dessus.

ARTICLE 2. Sont interdits la culture, la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la mise en vente, l'achat, la livraison à quelque titre que ce soit le courtage, l'envoi, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation des substances vénéneuses et des stupéfiants et, d'une manière générale, toutes opérations agricoles, industrielles ou commerciales relatives à ces substances.

Des autorisations spéciales peuvent être délivrées par le Ministre de la Santé Publique à des fins thérapeutiques de recherches médicales ou scientifiques.

ARTICLE 3. Seront punis de cinq à dix années de travaux forcés et d'une amende de 200.000 à 2.000.000 de francs ceux qui auront commis les infractions mentionnées à l'Article 2 ci-dessus en ce qui concerne les plantes ou substances vénéneuses non classées comme stupéfiants.

Toutefois, lorsque le crime aura consisté dans la production, la fabrication, l'importation ou l'exportation illicite des stupéfiants, la peine sera celle des travaux forcés à perpétuité et de 50. Millions à 100. Millions de francs d'amende.

La tentative d'une des infractions prévues par l'alinéa précédent sera punie comme le crime consommé.

Il en sera de même en cas d'entente ou d'association pour commettre ces infractions.

...../.....

ARTICLE 7. Dans tous les cas prévus aux articles précédents, la Cour saisie pourra également ordonner la fermeture temporaire ou définitive de tout hôtel, maison, meuble, pension, débit de boisson, restaurant, lieu de spectacle ou de danse ou tout autre lieu ouvert au public lorsque les infractions prévues par la présente loi y auront été commises ou tolérées par l'exploitant.

La Cour pourra ordonner en outre la confiscation des ustensiles et meubles dont les lieux sont décorés.

ARTICLE 8. Seront punis de cinq à dix années de travaux forcés et d'une amende de 200.000 à 2. Millions de francs ou de l'une de ces deux peines seulement qui auront de manière illicite, fait usage de l'une des substances visées à l'article premier de la présente loi.

ARTICLE 9. Toute personne prévenue ou accusée ou de tentative d'usage illicite de stupéfiants, pourra après expertise médicale être astreinte par décision motivée de la juridiction d'instruction ou de jugement à une cure de désintoxication dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

- Dans ce cas la juridiction saisie pourra ne pas prononcer de peine.

- Ceux qui auront refusé de se soumettre à la cure de désintoxication sont punis des peines prévues à l'article 8.

ARTICLE 10. La juridiction prononcera en outre :

- 1°) L'interdiction des droits civiques, civils et de famille

- 2°) L'interdiction de séjour, le retrait du passeport, le retrait du permis de conduire.

ARTICLE 11. Les peines prévues par la présente loi seront portées en double en cas de récidive dans les conditions de l'article 13 du Code Pénal.

ARTICLE 12. Concurrément avec les agents de l'autorité administrative, judiciaire, les agents de l'agriculture, des Eaux et des Forêts, des Douanes, des Affaires Economiques et les Inspecteurs de Pharmacie sont habilités à rechercher et à constater toutes infractions à la loi.

Lorsque les infractions prévues par la présente loi auront été constatées cumulativement avec les infractions loupières la transaction n'éteint pas l'action publique à l'égard des infractions relatives au trafic illicite des substances vénéneuses des stupéfiants.

Les contrevenants seront, après transaction éventuelle, obligatoirement déférés à l'autorité judiciaire compétente.

ARTICLE 13. Des visites perquisitions et saisies pourront être faites à toute heure du jour et de la nuit dans les locaux où sont fabriqués, transformés ou entreposés les stupéfiants.

ARTICLE 14. Sans préjudice des dispositions des articles 19 à 20 du Code Pénal seront punis de cinq à dix années de travaux forcés et d'une amende de 500.000 à 5. Millions de francs ou de l'une de ces deux peines seulement ceux qui, par un moyen quelconque, auront incité autrui à commettre les infractions prévues par le présent texte alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effets ou qu'ils les aient présentés sous un jour favorable.

**DECRET N° 245/PG-RM DU 12 JUILLET 1988**

**FIXANT LA LISTE DES SUBSTANCES ET PLANTES VENENEUSES**

SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT

DECRET N° 245 PG-RM  
FIXANT LA LISTE DES SUBSTANCES  
ET PLANTES VENEINEUSES.

LE PRESIDENT DU GOUVERNEMENT,

VU Constitution :

VU la Loi n°62-56/AN-RM du 6 Août 1962 portant adhésion du Mali à la Convention unique sur les stupéfiants :

VU la Loi n°83-14/AN-RM du 1er Septembre 1983 relative à la repression des fractions en matière de substances vénéneuses et stupéfiants :

VU le Décret n°152/P-RM du 6 Juin 1988 portant nomination des membres du Gouvernement :

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

ARTICLE 1ER : Conformément à l'article premier de la loi 83-14 du 1er Septembre 1983 susvisée, sont considérées comme substances et plantes vénéneuses, celles dont la liste suit :

Substances et Plantes du tableau A :

- Amobarbital
- Alprazolam
- Amfépramone
- Barbitol
- Bromazépan
- Camazépan
- Chlordiazépoxyde
- Clotazam
- Clonazépan
- Clorazépate
- Clotiazépan
- Cyclobarbitol
- Dature Innoxia
- Datura métel
- Delorazépan
- Diazépan
- Estazolam
- Fludiazépan

Arrivé le 15.10.88  
Sous le n° 1094

- Flunitrazépan
- .....
- Halzépan
- Haloxazolam
- Kétazolam
- Loprazolam
- Lorazépan
- Lormétazépan
- Médazépan
- Nimétazépan
- Nitrazépan
- Nordiazépan
- Orazépan
- Orazolam
- Pinazépan
- Prazépan
- Sécoberbital
- Strychnos Spinosa
- Témazépan
- Tetrazépan
- Triazolam

Substances du Tableau B

- Amphétamine
  - Nensphétamine
  - Diethyl-Tryptamine (DET)
  - Benzocaine
  - Diméthylheptylpyranne (DMHP)
  - Diméthyltryptamine (DMT)
  - Doxamphétamine
  - Eticycline PCE
  - Ethochlorvynol
  - Ethinamate
  - Ethyl-Mazépane
  - Fénétylline
  - Cillutethimide
  - Lefetamine
  - Levamphétamine
  - Lévonéthamphétamine
  - Lysergide LSD - LSD-25
  - Mazindol
  - Mécloqualone
  - Méprobamate
- .....

- Ethylméthylthiambutène
- Ethylmorphine
- Etonitazène
- Etorphine
- Etoxéridine
- Fentanyl
- Funéthidine
- Hérpine
- Hydrocodone
- Hydromorphinol
- Hydromorphone
- Hydropéthidine
- Isométhadone
- ~~Lévométhane~~
- ~~Lévométhane~~
- ~~Lévométhane~~
- ~~Lévométhane~~
- Levorphanol
- Métazone
- Méthadone
- Méthadone, intermédiaire de la Méthylmorphine
- Méthylmorphine
- Méthopan
- Moramide, intermédiaire du Morphéridine
- Morphine méthobromide et autres dérivés morphiniques à azote pentavalent, y compris notamment les dérivés N-oxymorphiniques (telle la N-oxycodéine).
- N-oxymorphine
- Nyrophine
- Nicocodine
- Nicodicodine
- Nicomorphine
- Noraméthadol
- Norcodéine
- Norlévorphanol
- Norméthadone
- Normorphine
- Norpipanone
- Opium

.../...

Article 2/- Ces substances et plantes ci-dessus énumérées sont classées au tableau B.

Article 3/- Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le Ministre de la Défense Nationale, le Ministre des Finances et du Commerce et le Ministre de la Justice Garde des Sceaux, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Décret qui sera enregistré et publié au Journal Officiel.

KOULOUBA, LE 12 JUILLET 1988

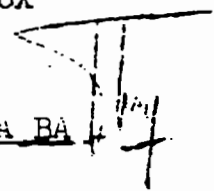
LE MINISTRE DE LA DEFENSE  
NATIONALE

LE PRESIDENT DU GOUVERNEMENT



ABDOULAYE OUOLOGUEM  
LE MINISTRE DES FINANCES ET  
DU COMMERCE

GENERAL MOUSSA TRAORE  
LE MINISTRE DE LA JUSTICE GARDE DES  
SCEAUX



TIENA COULIBALY

GUEAR ISSAKA BA

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DES AFFAIRES SOCIALES



Pr. MALADOU DEMBELE



**DECRET N° 199/PG-RM DU 15 SEPTEMBRE 1988**

**FIXANT LA LISTE DES STUPEFIANTS**

SECRETARIAT GÉNÉRAL DU GOUVERNEMENT

(//) ECRET N° 199 /PG-RM

FIXANT LA LISTE DES STUPEFIANTS

LE PRESIDENT DU GOUVERNEMENT

- VU la Constitution ;  
VU La Loi N°62-56/AN-RM du 6 Août 1962 portant  
adhésion du Mali à la Convention Unique des  
Stupéfiants ;  
VU la Loi N°83-14/AN-RM du 1er Septembre 1983  
relative à la repression des infractions en  
matiere de Stupéfiants et Substances Vénéneuses ;  
VU le Décret n°152, F.-RM du 6 Juin 1988 portant  
nomination des Membres du Gouvernement ;

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

(//) E C R E T E

Article 1er/- Conformément à l'article premier de la Loi n°  
83-14/AN-RM du 1er Septembre 1983 susvisée, sont considérées  
comme Stupéfiants les Substances dont la liste suit :

- Acétorphine
- Acétyméthadol
- Acétyldihydrocodéine
- Alfentanil
- Allylprodine
- Alphécétylméthadol

.../...

- Mescaline
- Methamphetamine
- Méthaqualone
- Methyl phenidate
- Méthylprylone
- Barahoxyl
- Pemoline
- Pentazocine
- Pentobarbital
- Phenoqualidine PCP
- Phendimétrazine
- Pripradol
- Pipéridine
- Psilocybine (STP-DOM)
- Policyclidone (PEP, CPY) (Psilocine, Psilocitrin) Blicychidina
- Tenocyclidine -TCP, TEC)

Substances du Tableau C

- Acide Anthranilique
- Anhydrique acétique
- Ephédrine
- Ephédrol
- Ergotamine
- Ether Ethylique
- Phenobarbital
- Phenyl 2 propane

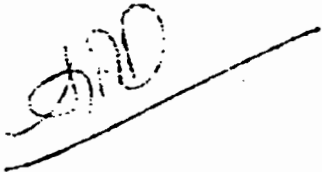
...../.....

ARTICLE 2 : Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le Ministre de la Défense Nationale, le Ministre des Finances et du Commerce et le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal Officiel.

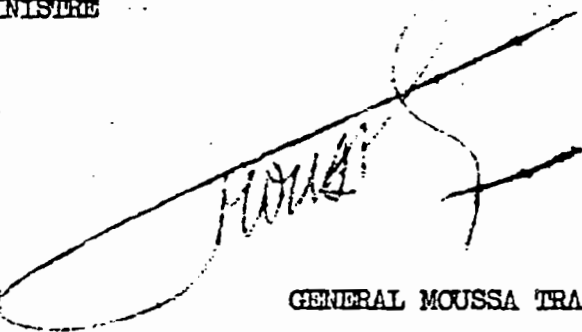
KOULOUBA, le 15 SEPTEMBRE 1988

LE PRESIDENT DU GOUVERNEMENT

LE MINISTRE DELÉGUÉ AUPRES DU MINISTRE  
DE LA DÉFENSE NATIONALE



GENERAL ABDOULAYE COULOGUEM



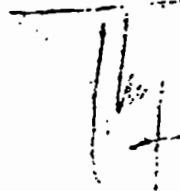
GENERAL MOUSSA TRAORE

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET  
DES AFFAIRES SOCIALES



PR. MAMADOU DEMBELE

LE MINISTRE DE LA JUSTICE GARDE DES SCEAUX



OUMAR ISSAKA BA

LE MINISTRE DES FINANCES ET DU COMMERCE



TIÉNA COULIBALY

## BIBLIOGRAPHIE

1. ARIF (A.)  
Abus de cocaïne et santé  
OMS, GENEVE 1987
2. BERGERET (J.), LEBLANC (J.) et coll  
Précis des toxicomanies  
Masson, 1984
3. CAHOREAU (G.), TISON (C.)  
La drogue expliquée aux parents  
Edition Balland, 1987
4. CISSE (B.S.), TOURE (D.M.)  
Etude de quelques aspects de la toxicomanie au chanvre indien  
dans le district de Bamako  
Dakar Médical, 1985 - Tome 30, N° 1,2,3,4 -38 -39
5. COHEN (Y.)  
Abrégé de pharmacologie  
Edition Masson, Février 1986
6. DARONDEL (A.)  
Essai d'une étude synthétique des toxicomanies  
Thèse Médecine , Paris 1960, N° 884.
7. DENIKER (P.)  
La psychopharmacologie  
Que sais-je - Presses Universitaires de France ,1976

8. DORVAULT (R.)  
20ème édition revue sous la direction de Jean LECLERC  
Vigot et frères, 1978
9. EDWARDS (G.), ARIF (A.)  
Les problèmes de la drogue dans leur contexte socio-culturel.  
Contribution à l'élaboration de politiques et de programmes.  
OMS, GENEVE 1982. Cahiers de santé publique N° 37.
10. Fares (T.)  
Toxicomanie au Datura metel L  
depistage rapide de la drogue à l'aide du microfour T.A.S.  
D.E.A. Pharmacie , P:89, Dakar 1978
11. FREJAVILLE (J.P.), BOURDON (R.)  
Toxicologie clinique et analytique  
FLAMMARION 2ème édition 1975
12. HIBERT (B.)  
Aspects divers de la toxicomanie au chanvre indien  
Thèse Pharmacie, Dakar 1981, N°97
13. HUGUES (P.H.), VENULET (J.), KHANT (U.), MEDINA MORA (M.E.),  
NAVARATNAM (V.), POSHYACHINDA (V.), ROOTMAN (I.), SALAN (R.)  
WADUD (K.A.)  
L'usage des drogues à des fins non médicales: données de base en  
vue des études épidémiologiques.  
OMS, GENEVE 1983, Publication Offset N°56

14. KOUMARE (B.)  
Qu'est la dépendance physique et psychologique ?  
2ème cours de formation en Afrique Occidentale Francophone sur  
l'abus des drogues  
Abidjan / République de Côte d'Ivoire , 30 Mai - 10 Juin 1988
  
15. LE CHARPENTIER (M.G.)  
Drogues et toxicomanies 30 cm, 99p, multigr  
Thèse Médecine Paris SUD 1975, N°64
  
16. MIOCHE (B.)  
La toxicomanie au sécobarbital à propos de 9 observations, 27cm  
353p, graph. FH  
Thèse Médecine Paris 1968, N°89
  
17. OLIEVENSTEIN (C.)  
La drogue: suivi d'écrits sur la toxicomanie  
Paris, Gallimard, 1978 308p; 19cm
  
18. OMAIS (M.)  
Particularités de la toxicomanie au Sénégal:  
Aspects psychologiques, socio-culturels et thérapeutiques  
Thèse Médecine, Dakar 1982, N°85
  
19. PAES (M.)  
Le cannabis, ses effets  
2ème cours de formation en Afrique Occidentale Francophone sur  
l'abus des drogues.  
Abidjan : République de Côte d'Ivoire, 30 Mai-10 Juin 1988



20. PARIS (R.R.), MOYSE (H.)  
Matière médicale  
Tome 2, 2ème édition, MASSON 1971
21. PELICIER (Y.) THUILLIER (G.)  
La drogue  
Paris, Que sais-je? 5ème édition mise à jour.  
55ème mille, 1985. Presses Universitaires de France
22. POROT (A.)  
Les toxicomanies, 3ème édition remaniée et mise à jour par  
POROT (M.)  
Paris, Presses Universitaires de France, 1968  
6ème édition, 1982
23. RAGETLY (D.)  
Etude de la toxicomanie dans une population de jeunes hommes  
observés dans un centre de sélection de la région parisienne -  
30cm, 61ff, multigr  
Thèse Médecine PARIS NECKER enfants malades, 1975 - N°36
24. RANDRIANTAVY (D.)  
A propos des toxicomanies aux amphétamines  
Thèse Médecine, PARIS 1967, N°1008
25. SECK (M.D.)  
Problèmes posés par la toxicomanie au chanvre indien ou yamba  
chez les jeunes sénégalais (à propos d'une enquête faite dans la  
région du Cap-Vert)  
Thèse Médecine, Dakar 1979, N°60

26. SIMIER Eliane  
Aspects actuels de quelques toxicomanies  
Thèse Médecine, Paris 1953, N°306
27. TOURE (D.M.)  
Contribution à l'étude de quelques aspects de la toxicomanie au  
chanvre indien (cannabisme) à Bamako  
Thèse Pharmacie, Bamako 1983, 71p. N°11
28. TRAORE (Capitaine H.)  
Séminaire de sensibilisation à la lutte contre la drogue  
Avril 1988

#### ANONYMES ET COLLECTIFS

29. Annuaire statistique du Mali, 1987
30. Bulletin d'information sur les stupéfiants et les drogues  
Direction Générale de la Sûreté Nationale  
République de Côte d'Ivoire N°1 , Juillet 1985
31. Bulletin d'information sur les stupéfiants et les drogues  
Direction Générale de la Sûreté Nationale  
République de Côte d'Ivoire N° 4 , Janvier 1988
32. Comité d'experts des drogues engendrant la toxicomanie 11ème  
rapport. GENEVE 1961, 16 pages, in 8° dans Séries de rapports  
techniques OMS N°211

33. Comité d'experts des drogues engendrant la toxicomanie 12ème  
Rapport - GENEVE 1962, 24cm, 16 pages  
Séries de rapports techniques OMS, N°229
34. Comité d'experts des drogues engendrant la toxicomanie 13ème  
Rapport - GENEVE 1962, 23cm5 , 22 pages  
Séries de Rapports techniques OMS N°273
35. Feuilles d'information sur les toxicomanies réalisées par  
l'Institut Francophone de Lutte contre la Drogue (I.F.L.D.)  
Publication I.C.A.A. - C.I.P.A.T.
36. La drogue  
Extrait du N° 124 de la Revue de la Police Nationale Française,  
Juin 1986 - Office Central des Stupéfiants D.C.P.J. PARIS  
(O.C.T.I.S.)  
Novembre 1986
37. Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue:  
Rapport à Monsieur le Président de la République / présenté par  
Monique PELLETIER  
Paris, la documentation française, 1978 - 284p ; 24cm
38. Pharmacopée française IX ème édition
39. Sciences et Vie, N° HS trimestriel  
La drogue  
N° 160, Septembre 1987

## SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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

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

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

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