Année 2023

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN
§§§§****§§§§****§§§§

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
§§§§****§§§§****§§§§

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI
§§§§****§§§§****§§§§

N° 2692

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE
§§§§****§§§§****§§§§

PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES A L'ADDICTION AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI AU BÉNIN EN 2023

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Par

Kenneth Geovania Dèlonou DAMASSOH

Née le 09 janvier 1994 à Cotonou (République du Bénin)

Directeur de thèse
Dr Emilie FIOSSI-KPADONOU
Professeur titulaire de
Pédopsychiatrie, FSS/UAC

Président du jury
Prof ZOUMENOU Eugène
Membres du jury
Prof KPATCHAVI Adolphe
Prof ALABI Aurel
MCA ANAGONOU Lucrèce

Année académique : 2022-2023

SOMMAIRE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ii

GLOIRE À DIEU..... viii

HOMMAGES ET REMERCIEMENTS.....x

REMERCIEMENTS ..... **Erreur ! Signet non défini.**

LISTE DES TABLEAUX..... xviii

LISTE DES FIGURES.....xx

INTRODUCTION.....1

1. GENERALITES.....10

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 29

3. RÉSULTATS 44

4. DISCUSSION 68

CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....88

REFERENCES.....93

ANNEXES 103

TABLE DES MATIÈRES 121

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CGRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard ..... Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine ..... Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver ..... Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat..... Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques ..... Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold..... Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille. ..... Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François ..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande..... Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme ..... Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry ..... Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila..... Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib ..... Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine. ..... Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B. ..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand..... Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou ..... Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê..... Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys..... Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph ..... Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice..... Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba..... Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce..... Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles..... Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon ..... Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait ..... Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain..... Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric..... Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle ..... Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue..... Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin..... Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou..... Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire ..... Psychiatrie Adulte

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

Université d'Abomey-Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

OCTOBRE 2023

[5]

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

GLOIRE À DIEU

À mon Sauveur et Roi

J'ai l'honneur d'être avec le Créateur, l'Irrésistible, l'Incontournable, le Tout-Puissant, au pied duquel l'univers tout entier se prosterne. Ce cursus est d'abord et avant tout une aventure avec toi, Seigneur, le début de notre histoire. C'est au cours de ce cursus que je t'ai connu et accepté, puis peu à peu j'ai découvert dans ton regard qui je suis.

Et même si ça a duré plus qu'espéré, même si ça été à plusieurs égards comme un chemin de croix, je ne regrette rien de ce parcours parce que je t'y ai trouvé et tu as été là tout le long du chemin, mon fidèle compagnon. Je ne regrette ni les peines ni les doutes, ni les erreurs, ni les échecs, encore moins ces années passées à te chanter. Tu t'es servi de toutes ces occasions pour me façonner. Ta grâce m'a suffi car ta puissance a pris toute sa mesure dans mes faiblesses.

Nous voici à la douzième station, celle du « tout est accompli » …

Qu'à travers ce travail, tout s'accomplisse pour moi, comme tu l'as voulu dans ton merveilleux projet de Paix et de Bonheur et que jamais je ne cesse de te laisser me tenir par la main jusqu'à la fin des temps.

Je t'aime Seigneur, Eternel Dieu

HOMMAGES ET REMERCIEMENTS

A mon Père, Mahudègnon Germain DAMASSOH

Merci Papa !

Tu as rêvé de ce cursus le premier, et j'ai emprunté ce chemin pour le concrétiser. Voir ta progéniture poursuivre ce que tu avais commencé était pour toi plus qu'important. Je n'étais pas la plus attendue pour cette mission, mais la vie peut parfois être espiègle. Il fallait que je sois véritablement Dèlonou.

Rien ne s'est passé comme prévu par les humains. Nous avons connu des vents violents et des vagues scélérates mais la barque est toujours remontée de ses naufrages. Comme quoi, j'ai bien hérité de ta ténacité.

Je viens te présenter ce travail comme pour te dire que la mission est accomplie. J'espère que tu seras fier de cet accomplissement et de ce que je suis devenue grâce à ton éducation et tes enseignements. Les temps à venir donneront encore du meilleur, Papa.

Reconnaissance Eternelle

A ma Mère, Pierrette Afiavi ANAGO

Maman, nous y sommes arrivées ! C'est avec émotion que j'écris ces mots que j'ai longtemps attendu de te dire. Te dédier ce travail est une évidence. Pas seulement pour le mérite de m'avoir portée, nourrie de ton sein, de m'avoir éduquée et inculqué tes belles valeurs, mais aussi pour avoir supporté avec moi les tracas de sa si longue gestation. En marquant la fin de cet épisode de mon cursus, que ce travail sonne en grande partie, la fin de tes souffrances muettes, de tes nuits sans sommeil, pleines de préoccupations, de doutes et d'inquiétudes. Qu'il annonce la moisson de ces longues heures de prière et de litanies pour la réussite de tes enfants. Que la vie professionnelle de chacun de nous, soit la victoire sur le sacrifice de la tienne. Qu'à travers nous, ton nom et tes valeurs soient portés haut et que ce travail te permette de voir ces victoires et d'en savourer les fruits aussi longtemps que possible.

Ainsi soit-il !

A mon frère, Sèdjro D. Jonathan DAMASSOH

Mon unique frère comme deux, mon ami.

Tu es un confident hors pair et un soutien de taille. J'ajouterai même que tu as été mon antidépresseur. Je n'aurais pas rêvé mieux. Je bénis l'Eternel pour ta vie. Ce travail exprime mon remerciement pour ta présence et ton soutien de tous les jours. Ceci n'est qu'un début car comme nous avons l'habitude de nous le promettre, je sais que nous brillerons du feu de Dieu.

Que ce Dieu qui nous protège et nous fortifie, nous garde toujours unis et que son amour nourrisse davantage notre fraternité pour la gloire de son Nom !

Ta « grande » petite sœur, Nionio !

A mon ami, Oswald KOUTANGNI

Mon bien-aimé, chaque éclat de rire fut un écho du tien, chaque obstacle, un fardeau partagé. Dans chaque triomphe, ton cœur exultait bien au-delà du mien. Ce labeur est le fruit de ton amour, sculpté à travers les veilles interminables et nourri par les précieuses sagesses que tu as partagées pour éclairer mon chemin. Ton soutien fut aussi inébranlable que l'étoile qui guide les mages dans la nuit.

Que le Divin à l'endroit de qui notre ferveur ne connaît de borne, t'élève au-delà des circonstances de la vie ; qu'il te couronne de succès, et te revêt de son humilité comme d'un manteau royal. Pour l'homme d'exception que tu es, je dédierai chaque souffle à t'aimer d'un amour inconditionnel pour peu que le Seigneur me permette de t'accompagner sous la lumière de son Esprit Saint, à la gloire de son Nom.

Pour le meilleur et pour Dieu

Au Dr Abdel-Aziz Bolawole Joseph OUABI

My amazing friend, ton amitié est un trésor qui a pris tout son sens dans nos échanges mais aussi dans tes apports considérables pour l'accomplissement de ce travail. Merci pour les nuits sacrifiées pour ma petite personne, je ne l'oublie pas. Je me sens honorée de ta compagnie à la fois enrichissante et divertissante, un mélange parfait de connaissances partagées et de moments joyeux. Accepte ce travail, signe de ma profonde gratitude, et promesse de ma loyauté indéfectible. Que ta route soit bordée d'amis à ton image, nobles et sincères, et que l'Infini te couronne de sa splendeur, faisant de toi un miroir de son amour sans borne et un témoin vivant de sa gloire éclatante.

Sois béni de l'abondance de notre Seigneur!

À la Chorale Saint Albert le Grand de la Cellule Emmaüs FSS,

Vous êtes ma deuxième famille, ma famille en Christ, celle que j'ai choisie. En votre compagnie j'ai ri, chanté, dansé, prié avec ardeur et pleuré mais surtout j'ai grandi… Oui, vous avez une grande part dans la personne que je suis devenue, j'ai connu au milieu de vous des amitiés véritables et l'amour dans toutes ses dimensions…Votre présence a indéniablement fait la différence pour le meilleur de mon cursus. Soyez chacun richement bénis pour votre contribution à l'harmonie et l'élévation de cette famille.

Le Seigneur nous unisse davantage

Aux maîtres de la Chorale Saint Albert le Grand, Roméo ONZO, Crédo LOKOSSOU, Come Adler AYIWANOU et Christelle GAYET,

Vos sacrifices pour nous offrir ce creuset de prière et de rencontre avec le Seigneur m'ont profondément marquée et inspirée. Votre dévouement à la chorale, et à sa mission a façonné un espace sacré où la foi, l'amour et la musique s'entremêlent harmonieusement et où je me suis épanouie.

Merci pour votre leadership, votre patience et votre passion, qui nous ont guidés vers des moments de grâce et de communion profonde avec le divin. Merci aussi pour la confiance placée en moi pour continuer cette mission à votre suite. Merci infiniment car au-delà d'être des Maîtres, vous avez été des amis, de bons conseillers et un soutien de tous les jours. Votre empreinte sur mon parcours spirituel et communautaire est indélébile et le monde a indéniablement d'ouvriers de votre trempe.

Le Seigneur vous garde et vous fortifie

À mes amis du Comité Technique de la Chorale Saint Albert le Grand, Abdel-Aziz OUABI, Hillary SEWANOU-OZA, Oswald KOUTANGNI, Flora ADON, Riccardo TCHIAKPE, Esther COTAYON, Dylane CHOGNIKA, Mardochée ZOSSOU et Alfred ZANNOU,

Merci pour ces moments de qualité passés en votre compagnie. Votre présence, votre dévouement et votre esprit d'équipe ont enrichi chaque répétition, chaque performance et chaque projet sur lequel nous avons travaillé ensemble. Les souvenirs partagés, les défis surmontés et les succès célébrés avec vous resteront parmi mes souvenirs les plus précieux. Votre présence a rendu les moments passés ensemble non seulement mémorables, mais aussi, profondément édifiants.

Que Dieu transforme nos efforts du quotidien en véritable bénédictions

À mes camarades de groupe du stage d'internat

Avec vous, j'ai traversé des moments d'internat inoubliables, marqués par le soutien indéfectible que nous nous sommes mutuellement apportés. Notre expérience ensemble, au sein du groupe 3, a été une période riche d'apprentissage, de défis et de croissance tant personnelle que

professionnelle. La solidarité et l'entraide qui nous ont unis tout au long de ce parcours ont rendu chaque obstacle surmontable et chaque succès plus savoureux. Merci pour cette aventure unique et pour votre fraternité. Que le Seigneur guide chacun de vous selon son plan, qu'il étende sa main sur vos familles et qu'il nous donne de nos revoir pour mieux célébrer ses bienfaits dans nos vies.

Soyez bénis…

À mes amis d'amphis, Alegria VIEGBE, Dulcis AVOCEGAMOU, Jaurès HOUNKPE, Maxime DOSSOU, Fleury AYI, Ulrich POSSI, Gloria COTOMALE, Colombe HOSSOU, Carine DADJO, Grâce QUENUM, Marcos YEDJENOU, Yasmine LALEYE, Ruth DEHA, Philémon BASSAN, Espoir AZONDEKON, Caleb ZOUMA, Hillary SEWANOU-OZA, Christelle GAYET et Gloria DJOHOSSOU

Je suis profondément reconnaissante pour chaque moment partagé, chaque soutien offert et chaque effort consenti pour m'aider à avancer. Votre grand cœur et votre dévouement ont illuminé mon parcours. Je me sens bénie d'avoir croisé le chemin de chacun d'entre vous, durant ces années d'étude. Puisse votre carrière briller autant que la lumière que vous portez.

Que Dieu bénisse richement votre générosité et amitié.

A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé

Votre dévouement à l'enseignement et votre passion pour la science, illuminent chaque jour notre parcours. Votre sagesse et votre guidance, sont les fondations sur lesquelles nous, vos élèves, bâtissons notre avenir. Grâce à vous, nous avançons avec confiance et détermination dans notre quête de connaissances et de service à l'humanité.

Hommages respectueux

A notre Directrice de thèse, le Professeur Emilie FIOSSI-KPADONOU
Professeur en Pédopsychiatrie

Il est rare de croiser dans sa vie académique une personne d'une telle envergure, alliant une expertise incontestable à une humanité profonde. Votre dévouement à l'endroit de la pédopsychiatrie et votre passion pour la transmission du savoir ne sont que quelques-unes des nombreuses qualités qui vous caractérisent.

Vous avez été pour nous bien plus qu'une directrice de thèse ; vous avez été un guide, une source d'inspiration et un soutien infaillible dans les moments les plus décisifs de notre parcours de recherche. Votre capacité à nous pousser au-delà de nos limites, tout en veillant à notre épanouissement intellectuel et personnel, est un don que peu de personnes possèdent.

Le peu de chemin parcouru en votre compagnie a été riche d'apprentissages et de découvertes. Nous sommes fière d'avoir bénéficier de votre expertise et de votre générosité.

Merci, Professeur FIOSSI-KPADONOU, pour votre inestimable contribution à notre formation et à notre croissance en tant que chercheur. Votre influence nous accompagnera toujours.

Hommages respectueux

À l'endroit de notre JURY

Au Président du jury de notre soutenance de thèse,

Nous vous sommes sincèrement reconnaissante, pour votre précieux temps pris pour lire ce document et pour présider ce jury, après toute la transmission de savoirs que vous nous avez faite, tout au long de notre formation à la FSS.

Sincère gratitude

Aux Membres du jury de notre soutenance de thèse

Sincère reconnaissance pour toutes ces énergies que vous avez déployées pour lire notre travail de recherche. Vos remarques et suggestions nous sont d'un très grand recours pour l'amélioration du document.

Merci pour toutes les connaissances que vous nous avez transmises à la faculté.

Sincère reconnaissance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Monographie des substances psychoactives	**23**
Tableau II	Echantillonnage des étudiants de l'UAC par faculté ou école d'étude	**37**
Tableau III	Taille de l'échantillon prévue et effectif des enquêtés selon les filières des écoles et facultés sélectionnées	**45**
Tableau IV	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	**46**
Tableau V	Répartition des étudiants enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques des parents ou substituts	**47**
Tableau VI	Répartition des enquêtés selon la consommation de SPA dans l'entourage	**48**
Tableau VII	Répartition des étudiants de l'UAC selon les caractéristiques liées	**49**
Tableau VIII	Répartition des étudiants de l'UAC selon leurs antécédents	**50**
Tableau IX	Autres facteurs liés à la consommation d'alcool chez les étudiants de l'UAC en 2023	**55**
Tableau X	Facteurs liés à la consommation de drogue chez les étudiants de l'UAC en 2023	**58**
Tableau XI	Facteurs liés à la consommation de tabac chez les étudiants de l'UAC en 2023	**60**
Tableau XII	Association entre les caractéristiques liées à la consommation des SPA et l'addiction aux SPA	**61**
Tableau XIII	Association entre les caractéristiques liées aux études	**63**
Tableau XIV	Association entre les antécédents et l'addiction aux SPA	**64**

Tableau XV	Association entre les caractéristiques liées à la consommation des SPA et l'addiction aux SPA	**66**
Tableau XVI	Connaissances sur les SPA, accessibilité des lieux de procuration, antécédents familiaux de consommation et nombre d'années à l'UAC	**67**

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Représentation schématique du système de récompense	**22**
Figure 2	Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction des parents ou tuteurs	**48**
Figure 3	Répartition des étudiants de l'UAC selon le milieu de sensibilisation aux SPA	**51**
Figure 4	Répartition des étudiants de l'UAC selon le niveau de connaissance sur les SPA en 2023	**51**
Figure 5	Fréquence de consommation d'alcool chez les étudiants de l'UAC en 2023	**52**
Figure 6	Fréquence de consommation et quantité de tabac consommée chez les étudiants de l'UAC en 2023	**52**
Figure 7	Consommation de drogue chez les étudiants de l'UAC, en 2023	**53**
Figure 8	Répartition des étudiants selon l'addiction à l'alcool	**54**
Figure 9	Répartition des étudiants usagers d'alcool selon l'âge de la première	**54**
Figure 10	Association de l'addiction a l'alcool avec le financement des études et besoins des étudiants sur fond propre (Test de KRUSKAL-WALLIS)	**56**
Figure 11	Association de l'addiction a l'alcool aux sexes des enquêtés (Test de KRUSKAL-WALLIS)	**57**
Figure 12	Répartition des étudiants fumeurs selon l'âge de la première consommation du tabac	**58**
Figure 13	Association de l'addiction au tabac avec le nombre de jours d'absence au cours chez les étudiants enquêtés (Test de KRUSKAL-WALLIS)	**59**

Figure 14 Répartition des étudiants consommateurs de drogues selon la dépendance aux drogues **60**

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

SPA : Substances Psychoactives
NPS : Nouveaux Produits de Synthèse
UAC : Université d'Abomey-Calavi
AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test
DAST-20 : Drug Abuse Screening Test-20
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
CIM-10 : Internationale des Maladies, 10ème Révision
AUC : Aire Sous la Courbe (en anglais, Area Under Curve)
FLLAC : Faculté des Lettres, Langues, Arts et Communication
FASEG : Faculté des Sciences Économiques et de Gestion
FADESP : Faculté de Droit et Sciences Politiques
FAST : Faculté des Sciences et Techniques
ENA : École Nationale d'Administration
EPAC : École Polytechnique d'Abomey-Calavi
ENEAM : École Nationale d'Économie Appliquée et de Management
FSS : Faculté des Sciences de la Santé
FSA : Faculté des Sciences Agronomiques
CNHUP : Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique
UST : Unité de Soins aux Toxicomanes

INTRODUCTION

Découvertes depuis plusieurs siècles, les substances psychoactives sont exploitées pour leurs vertus thérapeutiques et à des fins récréatives, entre autres. Leurs propriétés à agir directement sur le système nerveux central leur confèrent une efficacité dans la prise en charge de plusieurs affections. Cette efficacité est une arme tout aussi positive que redoutable car elle augmente le risque d'addiction à ces substances. L'addiction aux substances psychoactives est un problème majeur de santé publique, de sécurité sociale et de développement dont les graves répercussions ce sont amplifiées de nos jours [1–3]. Les progrès fulgurants de ces derniers siècles dans le domaine des sciences, la révolution industrielle, et la mondialisation, ont permis la découverte de nouvelles substances psychoactives et la fabrication d'un éventail varié de nouveaux produits de synthèse (NPS), dérivés des substances originelles [2].

L'hyperproduction des substances est désormais possible grâce aux nouvelles techniques de culture [2]. Un vaste système de distribution s'est vite développé et reste en perpétuel essor avec des marchés physiques et virtuels qui échappent au contrôle des forces de répression et qui facilitent la circulation de ces substances [4]. Le marché des substances psychoactives est l'un des plus compétitifs, des plus lucratifs et influents de ce siècle. On y voit circuler des substances licites comme l'alcool, le tabac mais aussi des substances illicites, comme le cannabis (déclaré depuis peu, licite dans certains pays), de l'héroïne, de la cocaïne, entre autres. Les circuits de distribution sont si nombreux, concurrentiels et florissants que les divers acteurs devenus suffisamment influents, détiennent une partie significative de l'économie mondiale [3]. Ils arrivent ainsi à s'ingérer dans la gouvernance de nombreux États pour faciliter la circulation et la vente de leurs produits[1,2,5]. De ce fait, les réglementations portant sur la commercialisation, la circulation et l'usage des substances psychoactives, sont sujets à réflexion pour les pouvoirs publics, à divers niveaux dans le monde. Les substances sont quasi détournés pour leurs effets d'addiction et d'excitation à la violence et aux actes répréhensibles. L'usage positif de ces

substances en tant que produits de santé s'en est trouvé hypothéqué [1,6].

La multiplicité des cultures avec leurs diverses conceptions des SPA, les inégalités des pouvoirs étatiques, la corruption, la faible participation des pays pauvres aux instances de décision constituent des facteurs entravant la lutte contre les trafics et le contrôle de la circulation et de l'usage des substances psychoactives autant à l'intérieur d'un même Etat que d'un Etat à l'autre [3,4]. A ces facteurs, s'ajoute la faible disponibilité de données concernant la circulation et la consommation des substances dans ces pays [3].

Pendant ce temps, la consommation de ces substances se popularise et continue de causer des dégâts plus alarmants dans nos sociétés. Le nombre d'usagers de drogues a augmenté de 22% ces dix dernières années et les décès inhérents aux complications de leur consommation, ont doublé. En 2019, 18 millions d'années de vie sont considérées comme perdues (incapacités et décès) à cause de ces troubles. Parmi ces vies perdues, 500 cas de décès de personnes en bonne santé ont été enregistrés [3,6].

L'addiction en général et celle aux SPA en particulier, devient un fléau grandissant qui gangrène nos sociétés. Elle touche de plus en plus les populations jeunes, notamment les adolescents et les jeunes adultes, qui risquent ainsi leur avenir et mettent en danger leurs nations. En 2019, une étude réalisée en France, a révélé que seulement 12% des adolescents de 17 ans, n'ont jamais expérimenté de substance psychoactive [7]. Des études menées en Europe et en Amérique auprès d'écoliers et de jeunes adultes, ont montré que la perception, chez les adolescents, du cannabis comme une substance dangereuse, a diminué de 40% [3]. La conséquence a été un taux élevé de consommation de cette substance chez ces jeunes, alors que les produits dérivés du cannabis sont pharmacologiquement, quatre fois plus puissants en Amérique, deux fois plus en Europe qu'il y a vingt ans et donc plus nocifs pour la santé de ses usagers [3].

Si les pays d'Europe et d'Amérique ont connu en premier d'importants

problèmes liés à l'addiction aux substances psychoactives, l'Afrique n'a pu longtemps se préserver de ce mal. Elle est devenue en quelques années le terrain de prédilection des trafiquants pour le transit et la culture de certaines substances comme la codéine, le tramadol, la cocaïne, l'héroïne et les nouveaux produits de synthèse [3,5,8]. En 2019, 86 % des saisies de codéine et de tramadol au plan mondial ont été signalées en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale [3]. De même, les saisies de nouvelles substances psychoactives synthétiques sont passées de moins d'un kilogramme en 2015 à 828 kilogrammes en 2019 sur le continent [3].

En sa qualité de 2ème continent le plus peuplé avec une croissance démographique très rapide et une population en majorité jeune, les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives constituent un plus grand danger en Afrique qu'ailleurs. Le retentissement de cette consommation, en matière de perte sur l'économie mondiale, est énorme. Dans son rapport de 2021 sur les drogues, l'ONU, sur la base d'une prévision sur la croissance démographique, a annoncé une augmentation de 40% des usagers de drogues en Afrique d'ici à 2030, contre une augmentation de 11% à l'échelle mondiale. Ainsi, les problèmes que connaît actuellement l'Afrique, comme l'usage de cannabis, l'usage non médical de tramadol et le transit accru du trafic de cocaïne et d'héroïne par le continent, risquent d'être aggravés de façon exponentielle les dix prochaines années. Ces prévisions devraient faire l'objet d'une alerte pour les états Africains, mais aussi pour le monde, car une augmentation du nombre de personnes faisant usage de drogues, signifie une hausse du nombre de personnes souffrant de troubles liés à cet usage et par conséquent, une augmentation des besoins en matière de services y destinés. De même, la croissance de la demande de drogues pourrait constituer un défi de taille pour les services locaux et internationaux de détection et de répression des drogues en Afrique ; alors que la capacité du continent à s'attaquer à ces phénomènes est limitée [3,5].

En effet, l'Afrique n'a pas les moyens des politiques de lutte contre les trafics ni

de contrôle de l'usage et de la circulation des substances, homologuées par les organismes internationaux (comme l'OMS, l'ONU). Les situations de conflits, d'instabilité politique, de pauvreté financières, favorisent l'installation de groupes criminels organisés qui alimentent le trafic des substances illicites et la pérennisation des conflits, pour mieux exploiter les ressources naturelles et appauvrir davantage ces pays [9,10]. Il se créé un cercle vicieux qui expose la jeunesse africaine à la consommation précoce et abusive des SPA, avec de grands risques d'addiction et de fâcheuses conséquences comme la délinquance, les dommages cérébraux irréversibles, les troubles mentaux, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les accidents de la voie publique, les rixes et des décès prématurés [3,11–14].

Malgré la menace, peu de données spécifiques sur la circulation et l'usage des SPA en Afrique sont disponibles, notamment en population jeune. Cette carence d'informations empêche une prise de conscience concernant l'ampleur de la situation ; prise de conscience essentielle pour mener une évaluation approfondie et élaborer des politiques efficaces afin d'endiguer le phénomène. Au Bénin, une étude réalisée en 2014 à l'unité de soins aux toxicomanes du CNHUP de Cotonou a montré que le taux de toxicomanie et d'alcoolisme avait presque doublé en cinq ans, passant de 15% à 27% [15]. Cette augmentation alarmante est particulièrement inquiétante car 64,59% des personnes admises étaient de jeunes adultes âgés de 21 à 30 ans. Ce constat soulève des questions importantes sur le manque d'éducation et d'information sur le sujet dans notre société où les discussions sur l'addiction sont taboues et entourées de mythes. Ainsi, les adolescents et les jeunes adultes particulièrement vulnérables aux substances psychoactives, sont sous-informés et plus exposés aux risques d'un usage pernicieux de ces substances. Une étude menée en 2014 dans la zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tori a révélé que 73% des adolescents consommaient de l'alcool, 18% étaient dépendants avec une initiation à l'âge moyen de 12 ans. De plus, 18,84% étaient consommateurs de tabac et 13,97% de drogues [16]. Si à

priori, l'école pourrait être considéré comme un facteur protecteur contre ces comportements, la consommation des substances psychoactives s'étend de manière préoccupante parmi les jeunes aussi bien dans la population générale qu'en milieu scolaire. En effet, 30,43% des toxicomanes pris en charge à Cotonou en 2014 étaient des élèves du secondaire et 34,46% des universitaires [15]. Une enquête de 2022 en milieu scolaire a montré que 95,4% des adolescents avaient déjà expérimenté une SPA, avec 78,8% de consommation fréquente et 77,5% de poly consommation, présentant un risque élevé de dépendance [17]. Par ailleurs, une autre étude a identifié 1,97% de consommateurs de cannabis et 19,1% d'amphétamines chez les élèves béninois [18]. Dans les écoles secondaires de la ville de Cotonou en 2020, 78,3% des jeunes de 14 à 24 ans consommaient régulièrement de l'alcool, 45,1% ont essayé le tabac et 62,1% ont consommé des amphétamines, avec une grande proportion d'initiation entre 11 et 16 ans [15]. Comme nous pouvons le constater, les recherches sur le phénomène se sont multipliées en milieu scolaire ces dernières années. Toutefois, le sujet reste peu exploré en milieu universitaire spécifiquement à l'Université d'Abomey-Calavi malgré la tenue d'événements qui favorisent la consommation des substances psychoactives comme les fêtes estudiantines et les célébrations en hommage au chanteur Bob Marley depuis quelques années [19].

- **Problématique**

En Ethiopie, Hackett et al. (2019) avaient identifié dans une population estudiantine, 66,5% de consommateurs de substances psychoactives avec 17% de cas de dépendance [20]. Ses chiffres sont plus bas que ceux de Traoré et al. qui retrouvaient 86,8% d'usagers de SPA (Café, thé, alcool, tabac, médicaments et drogues illicites) en Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie au Mali [21]. En 2021 Aguocha et al. au Nigéria ont comptabilisé 28,2% de consommateurs fréquents de SPA parmi les étudiants de l'université de l'Etat d'Imo [22]. En ce qui concerne l'addiction, Etobo et al. en 2019 ont déterminé 4,1% de troubles d'usage de drogues, au sein d'une population d'adolescents

venue pour la première fois en consultation dans le service d'addictologie d'Abidjan [23]. Les populations identifiées dans ces études étaient en majorité de sexe masculin, résidaient en milieu urbain, avaient débuté leur expérimentation précocement (avant l'âge de 15ans) sous l'incitation des amis pour la plupart d'entre eux. Au Bénin, Adunkpe et al ont, au cours d'une étude dans les lycées et collèges privés de Cotonou, en 2016, déterminé un fort taux d'usage abusif de médicament et substances addictives de 67,3 %, et ce, plus chez les garçons (82,1 %) que les filles (43,1 %) [24]. Wachinou et al en 2018 avaient retrouvé chez les étudiants des universités publiques et privées de Cotonou 29,79% consommateurs de stupéfiants. Parmi eux, 46,53% consommaient le tabac par la chicha avec une prévalence de consommation de tabac par la chicha évaluée à 13,86% chez les étudiants de Cotonou [25]. En ce qui concerne l'addiction, Allabi et al. en 2022, ont évalué le risque de dépendance à l'alcool, au tabac et aux drogues chez les adolescents des écoles secondaires du Bénin. Ils ont constaté que le risque de dépendance était moyen ou élevé chez les consommateurs de SPA, atteignant respectivement 29,11% pour l'alcool, 28,11% pour le tabac et 3,84% pour les drogues. Plusieurs facteurs étaient associés à la consommation et à l'addiction aux SPA ont été décrits dans ces études à savoir: le sexe masculin, l'âge (<15ans pour la consommation et >21 ans pour l'addiction), l'influence des pairs (amis, voisins et parents), les antécédents psychiatriques personnels, le déséquilibre du fonctionnement des familles (parents divorcés, sévères, décédés, conflits familiaux, désengagement parental), les facteurs liés aux études (stress des études, frustration par les enseignants, type d'étude et année d'étude) et les facteurs individuels (timidité, recherche du plaisir, curiosité) [26].

Les études se sont multipliées au sujet de la consommation des SPA en général chez les jeunes mais il en existe peu sur la problématique de l'addiction au Bénin. Les recherches sur le sujet méritent d'être poursuivies, particulièrement en milieu

estudiantin, pour identifier les déterminants de dépendance, les enjeux de stigmatisation et les facteurs connexes favorables à une prise en charge efficace. Notre étude s'inscrit dans l'optique d'apporter à ces questions des éléments de réponse.

- **Hypothèses**

Notre étude a été inspirée, par quatre hypothèses :

1) Les cas d'addiction aux SPA sont fréquents et précoces dans la population des jeunes étudiants ;
2) Le manque d'information et d'éducation vis-à-vis des SPA a un impact négatif sur la consommation de ces substances, avec une augmentation des risques d'addiction ;
3) Les risques d'addiction aux substances psychoactives varient en fonction de l'âge d'entrée à l'université et du nombre d'années d'études universitaires ;
4) Les conditions liées aux conditions de vie et aux études universitaires des apprenants influencent la consommation répétée des SPA ;

- **Objectifs**

Objectif général

Notre travail de recherche a pour objectif de déterminer la prévalence des addictions aux substances psychoactives chez les étudiants de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) en 2023 et les facteurs qui y sont associés.

Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'est agi de :

1) Identifier les cas d'addiction et de consommation précoce des substances psychoactives chez les étudiants
2) Évaluer les connaissances des étudiants de l'UAC par rapport aux substances psychoactives ;

3) Déterminer les risques d'addiction aux substances psychoactives par âge d'entrée à l'université et nombre d'années d'études universitaires ;
4) Rechercher les facteurs associés à l'addiction chez les étudiants de l'UAC, liés aux conditions de vie des étudiants et aux études universitaires

1. GENERALITES

1.1. CONCEPTS ET DÉFINITIONS

Une définition des concepts est indispensable pour une bonne compréhension du document.

Abus

C'est l'utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs substances psychoactives, ayant des conséquences préjudiciables sur la santé physique ou psychique [27].

Addiction

La définition initiale de l'addiction par Aviel Goodman en 1990 met en lumière le caractère compulsif et dépendant des comportements addictifs, définissant l'addiction comme un processus par lequel un comportement ayant pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise devient incontrôlable et se poursuit malgré la conscience de ses conséquences néfastes [28]. Cette définition pallie l'absence d'une définition claire dans le DSM-III-R, utilisé pour diagnostiquer les troubles mentaux. Goodman s'aligne sur la méthodologie du DSM-III-R, soulignant une approche psychiatrique de l'addiction qui a été mise à jour dans le DSM-V (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux). Par ailleurs, l'OMS utilise la CIM-10 (Classification Statistique Internationale des maladies de l'OMS) comme autre outil diagnostique. Les addictions peuvent être abordées sous différents angles, incluant l'aspect clinique, les produits, les comportements, et les états précoces d'addiction, visant à comprendre les mécanismes sous-jacents de gestion du plaisir, des émotions, et du contrôle comportemental. L'addiction est ainsi décrite comme l'incapacité récurrente de maîtriser un comportement et sa poursuite malgré la connaissance des conséquences, avec des intensités variables. Le diagnostic des troubles addictifs est établi sur la base de plusieurs critères qui tiennent comptent du DSM-V et de la CIM-10.

Critères du DSM-V

Le diagnostic repose sur onze critères bien définis concernant la consommation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois [29].

1.Incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.

2.Usage dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux.

3.Usage poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.

4.Tolérance :

Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.

Effet diminué lors de l'usage continu.

5. Sevrage :

Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

Substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

6. Substance prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue.

7. Désir persistant, effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.

8. Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.

9. Importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance.

10. Usage de la substance poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents.

11. Existence d'un craving ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer.

Score

Présence de 2 à 3 critères : addiction faible

Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée

Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Critères du CIM-10

Dans ce diagnostic, au moins 3 critères doivent avoir été présents en même temps, au cours des 12 derniers mois parmi les suivants [30]:

1. Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Craving

Il s'agit de désir irrépressible et violent de réaliser le comportement addictif [27].

Dépendance

La dépendance désigne la situation d'une personne qui ne peut plus se passer d'un produit psychoactif. La dépendance est définie sur le plan clinique par les symptômes de manque, manifestes à l'arrêt de la consommation, qui peuvent être

d'ordre psychologique (sentiment de malaise, d'angoisse, état dépressif) ou physique (douleurs, contractures, nausées et diarrhées) [27]. Une confusion se fait souvent avec le concept d'addiction. En effet, la dépendance est le mécanisme par lequel la consommation régulière a engendré un déséquilibre du fonctionnement neurobiologique de l'individu. Ce déséquilibre génère un malaise physique et psychique qui pousse l'individu à continuer la consommation, non plus pour éprouver les sensations plaisantes du psychotrope, mais pour éviter de ressentir les sensations désagréables engendrées par l'arrêt de la consommation. L'addiction ne touche, contrairement à la dépendance, qu'une fraction des consommateurs chronique de substances psychotropes.

Manque

Également appelé syndrome de sevrage, ce terme désigne les sensations et douleurs psychologiques ou physiques qu'éprouve une personne dépendante d'un produit psychoactif lorsqu'elle arrête de le consommer [27].

Neurotransmetteur

Le neurotransmetteur est un messager chimique qui assure la transmission de l'influx nerveux entre deux neurones [27].

Psychotrope / substance psychoactive

Les psychotropes sont des substances qui modifient le psychisme, en particulier l'humeur, la pensée et la perception. Ces substances peuvent provoquer des effets stimulants, hallucinogènes ou de ralentissement [27].

Intoxication

L'intoxication se traduit par un ensemble de troubles dus à l'introduction volontaire ou non, dans l'organisme de substances toxiques. Les substances psychoactives induisent, à partir d'une certaine dose, le développement d'un syndrome réversible entraînant des changements mentaux et comportementaux qui peuvent altérer la perception, entraîner une euphorie, impliquer des troubles cognitifs, une altération du jugement, une altération des fonctions physiques et

sociales, une labilité de l'humeur, l'agressivité ou plusieurs de ces éléments associés. Poussée à l'extrême, l'intoxication peut conduire à une overdose, à une morbidité importante et à un risque mortel [27].

Toxicomanie

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), définit la toxicomanie comme étant une envie irrépressible de consommer une substance (alcool ou drogues) ainsi qu'une tendance à augmenter les doses, entraînant une dépendance psychologique et parfois physique. Le fait de continuer cette consommation abusive a des conséquences néfastes sur la santé physique, émotive, sociale et économique des individus et de leurs familles[31].

Sevrage

Il survient à l'arrêt de la consommation d'un produit psychoactif. Le sevrage peut être brutal (arrêt total et immédiat) ou progressif : le consommateur réduit petit à petit sa consommation, parfois avec l'aide d'un traitement de substitution[32].
Ainsi, le sevrage correspond t-il à des effets physiologiques, symptômes et changements de comportement spécifiques aux substances suite à l'arrêt ou la réduction de leur consommation. Pour être classé comme un trouble de sevrage, le syndrome de sevrage doit provoquer une détresse significative du patient et/ou altérer son fonctionnement (p. ex., social, professionnel. L'apparition d'un syndrome de sevrage dépend non seulement de la sensibilité du consommateur au produit ou de la durée de consommation du produit mais dans le cas des substances, la nature de la substance consommée compte pour beaucoup. En effet, certains médicaments, en particulier les opiacés, les sédatifs/hypnotiques et les stimulants, peuvent entraîner des symptômes de sevrage, même lorsqu'ils sont prescrits pour des raisons médicales légitimes et pour des périodes relativement brèves (< 1 semaine pour les opiacés). Toutefois, les symptômes du sevrage qui se développent suite à une utilisation médicale appropriée ne sont pas considérés comme des critères diagnostiques d'un trouble de toxicomanie [32].

Tolérance

Lorsque la consommation des SPA devient récurrente, une même dose du produit entraîne moins d'effets qu'auparavant. S'il veut ressentir à nouveau les effets des premières fois, le consommateur est alors tenté d'accroître les quantités ou la fréquence des prises. C'est la tolérance [27].

1.2. CLASSIFICATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La classification des substances psychotropes a évolué à travers le temps. Cette évolution est marquée par des contributions significatives de divers experts dans le domaine de la pharmacologie et de la psychiatrie [33].

En 1924, Lewin, un pharmacologue allemand, a introduit une classification pionnière des drogues psychotropes basée sur leurs effets psychiques. Il les a organisées en cinq catégories, en utilisant des termes latins pour les décrire :

- **Euphorica** : Ce groupe inclut les substances qui apaisent l'activité mentale en réduisant la perception des sensations, principalement les opiacés, ainsi que la coca et la cocaïne, bien que cette dernière soit paradoxale dans cette catégorie car elle est principalement stimulante.
- **Phantastica** : Il regroupe les produits hallucinogènes d'origine végétale, tels que le peyotl, l'ayahuasca, la mescaline, le chanvre indien, et les solanacées (datura, jusquiame).
- **Inebriantia** : Cette catégorie comprend les substances provoquant une dépression qui peut aller jusqu'à la perte de conscience après une première phase d'excitation, incluant l'alcool, l'éther, le chloroforme, et le protoxyde d'azote.
- **Hypnotica** : Il s'agit des produits calmants et somnifères comme les barbituriques, les bromures, le paraldéhyde, le sulfonal, et le kava.
- **Excitantia** : Ce groupe rassemble les stimulants d'origine végétale qui induisent un état d'excitation sans altérer la conscience, tels que le café, le

thé, le khat, le tabac, la noix de kola, le maté, le cacao, la guarana, et la noix de bétel.

Jean Delay et Pierre Deniker, en 1957, ont proposé une autre classification qui distingue les substances psychotropes selon leur effet sur le système nerveux, validée par le congrès mondial de psychiatrie en 1961, mais les détails spécifiques de cette classification n'ont pas été fournis dans votre texte.

Pélicier et Thuillier ont modernisé en 1991 cette classification en trois grandes catégories :

- **les dépresseurs du système nerveux central :** Ces substances ralentissent le fonctionnement du système nerveux et peuvent entraîner une dépendance physique et des conséquences graves à forte dose.
- **les stimulants :** Ils accélèrent le fonctionnement du système nerveux, pouvant mener à la dépendance, la paranoïa, ou des dépressions graves à long terme.
- **les hallucinogènes ou perturbateurs :** Ils modifient la perception de la réalité et peuvent avoir des effets durables sur la personnalité.

G. Peters, également en 1991, a établi une classification similaire mais distincte, comprenant :

- **les psychostimulants**, qui accélèrent le fonctionnement du système nerveux,
- **les psychédéliques**, qui perturbent le fonctionnement du système nerveux,
- **les psychosédatifs**, qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux,
- **les dépresseurs**, qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux après une phase d'excitation.

En parallèle, une classification juridique basée sur les conventions internationales distingue les stupéfiants et les psychotropes, bien que cette approche soit critiquée pour sa simplification excessive par le milieu médical qui préfère aborder la consommation sous l'angle des problèmes qu'elle pose plutôt

que des catégories de produits.

- **Les stupéfiants** via la convention unique sur les stupéfiants de 1961 qui sont hiérarchisés selon leur dangerosité et leur potentiel médical ;
- **Les psychotropes** via la convention sur les substances psychotropes de 1971.

1.3. NEUROPHYSIOPATHOLOGIE

Le cerveau présente une organisation structurelle et fonctionnelle complexe, avec différentes parties jouant des rôles spécifiques dans le comportement et la pensée. Cette complexité est au cœur de l'addiction, un phénomène qui implique divers circuits neuronaux, notamment ceux liés à la récompense, à la motivation et à la mémoire [34,35].

Système de récompense et dopamine

Un élément clé dans la compréhension de l'addiction est le système de récompense du cerveau, qui est fortement influencé par la libération de dopamine. Toutes les substances psychoactives induisant une addiction agissent sur le circuit de récompense en stimulant la libération de dopamine au niveau du nucleus accumbens. Elles modifient ainsi le fonctionnement de ce système et augmentent la libération de dopamine. Cette stimulation est bien plus intense que celle produite par des récompenses naturelles et entraîne des sensations de plaisir et de satisfaction décuplées conduisant à une focalisation accrue sur la recherche et la consommation de la drogue.

Tolérance et Sensibilisation

L'exposition continue aux substances psychoactives, force le cerveau à s'adapter. Il se développe une tolérance, nécessitant des quantités de plus en plus importantes de la substance pour obtenir le même effet avec réduction de la réponse aux récompenses naturelles. Cette adaptation affecte, non seulement, la capacité du cerveau à ressentir du plaisir en réponse à d'autres stimuli ; mais augmente aussi la réponse aux effets motivationnels des SPA et aux stimuli

associés à leur consommation : c'est la sensibilisation. D'où l'orientation du comportement vers la recherche de ces substances chez le consommateur, contribuant au cycle de l'addiction.

Plasticité synaptique et mémoire

La consommation répétée de SPA entraîne des modifications durables au sein du circuit de récompense et des régions associées, modifiant ainsi les circuits neuronaux liés au plaisir, à la motivation, à la mémoire, au conditionnement, aux fonctions exécutives, au jugement, et au contrôle de soi. En d'autres termes, L'addiction affecte la plasticité synaptique, c'est-à-dire la capacité des connexions neurales à se renforcer ou à s'affaiblir en réponse à l'expérience. Les expériences liées à la consommation de substances peuvent devenir fortement encodées dans la mémoire, rendant les envies et les comportements addictifs difficiles à surmonter.

Craving et Rechute

Le craving, ou envie irrésistible de consommer de nouveau après une période d'abstinence, joue un rôle clé dans la rechute. Les stimuli associés à la consommation de la substance peuvent déclencher une rechute, même après de longues périodes d'abstinence. Ils déclenchent des souvenirs et des réponses émotionnelles qui intensifient le craving et rendent le maintien de l'abstinence particulièrement difficile.

Mécanisme du sevrage

Caractérisé par des manifestations physiques et psychologiques qui survenant lorsque la consommation de la substance addictive est réduite ou arrêtée, les symptômes du sevrage peuvent inclure des sensations de malaise psychique et parfois physique, reflétant un déséquilibre dans le système nerveux central causé par l'arrêt de l'exposition à la substance. Le processus de sevrage implique des modifications dans le circuit de récompense, notamment une diminution de la libération de dopamine dans le nucleus accumbens, conduisant à une diminution des sensations de plaisir et à une augmentation des sentiments de dysphorie. Le

système limbique, impliqué dans la régulation des émotions, est également affecté, contribuant aux symptômes émotionnels négatifs du sevrage. le cerveau adapte sa réponse aux effets de la substance en raison de l'exposition répétée mettant en place les processus de tolérance et de sensibilisation qui occasionnent pour le reste, une tendance à la rechute.

D'un autre côté, le stress joue un rôle crucial dans le sevrage et la rechute. Le sevrage lui-même peut être une source de stress significatif, et les individus en sevrage peuvent être particulièrement sensibles aux facteurs de stress extérieurs. Cela peut activer des régions du cerveau associées à la réponse au stress, comme l'amygdale, exacerbant les symptômes de sevrage et augmentant le risque de rechute. D'ailleurs, le sevrage est souvent accompagné d'un craving intense qui est un important facteur de rechute.

Le système limbique

Il joue un rôle central dans le processus d'addiction. En impliquant des régions telles que l'amygdale, l'hippocampe, et le nucleus accumbens, ce système est crucial pour la régulation des émotions, de la mémoire, et du comportement de récompense et serait intrinsèquement lié au système de récompense. Voici comment le système limbique interagit avec le système de récompense dans le cadre de l'addiction :

- Tout d'abord il faut comprendre que cette liaison se fait par des voies neurologiques qui comprennent le nucleus accumbens, une région clé du circuit de récompense. Le nucleus accumbens, situé dans le système limbique, reçoit des projections dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (ATV) et joue un rôle central dans la sensation de plaisir et la motivation. Cela indique que le système limbique est directement impliqué dans les effets de renforcement positif associés à la consommation de substances addictives, en raison de l'augmentation de la libération de dopamine dans le nucleus accumbens. D'autre part, l'amygdale et l'hippocampe, deux autres composantes majeures du système limbique,

sont essentielles pour la régulation des émotions et la consolidation de la mémoire. Dans le contexte de l'addiction, ces fonctions sont détournées pour renforcer les souvenirs et les émotions associés à l'expérience de consommation de la drogue qui peut augmenter le craving.

- Par ailleurs, le système limbique est également impliqué dans la réponse au stress. Le lien entre le stress et l'addiction étant bien documenté, et le système limbique joue un rôle clé dans la manière dont le stress influence le comportement addictif. Par exemple, l'exposition au stress peut activer l'amygdale, ce qui peut intensifier le craving et le risque de rechute.

En résumé, le système limbique agit en tandem avec le système de récompense pour moduler les expériences émotionnelles et motivationnelles associées à l'addiction. Alors que le système de récompense est directement responsable de la sensation de plaisir et de la motivation à poursuivre la consommation de substances, le système limbique enrichit cette expérience par la régulation émotionnelle, la formation de souvenirs associés à la drogue, et la réponse au stress, exacerbant ainsi le processus d'addiction. Les interactions complexes entre ces systèmes contribuent à la difficulté de surmonter l'addiction, nécessitant une approche globale pour le traitement.

Le cortex préfrontal

Les recherches récentes en neurosciences de l'addiction mettent en lumière le rôle crucial du cortex préfrontal dans le phénomène de "perte de contrôle" caractéristique de l'addiction. Ce rôle est illustré par la modification de son activité chez les personnes addictes : une réduction de son métabolisme en conditions normales, mais une augmentation marquée en réponse à des stimuli associés à la substance d'addiction [36]. Cette modification indique une difficulté du cortex préfrontal à favoriser les récompenses naturelles [37] et à réfréner les comportements de recherche de substances psychoactives. Les substances psychoactives, classées en trois grandes catégories (excitantes, ralentissantes,

hallucinogènes), ont des effets spécifiques sur le comportement, la tolérance, les symptômes de sevrage, ainsi que des effets à court et à long termes variés[38,39].

La figure nº1 illustre le système de récompense avec les principales structures qui y sont associées dans les processus d'addiction.

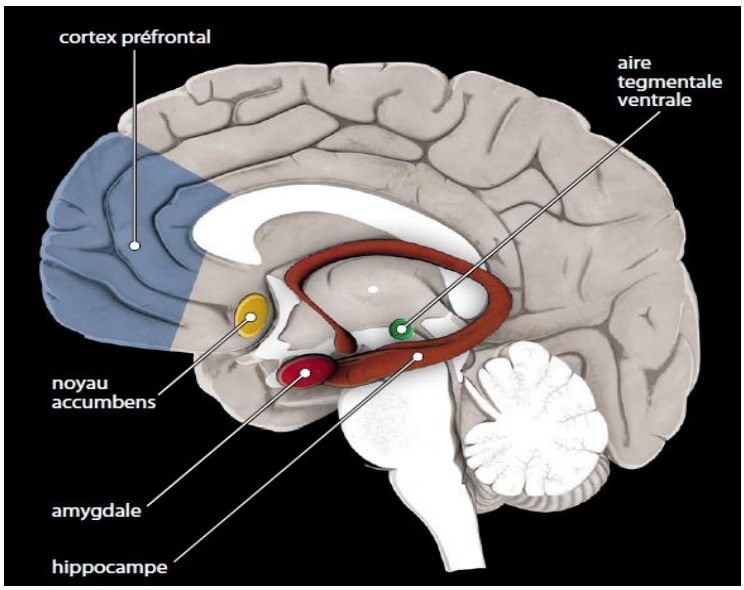


Figure 1 : Représentation schématique du système de récompense [27]

Tableau I : Monographie des substances psychoactives

	Action générale	Action sur le système de récompense	Usage prolongé	Potentiel addictif
Alcool	- Actions sur les systèmes dopamine, sérotonine - Neurones inhibiteurs	- Neurones à dopamine désinhibés - Concentration de dopamine augmentée	- Sensation d'ivresse diminuée - Adaptation du cerveau - Surstimulation lors du sevrage - Volume cérébral diminué - Déficits cognitifs	Modéré/Élevé
Nicotine	- Action sur un type de récepteur cholinergique - Lente dégradation synaptique - Détente, humeur, éveil, plaisir, augmentés - Temps de réaction, anxiété, appétit diminués	- Neurones à dopamine simulés directement - Neurones activateurs des neurones stimulés - Neurones à dopamine désinhibés - Libération de dopamine prolongée - Concentration de dopamine augmentée	- Régulation de la nicotine par l'augmentation du nombre de récepteurs	- Élevé
Cannabis	- Libération modulée de plusieurs neurotransmetteurs - Apprentissage et mémoire péjorés - Contrôle moteur diminué - Perception de la douleur	- Neurone ç dopamine désinhibés - Concentration de dopamine augmentée	- Nombre et sensibilité des récepteurs diminuée	- Modéré/Faible

1.4. DÉTERMINANTS DE L'ADDICTION

1.4.1. Les facteurs individuels influençant la sensibilité addictive

Bien que le phénomène de dépendance survienne de manière systématique après une exposition répétée aux substances psychoactives, le processus ne se poursuit jusqu'à l'addiction que chez certains individus vulnérables. Ni la fréquence des prises ni les quantités de substances consommées ne permettent de rendre compte totalement du fait que certains soient plus vulnérables à l'addiction que d'autres. Ainsi, divers facteurs, tels que la génétique, le stress et l'adolescence, peuvent influencer la sensibilité d'une personne à l'addiction. Ces facteurs peuvent affecter le fonctionnement des circuits neuronaux liés à l'addiction et augmenter le risque de développer des comportements addictifs[27,35].

1.4.2. Les facteurs génétiques

Il existe une grande variabilité interindividuelle dans l'expression des dépendances, ce qui rend difficile l'identification de facteurs étiologiques communs aux différentes pathologies addictives. Cependant, l'approche génomique a permis de mettre en évidence des gènes spécifiquement impliqués dans la vulnérabilité à certaines substances, ainsi que des gènes liés à des processus plus généraux de dépendance. Les facteurs génétiques ont donc une contribution significative dans la vulnérabilité aux addictions.

Les études pangénomiques et les travaux de consortiums nationaux et internationaux ont permis d'établir clairement l'influence des gênes dans le processus en distinguant des gènes de prédisposition aux addictions, notamment au tabagisme. Par exemple, les gènes CHRNA5, CHRNA3, et CHRNB4, impliqués dans la formation des récepteurs nicotiniques, sont associés à une part significative du risque de dépendance au tabac.

De même, les recherches sur l'héritabilité des addictions, indiquent qu'elles ont

une forte composante génétique, avec des héritabilités moyennes d'environ 70% pour la dépendance à la cocaïne et aux opioïdes, 60% pour la dépendance à l'alcool ou au tabac, et 40% pour celle aux hallucinogènes. Cela suggère la possibilité d'identifier des facteurs génétiques à partir de populations de patients dépendants ou de cohortes familiales.

Aussi, des variants spécifiques de certains gènes ont-ils été associés à différentes addictions. Par exemple, des variants des gènes ADH1B et ADH1C, codant pour des enzymes alcool-déshydrogénases, sont associés à la dépendance à l'alcool. C'est ainsi que les gènes ANKK1 et DRD2, impliqués dans la voie dopaminergique, sont associés à un processus plus global de dépendance à des substances psychotropes [40].

Il est impossible de parler des déterminants de l'addiction sans évoquer l'importance des facteurs génétiques. Toutefois, les interactions entre la génétique, l'environnement et les voies neurobiologiques sont complexes et intriquées. Les découvertes génétiques offrent de nouvelles perspectives pour comprendre la vulnérabilité aux addictions et pour le développement de stratégies de prévention et de traitement.

1.4.3. Le Stress

Il existe un lien étroit entre le stress et l'addiction, le stress facilitant l'initiation à la consommation de drogues ainsi que le maintien de cette consommation. En outre, le sevrage brutal de presque toutes les drogues s'accompagne d'une activation des neurones CRF de l'amygdale, une région impliquée dans la peur et l'anxiété, ce qui pourrait expliquer les symptômes émotionnels négatifs ressentis lors du sevrage. Chez les personnes souffrant d'addiction en particulier, la sensibilité au stress persiste bien après l'événement stressant et rend à son tour le sujet plus sensible aux psychotropes en provoquant des anomalies du développement des cellules nerveuses de l'hippocampe et des systèmes de neurotransmission [41,42]. A la longue, le stress devient auto-généré avec une

suractivation de ces neurones qui produisent l'hormone du stress. La production de cette hormone reste ainsi entretenue et la boucle se poursuit [34].

1.4.4. Les risques liés à l'adolescence

La prise répétée de décisions non planifiées en dépit de conséquences ultérieures, est une caractéristique de l'addiction mais cette "désinhibition comportementale" existe dans une moindre mesure chez le sujet sain ; C'est l'impulsivité [43]. La tendance actuelle montre que la première expérimentation de psychotropes se fait de plus en plus précocement, ce qui est excessivement dangereux car le cerveau adolescent (12-25 ans) est beaucoup plus sensible aux effets toxiques et addictifs des substances psychoactives que le cerveau adulte [44]. Il faut savoir que le développement cérébral continue bien au-delà de l'enfance et de l'adolescence. Le cerveau adolescent est encore immature et se caractérise par un remodelage important (croissance du cerveau et établissement de connexions). Des travaux récents d'imagerie cérébrale ont en particulier révélé qu'une des dernières aires cérébrales à être mature est le cortex préfrontal, une aire qui, nous l'avons vu, est impliquée dans le jugement, la prise de décision et le contrôle des émotions [45]. Il est possible que l'immaturité du cerveau explique en partie la prise de risques, la recherche de sensations, et les conséquences qui en résultent [46]. L'exposition aux substances psychoactives durant l'adolescence augmenterait la vulnérabilité aux effets psychotropes et aurait des effets délétères sur le développement cérébral [47]. De plus, les problèmes liés aux substances à l'âge adulte semblent d'autant plus importants que la consommation a commencé tôt [48]. En d'autres termes, une exposition précoce à une substance psychoactive peut augmenter la susceptibilité à l'addiction à l'âge adulte.

1.4.5. L'histoire personnelle

Le génome n'explique pas tout. L'histoire personnelle constitue aussi un facteur dans la vulnérabilité à l'addiction. Il ne s'agit pas simplement de l'effet de l'environnement mais bien de caractéristiques personnelles modelées par

l'environnement. Si un environnement stressant peut faciliter l'apparition ultérieure d'une addiction, des environnements "plaisants" pourraient-ils être protecteurs ? Des souris élevées dans un environnement "enrichi" (vivant en groupe dans de grandes cages avec des objets à explorer régulièrement renouvelés) sont "protégées" des effets addictifs de la cocaïne [72]. Bien que les mécanismes de cette défense restent toujours inconnus, y aurait-t-il là une piste à prendre en considération pour l'Homme ? Une chose est certaine, l'étude de l'addiction ne doit pas faire l'économie des aspects psychologiques et cognitifs, ni négliger l'histoire personnelle et sociale de chaque individu.

La question des inégalités et des vulnérabilités individuelles face à l'addiction n'est pas simple. Il semble en effet qu'elles soient déterminées par l'interaction d'un grand nombre de facteurs biologiques, individuels, environnementaux, sociaux et culturels qui convergent pour augmenter ou diminuer la probabilité qu'un individu développe une addiction. Ainsi, les prises en charge des personnes souffrant d'addiction doivent être efficaces à chaque niveau.

1.5. APPROCHE THERAPEUTIQUE DE L'ADDICTION

Le traitement de l'addiction incorpore des stratégies psychologiques et pharmacologiques pour adresser à la fois les symptômes de sevrage et les causes sous-jacentes de l'addiction. Les interventions psychologiques visent à modifier les comportements et les associations stimulus-réponse liées à l'usage de substances en les remplaçant par d'autres comportements et associations stimulus-réponse suivant les mêmes processus cérébraux touchés par les SPA mais qui n'impliquent ni l'usage de la substance, ni l'appétence. Le sujet désapprend le comportement associé à la substance et apprend d'autres réponses adaptatives. Les traitements pharmacologiques peuvent inclure des médicaments (avec leurs effets secondaires parfois néfastes), pour atténuer les effets de certaines substances et pour traiter les symptômes de sevrage. L'espoir réside dans l'élaboration de composés chimiques agissant en amont de l'effet des

substances, qui réduisent, par exemple, l'appétence ou la recherche compulsive de la substance [27].

La question de l'efficacité du traitement reste cependant délicate. En effet, l'évaluation de son efficacité est souvent basée sur l'arrêt du comportement addictif (abstinence), la diminution de sa fréquence ou des quantités des substances consommées ou la réduction des risques associés à la consommation parfois de façon isolée alors que ces aspects ne constituent qu'une infirme partie de la maladie. On a aussi remarqué que le traitement n'a pas un effet direct sur les dommages cérébraux, parfois irréversibles, occasionnés par les substances et les complications associées à l'addiction. De ce fait, le sujet addict ayant suivi un traitement reste fragile et très exposé au risque de rechutes même après de longues périodes de sevrage : l'un des défis majeurs du traitement. Par ailleurs, l'addiction reste une affection chronique dont le traitement doit absolument tenir compte des comorbidités (physiques et psychiques) qui lui sont associées.
Toutefois, dans l'état d'avancement de la recherche en neurosciences sur les traitements de l'addiction, l'association des thérapies pharmacologiques et psychologiques est le moyen le plus efficace d'aider les patients mais la meilleure approche reste la prévention.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. CADRE D'ÉTUDE

Notre étude a été réalisée au Bénin, dans des écoles et facultés de l'Université d'Abomey-Calavi, sises dans les villes d'Abomey-Calavi et de Cotonou au Bénin.

2.1.1. Présentation du Bénin

Situé en Afrique de l'Ouest, le Bénin couvre une superficie de 114 763 km^2. Il est limité au nord par le Burkina-Faso et le Niger, à l'est par le Nigeria, à l'ouest par le Togo et au sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 kilomètres. Peu accidenté sur le plan géographique, son relief est constitué d'une bande côtière sablonneuse suivie de deux zones de plateau, puis de massif de l'Atacora au Nord où tous les fleuves prennent leur source.

Le Bénin connaît deux types de climat : au sud, un climat subéquatorial caractérisé par deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches. Au nord, un climat tropical, peu humide, avec une saison des pluies et une saison sèche.

2.1.2. Présentation de la ville de Cotonou [50]

- ✓ **Situation géographique**

Bâtie sur le rivage du Golfe de Guinée, au sud de la République du Bénin, la ville de Cotonou est située sur le cordon littoral. Ce cordon s'étend entre le lac Nokoué nord et l'Océan Atlantique au Sud. Elle est comprise entre 6°20 et 6°30 de latitude Nord et entre 2°20 et 2°30 de longitude Est. La ville est coupée en deux par un chenal appelé (lagune de Cotonou), communication directe entre le lac et la mer. Elle est la seule commune du département du littoral, limitée au Nord par la commune de SÔ-Ava et le lac Nokoué, au Sud par l'océan Atlantique, à l'est par la commune de Sèmè-Kpodji et à l'ouest par celle d'Abomey-Calavi. Elle couvre une superficie de 79 km2, dont 70% sont situés à l'ouest du chenal. Les quartiers de l'Est sont reliés à la partie Ouest par trois ponts. Elle compte 144 quartiers de ville regroupés en 13 arrondissements.

- ➢ **Situation démographique**

La population de la ville de Cotonou est de 886.100 habitants en 2011 avec 36,47 %

d'hommes, selon le recensement général de la population en 2013. La population active se trouve essentiellement dans les secteurs tertiaire et secondaire.

- **Situation socio-culturelle**

La ville de Cotonou présente un aspect cosmopolite et regroupe presque toutes les ethnies du pays. Ce phénomène de brassage ethnique est plus ou moins dominé par une ethnie particulière : les fon et apparentés (56,7 %), suivis du groupe des Adja et apparentés (18,3%). Le groupe yoruba (Yoruba, Nago et Idaasha) représente 11,3% de la population et les autres ethnies 13,5 %. A Cotonou, le christianisme est la religion la plus pratiquée avec 57,8 % de catholiques, 5,7 % de protestants, 4,4 % de chrétiens célestes et 7,8 % d'autres chrétiens. L'Islam vient en seconde position avec 14,2 % suivi du Vodoun avec 2,3 %. Les autres religions représentent 7,8 %. Compte tenu de son origine rurale et de son revenu bas, la majorité de la population s'installe de plus en plus sur les terrains très dégradés et insalubres. Le développement rapide des taudis accentue le phénomène d'inondation régulière qui rend difficile l'assainissement de la ville. Cotonou est à la fois une zone de fortes émigrations et immigrations. Ainsi, la majorité des immigrants résidant à Cotonou vient du Département de l'Atlantique (20,2 %).

- **Situation économique**

Les activités pratiquées dans le département du Littoral sont multiples et tournent autour de quelques industries manufacturières, de la pêche, de l'élevage, du jardinage et surtout du commerce.

- **Situation socio-sanitaire**

La ville de Cotonou héberge les plus grandes structures sanitaires du pays. Elle dispose de nombreux centres de soins publics et privés (plus de 300), de l'hôpital de référence qui est le Centre Hospitalo-universitaire (CNHU), sans oublier le Centre Hospitalo-universitaire de la mère et de l'enfant. (CHU-MEL)

2.1.3. Présentation de la ville d'Abomey-Calavi [51]

- **Situation géographique**

La commune d'Abomey-Calavi se situe dans le département de l'Atlantique, au Bénin, couvrant une zone géographique définie entre les latitudes 6°22' et 6°30' Nord et les longitudes 2°15' et 2°22' Est. Elle est bordée au nord par la commune de Zè, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par les communes de Cotonou et So-Ava, et à l'ouest par Ouidah et Tori-Bossito. Avec une étendue de 539 km², Abomey-Calavi représente environ 20 % de la superficie du département de l'Atlantique et 0,47 % du territoire national.

- **Situation socio-démographique**

Sur le plan socio-démographique, la population d'Abomey-Calavi était estimée à 656 358 habitants en 2013, répartis entre 332 784 femmes et 323 574 hommes. La commune est organisée en neuf arrondissements, à savoir : Abomey-Calavi, Akassato, Godomey, Golo-Djigbé, Hèvié, Kpanroun, Ouèdo, Togba et Zinvié. Les groupes ethniques principaux sont les Aïzo et les Fon, avec la présence également des Gouns, Nagos, Toffin, Yorubas, entre autres. La commune est marquée par une diversité religieuse incluant le catholicisme, les croyances traditionnelles, l'islam, entre autres.

L'économie locale repose sur plusieurs piliers tels que l'agriculture, la pêche, la transformation des produits agricoles, l'élevage, l'industrie, le commerce, l'artisanat et le tourisme, faisant d'Abomey-Calavi une commune dynamique et diversifiée sur le plan économique.

2.1.3.1. Présentation de L'Université d'Abomey-Calavi (UAC)

L'université d'Abomey-Calavi (UAC) est une université publique en République du Bénin située dans la commune d'Abomey-Calavi, près de Cotonou, dans le sud du pays. Anciennement appelée Université du Dahomey, elle a été fondée en 1970 et a pour devise Mens Molem Agitat. Comme au Bénin, le régime linguistique qui y est employé est le français. Elle compte 86 694, 963 enseignants ; 865 enseignants chercheurs tous répartis dans :

- **Cinq grandes facultés classiques** dans les domaines du droit, des sciences économiques, des lettres, des sciences sociales et des sciences exactes : Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS) ; Faculté des Lettres, Arts et Communication (FLAC) ; Faculté des Sciences et Techniques (FAST) ; Faculté de Droit et de Sciences Politiques (FADESP) ; Faculté des Sciences Économiques et de Gestion (FASEG).
- **Dix-huit établissements à vocation professionnelle** sont retrouvés à l'université d'Abomey-Calavi. Ils sont localisés à Abomey-Calavi, Cotonou, Porto-Novo, Ouidah, Lokossa et Dangbo : École polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC) ; École nationale d'administration et de magistrature (ENAM) ; Institut de Langue Arabe et de Civilisation Islamique (ILACI) ; Institut de mathématiques et de sciences physiques (SP) ; École nationale d'économie appliquée et de management (ENEAM) ; Institut national de la jeunesse de l'éducation physique et sportive (INJEPS) ; Institut universitaire de technologie (IUT) ; Institut national de l'eau (INE) ; Faculté des sciences de la santé (FSS) ; Faculté des sciences agronomiques (FSA) ; Institut régional de santé publique (IRSP) ; Haute École régionale de commerce international (HERCI) ; École nationale des sciences et techniques de l'information et de la communication (ENSTIC) ; École des sciences et techniques du bâtiment et de la route (ESTBR) ; École normale supérieure (ENS) ; École normale supérieure de l'enseignement technique (ENSET) ; Centre interfacultaire de formation et de recherche en environnement pour le développement durable (CIFRED) ; Centre de formation et de recherche en matière de population (Ceforp) ; Institut de formation et de recherche en informatique (IFRI) ; Centre béninois des langues étrangères (Cebelae).
- **Dix Écoles doctorales** dans les différents domaines scientifiques : École doctorale pluridisciplinaire de la FLASH : espaces, cultures et développement ; chaire UNESCO droit de la personne humaine et de la démocratie ; école doctorale sciences économiques et de gestion ; école

doctorale sciences pour l'ingénieur ; école doctorale sciences de la vie ; école doctorale chimie application ; école doctorale physique mathématique de la matière ; école doctorale mathématique et physique théorique ; école doctorale sciences agronomiques ; école doctorale éducation physique sport et développement humain.

- Soixante-dix-sept laboratoires et centres de recherche
- Un Jardin botanique

L'université d'Abomey-Calavi est une institution pluridisciplinaire. Elle offre des formations dans la quasi-totalité des domaines des sciences et technologies. Les offres de formation sont basées sur le système licence, master, doctorat (LMD). Elle a à sa tête le Professeur Félicien AVLESSI, nommée recteur depuis octobre 2021.

2.2. MÉTHODE D'ÉTUDE

2.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période allant du 1er janvier 2023 au 1er janvier 2024 avec collecte de données sur six semaines.

2.2.2. Population d'étude

La population d'étude était constituée des adolescents et jeunes adultes inscrits dans les écoles et facultés de l'UAC, installées dans les villes de Cotonou et d'Abomey-Calavi.

➢ Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, il a fallu :

- Être inscrit dans l'une des facultés ou écoles sélectionnées de l'UAC dans les villes de Cotonou et d'Abomey-Calavi ;
- Être présent en amphi le jour de l'enquête ;
- Avoir donné son consentement éclairé à participer à l'étude.

➢ Critères de non-inclusion

- Être absent en amphi le jour de l'enquête ;
- Avoir refusé de participer à l'étude ;
- Être en état de santé visiblement défaillant le jour de l'enquête

➢ Critères d'exclusion

Des étudiants ont été exclus d'emblée ou en cours d'enquête sur les critères suivants :

- Avoir refusé de participer à l'étude ;
- Être en état de santé visiblement défaillant le jour de l'enquête ;
- N'avoir pas renseigner le questionnaire de bout en bout ;
- Avoir manifesté le désir de ne plus faire partir de l'étude.

2.2.3. Échantillonnage

➢ Taille d'échantillon

La taille minimale de notre échantillon a été calculée selon la formule de SCHWARTZ. Nous nous sommes basés sur la prévalence (p) de consommateurs réguliers d'alcool en population jeune tirée de l'enquête STEPS 2015 au Bénin.

$$n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

- n = la taille de l'échantillon ;
- z = 1,96 pour un niveau de confiance de 95 % ;
- p = 0,3 correspondant à la prévalence de consommateurs réguliers d'alcool en population jeune tirée de l'enquête STEPS 2015 au Bénin.
- m = 0,05 ; c'est la marge d'erreur tolérée pour notre étude.

$$n = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}3(1-0{,}3)}{0{,}05^2} = \frac{3{,}8416 \times 0{,}3 \times 0{,}7}{0{,}0025} = 322{,}69$$

La taille n de notre échantillon ainsi calculé est de 323.

En considérant qu'on pourrait avoir des questionnaires non répondus, surtout en milieu estudiantin, en fonction de plusieurs aléas, nous avons opté pour marge d'incertitude de 20% (64), la taille maximale de notre échantillon est alors de 387.

➢ Technique d'échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage en grappe, avec une technique spécifique. Dans un premier temps, sur les 20 écoles et facultés de l'UAC ayant leurs sièges dans les villes de Cotonou et d'Abomey-Calavi, neuf (09) établissements ont été sélectionnés par tirage aléatoire simple. Un second tirage aléatoire permettait de sélectionner deux filières dans les universités sélectionnées. Nous avons fini avec la sélection des étudiants proportionnellement aux effectifs dans chaque faculté et école, toute classe ou année d'étude confondue, toujours par tirage aléatoire simple.

- **Sélection des facultés et écoles**

Nous avons listé les noms des 20 écoles et facultés, que nous avons transcrits, unité par unité, sur 20 bouts de papiers que nous avions pliés. Nous avons tiré successivement 9 bouts de papier au sort, sans remise dans le lot. Ce qui nous a donné la liste des écoles et facultés sélectionnées

- **Sélection des filières**

Les 09 écoles et facultés sélectionnées comportent chacune des filières. Nous avons sélectionné les filières par école/faculté, en inscrivant dans un premier temps, sur un bout de papier plié, le nom de chacune des filières de chaque école/faculté, à tour de rôle. Il a été ensuite réalisé un tirage aléatoire sans remise pour sélectionner 02 filières par école/faculté.

- **Sélection des étudiants**

Nous avons à cette étape demandé la liste générale de tous les étudiants des filières sélectionnées dans les facultés et écoles tirées au sort, toute année d'études confondue. Les étudiants ont été à leur tour, sélectionnés proportionnellement à la taille de leur établissement par tirage aléatoire simple. Nous avons eu une répartition selon un quota comme mentionné dans le tableau n°2.

Tableau II : Echantillonnage des étudiants de l'UAC par faculté ou école d'étude

	Effectif total (N) d'étudiants inscrits dans l'école/faculté	Proportion par rapport à l'effectif total de toutes les écoles/facultés (Pr)	Effectif rapporté à la taille de l'échantillon (PrX387)
FLLAC	10183	24,24 %	94
FASEG	8111	19,31%	75
FADESP	7972	18, 98%	73
FAST	7133	16,98%	66
ENA	2035	4,84%	19
EPAC	2016	4,80%	19
ENEAM	1890	4,50%	17
FSS	1665	3,96%	15
FSA	1001	2,38%	9
Total	**42006**	**100,00%**	**387**

Après un pré test sur un groupe de 10 étudiants en médecine, en pharmacie et en agronomie, nous avons réalisé la collecte nous-même en supervisant le remplissage du questionnaire électronique conçu sur le logiciel KoboCollect. La collecte a été faite en parcourant successivement sur huit semaines les écoles ou facultés suivantes : la Faculté des Lettres, Langues, Arts et Communication (FLLAC), la Faculté des Sciences Économiques et de Gestion (FASEG), la Faculté de Droit et Sciences Politiques (FADESP), la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), la Faculté des Sciences et Technique (FAST), l'École Nationale d'Administration (ENA), la Faculté des Sciences Agricoles (FSA), l'École Polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC) et l'École Nationale d'Economie Appliquée et de Management (ENEAM). Au cours de l'enquête proprement dite, nous avons, dans un premier temps, expliqué aux étudiants les objectifs de notre étude et les avantages pour l'amélioration de la prévention et la prise en charge des addictions aux substances psychoactives chez

les jeunes plus précisément chez les étudiants.

Ensuite les étudiants sélectionnés et ayant répondu aux critères d'inclusion ont été soumis à un questionnaire électronique sur KoboCollect dont le lien d'accès leur a été partagé par nous-même. Afin de faciliter l'accès à Internet, aux enquêtés, nous avons mis à leur disposition, pour un usage collectif, un modem wifi approvisionné à nos frais tout au long de l'enquête. Ils ont été appelés à répondre au questionnaire sur leurs téléphones androïdes dans leur amphi ou dans l'enceinte de l'école/la faculté à l'abri des regards pour préserver les informations relevant de leur intimité et en notre présence. La minorité qui ne disposait pas de téléphone androïde, a rempli le questionnaire avec le nôtre. L'activité a duré entre 45 et 60 minutes environ.

2.2.4. Variables étudiées

- **Variable dépendante**

Il s'agit de l'addiction à l'alcool, au tabac, à la drogue

- **Variables indépendantes**

Elles sont multiples et variées, et comprennent :

- Facteurs sociodémographique (âge, sexe, religion, ethnie, niveau de vie, condition de vie, type de famille, niveau économique, job parallèle)
- Connaissances sur les SPA
- Caractéristiques et filières d'études (année d'étude, titre d'inscription, reprise d'année universitaire, absence au cours, financement des études et besoins personnels, stress des études)
- Antécédents (psychiatriques personnels et familiaux, familiaux d'addiction, consommation de SPA dans l'entourage, sensibilisation aux SPA et lieux de sensibilisation)
- Caractéristiques liées à la consommation de SPA (âge d'initiation, lieu d'initiation, raison de l'initiation, types de substance consommées et mode de consommation, fréquence de consommation, raison de la poursuite de la

consommation, nombre de substances consommées, accessibilité des drogues)

- Répercussions sociales (conflits avec l'entourage, exposition aux IST, accident de la voie publique, délinquance, initiation d'autrui etc.)

2.2.5. Outils de collecte

Notre outil de collecte est constitué d'un questionnaire comprenant plusieurs parties :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- un test d'évaluation des connaissances sur l'alcool, le tabac et la drogue
- des échelles inspirées de tests standardisés recommandés par l'office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) pour chacune des substances :

  l'échelle AUDIT ou Alcohol Use Disorders Test, pour tester l'addiction à l'alcool ;

  l'échelle du Fagerström simplifié, pour le tabac ;

  l'échelle DAST-20 ou Drogue Abuse Screening Test, pour tester l'addiction aux drogues illicites et aux médicaments.

Le questionnaire numérisé à l'aide du logiciel KoboToolbox [52], a été notre unique outil de collecte administré aux étudiants enquêtés.

2.2.6. Procédure de la collecte

- **La rubrique des données socio-démographiques et biographiques** des participants a renseigné sur le sexe, l'âge, la nationalité, le département de résidence, le milieu de résidence, le statut matrimonial ; sur les antécédents psychiatriques et les antécédents d'addiction familiaux et personnels des étudiants, sur les modalités des études universitaires, les conditions de vie et sur l'évaluation des connaissances des étudiants à propos des différentes substances psychoactives (alcool, tabac, drogues).

- **L'échelle AUDIT** a été administrée aux étudiants enquêtés pour évaluer le risque d'addiction à l'alcool. Cette échelle comprend 10 questions. Un score

de 7 ou moins pour le sujet de sexe masculin et 6 ou moins pour le sujet de sexe féminin, indique un risque faible ou anodin. Un score compris entre 7 et 12 pour et entre 6 et 12 révèle une consommation à risque ou à problème, selon le sexe (respectivement masculin et féminin). Un score supérieur à 12 indique une alcoolodépendance probable [53].

- **L'échelle du Fagerström simplifié en deux questions** a été administrée aux étudiants enquêtés afin d'évaluer le risque de dépendance au tabac. Un score compris entre 0 et 1 révèle une absence de dépendance. Un score compris entre 2 et 3 révèle une dépendance modérée et un score compris entre 4 et 6, révèle une dépendance forte au tabac [54].
- **L'échelle DAST-20** a été utilisée pour évaluer le risque de dépendance aux drogues illicites chez les étudiants. Un score de 0 correspond à absence d'indication d'abus de substances. Un score de 1 à 2 indique un usage possible de drogues problématiques, nécessitant une investigation plus approfondie. Un score de 3 à 5 révélait un abus de drogue modéré. Un score de 6 à 10 révèle un abus substantiel de drogues. Un score de 11 à 20 révèle un abus sévère de drogues ou une dépendance [55].

2.2.7. Assurance qualité

Les échelles et tests utilisés dans notre étude sont validés et largement utilisés en pratique clinique ailleurs. Ils s'alignent sur les critères diagnostiques du DSM 5 et du CIM10. Les données ont été collectées à la suite d'un questionnaire auto-administré aux étudiants sous notre supervision. Nous nous sommes occupée seule de la collecte des données et avons procédé à leur vérification à la fin de chaque journée de collecte.

2.3. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Le traitement et l'analyse des données obtenues ont été effectués à l'aide du logiciel R version 4.3.2 (R Foundation, Vienna, Austria) [56]. Les données quantitatives ont été résumées en utilisant soit la moyenne et l'écart-type, soit la médiane et l'écart

interquartile, selon leur distribution. Les données qualitatives ont été examinées et exprimées en termes de fréquences et pourcentages. La prévalence de la dépendance à diverses substances psychoactives a été calculée avec un intervalle de confiance de 95%.

Pour comparer les variables dépendantes et indépendantes sur le plan bivarié, le test du Chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher a été employé pour les variables qualitatives, tandis que le test statistique non paramétrique de Wilcoxon a été utilisé pour les variables quantitatives. La régression multivariée avec pénalisation Lasso a été utilisée pour identifier les facteurs liés à la dépendance aux substances psychoactives, en incluant les variables reconnues dans la littérature scientifique comme étant associées à cette dépendance dans le modèle conceptuel de l'étude.

La sélection du paramètre de régularisation lambda dans la régression Lasso a été effectuée via une validation croisée, afin de minimiser l'erreur de prédiction sur un ensemble de validation, avec un choix de lambda basé sur l'erreur minimale plus un écart-type. Ce paramètre lambda a ensuite été utilisé pour déterminer les variables incluses dans le modèle final. L'efficacité du modèle a été évaluée par l'aire sous la courbe ROC (AUC). Les odds ratios pour les variables retenues dans le modèle final, avec leur intervalle de confiance à 95%, ont été détaillés dans le document.

2.4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude a été réalisée dans la confidentialité de l'identité des patients. Des mesures de sécurité strictes ont été appliquées pour assurer cette confidentialité. Les formulaires remplis ont été stockés en lieu sûr. L'accès à la base de données numérique a été strictement limité et réservé à l'équipe de recherche. Cette base a été conservée dans un ordinateur, et protégée par un nom d'utilisateur et un mot de passe. Les fichiers ont été anonymes et codés avant tout transfert par support électronique ou courriel.

Tout enquêté, gardé dans la population d'étude, a signé volontairement et sans contrainte, un consentement éclairé.

2.5. DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE

Nos travaux de recherches ne se sont pas déroulés sans quelques embuches. Nous avons rencontré à plusieurs étapes des difficultés :

1- Au cours de l'élaboration du questionnaire d'enquête, nous avons peiné à trouver des tests d'évaluation des connaissances sur les SPA standardisés et homologués par les institutions compétentes. Le seul test regroupant l'évaluation sur toutes SPA, que nous avons identifié n'était non seulement pas standardisé mais a été élaboré spécifiquement pour le personnel soignant. Il n'était donc pas adapté aux étudiants.
2- Nous avons été confrontée à la lourdeur administrative au niveau de certaines facultés qui ont mis du temps à nous accorder l'accès aux étudiants malgré la soumission de l'autorisation de collecte des données qui nous a été délivrée par le recteur. Nous avons en conséquence, démarré la collecte des données plus tard que prévu initialement, ce qui a ralenti l'enquête, au gré des accords tardifs obtenus dans lesdites facultés.
3- Notre collecte de données a finalement démarré dans une période peu favorable vis-à-vis du chronogramme des activités académiques de l'UAC. C'était la période des évaluations (partiels), précédées et suivies de congés (les congés de noël et les conges pré-partiel et post-partiel), rendant les étudiants peu disponibles donc difficiles d'accès.
4- Nous avons eu des difficultés à isoler les étudiants sélectionnés pour l'enquête, dans un endroit calme, ou ils pourront remplir le questionnaire à l'abri des regards. Ainsi, l'activité s'est souvent déroulée dans les amphithéâtres bondés d'étudiants, au milieu des personnes non sélectionnées tout en nous assurant d'avoir avec un minimum d'intimité.
5- A la rencontre des étudiants, nous nous sommes heurté à une réticence manifeste ou au refus catégorique pour la participation à l'étude dès que le sujet de l'enquête est annoncé. Nous avons eu un faible taux de mobilisation malgré la condition d'anonymat dans le remplissage du questionnaire et les potentiels apports de l'étude

en faveur des étudiants, qui ont été bien exposés. Pour motiver les étudiants à se mobiliser, nous avons dû offrir une collation aux enquêtés surtout les derniers jours de collecte.

6- Vers la fin de l'enquête, le débit du wifi mis à disposition des étudiants pour remplir le questionnaire en ligne était insuffisant pour qu'ils se connectent tous à la fois. Certains étudiants ont dû personnellement activer un forfait internet sur leurs téléphones et d'autres ont attendu la fin du remplissage d'un groupe avant de se connecter à leur tour. L'activité a été beaucoup plus longue et nous avons eu du mal à contrôler exactement l'effectif des enquêtés pour atteindre les quotas dans chaque école/faculté et la taille d'échantillon calculée.

3. RÉSULTATS

Des 387 questionnaires attendus pour l'étude, nous en avons eu 382 entièrement renseignés. Certains étudiants (5) non sélectionnés ont été curieux de savoir ce que contient le questionnaire envoyé à leurs camarades et se sont essayés au remplissage du questionnaire, qu'ils ont obtenu auprès de leurs camarades de filière (FASDEP, EPAC, ENA). D'autres, sélectionnés, n'ont pu renseigner entièrement leurs questionnaires (n=10) ; ils n'ont pu être inclus en fin de compte dans l'étude. Le tableau n°3 donne les précisions sur l'écart entre l'échantillon prévu et l'effectif des enquêtés dont les questionnaires ont été entièrement renseignés.

Tableau III : Taille de l'échantillon prévue et effectif des enquêtés selon les filières des écoles et facultés sélectionnées

	N prévu	N réalisé	Écart
Faculté des Lettres, Langues, Arts et Communication (FLLAC)	94	92	- 2
Faculté de droit et Sciences Politiques (FADESP)	75	77	+2
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)	73	72	- 1
Faculté des Sciences Techniques (FAST)	66	64	- 2
Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC)	19	21	+2
Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENA)	19	20	+1
Ecole National d'Economie Appliquée et de Management (ENEAM)	17	15	- 2
Faculté des Sciences de la Santé (FSS)	15	13	- 2
Faculté des Sciences Agronomiques (FSA)	09	8	- 1
Total	**387**	**382**	**- 5**

3.1. RÉPARTITION DES ÉTUDIANTS DE L'UAC SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les tableaux n°4 et 5 précisent les détails des caractéristiques sociodémographiques des étudiants enquêtés.

Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

	N	%
Sexe		
Féminin	151	39,5
Masculin	231	60,5
Tranche d'âge		
Question non répondue	05	1,3
<15 ans	01	0,3
16-18 ans	62	16,2
19-21 ans	174	45,5
22-25 ans	129	33,8
25-27 ans	05	1,3
28 30 ans	04	1,0
31-35 ans	01	0,3
36-40 ans	01	0,3
Religion		
Catholique	189	49,5
Evangélique	69	18,1
Islam	62	16,2
Christianisme céleste	21	5,5
Autre christianisme	14	3,7
Protestant	13	3,4
Religion endogène	07	1,8
Athée (sans religion)	05	1,3
Autre religion	02	0,6
Rang dans la fratrie		
Aîné(e)	105	27,5
Cadet	244	63,9
Benjamin	26	6,8
Ne sait pas	07	1,8
Situation matrimoniale		
Célibataire	363	95,0
En amitié	13	3,4
Marié et vie en concubinage	06	1,6
Milieu de résidence		
Quartier Précaire	45	11,8
Quartier modeste	244	63,9
Zone résidentielle ou riche	93	24,3
TOTAL	**382**	**100,0**

Tableau V : Répartition des étudiants enquêtés selon les caractéristiques Socio-démographiques des parents ou substituts

	N	%
Personne ayant éduqué l'enquêté		
Parents biologiques	346	90,6
Un autre membre de la famille ou autre personne	27	7,1
Un membre proche de la famille	09	2,4
Type de la famille ayant élevé, l'enquêté		
Monogame	226	59,2
Polygame	114	29,8
Monoparentale	28	7,3
Recomposée	14	3,7
Parent ou autre personne avec qui cohabite actuellement l'enquêté		
Parents ou tuteurs	153	40
Autres étudiants hors université	78	20,4
Membre de la famille	71	18,6
En dehors de l'université en location	59	15,5
Résidence universitaire	19	05
Conjoint ou conjointe	02	0,5
Personne ayant assumé l'éducation de l'enquêté		
Père et mère	274	71,7
Mère seule	51	13,4
Membre de la famille	36	9,4
Père et épouse	11	2,9
Père seul	05	1,3
Mère et époux	05	1,3
Taille du ménage de la famille		
Moins de 6 personnes	108	28,3
6 personnes	70	18,3
Plus de 6 personnes	204	53,4
Niveau économique de la famille		
Supérieur	44	11,5
Moyen	238	62,3
Inférieur	100	26,2
TOTAL	**382**	**100,0**

La figure nº2 met en évidence le niveau d'instruction des éducateurs des enquêtés. Les mères et tutrices instruites se sont majorité, arrêtées au niveau secondaire alors que la plus grande partie n'a pas été scolarisée. La tendance s'inverse en ce qui concerne les pères et les tuteurs.

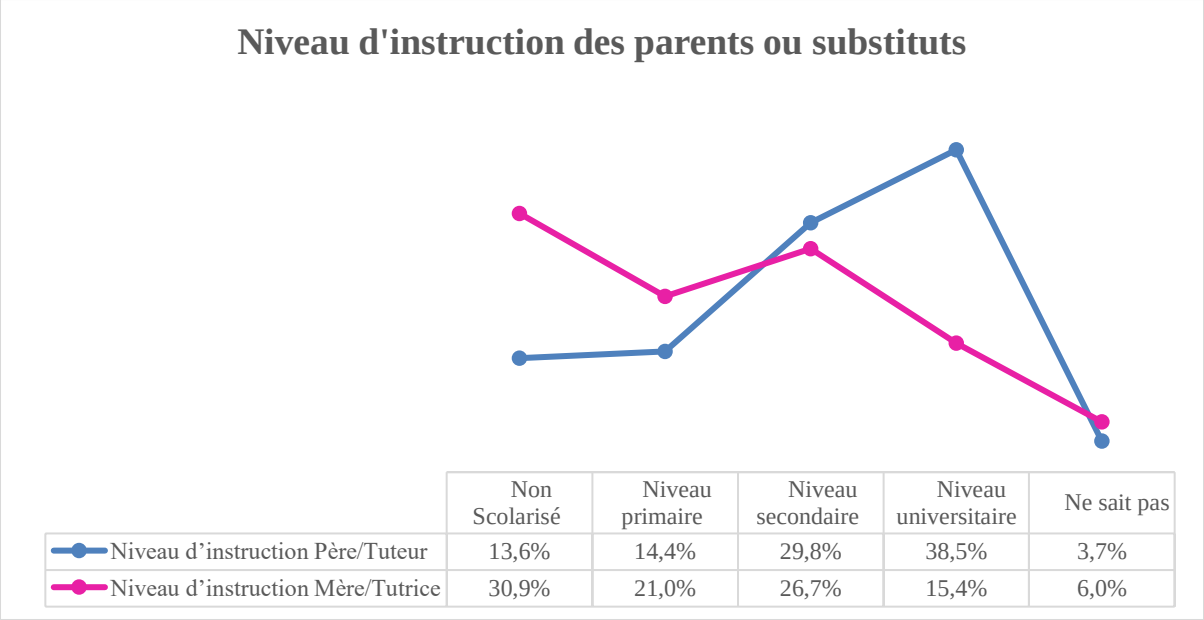


Figure 2 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction des parents ou tuteurs

La prévalence de la consommation des substances psychoactives dans l'entourage a été estimée à 25,9% pour toutes les substances comme décrit dans le tableau nº6.

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon la consommation de SPA dans l'entourage

	N	%
Pas de consommation de SPA	283	74,1
Consommation de SPA	99	25,9
Alcool	83	21.7
Tabac	47	12.3
Drogues	23	06
Total	**382**	**100,0**

3.2. Répartition des étudiants de l'UAC selon caractéristiques liées aux études universitaires

S'agissant de l'année d'étude, du titre d'inscription, de l'âgé d'entrée à l'université et des autres caractéristiques liées aux études universitaires des enquêtés, le tableau nº7 en fait une présentation détaillée.

Tableau VII : Répartition des étudiants de l'UAC selon les caractéristiques liées aux études universitaires, en 2023

	N	%
Année d'étude		
Licence 1	141	36,9
Licence 2	97	25,4
Licence 3	126	33
Master 1	03	0,8
Master 2	15	3,9
Titre d'inscription		
Bourse/Secours	200	52,4
Sponsoring	125	32,7
Dérogation	57	14,9
Reprise d'année		
Jamais	306	80,1
1 à 3 fois	75	19,6
4 fois et plus	01	0,2
Stress des études		
Études stressantes	207	54,2
Études non stressantes	175	45,8
Financement des études et besoins personnels		
Parents	332	86,9
Fond propre	81	21,2
Famille	33	8,6
Autre	9	2,4

Tableau VII (suite et fin) : Répartition des étudiants de l'UAC selon les caractéristiques liées aux études universitaires, en 2023

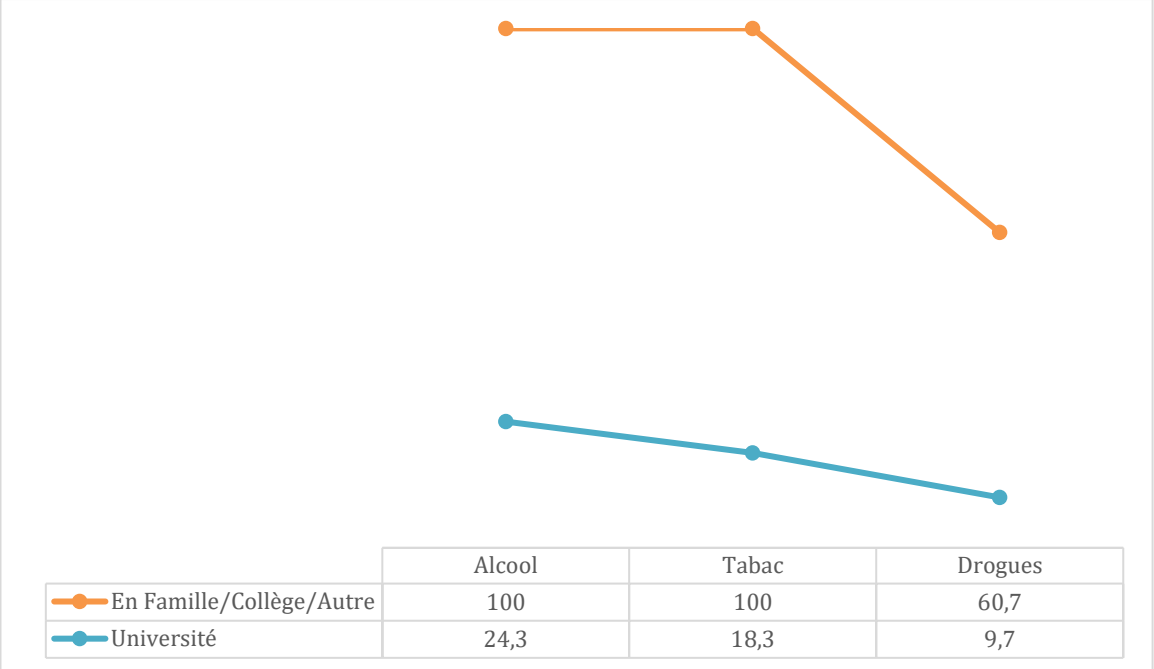
	N	%
Âge d'entrée à l'université		
Moins de 18 ans	157	42
Plus de 18 ans	220	58
Nombre d'années passée à l'université		
Moins de 3 ans	309	81
Plus de 3 ans	73	19
Absence aux cours les 30 derniers jours et raisons évoquées		
Oui	70	18,3
R1 : Maladie	25	6,5
R2 : Fugue	06	1,6
R3 : Autres	39	10,2
Total	**382**	**100,0**

3.3. Répartition des étudiants de l'UAC selon les antécédents chez les enquêtés

Les antécédents de divers types ont été explorés chez les participants de l'étude, incluant les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, ainsi que les antécédents familiaux d'addiction. L'intégralité de ces informations se retrouve dans le tableau nº8. Et les figures nº 3 et 4

Tableau VIII : Répartition des étudiants de l'UAC selon leurs antécédents

	N	%
Antécédents psychiatriques personnels		
Oui	13	3,4
Antécédents psychiatriques familiaux		
Troubles anxieux	16	4,2
Dépression	26	6,8
Schizophrénie	02	0,5
Autres	23	06
Antécédents familiaux d'addiction		
Oui	99	26
Alcool	83	21,8
Tabac	47	12,3
Drogue	23	06



	Alcool	Tabac	Drogues
En Famille/Collège/Autre	100	100	60,7
Université	24,3	18,3	9,7

Figure 3 : Répartition des étudiants de l'UAC selon le milieu de sensibilisation aux SPA

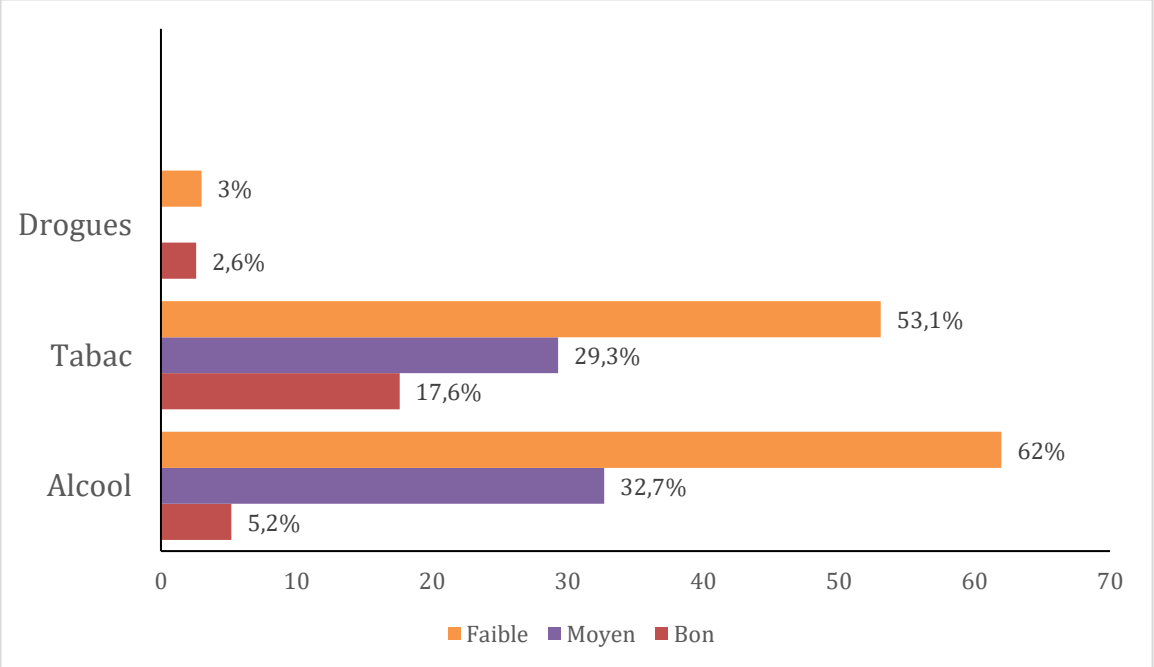


Figure 4 : Répartition des étudiants de l'UAC selon le niveau de connaissance sur les SPA en 2023

3.1. Consommation des substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC en 2023

En ce qui concerne la consommation des substances, les habitudes des étudiants changent selon la nature des substances comme l'indiquent les figures nº 5,6 et 7

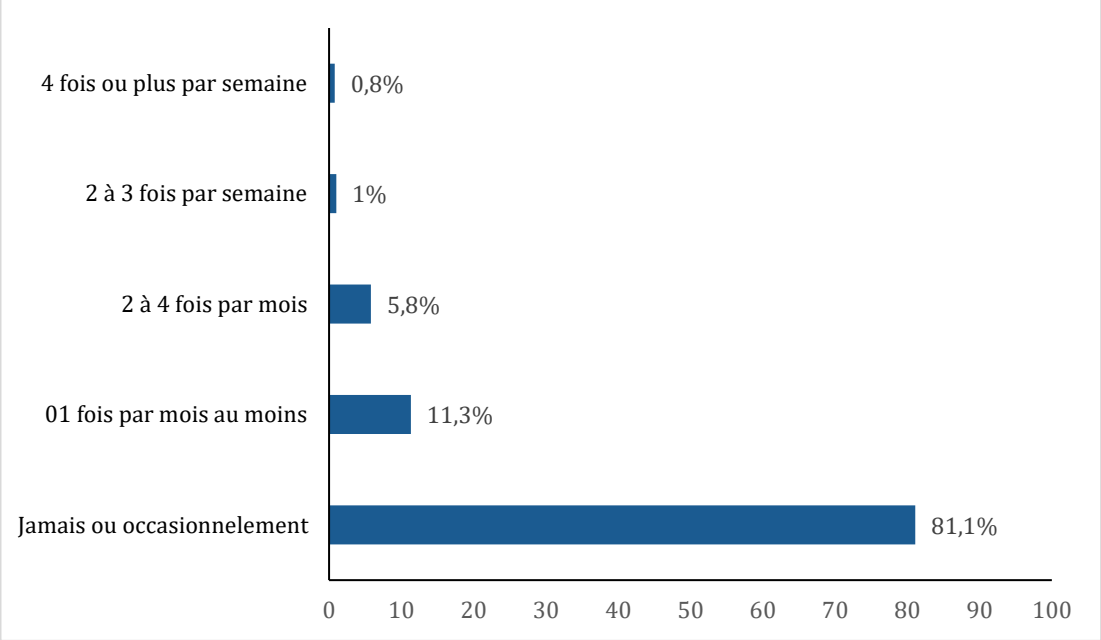
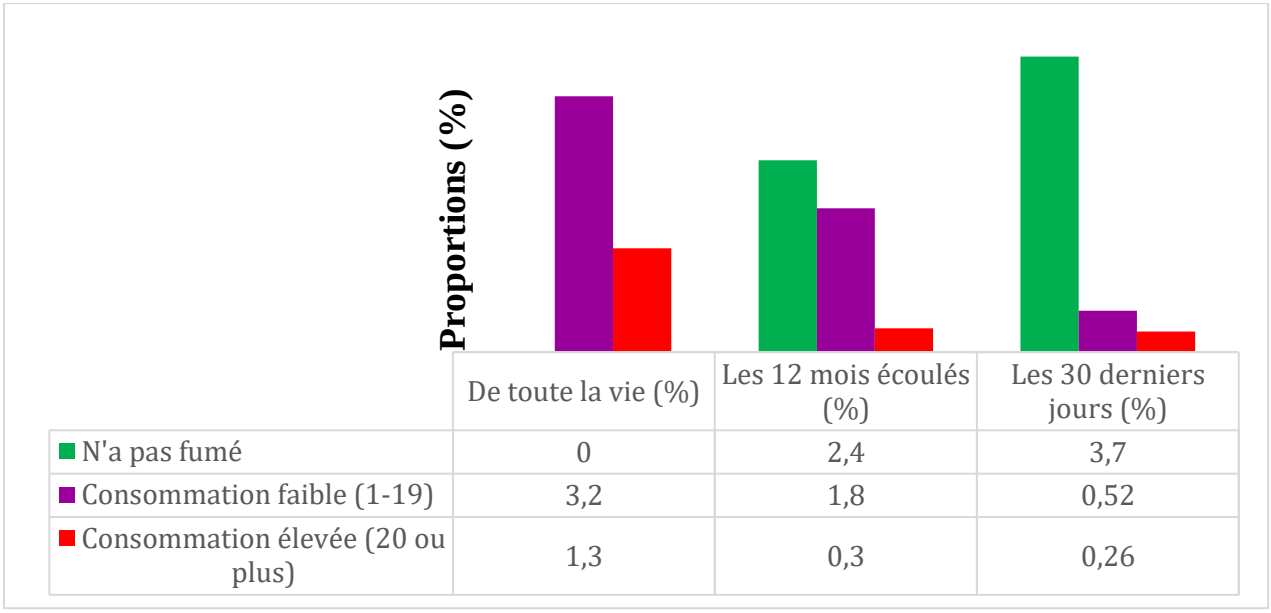


Figure 5 : Fréquence de consommation d'alcool chez les étudiants de l'UAC en 2023



	De toute la vie (%)	Les 12 mois écoulés (%)	Les 30 derniers jours (%)
N'a pas fumé	0	2,4	3,7
Consommation faible (1-19)	3,2	1,8	0,52
Consommation élevée (20 ou plus)	1,3	0,3	0,26

Figure 6 : Fréquence de consommation et quantité de tabac consommée chez les étudiants de l'UAC en 2023

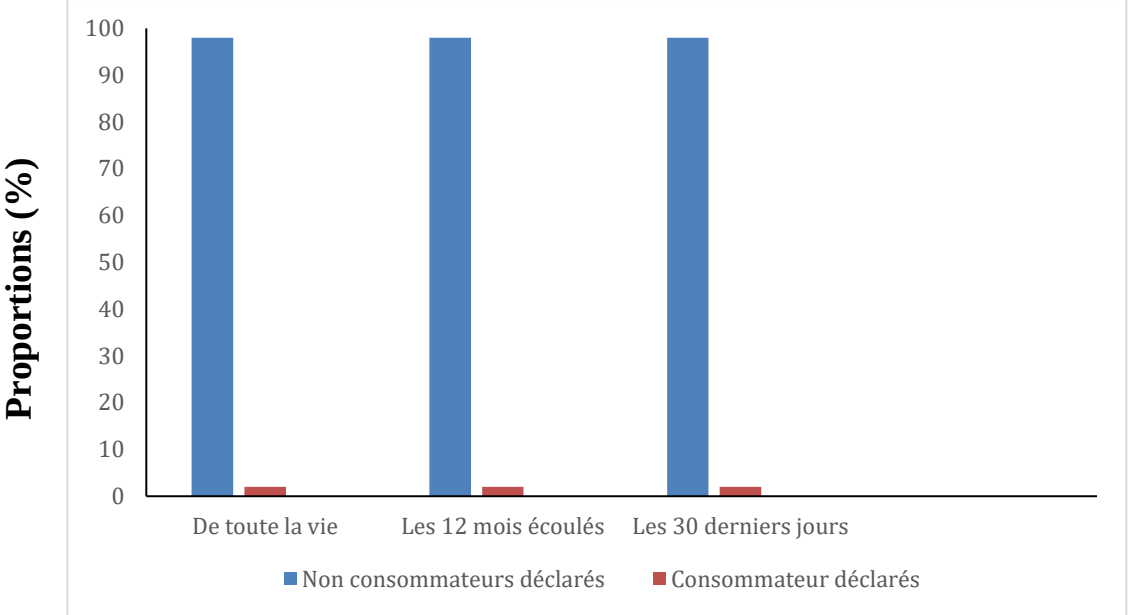


Figure 7 : Consommation de drogue chez les étudiants de l'UAC en 2023, selon la fréquence

3.1.1. Facteurs liés à la consommation d'alcool

Les consommateurs d'alcool déclarés constituaient 76,70% de notre population étudiée avec 76,6% ayant eu au moins un épisode de forte alcoolisation (consommation de six verres au moins au cours d'une même occasion). Les autres facteurs spécifiques à la consommation d'alcool sont exposés dans le tableau nº 9 et les figures nº 8 et 9

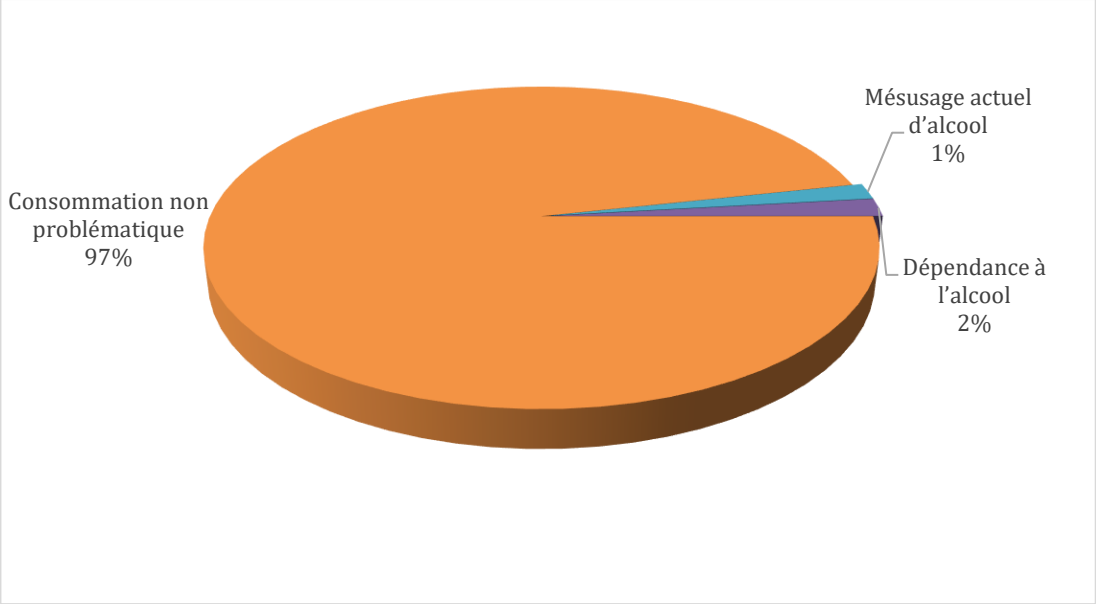


Figure 8 : Répartition des étudiants selon l'addiction à l'alcool

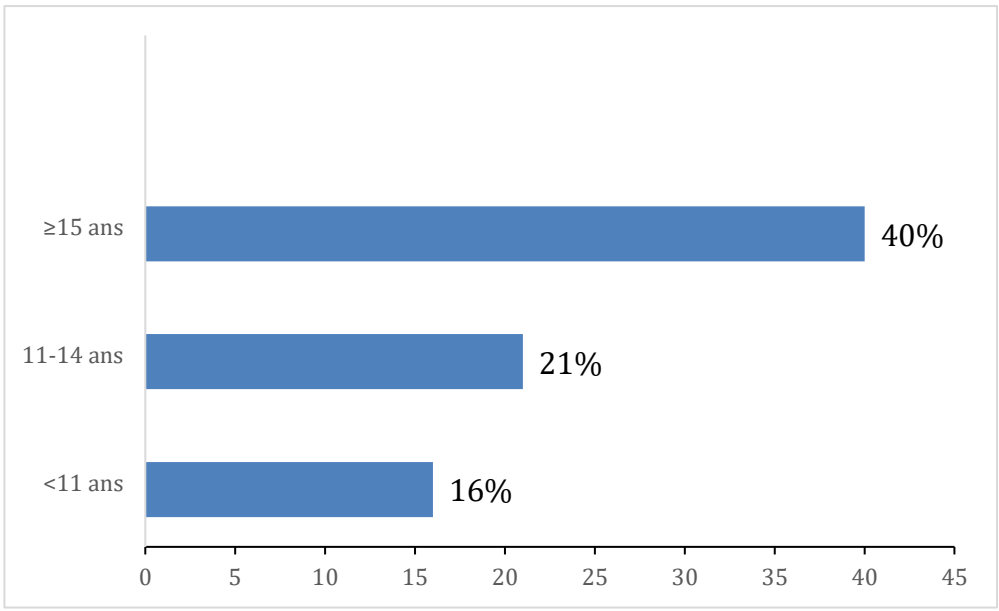
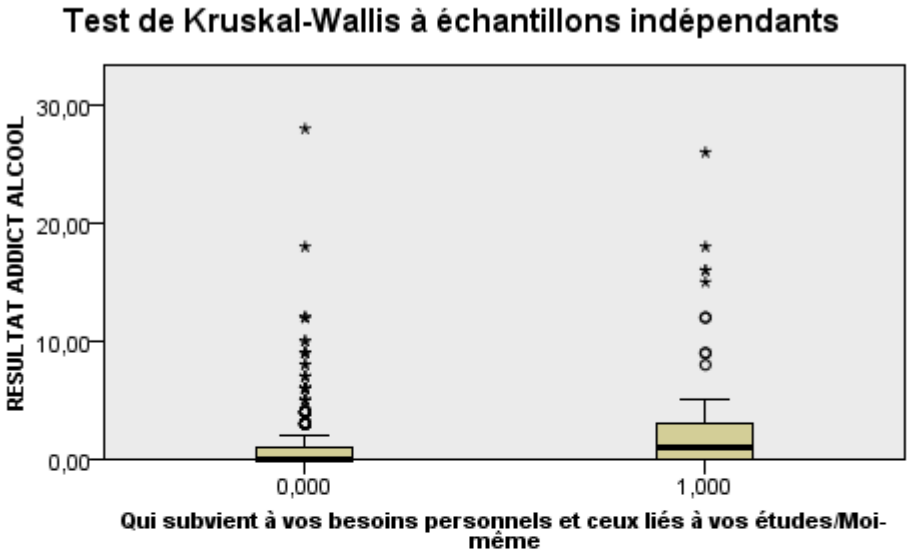


Figure 9 : Répartition des étudiants usagers d'alcool selon l'âge de la première consommation

Tableau IX : Autres facteurs liés à la consommation d'alcool chez les étudiants de l'UAC en 2023

	N	%
Consommation d'alcool		
Oui	89	23,3
Non	293	76,7
Cadre de la première consommation		
Maison	245	64
École/Collège	10	2,6
Université	02	0,5
Facteurs encourageant la première consommation		
Membre de la famille	60	20
Amis	37	13
Problèmes familiaux	02	0,7
Problèmes personnels	05	1,7
Problèmes scolaires	03	1,0
Recherche de sensation particulière	06	2
Curiosité	127	43
Autres	12	4,1
Aucun	41	14
Initiation d'autrui		
Oui	35	9,2
Non	346	90,8

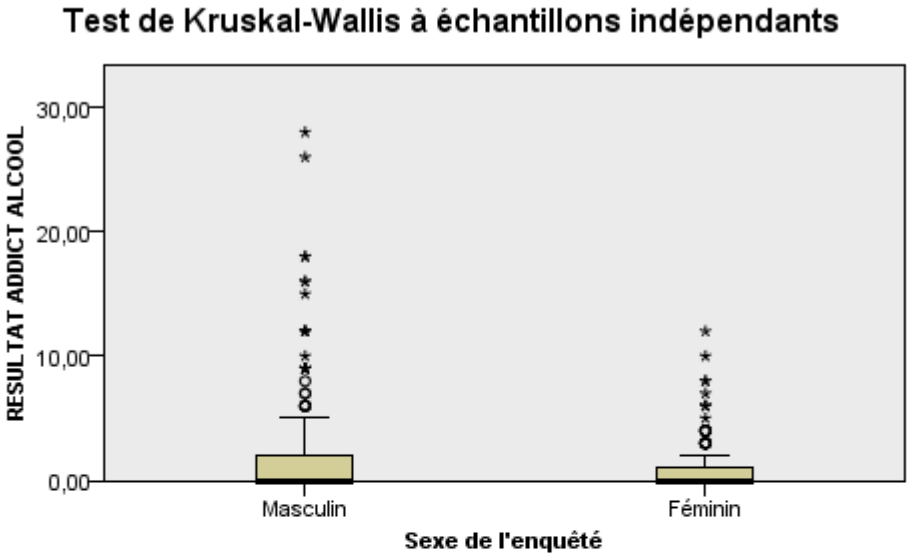
Quelques associations ont été retrouvées entre l'addiction à l'alcool et certaines caractéristiques (financement des études et besoin personnels par l'étudiant et le sexe masculin), grâce au test non paramétrique de KRUSKAL-WALLIS comme l'exposent les figures nº 10 et 11



N Total	382
Statistique de test	8,315
Degrés de liberté	1
Sig. asymptotique (test bilatéral)	,004

1. La statistique de test est réglée pour les ex aequo.
2. Aucune comparaison multiple n'est effectuée car il y a moins de trois champs de test.

Figure 10 : Association de l'addiction a l'alcool avec le financement des études et besoins des étudiants sur fond propre (Test de KRUSKAL-WALLIS)



N Total	382
Statistique de test	8,622
Degrés de liberté	1
Sig. asymptotique (test bilatéral)	,003

1. La statistique de test est réglée pour les ex aequo.
2. Aucune comparaison multiple n'est effectuée car il y a moins de trois champs de test.

Figure 11 : Association de l'addiction a l'alcool aux sexes des enquêtés (Test de KRUSKAL-WALLIS)

3.1.2. Facteurs liés à la consommation de tabac

Selon le score du Fagerström, une grande partie de la population (98,95%) ne présentait pas de dépendance au tabac, bien qu'une dépendance modérée ait été identifiée chez 1,05% des participants, soit 23,52% des consommateurs de tabac. Le tableau nº 10, les figures n°12 et 13 illustrent les facteurs liés à la consommation de tabac parmi les étudiants de l'UAC.

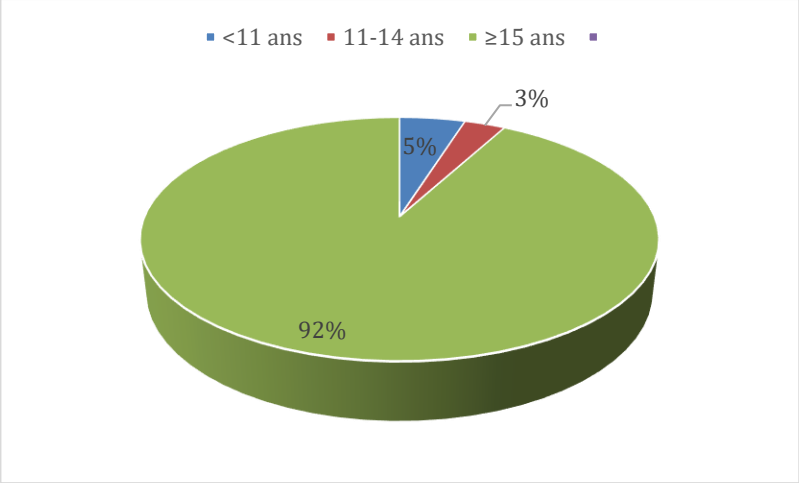
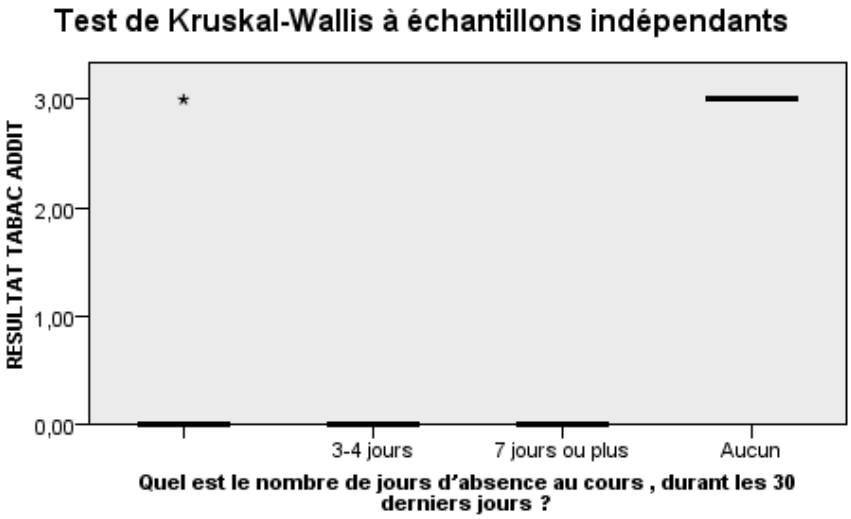


Figure 12 : Répartition des étudiants fumeurs selon l'âge de la première consommation du tabac

Tableau X : Facteurs liés à la consommation de tabac chez les étudiants de l'UAC en 2023

	N	%
Types de Tabac consommés		
Cigarette	10	2,6
Chicha	03	0,8
Tabac à chiquer	01	0,3
Tabac à rouler	02	0,5
Cadre de la première consommation		
Maison	10	2,4
École/Collège	01	0,3
Université	01	0,3
Rue /Occasion en dehors de la maison	05	1,3
Facteurs encourageant la première consommation		
Amis	10	2,6
Problèmes scolaires	01	0,3
Recherche de sensation particulière	02	0,5
Curiosité	04	1,0
Initiation d'autrui		
Oui	10	2,6
Non	371	97,4



N Total	17
Statistique de test	12,033
Degrés de liberté	3
Sig. asymptotique (test bilatéral)	,007

1. La statistique de test est réglée pour les ex aequo.

Figure 13 : Association de l'addiction au tabac avec le nombre de jours d'absence au cours chez les étudiants enquêtés (Test de KRUSKAL-WALLIS)

3.1.3. Facteurs liés à la consommation de drogue

Sur les 382 étudiants interrogés, seulement 8, soit 2,10%, ont déclaré avoir consommé des drogues au moins une fois dans leur vie. La figure nº 14 et les tableaux nº11 et 12 mettent en évidence les facteurs caractérisant la consommation de drogues chez les étudiants enquêtés.

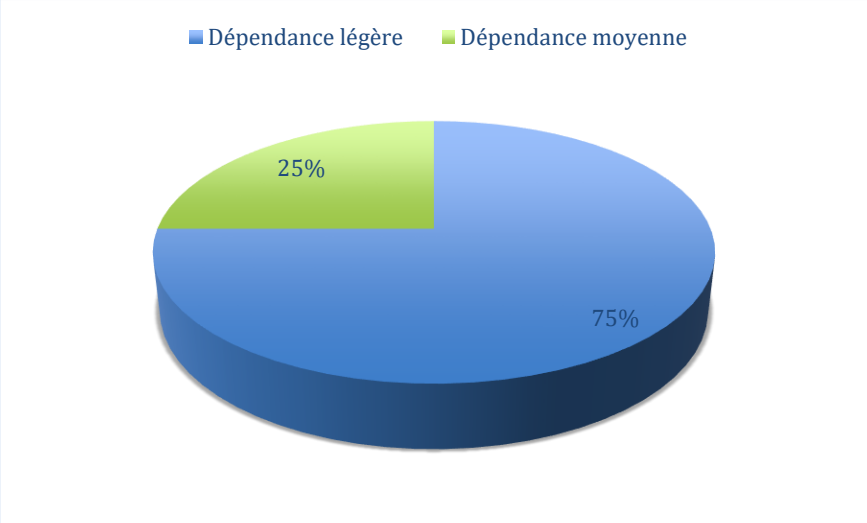


Figure 14 : Répartition des étudiants consommateurs de drogues selon la dépendance aux drogues

Tableau XI : Facteurs liés à la consommation de drogue chez les étudiants de l'UAC en 2023

	N	%
Mode de consommation		
Orale	01	13
Fumé	01	13
Plusieurs modes	06	75
Drogue consommée en premier		
Cannabis/Haschisch	05	63
Cocaïne/Crack	01	13
Amphétamines et Stimulants	01	13
Inconnu	01	13
Cadre de la première consommation		
Maison	07	87,5
Rue/Occasion en dehors de la maison	01	12,5
Facteurs encourageant la première consommation		
Membre de la famille	01	13
Amis	03	38
Problèmes personnels	01	13
Autres	01	13
Facteurs multiples	02	25

Tableau XII : Accessibilité des drogues a l'UAC selon les étudiants et taux d'initiation d'autrui par les étudiants consommateurs en 2023

	N	%
Initiation d'autrui		
Oui	10	2,6
Se procurer des drogues est		
Très facile	54	14,2
Facile	93	24,4
Difficile	106	27,8
Très difficile	128	33,6
Lieu où se procurer des drogues		
A l'intérieur de l'Université	64	16,8
A Proximité de l'Université	122	32,0
Loin de l'Université	195	51,2

3.2. Association entre les caractéristiques socio-démographiques et l'addiction

La recherche des caractéristiques socio démographiques associés aux différentes addictions au moyen de test de chi carré de Pearson a révélé plusieurs associations entre l'existence d'une addiction et certaines caractéristiques précédemment documentées. Le tableau nº 13 résume ces informations.

Tableau XII : Association entre les caractéristiques socio-démographiques et l'addiction chez les étudiants de l'UAC en 2023

	Addiction aux SPA		
	Présence d'addiction	**Absence d'addiction**	**p-value**
Sexe			0,082
Masculin	148 (40%)	3 (19%)	
Féminin	218 (60%)	13 (81%)	
Âge moyen	20.86 (2,71)	21.47 (2,45)	0,2
Milieu de résidence			0, 8
Quartier riche	276 (75%)	13 (81%)	
Quartier modeste/pauvre	90 (25%)	3 (19%)	
Mode de résidence			**0, 005**
Seul à l'UAC	52 (14%)	7 (44%)	
Seul hors de l'UAC	17 (4,6%)	2 (13%)	
Membre de la famille	220 (60%)	6 (38%)	
Colocation avec étudiants	77 (21%)	1 (6,3%)	
Type de famille			0,8
Benjamin	24 (6,6%)	9 (56,3%)	
Niveau économique famille			0,6
Supérieur	41 (11%)	3 (19%)	
Moyen	229 (63%)	9 (56%)	
Inférieur	96 (26%)	4 (25%)	
Consommation de SPA dans l'entourage			**0,04**
Oui	91 (25%)	8 (50%)	
Non	275 (75%)	8 (50%)	

3.3. Association entre les caractéristiques liées aux études universitaires et l'addiction aux SPA

La recherche d'une association entre les caractéristiques liées aux études universitaires et l'addiction aux substances psychoactives au moyen de test de chi carré de Pearson a révélé une association entre l'addiction et la reprise d'année (p=0,001) d'une part et l'absentéisme d'autre part. (p<0,001) (Tableau nº 14).

Tableau XIII : Association entre les caractéristiques liées aux études l'addiction aux SPA chez les étudiants de l'UAC en 2023

	Addiction aux SPA		
	Présence d'addiction	**Absence d'addiction**	**p-value**
Titre d'inscription			0.087
Boursier	195 (53%)	5 (31%)	
Sponsoring	119 (33%)	6 (38%)	
Dérogation	52 (14%)	5 (31%)	
Année d'étude			0.093
Licence 1	137 (37%)	4 (25%)	
Licence 2	93 (25%)	4 (25%)	
Licence 3	119 (33%)	7 (44,3%)	
Master 1	3 (0.8%)	0 (0%)	
Master 2	14 (3.8%)	1 (6.3%)	
Reprise d'année			**0.001**
Non	299 (82%)	7 (44%)	
Oui	67 (18%)	9 (56%)	
Stress des études			0.2
Études stressantes	196 (54%)	11 (69%)	
Études non stressantes	170 (46%)	5 (31%)	
Financement des études et besoins personnels			0.12
Moi-même	75 (20%)	6 (38%)	
Autres	291 (80%)	10 (63%)	
Absence aux cours les 30 derniers jours et raisons évoquées			**<0.001**
Oui	61 (17%)	9 (56%)	
Non	305 (83%)	7 (44%)	
Âge d'entrée à l'université			0,9
<18	151 (42%)	6 (40%)	
18	211 (58%)	9 (60%)	
Nombre d'années passée à l'université			**0.004**
Moins de 3 ans	301 (82%)	8 (50%)	
Plus de 3 ans	65 (18%)	8 (50%)	

3.5. Association entre les antécédents et l'addiction aux SPA

La recherche d'une association entre les antécédents et l'addiction aux substances psychoactives au moyen de test de chi carré de Pearson a révélé une association entre l'addiction et les antécédents psychiatriques personnels (p=0,013), les antécédents familiaux d'addiction (p=0,019) (tableau nº 15).

Tableau XIV : Association entre les antécédents et l'addiction aux SPA

	Addiction aux SPA		
	Présence d'addiction	**Absence d'addiction**	**p-value**
Antécédents psychiatriques personnels			0.013
Oui	10 (2.7%)	3 (19%)	
Non	356 (97%)	13 (81%)	
Antécédents psychiatriques familiaux			0.3
Oui	55 (15%)	4 (25%)	
Non	311 (85%)	12 (75%)	
Antécédents familiaux d'addiction			0.019
Oui	66 (18%)	7 (44%)	
Non	300 (82%)	9 (56%)	
Sensibilisation aux SPA			0.9
Oui	176 (48%)	8 (50%)	
Non	190 (52%)	8 (50%)	
Niveau de Connaissance des SPA			0.6
Alcool			–
Bon (≥8/11)	15 (4.1%)	1 (6.3%)	
Moyen (6-7/11)	85 (23%)	4 (25%)	
Faible (<6/11)	266 (73%)	11 (69%)	
Tabac			0.13
Bon (≥13/18)	23 (6.3%)	3 (19%)	
Moyen (9-12/18)	93 (25%)	4 (25%)	
Faible (<9/11)	250 (68%)	9 (56%)	
Drogues			>0.9
Bon (≥2/3)	36 (9.8%)	1 (6.3%)	
Faible (<2/3)	330 (90%)	15 (94%)	

3.6. Analyse multivariée des facteurs liées à l'addiction chez les étudiants de l'UAC en 2023

Dans l'analyse présentée dans le tableau nº16, certains facteurs sont significativement associés à l'addiction. Les antécédents psychiatriques personnels montrent une forte association avec un risque d'addiction, avec un Odds Ratio (OR) de 22.1 et une valeur de p de 0.005. De même, la reprise d'une année universitaire et l'absence aux cours durant les 30 derniers jours sont associées de manière significative à l'addiction, avec des OR de 6.92 (p=0.003) et de 9.29 (p<0.001) respectivement. Cependant, l'addiction dans la famille, le nombre d'années passées à l'université et les niveaux de connaissance sur l'alcool, le tabac et les drogues n'ont pas montré d'association significative avec le risque d'addiction, comme le reflètent leurs valeurs de p respectives (0.11 pour l'addiction dans la famille ; 0.6 pour le nombre d'années passées à l'université ; 0.7 et 0.8 pour les connaissances sur l'alcool, 0.3 et 0.6 pour le tabac, et 0.5 pour les connaissances sur les drogues). Contre toute attente, un accès difficile ou moyen aux drogues serait associé à l'addiction (tableau nº17).

Tableau XV : Association entre les caractéristiques liées à la consommation des SPA et l'addiction aux SPA

	OR	[95%IC]	p-value
Antécédents psychiatriques personnels	**22.1**	**2.29, 194**	**0.005**
Addiction dans l'entourage	3.73	0.76, 20.0	0.11
Reprise d'année universitaire	**6.92**	**1.99, 26.7**	**0.003**
Absence au cours des 30 derniers jours	**9.29**	**2.60, 37.9**	**<0.001**
Connaissance alcool			
Bon	—	—	
Moyen	0.65	0.05, 16.9	0.8
Faible	0.61	0.06, 14.4	0.7
Connaissance tabac			
Bon	—	—	
Faible	0.39	0.06, 3.56	0.3

Tableau XVI : Connaissances sur les SPA, accessibilité des lieux de procuration, antécédents familiaux de consommation et nombre d'années à l'UAC

	OR	[95% IC]	p-value
Connaissance sur les drogues			
Bonnes connaissances	—	—	
Faibles connaissances	2.27	0.28, 52.5	0.5
Accessibilité des lieux de procuration de drogue			
Facile	0.24	0.05, 1.2	0.082
Moyen	0.01	0, 0.24	**0.004**
Difficile	0,02	0, 0.19	**0.001**
Absences au cours	15,74	2.79, 88.93	**0.002**
Antécédents de consommation chez les parents			
	4,94	1.16, 21.09	**0,031**
Nombre d'année passées à l'université (>3)			
	1.70	0.25,12.1	0.6

4. DISCUSSION

4.1. Atteinte des objectifs et vérification des hypothèses

Notre étude visait à identifier les déterminants psycho-socio-culturels des addictions aux SPA parmi les étudiants de l'UAC. En recrutant un échantillon de 382 étudiants et en analysant leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs habitudes de consommation, et leurs antécédents familiaux et personnels, nous avons réussi à atteindre cet objectif général.

Sur le plan des objectifs spécifiques, l'étude a réussi à identifier les pratiques addictives des étudiants de l'UAC et les cas d'addiction, à évaluer leurs connaissances sur les SPA, déterminer les risques d'addiction en fonction de divers facteurs, et rechercher les facteurs liés au cadre et aux études universitaires ainsi que les conditions de vie associées à l'addiction.

Les hypothèses formulées ont été largement vérifiées. Par exemple, l'hypothèse selon laquelle les cas d'addiction aux SPA sont fréquents et précoces chez les jeunes étudiants a été confirmée par les données, montrant une consommation élevée d'alcool et une initiation précoce aux SPA.

L'impact négatif du manque d'information et d'éducation sur les SPA a été mis en évidence par le faible niveau de connaissances des étudiants sur les risques liés à la consommation de SPA.

Les facteurs tels que l'âge d'entrée à l'université, le nombre d'années d'études, le cadre et les conditions de vie des apprenants ont tous été associés à des variations dans la consommation de SPA, confirmant les hypothèses relatives à ces facteurs.

4.2. Qualité et validité des données

La méthodologie employée, comprenant un échantillonnage en grappe et l'utilisation d'outils de collecte numérique, a contribué à la qualité des données recueillies. La diversité des facultés et des niveaux d'étude inclus assure une bonne représentativité de la population étudiante de l'UAC.

L'utilisation de questionnaires standardisés et validés (comme l'AUDIT, le

Fagerström, et le DAST-20) renforce la validité des données, particulièrement en termes de dépendance et de consommation de SPA.

Cependant, la validité des données peut être affectée par le biais de désirabilité sociale, où les participants pourraient sous-déclarer leur consommation de SPA ou leurs comportements associés.

4.3. Difficultés et limitations

Une limitation notable de cette étude est la potentielle sous-déclaration de la consommation de SPA due à la stigmatisation ou à la réticence à admettre un comportement socialement réprouvé.

La sensibilisation variable aux SPA en milieu universitaire et familial suggère des disparités dans l'exposition à l'information, ce qui pourrait affecter la généralisabilité des résultats à d'autres populations étudiantes.

La collecte de données uniquement auprès d'étudiants présents en amphithéâtre pourrait introduire un biais, car ceux qui manquent fréquemment les cours (potentiellement un groupe à risque plus élevé d'addiction) pourraient ne pas avoir été inclus.

L'étude se concentre sur l'UAC et pourrait ne pas refléter la situation dans d'autres universités ou régions, limitant la portée des conclusions à l'échelle nationale ou régionale.

Pour surmonter certaines de ces limitations dans les recherches futures, il serait bénéfique d'élargir l'échantillonnage à d'autres universités, d'inclure des méthodes qualitatives pour une compréhension plus approfondie des dynamiques de consommation de SPA, et d'adopter des stratégies pour minimiser le biais de désirabilité sociale.

Pour la suite de notre discussion, nous allons d'abord présenter et commenter les pratiques addictives par type de substances psychoactives à l'UAC en 2023 tout en mettant l'accent sur l'initiation précoce des étudiants aux substances

psychoactives. Ensuite, nous discuterons les résultats de l'évaluation des connaissances des étudiants de l'UAC par rapport aux substances psychoactives en général et par type de substance en 2023 et rechercherons les facteurs liés au cadre universitaire et aux études universitaires qui sont associés à l'addiction aux substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC. Puis enfin nous allons décrire les facteurs liés aux conditions de vie et au mode de vie associés à l'addiction aux substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC. Nous mettrons l'accent sur l'âge précoce d'entrée à l'université

4.4. Conduites addictives aux substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC en 2023

4.4.1. Alcool

Notre étude a révélé que 76,70 % des étudiants sondés consomment de l'alcool. Parmi eux, 57,6 % le font de manière occasionnelle, 12 % au moins une fois par mois, et 6,8 % de façon hebdomadaire régulière. Seuls 0,8 % en consomment tous les jours, mais une grande majorité (76,6 %) admet avoir expérimenté des épisodes de forte consommation d'alcool plus d'une fois. Cependant, les tests de dépendance ont montré des taux relativement bas de mésusage (1,8 %) et d'addiction (1,6 %) à l'alcool dans l'échantillon étudié.

L'alcool, substance légale, est apprécié pour sa capacité à enrichir les expériences gustatives grâce à une variété de saveurs, rendant accessible une large gamme de boissons pour tous les budgets et les préférences. Il joue un rôle central dans la convivialité, participant à diverses occasions sociales, depuis les discussions sérieuses jusqu'aux moments de détente, sans oublier son rôle dans les rituels et cérémonies. Ainsi, la consommation occasionnelle d'alcool est commune et souvent vue comme moins nocive comparée à d'autres substances psychoactives [80], ce qui pourrait expliquer la prévalence élevée des excès ponctuels d'alcool et les faibles taux de consommation quotidienne, de mésusage et de dépendance observés dans cette étude.

En comparaison, l'étude de Hackett et al. en 2019 ont trouvé un taux inférieur de consommation d'alcool (65 %) parmi les étudiants de l'Université de Mekelle en Éthiopie, mais avec une proportion plus importante de consommateurs hebdomadaires (28%) [20], potentiellement due à la plus grande taille de leur échantillon. De même, Kpozehouen et al., en 2014 au Bénin, ont rapporté des taux de mésusage et de dépendance à l'alcool nettement plus élevés chez les adolescents de la zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tori (OKT) [16], ce qui pourrait être attribué aux particularités de ce milieu et à l'âge plus jeune de leur population d'étude, composée d'adolescents de 10 à 19 ans ; comparativement à l'âge moyen de 21 ans des étudiants de notre étude.En effet l'alcool est la substance la plus consommée à 17 ans [57] et cet âge correspond malheureusement à une période où le cerveau est particulièrement vulnérable aux propriétés addictogènes des SPA dont l'alcool. Allabi et al. en 2022 ont observé des résultats différents dans un contexte scolaire au Bénin, avec seulement 37,16 % des adolescents consommant de l'alcool et un risque de dépendance estimé à 2,27 % [17], mettant en évidence les différences entre les pratiques de consommation d'alcool des collégiens et des étudiants. Ces derniers, ayant plus d'accès et de liberté, tendent à consommer davantage d'alcool.

Nos résultats montrent une prévalence relativement élevée de la consommation d'alcool parmi les étudiants, comparable ou supérieure à celle observée dans d'autres contextes. Par exemple, la comparaison avec l'étude de Hackett et al. en Éthiopie met en évidence des différences régionales et potentiellement culturelles dans les comportements de consommation d'alcool. Les variations dans les taux de consommation d'alcool et les comportements associés entre les différentes études indiquent que les facteurs contextuels et culturels jouent un rôle significatif. Ces facteurs peuvent influencer non seulement la prévalence de la consommation d'alcool mais aussi les perceptions de son usage problématique et la susceptibilité à la dépendance.

Nous constatons que la fréquence de la consommation d'alcool varie considérablement, allant de l'usage quotidien à l'usage occasionnel. Notre étude souligne plutôt une tendance vers la consommation occasionnelle, ce qui est cohérent avec le concept d'alcool en tant que composante de la socialisation et des célébrations, plutôt que comme une habitude quotidienne. Néanmoins, malgré une consommation d'alcool assez répandue, les taux de mésusage et de dépendance identifiés dans notre étude restent faibles, surtout en comparaison avec les taux plus élevés de mésusage et de dépendance rapportés par Kpozehouen et al. au Bénin. Cela pourrait suggérer une gestion plus efficace de la consommation d'alcool ou des différences dans l'accès à l'alcool, les attitudes culturelles, ou les politiques de prévention.

La comparaisons de nos résultats avec ceux des autres études met aussi en lumière l'importance de l'âge dans l'évaluation des risques liés à la consommation d'alcool: les adolescents d'une part ,semblent particulièrement vulnérables aux effets addictogènes de l'alcool, comme le montre l'étude de Kpozehouen et al., soulignant la nécessité de cibler cette tranche d'âge pour les interventions de prévention.D'autre part, les faibles taux de dépendance et de mésusage d'alcool par rapport à d'autres études suggèrent une meilleure gestion de la consommation d'alcool par les étudiants de l'UAC ou la présence de réseaux de soutien efficaces. Il y a donc un intérêt à continuer d'étudier ces comportements pour identifier les facteurs de protection et de risque liés à la consommation d'alcool dans les milieux universitaires.

Toutefois, il ne faut pas sous-estimer l'importance des épisodes de consommation excessive d'alcool, qui peuvent entraîner des risques immédiats et à long terme pour la santé. Sensibiliser les étudiants aux dangers de ces comportements est essentiel pour prévenir les complications futures.

4.4.2. Tabac

Notre recherche a identifié un taux de consommation de tabac de 4,5% parmi les participants, ce qui est considérablement plus bas que les taux observés dans d'autres études. Par exemple, Hackett et al. ont trouvé un taux de 15% chez les étudiants en Éthiopie[20], Allabi et al. ont rapporté 17,07% en 2022 dans un contexte scolaire[17], et Kpozehouen et al. ont observé 21,69% de consommateurs de tabac chez les adolescents dans la zone sanitaire OKT au Bénin [16]. Ces écarts importants renforcent notre hypothèse selon laquelle les étudiants de notre enquête pourraient ne pas avoir pleinement déclaré leur consommation de substances psychoactives. Cette tendance à sous-déclarer peut, être attribuée à la crainte de la stigmatisation, surtout lorsque la consommation d'une substance est largement désapprouvée par la société. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que Wachinou et al., dans leur étude de 2018 sur les étudiants de Cotonou au Bénin, ont trouvé un taux de consommation de chicha de 13,86% [25], suggérant une propension à minimiser la déclaration de l'usage de substances.

Bien que notre étude n'ait révélé que 4,5% d'étudiants consommateurs de tabac parmi les enquêtés, la proportion de ceux qui ont développé une dépendance (29,41% des consommateurs) souligne l'importance d'aborder la prévention et l'intervention de manière ciblée. Cette donnée est cohérente avec les travaux de Rooney et al. (2012) qui ont mis en évidence la vulnérabilité des jeunes adultes au développement de l'addiction au tabac, en particulier lors de la transition vers l'université, période associée à une augmentation des expériences de consommation et à l'exposition à de nouveaux environnements sociaux [81].

La cigarette, sous ses formes manufacturée et électronique, reste la forme de tabac la plus consommée parmi les étudiants. Cette tendance reflète les observations de Amrock et al. (2016), qui ont noté une popularité croissante des cigarettes électroniques chez les jeunes, souvent perçues comme moins nocives

que les cigarettes traditionnelles, malgré les risques pour la santé encore mal connus à long terme [82].

Le fait que la majorité des premières consommations de tabac se fassent avant l'âge de 15 ans et principalement à la maison met en évidence le rôle de l'environnement familial et des groupes de pairs dans l'initiation au tabagisme. Cette observation est soutenue par les travaux de Kim et Chun (2018), qui ont souligné l'influence significative des amis et de la famille dans les décisions des adolescents de commencer à fumer, ainsi que le rôle de la curiosité et de l'expérimentation à cet âge [83].

L'initiation d'autres personnes au tabagisme par plus de la moitié des sujets consommateurs souligne la nécessité de stratégies préventives ciblées non seulement sur la sensibilisation aux dangers du tabagisme mais aussi sur la compréhension des dynamiques sociales qui encouragent la propagation de cette habitude. Des programmes comme ceux développés par Otto et al. (2018), qui combinent éducation à la santé, compétences sociales et stratégies de résistance à la pression des pairs, peuvent être particulièrement efficaces dans ce contexte [84].

Compte tenu des complications bien documentées du tabagisme, y compris le risque accru de maladies cardiovasculaires, de cancers, et de troubles respiratoires, il est impératif d'intensifier les efforts de prévention. Les universités doivent jouer un rôle crucial dans cette démarche en offrant des programmes de soutien aux étudiants souhaitant arrêter de fumer, ainsi qu'en mettant en place des politiques de campus sans tabac, comme suggéré par les recherches de Huey et Appollonio (2019) [85].

4.4.3. Drogues

Nous avons enregistré dans notre étude un taux de consommation de drogues de 2,10%, ce qui est remarquablement proche des 2% rapportés par Hackett pour les jeunes étudiants en Éthiopie. Cette similitude suggère des influences communes

sur le comportement des étudiants vis-à-vis des drogues à travers différentes régions du continent. Cependant, les études menées par Kpozehouen et al. (13,97%) [16] et Allabi et al. (34,62%) [17] au Bénin montrent des taux d'usage nettement plus élevés, reflétant une variation importante. Cette différence pourrait être expliquée par l'âge plus jeune des participants dans ces études, l'utilisation de méthodes d'évaluation variées, et la classification de substances légales comme le café et le thé en tant que drogues. L'approche méthodologique mixte d'Allabi et al., associant questionnaires et analyses urinaires, souligne l'importance de combiner des mesures autodéclarées et objectives pour obtenir une image précise de la consommation de drogues. Il est reconnu que l'auto-déclaration seule peut ne pas refléter fidèlement la réalité, d'où l'importance d'employer également des tests objectifs tels que les dépistages urinaires et oraux [58,59]. Cette variabilité souligne non seulement les défis méthodologiques inhérents à l'étude de l'addiction mais également la nécessité d'approfondir notre compréhension des dynamiques sous-jacentes à l'usage de drogues dans des contextes culturels et sociaux diversifiés. Enfin, la faible prévalence des consommations de drogues observée dans notre étude par rapport aux autres pourrait indiquer une réticence des étudiants à divulguer pleinement leur consommation, possiblement par crainte de révéler l'existence d'un réseau de consommation au sein de l'université. Cette hypothèse est renforcée par le fait que la plupart des consommateurs signalent des difficultés d'accès aux drogues, suggérant qu'elles ne seraient disponibles qu'en dehors de l'université. Pourtant nous avons en mémoire les événements et célébrations étudiantes sur le campus de l'UAC, comme la commémoration du décès de Bob Marley qui ont historiquement conduit à des interventions importantes des forces de l'ordre en réponse aux excès observés (bagarres, blessures, viols, vols, et actes de vandalisme). excès exacerbés par l'abus d'alcool, de tabac, et la circulation de grande quantité de drogues [19]. Par ailleurs, certains consommateurs de tabac ont également mentionné le cannabis sous l'appellation “la weed” parmi les

produits à base de tabac consommés. Cet amalgame souvent fait par les consommateurs de tabac nous donne non seulement, une autre raison de la sous-déclaration de l'usage des drogues, mais soulève aussi à leur niveau le problème d'une confusion entre les substances. Cela peut conduire à une méconnaissance des risques spécifiques associés à chaque substance et les conséquences que ça implique.

Les résultats du test d'addiction auquel ont été soumis les usagers de drogues dans notre étude indiquent qu'une dépendance s'est développée chez chacun d'eux, à des degrés variés. Ce n'est pas surprenant étant donné que 87,5% des participants de notre étude consommaient plusieurs types de drogues et 75 % utilisaient plusieurs voies d'administration dont celles reconnues pour augmenter le risque de dépendance telles que l'injection intraveineuse et le sniff [60]. Le cannabis était consommé par tous les participants, et 62,5% d'entre eux rapportent l'avoir utilisé en premier. Ce produit se décline en plusieurs formes aux propriétés pharmacologiques de plus en plus fortes, le rendant ainsi plus addictif au fil du temps. Une étude de Gansou et al. en 2014 au Bénin ont montré que parmi les patients traités pour toxicomanie au CNHUP-C, 47,66% consommaient du cannabis, ce qui en faisait la drogue la plus couramment utilisée et la principale source de dépendance. Cette même étude retrouvait une proportion importante de polytoxicomanes (53,41%) parmi ceux qui consommaient plusieurs drogues à la fois[15]. De même, Allabi et al. ont lié le cannabis aux risques les plus élevés de dépendance aux drogues dans le milieu scolaire béninois en 2022 [17]. Nos taux de dépendance aux drogues sont exceptionnellement élevés comparés aux 4,09% de jeunes présentant un trouble lié à l'usage de drogues, identifiés par Etobo et al. en 2019 chez des adolescents usagers de drogues, consultant pour la première fois un service d'addictologie et de santé mentale à Abidjan en Côte d'Ivoire [23]. Cette observation soulève à nouveau la question de la sous-déclaration de la consommation de drogues chez les usagers occasionnels potentiels dans la population étudiée.

En usant de plusieurs modes d'administration, les consommateurs de drogues de notre étude s'exposent aussi aux conséquences sanitaires en relation avec chacun des ces modes. Par exemple l'utilisation de seringues contaminées peut transmettre des maladies infectieuses comme le VIH et l'hépatite C, tandis que le snif peut provoquer des ulcérations nasales et la fumée peut entraîner des complications respiratoires [60]. Définitivement, l'urgence de la lutte contre la consommation des SPA chez les jeunes ne découle pas uniquement du danger de dépendance mais englobe également le risque de développer des maladies liées à ces pratiques.

Le taux d'initiation d'autrui par les consommateurs de substances est le plus élevé en ce qui concerne la drogue : 87,5% des usagers ont admis avoir initié en majorité frères et sœurs (57,1%), inconnus (28,6%), et amis (14, 29%). C'est la conséquence d'un aussi fort taux de dépendance et la preuve qu'il faut maximiser sur la prévention car même si on a l'impression que les cas d'addiction sont minimes et isolés, le risque d'initiation d'autrui par les sujets addicts vient d'emblée doubler l'effectif des usagers en suscitant de nouveaux consommateurs. C'est une chaîne dynamique qui s'allonge de façon exponentielle au fil des nouveaux cas d'addiction exposant nos jeunes à la consommation puis à la dépendance aux SPA et aux drogues en particulier. Le Danger réside aussi dans le fait que les premiers initiés sont les membres de la famille de l'addict, cela suggère qu'il suffirait d'un cas d'addiction dans une famille pour que le reste de la fratrie se retrouve dans le même engrenage : un gage certain pour l'ébranlement du pilier de notre société que représentent les familles. D'un autre côté, le rôle des parents est fortement questionné face à ce constat : il apparaît de plus en plus qu'ils démissionnent devant leurs responsabilités dans l'éducation et le suivi de leurs enfants. Sinon, comment comprendre que dans cette étude 87,5% des usagers de drogues ont consommé pour la première fois à domicile alors qu'en 2019 Etobo et al. en Côte d'Ivoire rapportaient une initiation à la maison chez seulement 7,14% des usagers de drogues, loin derrière l'école (38,10%) et la

maison d'un ami (30,95%). Cette différence pourrait refléter un problème propre aux familles béninoises comme l'avaient évoqué Gansou et al en 2014 en décrivant des dysfonctionnements familiaux avec un mode communication paradoxal comme trait de la toxicomanie au Bénin [15]. Cela fait écho aux 25% des consommateurs de notre étude qui ont déclaré s'être réfugiés dans la drogue pour fuir les problèmes familiaux situant ainsi la part des parents dans la genèse de l'addiction. D'ailleurs, Adeoti et al. désignaient aussi le désengagement parental et la sévérité des parents comme facteurs associés à l'abus des drogues chez les étudiants de l'Etat d'Osun au Nigéria [26]. Ces constatations soulignent l'importance d'inclure les parents dans les efforts de prévention, en parallèle avec les jeunes en milieu scolaire et universitaire, pour adresser cette crise de manière efficace.

En résumé, la problématique de la consommation de SPA chez les jeunes est d'une grande complexité. Il est nécessaire d'avoir une approche méthodologique rigoureuse pour sa mesure et son évaluation. Les stratégies de prévention intégrées impliquant les individus, leurs familles, et la communauté élargie sont d'une importance cruciale pour l'endiguer.

4.5. Pratique précoce des substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en population générale et en population jeune. Nous expliquons ainsi les taux élevés de consommateurs dans notre population d'étudiants jeunes avec une moyenne d'âge de 21 ans. La consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans, comme indiqué par les résultats de notre étude avec 60% des étudiants ayant consommé de l'alcool avant cet âge, souligne une entrée précoce dans les comportements de consommation d'alcool. Cette donnée est particulièrement préoccupante étant donné les nombreuses recherches qui ont établi un lien entre la consommation précoce d'alcool et divers risques pour la santé et le bien-être à long terme.

Les études épidémiologiques montrent que la consommation précoce d'alcool est associée à une augmentation du risque de développer une dépendance à l'alcool plus tard dans la vie. Par exemple, les recherches de Gardner en 2023, ont montré que les individus qui commencent à boire avant l'âge de 15 ans sont quatre à cinq fois plus susceptibles de développer une dépendance à l'alcool à l'âge adulte comparativement à ceux qui commencent à boire à 21 ans ou plus [89].

Aussi, Antti et al. montraient-ils en 2021, que l'âge de la première intoxication à l'alcool a été associé à une augmentation du risque de troubles psychiatriques dans la population générale, indiquant que la consommation précoce d'alcool pourrait avoir des effets négatifs importants sur le développement psychologique des adolescents [90].

Aussi, Ohannessian et al. prouvaient-ils en 2015 que l'initiation précoce à la consommation régulière d'alcool est associée à des problèmes d'alcool plus tard dans la vie, soulignant l'importance de retarder l'initiation à la consommation d'alcool chez les jeunes [91]. Ainsi les résultats de notre étude devraient encourager la poursuite des recherches sur les facteurs motivant cette consommation précoce et le développement de stratégies de prévention et d'intervention adaptées à notre contexte spécifique.

Notre étude révèle aussi que dans le groupe des étudiants consommateurs de tabac, 92% ont commencé à fumer après l'âge de 15 ans. Cette distribution diffère de manière notable de celle observée pour la consommation d'alcool dans notre étude, où une entrée précoce dans les comportements de consommation d'alcool était plus commune. Cela pourrait indiquer des facteurs de risque et des motivations distinctes qui sous-tendent l'initiation précoce à la consommation d'alcool par rapport à celle du tabac. Par exemple, les influences socioculturelles, la disponibilité, et les perceptions des risques peuvent varier entre ces substances, influençant ainsi l'âge de début de leur consommation [92].

Le fait que seulement 8% des consommateurs de tabac aient commencé à fumer avant 15 ans peut être perçu comme un indicateur positif pour les efforts de prévention du tabagisme. Des études ont montré que plus l'âge d'initiation au tabac est précoce, plus le risque de dépendance à long terme est élevé. Par conséquent, des stratégies de prévention ciblant les jeunes avant l'âge de 15 ans pourraient être particulièrement efficaces pour réduire l'initiation au tabac [93].

L'éducation sur les dangers du tabagisme et les programmes de prévention devraient être mis en œuvre dès l'enfance et au début de l'adolescence. Bien que la majorité de l'initiation au tabac se produise après 15 ans dans notre échantillon, intervenir avant cet âge peut aider à instaurer des attitudes négatives envers le tabagisme avant que les jeunes ne soient exposés à des pressions sociales ou à des situations où ils pourraient être tentés d'en user.

La consommation de tabac après 15 ans peut également refléter des aspects de l'accessibilité et des normes sociales entourant le tabagisme. Les politiques de contrôle du tabac, telles que les restrictions d'âge pour l'achat de produits du tabac, peuvent jouer un rôle dans le report de l'initiation. De plus, les efforts pour réduire la normalisation sociale du tabagisme parmi les jeunes et les campagnes médiatiques mettant en évidence les dangers du tabagisme sont cruciaux [92].

La constatation que 2,10% de la population étudiante dans notre étude sont addicts aux drogues soulève plusieurs points. Les étudiants universitaires se trouvent dans une période de transition majeure, souvent caractérisée par une plus grande autonomie et moins de surveillance par les adultes. Cette période peut augmenter la vulnérabilité à l'expérimentation et à l'abus de substances, y compris les drogues, comme un moyen de faire face aux pressions académiques, sociales et personnelles.

La consommation de substances psychoactives parmi les étudiants universitaires présente des dynamiques complexes qui varient considérablement avec l'âge. Les périodes de transition, telles que l'entrée à l'université ou l'avancement dans les études supérieures, peuvent influencer les motifs, les types et la fréquence de la

consommation de substances. Le niveau de connaissances des étudiants sur les substances psychoactives peut aussi influencer la consommation des étudiants.

4.6. Niveau des connaissances des étudiants sur les substances psychoactives

Les résultats de notre étude mettent en lumière des niveaux de connaissance variables concernant les SPA parmi les étudiants au Bénin, avec des proportions significatives montrant des niveaux de connaissance faibles à modérés pour différentes substances (alcool, tabac et drogues). Une prévalence élevée d'étudiants avait une connaissance faible à modérée sur lesdites substances, avec 94% pour l'alcool, 82% pour le tabac et 97% pour les drogues. Ceci est cohérent avec les constatations de Jyoti et al. en Inde, qui ont rapporté qu'une majorité d'étudiants en soins infirmiers avaient une connaissance inadéquate concernant l'abus de substances. Ils soulignent le besoin de programmes éducatifs améliorés[94] face à la méconnaissance flagrante des substances, de leurs nombreuses déclinaisons et de leurs effets comme le soulignait Klein en 2011 au Nigéria [61]. En effet, l'efficacité des programmes de sensibilisation pour augmenter les niveaux de connaissance parmi les étudiants est évidente dans diverses études. Nous pouvons citer en exemple, l'intervention réalisée par Theou et al. en Inde, montrant une augmentation significative dans la connaissance sur les substances et les conséquences de leur abus parmi les étudiants, après un programme de sensibilisation [95]. Dans notre étude, une grande majorité (75,65% pour l'alcool, 81,68% pour le tabac et 90,31% pour la drogue) des étudiants affirme n'avoir pas été sensibilisée en milieu universitaire. Ceci suggère que la mise en œuvre d'initiatives éducatives au Bénin pourrait potentiellement améliorer les niveaux de connaissance parmi les étudiants.

Bien que nombreux soient ceux qui rapportent avoir été sensibilisés aux dangers des substances psychoactives (SPA) au sein de leur famille, cette sensibilisation prend souvent la forme d'interdictions strictes, sans explications suffisantes.

Cette approche semble peu efficace, car le niveau de compréhension des étudiants sur la consommation et l'addiction reste faible. La discussion autour de l'addiction est souvent évitée dans nos sociétés, où la honte et le jugement prévalent, tant de la part de la société en général que des membres de la famille eux-mêmes. Cela entraîne une réticence à partager des expériences vécues qui pourraient pourtant être bénéfiques. Les causes et les mécanismes de l'addiction ne sont pas bien compris, et de nombreuses idées reçues continuent d'alimenter les préjugés à l'encontre des consommateurs de certaines substances et des personnes souffrant d'addiction. Ces derniers sont souvent stigmatisés [62] et utilisés comme exemples dissuasifs pour les jeunes. Cette méthode de sensibilisation, basée davantage sur la peur et le jugement, s'avère infructueuse. Elle ne prépare pas efficacement les jeunes à résister à la tentation d'expérimenter, surtout à un âge où ils sont particulièrement vulnérables aux influences extérieures, comme l'adolescence et le début de l'âge adulte. De l'autre côté, le commerce de SPA licites usent de publicité pour accroître leurs ventes. Ces publicités attirent les jeunes et constituent une partie des connaissances acquises sur le sujet comme l'ont décrit Adeoti et al. en 2010 au Nigéria, en citant l'information sur les SPA par la publicité comme un facteur associé à l'abus de ces substances chez 13,90% des étudiants consommateurs [26].

Il est apparu dans notre étude que, malgré leur expérience avec les substances psychoactives (SPA), une grande partie des participants addicts présentait une connaissance limitée concernant les substances consommées. Que ce soit en termes de nature ou d'effets des SPA, seuls environ 6% des participants parmi eux ont démontré une bonne compréhension du sujet. Les utilisateurs de tabac, en particulier, éprouvaient des difficultés à distinguer entre les différents produits du tabac et les drogues fumées ou inhalées, notamment celles dérivées du cannabis. Cette méconnaissance aggrave la situation en empêchant les individus de reconnaître les premiers signes d'addiction et de chercher de l'aide à temps - avec 62,5% des participants dépendants n'ayant jamais sollicité d'aide pour leur

consommation problématique de drogues. De plus, ceux qui croient consommer de manière occasionnelle une certaine catégorie de SPA, sans réaliser qu'ils consomment en fait des substances d'une autre catégorie, s'exposent à long terme aux dommages sanitaires liés à ces SPA, malgré les efforts de sensibilisation. Ainsi, même si notre étude n'a pas pu établir de lien significatif entre le niveau de connaissance sur les SPA et l'addiction, il est clair que l'ignorance est un facteur associé à la consommation et à l'addiction aux SPA. Elle représente également un facteur modifiable qui pourrait, s'il était adressé, inverser significativement la tendance croissante de l'addiction.

4.7. Facteurs liés au cadre et aux études universitaires qui sont associés à l'addiction aux substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC

Si le milieu dans lequel nous évoluons a toujours un impact sur nos habitudes, nous sommes en droit de nous questionner sur le rôle de l'université dans le processus menant à l'addiction aux SPA chez les étudiants. De ce fait, notre étude a établi des liens fortement significatifs entre l'addiction chez les étudiants et certains aspects inhérents à l'UAC à savoir: la reprise d'année universitaire, l'absence aux cours et le nombre d'années passées à l'université.

Ainsi, la reprise d'au moins une année universitaire était associée à l'addiction avec 56% des sujets addicts ayant repris une année au moins contre 18% de reprise d'année chez les consommateurs (p=0,003). Ce constat fait en premier écho aux problèmes scolaires avancés par les consommateurs de SPA comme un facteur encourageant à la fois, l'initiation et entretenant la consommation des substances. Les études universitaires sont réputées être stressantes, le stress étant un facteur important dans le processus d'addiction et son entretien [34,35]. Ce stress est non seulement lié au rythme soutenu du déroulement des programmes académiques mais aussi et surtout à la peur de l'échec. L'étudiants selon ses fragilité est donc plus exposé comme l'ont décrit Adeoti et al au Nigéria en 2010

[26]. Toutefois, autant la reprise d'année peut conduire à l'addiction aux substances psychoactives chez les consommateurs, autant l'addiction peut justifier un échec universitaire par baisse des capacités intellectuelles et absentéisme. L'absence au cours est d'ailleurs en lien avec l'addiction chez les étudiants de l'UAC (p=0,002) et s'inscrit dans le même ordre d'idées. Secondairement, la reprise d'années universitaires augmente le temps passé à l'université. A cet effet, nos résultats déterminent un lien significatif entre le nombre d'années passées à l'université et l'addiction aux SPA chez les étudiants avec une valeur p= 0,004 : 50% des étudiants addicts ont passé plus de trois ans à l'université contre 18% des sujets non addicts . Hackett et al en Ethiopie (2019) ont aussi établi que les étudiants usagers de substances psychoactives étaient plus à risque d'addiction à partir de la troisième année d'étude [20]. S'il faut attendre quelques années pour être dépendant aux SPA c'est en partie à cause du processus d'installation de l'addiction qui peut être long en fonction des prédispositions (génétique et antécédents) et qui ne dépend pas directement du cadre de l'université. Par contre, la consommation et l'addiction aux SPA semblent avoir un autre répondant dans le milieu de l'étudiant consommateur, que constitue l'UAC. En effet, parmi les sujets addicts de notre étude , 44% vivent en résidence universitaire contre 14% de sujets non addicts hébergés sur le campus de l'UAC. Face à ces chiffres, on peut soupçonner un réseau d'approvisionnement en SPA accessible à l'université ou dans ses parages. Pourtant la majorité des étudiants addicts ont affirmé le contraire si bien qu'un lien a été établi entre la difficulté d'accès aux substances et l'addiction avec p=0,004 et 0,001, respectivement pour une accessibilité moyenne et difficile. Cependant, nous avons remarqué pendant l'enquête, que les étudiants craignaient de saboter leurs écoles en répondant à cette question, malgré le fait que nous les ayons rassurés de la confidentialité de l'étude ; ce qui pourrait biaiser leur réponse.

Par ailleurs l'hypothèse selon laquelle l'âge d'entrée à l'université serait un facteur déterminant de l'addiction n'est pas vérifiée. D'après nos résultats, il

n'existe pas de lien significatif (p=0,9).

4.8. Facteurs liés aux conditions et mode de vie associé à l'addiction aux substances psychoactives chez les étudiants.

L'étude a retrouvé une corrélation entre l'addiction aux SPA et les antécédents psychiatriques personnels, la consommation de substances psychoactives dans l'entourage, les antécédents familiaux d'addiction,

L'addiction et les troubles psychiatriques entretiennent une relation de causalité réciproque particulière. Tous deux ont une composante génétique et sont étroitement liés. De ce fait on observe plusieurs troubles psychiatriques induits par les SPA, l'addiction elle-même pouvant être désignée comme telle dans ses manifestations psychiatriques (agitation, agressivité, hallucinations, délires dans le syndrome de sevrage par exemple). Pareillement, il est aussi décrit une tendance à la consommation des SPA commune à plusieurs affections psychiatriques ou à certains types de personnalité. Ainsi les sujets ayant des comorbidités psychiatriques sont prédisposés à la consommation d'un type de substances avec un risque plus élevé d'un trouble d'usage voire d'addiction [63].

L'entourage reste l'un des facteurs les plus cités dans les addictions aux substances psychoactives. Les étudiants de l'UAC, sujets de l'étude, ont signalé à juste titre les amis comme facteurs encourageants la consommation dans 37.5% des cas pour les drogues et les membres de la famille dans 57% des cas pour l'alcool. Kpozehouen et al. retrouvent d'ailleurs les amis et/ou les voisins consommateurs comme facteurs associés à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents au Bénin [96]. Adéoti et al. retrouvent également la notion d'influence des pairs comme facteurs associés dans son étude sur les facteurs influençant l'abus de substances psychoactives chez les étudiants dans l'État d'Osun au Nigéria [97]. L'influence de l'entourage peut également être liée aux parents. Notre étude a d'ailleurs retrouvé comme dit précédemment que les antécédents d'addiction aux substances psychoactives chez les parents ou dans

la famille, étaient liés aux addictions chez les étudiants de l'UAC. Naguib et al. en Egypte ont d'ailleurs retrouvé une corrélation entre les consommation de cannabinoïdes chez l'étudiant et la consommation active de substances du même type par les parents dans une étude portant sur la prévalence et les facteurs de risque associé à l'abus de consommation de substances cannabinoïdes par les étudiants égyptiens [98]. Les travaux de Adéoti et al. ont également mis en évidence la consommation fréquente d'alcool chez les parents, comme facteurs associés à l'addiction à cette substance en plus du désengagement parental et de leur sévérité [26]. Ce dernier facteur, retrouvé également par Gansou et al. [99], empêche en effet une communication aisée entre le jeune adulte et son parent, livrant le jeune adulte à lui-même et à l'influence négative à l'entourage. D'un autre côté, les conflits familiaux peuvent également être source de consommation et d'addiction comme l'ont trouvé Naguib et al dans leur étude. Il cite également d'autres facteurs de risques qui n'ont pas été explorés dans notre étude à savoir : avoir une mère ménagère et vivre dans un environnement urbain. L'importance de l'entourage dans l'influence sur la consommation montre l'urgence que revêt la sensibilisation non seulement des étudiants mais aussi de leurs entourages respectifs afin d'éradiquer les causes médiates et immédiates pouvant pousser à la consommation et vers l'addiction.

Enfin, l'association avec l'addiction aux SPA chez les parents ou dans la famille peut être aussi justifiée par la forte composante génétique de l'addiction[40].

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

Conclusion

Cette étude s'est intéressée aux déterminants de la consommation des substances psychoactives chez les étudiants de l'université d'Abomey Calavi (UAC) du Bénin. Elle a permis dans un premier temps d'évaluer les connaissances des étudiants sur les SPA, d'identifier les conduites addictives vis-à-vis des substances psychoactives chez les étudiants de l'université d'Abomey Calavi (UAC), de détecter les cas d'addictions puis de recenser les facteurs associés aux addictions. Au terme de cette étude, il est ressorti que les étudiants consommaient en grande majorité diverses substances comme l'alcool, le tabac et les drogues. Des addictions ont été également retrouvées, même si c'était dans de faibles proportions. Plusieurs facteurs étaient liés à l'addiction : les facteurs liés à l'université comme l'échec académique, l'absentéisme scolaire et les facteurs socio démographiques comme l'influence de l'entourage, la consommation de substances psycho actives dans l'entourage, les antécédents psychiatriques personnels, les antécédents familiaux d'addiction, la difficulté d'accès aux drogues aux alentours de l'université et la reprise d'année universitaire. L'étude a également révélé le manque cruel de connaissances sur les substances psychoactives chez les sujets dus à une absence ou à une faible organisation de séances de sensibilisations de qualité autant en milieu universitaire qu'en milieu familial.

L'étude a cependant quelques limites à savoir sa subjectivité : l'absence de tests plus objectifs comme les examens urinaires n'ont pas permis de corroborer les déclarations des sujets. Ces derniers, influencés par l'éducation et le milieu socio culturel peuvent avoir tendance à sous reporter ou à biaiser leurs réponses de peur d'être jugés.

L'étude révèle pour finir, l'importance d'une sensibilisation de qualité au danger de la consommation des substances psychoactives chez les étudiants afin d'éviter la survenue d'addictions en milieu universitaires. Aussi en ressort il

l'importance de l'implémentation d'un suivi psychologique des étudiants à l'université et celle de l'instauration d'un dialogue parent-enfant de qualité afin de pouvoir aborder des questions sensibles comme la consommation de substances psychoactives dans le cocon familial.

Suggestions

Au ministère de l'éducation supérieure

1) Mettre en place des séances de sensibilisation régulières sur les dangers et les conséquences de la consommation de substances psychoactives en milieu scolaire et universitaires, en collaboration avec des professionnels de la santé et des spécialistes en addiction.
2) Intégrer des modules sur la prévention des addictions dans les cursus universitaires, en les adaptant aux différentes filières et niveaux d'étude.
3) Mettre en place des politiques strictes contre la consommation de substances psychoactives sur le campus, accompagnées de mesures de soutien pour les étudiants ayant des problèmes d'addiction.
4) Développer des programmes de soutien académique et psychologique pour les étudiants en situation d'échec académique ou en proie à des problèmes personnels susceptibles de les pousser vers la consommation de substances.
5) Mettre en place des services de counseling et des groupes de soutien pour les étudiants ayant des antécédents personnels ou familiaux d'addiction.
6) Allouer des fonds pour la recherche sur les facteurs de risque et de protection liés à la consommation de substances psychoactives en milieu universitaire, ainsi que sur l'évaluation sur l'efficacité des programmes de prévention et d'intervention.
7) Encourager les initiatives visant à développer des outils et des technologies innovantes pour la prévention et la gestion des addictions chez les étudiants.

Aux autorités du ministère de la santé

1) Former et recruter des professionnels de la santé spécialisés dans le

traitement des addictions, y compris des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux.

2) Établir des partenariats avec les établissements d'enseignement supérieur pour mettre en œuvre des programmes de prévention et d'intervention ciblant les étudiants à risque de consommation de substances psychoactives.
3) Organiser des campagnes de sensibilisation conjointes entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation supérieure pour promouvoir des comportements sains et informer les étudiants sur les dangers des addictions.
4) Mettre en place des centres de traitement des addictions accessibles aux étudiants et universitaires, en offrant des services de désintoxication, de counseling et de réadaptation adaptés à leurs besoins.
5) Élargir la couverture d'assurance santé pour inclure le traitement des addictions et réduire les barrières financières à l'accès aux soins pour les étudiants.
6) Financer des études de recherche sur les interventions efficaces pour la prévention et le traitement des addictions chez les étudiants universitaires, en mettant l'accent sur l'identification des facteurs de risque spécifiques au contexte universitaire.

Aux autorités universitaires

1) Organiser des séances de sensibilisation régulières sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives, en mettant l'accent sur les conséquences académiques, sociales et sanitaires.
2) Intégrer des modules de sensibilisation dans les programmes d'orientation des nouveaux étudiants et dans les cours de santé et de bien-être.
3) Mettre en place des services de soutien et de conseil accessibles aux étudiants en difficulté, y compris des conseillers en santé mentale et des

travailleurs sociaux formés pour traiter les problèmes liés aux addictions.

4) Encourager la création de groupes de soutien étudiants pour permettre aux étudiants confrontés à des problèmes d'addiction de partager leurs expériences et de recevoir un soutien mutuel.
5) Proposer des activités de loisirs alternatives et des événements sociaux qui favorisent des comportements sains et une culture universitaire positive, tout en réduisant la pression sociale liée à la consommation de substances.
6) Encourager les initiatives visant à promouvoir le bien-être mental et physique des étudiants, telles que des programmes de remise en forme, des ateliers de gestion du stress et des activités artistiques et créatives.
7) Élaborer et appliquer des politiques strictes contre la consommation de substances psychoactives sur le campus, avec des sanctions claires pour dissuader les comportements à risque.
8) Offrir un soutien et des ressources aux étudiants en situation d'addiction pour les aider à accéder à des services de traitement et de réadaptation.

REFERENCES

[1] World Drug Report 2023 - Special Points of Interests. United Nations : Office on Drugs and Crime n.d. //www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2023_Special_Points.html (accessed February 20, 2024).

[2] WDR 2023_Booklet 2. United Nations : Office on Drugs and Crime n.d. //www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2023_booklet-2.html (accessed February 20, 2024).

[3] Drugs UNO on, Crime (author). World Drug Report 2021 (Set of 5 Booklets). United Nations.; 1901.

[4] Uzuegbu-Wilson E. The Discourse of Drug Trafficking from Global Perspective 2020. https://doi.org/10.2139/ssrn.3704693.

[5] Rapport de l'OICS 2021: Les fflux financiers illicites liés au trafic de drogues et leurs incidences sur le développement et la sécurité - Recherche Google n.d. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2021/Press_Kit/INCB_press_kit_fre.pdf (accessed September 29, 2023).

[6] Executive Summary - World Drug Report 2023. United Nations : Office on Drugs and Crime n.d. //www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Exsum_wdr2023.html (accessed February 20, 2024).

[7] Hotlink - OFDT n.d. https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf (accessed September 28, 2023).

[8] Ellis S. West Africa's International Drug Trade. African Affairs 2009;108:171–96. https://doi.org/10.1093/afraf/adp017.

[9] Kumah-Abiwu F. Changing trends in West Africa's drug policy terrain: a theoretical perspective. Commonwealth & Comparative Politics 2019;57:52–70. https://doi.org/10.1080/14662043.2018.1514553.

[10] Carrier N, Klantschnig G. Quasilegality: khat, cannabis and Africa's drug laws. Third World Quarterly 2018;39:350–65. https://doi.org/10.1080/01436597.2017.1368383.

[11] Kitchen C, Kabba JA, Fang Y. Status and Impacts of Recreational and Medicinal Cannabis Policies in Africa: A Systematic Review and Thematic Analysis of Published and "Gray" Literature. Cannabis Cannabinoid Res 2022;7:239–61. https://doi.org/10.1089/can.2021.0110.

[12] Laudati AA. Securing (in)security: relinking violence and the trade in cannabis sativa in eastern Democratic Republic of Congo. Review of African Political Economy 2016;43. https://doi.org/10.1080/03056244.2016.1179180.

[13] Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. Alcohol Res 2019;40:arcr.v40.1.06. https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.06.

[14] Gorwood P, LeStrat Y, Wohl M. Comorbidité addictive des troubles bipolaires. L'Encéphale 2008;34:S138–42. https://doi.org/10.1016/S0013-7006(08)80624-0.

[15] Gansou GM, Tognidè M, Kpadonou EF, Alihonou A, Ezin J, Agossou T, et al. Caractéristiques épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie au Bénin n.d.

[16] Kpozehouen 1 A, Ahanhanzo 1 YG, Paraïso 1 MN, Munezero 1 F, Saizonou 1 JZ, Makoutodé 1 M, et al. Facteurs associés à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents au Bénin. Santé Publique 2015:871–80.

[17] Bio-sya A, Damien GB, Kpatchavi AC, Allabi AC. Prevalence, associated factors and level of dependence of substance use among urban secondary school students, Benin. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology 2022;131:205–13. https://doi.org/10.1111/bcpt.13764.

[18] Tee K, A K, L A, D K, E FK, D H, et al. Consommation du Cannabis et des Amphétamines chez les Élèves au Benin : Prévalence et Facteurs Associés. HEALTH SCIENCES AND DISEASE 2022;23.

[19] L'événement Précis – Célébration du 11 mai à l'UAC: Peu de fumée, moins de désordre, les étudiants honorent Bob Marley ! n.d. https://levenementprecis.com/2017/05/15/celebration-du-11-mai-a-luac-peu-de-fumee-moins-de-desordre-les-etudiants-honorent-bob-marley/ (accessed January 24, 2024).

[20] Gebresilassie Tesema A, Hadush Kahsay Z, Gidey Lemma G, Hagos Gebretsadik W, Mussie Weldemaryam M, Gebregiorgis Alemayohu G, et al. Prevalence of, Factors Associated with and Level of Dependence of Psychoactive Substance Use among Mekelle University Students, Ethiopia. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17:847. https://doi.org/10.3390/ijerph17030847.

[21] Traoré I. Consommation des substances psychoactives chez les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie. PhD Thesis. USTTB, 2019.

[22] Aguocha CM, Nwefoh E. Prevalence and correlates of substance use among undergraduates in a developing country. African Health Sciences 2021;21:875–83.

[23] Innocent AE, Samuel TB, Akanbi SM, Sandrine ZB, Aristide GD, Kévine GE, et al. Addictive behaviours of adolescents using drugs consulting for the first time at the addiction and mental hygiene unit of Abidjan in 2019. HEALTH SCIENCES AND DISEASE 2023;24.

[24] Adounkpe F, Behanzin L, Teclessou JN, Kpatchavi CA. Facteurs predicteurs de l'usage de medicaments et substances addictives chez les adolescents des lycees et colleges prives a Cotonou en 2016, Benin. Journal

de La Recherche Scientifique de l'Université de Lomé 2018;20:493–506.

[25] (PDF) Consommation de tabac par la chicha chez les étudiants à Cotonou en 2018 : prévalence et facteurs associés n.d. https://www.researchgate.net/publication/338383146_Consommation_de_tabac_par_la_chicha_chez_les_etudiants_a_Cotonou_en_2018_prevalence_et_facteurs_associes (accessed March 10, 2024).

[26] ADEOTI A. Factors influencing substance abuse among undergraduate... - Google Scholar. African Research Revew 2010. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Factors+influencing+substance+abuse+among+undergraduate+students+in+osun+state+%2CNigeria+&btnG= (accessed October 2, 2023).

[27] Neurosciences de l'addiction: COROMA (Collège romand de médecine de l'addiction) ; [écrit et réalisé par Axess]. COROMA (Collège romand de médecine de l'addiction); 2009.

[28] Addiction: definition and implications - GOODMAN - 1990 - British Journal of Addiction - Wiley Online Library n.d. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x (accessed March 19, 2024).

[29] DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux | Livre | 9782294739293 n.d. https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html (accessed July 29, 2023).

[30] jnfp_rootman. 05.02 Le Cim-10/ICD : Classification internationale des maladies. Je ne fume plus ! #JNFP 2021. https://jenefumeplus.org/jnfp/index.php/2021/04/21/05-02-le-cim-10-icd-classification-internationale-des-maladies/ (accessed March 20, 2024).

[31] deffinition addiction Goodman - Recherche Google n.d.

https://www.google.com/search?q=deffinition+addiction+Goodman&rlz=1CARGFB_enBJ1037&oq=deffinition+addiction+Goodman&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIJCAEQABgNGIAEMggIAhAAGBYYHtIBCTE0MDU4ajBqN6gCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8 (accessed January 23, 2024).

[32] Troubles de toxicomanie - Troubles psychiatriques. Édition professionnelle du Manuel MSD n.d.https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-associ%C3%A9s-%C3%A0-la-substance/troubles-de-toxicomanie (accessed February 22, 2024).

[33] ADDICA - Réseau Addictions de Champagne-Ardenne n.d. https://reseaux-sante-ca.org/?Les-differentes-classifications-des-substances-psycho-actives&reseau=addica (accessed March 3, 2024).

[34] Neurosciences de l'addiction : intérêt pour la prévention et le traitement - Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Alhassan n.d. https://psychiatriefes.org/recherche/revue-de-presse/Neurosciences-de-l-addiction-interet-pour-la-prevention-et-le-traitement (accessed February 13, 2024).

[35] Scuvée-Moreau J. NEUROBIOLOGIE DE L'ADDICTION. Rev Med Liège n.d.

[36] Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. Cerebral Cortex 2000;10:318–25.

[37] Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, et al. Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry 2007;164:1832–41. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06010126.

[38] Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien CP. Limbic Activation During Cue-Induced Cocaine Craving. AJP 1999;156:11–8. https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.11.

[39] Muller P, Britton RS, Seeman P. The effects of long-term ethanol on brain receptors for dopamine, acetylcholine, serotonin and noradrenaline. European Journal of Pharmacology 1980;65:31–7. https://doi.org/10.1016/0014-2999(80)90205-8.

[40] Ramoz N, Gorwood P. Les addictions sous l'angle de la génétique. Med Sci (Paris) 2015;31:432–8. https://doi.org/10.1051/medsci/20153104018.

[41] Deminière JM, Piazza PV, Guegan G, Abrous N, Maccari S, Moal ML, et al. Increased locomotor response to novelty and propensity to intravenous amphetamine self-administration in adult offspring of stressed mothers. Brain Research 1992;586:135–9. https://doi.org/10.1016/0006-8993(92)91383-P.

[42] Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. Trends in Neurosciences 2008;31:183–91. https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.01.004.

[43] Risk Taking and Novelty Seeking in Adolescence: Introduction to Part I - KELLEY - 2004 - Annals of the New York Academy of Sciences - Wiley Online Library n.d. https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1196/annals.1308.003 (accessed March 2, 2024).

[44] He J, Crews FT. Neurogenesis decreases during brain maturation from adolescence to adulthood. Pharmacology Biochemistry and Behavior 2007;86:327–33. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2006.11.003.

[45] Lieberman JA, Tollefson GD, Charles C, Zipursky R, Sharma T, Kahn RS, et al. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode

psychosis. Archives of General Psychiatry 2005;62:361–70.

[46] Chambers RA, Potenza MN. Neurodevelopment, Impulsivity, and Adolescent Gambling. J Gambl Stud 2003;19:53–84. https://doi.org/10.1023/A:1021275130071.

[47] Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. Pharmacology Biochemistry and Behavior 2007;86:189–99.

[48] Stansfield KH, Kirstein CL. Chronic cocaine or ethanol exposure during adolescence alters novelty-related behaviors in adulthood. Pharmacology Biochemistry and Behavior 2007;86:637–42. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2007.02.008.

[49] Bezard E, Dovero S, Belin D, Duconger S, Jackson-Lewis V, Przedborski S, et al. Enriched environment confers resistance to 1-methyl-4-phenyl-1, 2, 3, 6-tetrahydropyridine and cocaine: involvement of dopamine transporter and trophic factors. Journal of Neuroscience 2003;23:10999–1007.

[50] Cahier Des Villages Et Quartiers De Ville Du Departement Du Littoral (Rgph-4, 2013). Docslib n.d. https://docslib.org/doc/9706164/cahier-des-villages-et-quartiers-de-ville-du-departement-du-littoral-rgph-4-2013 (accessed March 3, 2024).

[51] Cahier Des Villages Et Quartiers De Ville Département De L'atlantique - DocsLib n.d. https://docslib.org/doc/8319012/cahier-des-villages-et-quartiers-de-ville-d%C3%A9partement-de-latlantique (accessed March 3, 2024).

[52] KoboToolbox n.d. https://eu.kobotoolbox.org/accounts/login/ (accessed February 23, 2024).

[53] Saunders JB, Babor TF. AUDIT questionnaire. Addiction 1993;88:1–2.

[54] TABAC / Le test de Fagerström : version longue ou version courte ? - Addict Aide - Le village des addictions n.d. https://www.addictaide.fr/actualite/tabac-le-test-de-fagerstrom-version-longue-ou-version-courte/ (accessed February 29, 2024).

[55] Villalobos-Gallegos L, Pérez-López A, Mendoza-Hassey R, Graue-Moreno J, Marín-Navarrete R. Psychometric and diagnostic properties of the Drug Abuse Screening Test (DAST): Comparing the DAST-20 vs. the DAST-10. Salud Mental 2015;38:89–94.

[56] R: The R Project for Statistical Computing n.d. https://www.r-project.org/ (accessed October 28, 2023).

[57] Cours ECN | CUNEA n.d. https://www.cunea.fr/cours-ecn (accessed March 20, 2024).

[58] Williams RJ, Nowatzki N. Validity of Adolescent Self-Report of Substance Use. Substance Use & Misuse 2005;40:299–311. https://doi.org/10.1081/JA-200049327.

[59] Abdelhakim AK, Bio-Sya A, Damien GB, Klikpo ETE, Gansou GM, Allabi AC. Diagnostic capabilities of self-reported psychoactive substance use among patients admitted to psychiatric consultations in Benin, West Africa. BMC Psychiatry 2022;22:752. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04394-0.

[60] Strang J, Bearn J, Farrell M, Finch E, Gossop M, Griffiths P, et al. Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences. Drug and Alcohol Review 1998;17:197–211. https://doi.org/10.1080/09595239800187001.

[61] Klein A. “Have a Piss, Drink *Ogogoro* , Smoke *Igbo* , but don’t take *Gbana* ”-Hard and Soft Drugs in Nigeria: A Critical Comparison of Official Policies and the View on the Street. Journal of Psychoactive Drugs

2001;33:111–9. https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400476.

[62] Adlaf EM, Hamilton HA, Wu F, Noh S. Adolescent stigma towards drug addiction: Effects of age and drug use behaviour. Addictive Behaviors 2009;34:360–4. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.012.

[63] Lejoyeux M, Embouazza H. Troubles psychiatriques et addictions. Addictologie, Elsevier; 2009, p. 51–61. https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70316-4.00007-2.

ANNEXES

Annexe 1 : Certificat de non-plagiat

eplagiat.online

Certificat d'analyse

Date d'émission: 05/03/2024

Compte évaluateur: Geovania Kenneth Dèlonou DAMASSOH

AUTEUR DU DOCUMENT : Geovania Kenneth Dèlonou

TITRE DU DOCUMENT : ADDICTION AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI AU BENIN EN 2023 : DÉTERMINANTS PSYCHO SOCIO CULTURELS

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	22750	91	13%

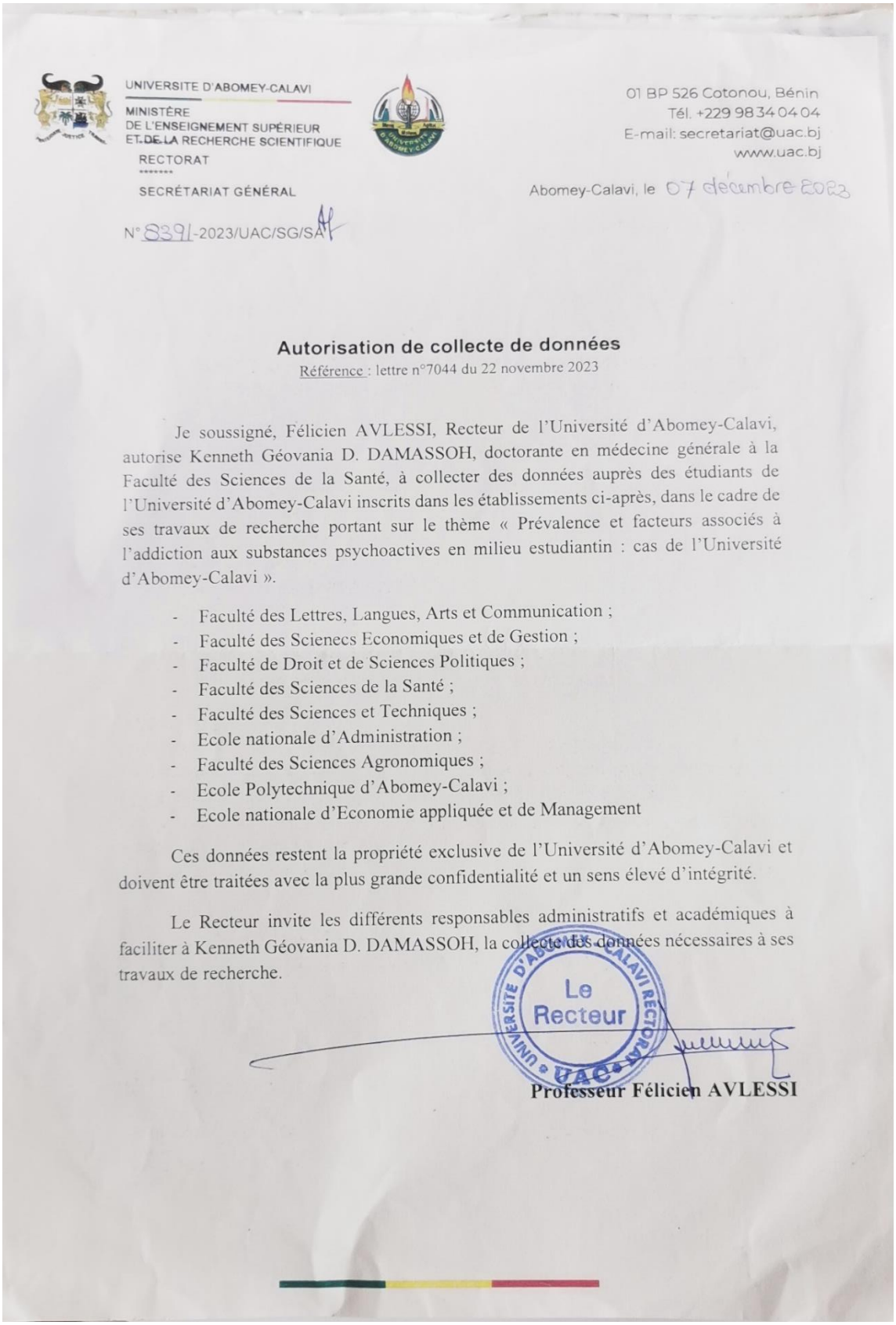
M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

46e700dd56ea33b48fb92507ba8c8dec11a5

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

Annexe 2 : Autorisation de Collecte UAC



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
RECTORAT
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

01 BP 526 Cotonou, Bénin
Tél. +229 98 34 04 04
E-mail: secretariat@uac.bj
www.uac.bj

Abomey-Calavi, le 07 décembre 2023

N° 8391-2023/UAC/SG/SA

Autorisation de collecte de données

Référence : lettre n°7044 du 22 novembre 2023

Je soussigné, Félicien AVLESSI, Recteur de l'Université d'Abomey-Calavi, autorise Kenneth Géovania D. DAMASSOH, doctorante en médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé, à collecter des données auprès des étudiants de l'Université d'Abomey-Calavi inscrits dans les établissements ci-après, dans le cadre de ses travaux de recherche portant sur le thème « Prévalence et facteurs associés à l'addiction aux substances psychoactives en milieu estudiantin : cas de l'Université d'Abomey-Calavi ».

- Faculté des Lettres, Langues, Arts et Communication ;
- Faculté des Scienecs Economiques et de Gestion ;
- Faculté de Droit et de Sciences Politiques ;
- Faculté des Sciences de la Santé ;
- Faculté des Sciences et Techniques ;
- Ecole nationale d'Administration ;
- Faculté des Sciences Agronomiques ;
- Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi ;
- Ecole nationale d'Economie appliquée et de Management

Ces données restent la propriété exclusive de l'Université d'Abomey-Calavi et doivent être traitées avec la plus grande confidentialité et un sens élevé d'intégrité.

Le Recteur invite les différents responsables administratifs et académiques à faciliter à Kenneth Géovania D. DAMASSOH, la collecte des données nécessaires à ses travaux de recherche.

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI RECTORAT UAC
Le Recteur

Professeur Félicien AVLESSI

Annexe 3 : Fiche de collecte

Titre de l'étude : Addiction aux substances psychoactives à l'Université d'Abomey-Calavi en 2023 : Déterminants psycho-socio-culturels

Engagement du (de la) participant(e)

Je soussigné(e) ……. déclare avoir lu et compris le contenu de la note d'information.

Je certifie avoir discuté avec le chercheur et compris l'objectif, la modalité de participation, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant cette étude et le chercheur y a répondu à ma satisfaction.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer à tout instant, sans préjudice.

Signature du participant ……

Date 13 décembre 2023

Engagement du chercheur

Je soussigné, DAMASSOH Kenneth Géovania Dèlonou certifie :

a) avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire de consentement ;

b) lui avoir clairement indiqué que sa participation est libre et volontaire et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Je m'engage à respecter la confidentialité et tout ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Date : 13 décembre 2023

Signature du chercheur Signature de la directrice de l'étude

DAMASSOH Kenneth Géovania Dèlonou **Pr. FIOSSI KPADONOU Emilie**

Annexe 4 : Fiche de collecte

Addiction aux substances psychoactives à l'Université d'Abomey-Calavi en 2023 : Déterminants psycho-socio-culturels

IDENTITÉ DE L'ENQUÊTEUR : …….....

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'ENQUÊTE : .....

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Sexe (Encercler le n° correspondant au sexe) **:** **1)** Masculin **2)** Féminin

Age en années : .....ans

Département de Résidence : Atlantique ☐ Littoral ☐ Ouémé ☐

Commune de Résidence : .....

Lieu de résidence : Zone résidentielle ☐ Quartier Modeste ☐ Quartier Précaire☐

Localité d'origine : ……

Ethnie : (entourez la lettre correspondant à la réponse)

Fon et apparentés (Aizo, Kotafon, Goun, Wémè, Tori, Sèto, Agouna, Mahi)

Mina et apparentés (Adja, Ouatchi, Sahouè, Peda, Houela, Xwla, Popo, Toffin)

Yoruba et apparentés (Nago, Holli, Idaatcha, Ifè, Itchabè, Natif de Manigri, de Partago, Mokolè)

Dendi et apparentés (Djerma)

Bariba et apparentés (Boko et Boo)

Peulh et apparentés (Fulfulbé, Gando)

Bètamaribè et apparentés (Berba, Lokpa, Yom, Ditamari, Betobe, Gabamga, Goumantche, Hossori, Natimba, Waama, Yendé)

Autres (à préciser) : …….....

Religion : (entourez la lettre correspondant à la réponse)

Religion catholique

Religion évangélique

Religion protestante

Christianisme céleste

Islam

Religion endogène (Vodoun …**)**

Athée (sans religion)

Autre religion (à
préciser) …….....

Situation Matrimoniale :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé

En concubinage

Veuf / Veuve

Autres (à préciser) ; .....

Type d'Études universitaires et Niveau d'Étude :

Faculté et/ou Ecole : …….....……

Filière d'étude : …….....…

Année d'Étude/Niveau d'étude : .....……..…

Mode d'inscription : ☐ Boursier ☐ Titre Payant ☐ Dérogation

Si titre payant, qui paye les frais d'inscription ?

Qualifiez vos études universitaires par rapport au stress ?

C'est stressant ☐ Ce n'est pas stressant ☐

Combien de fois avez-vous repris une année universitaire ? : (inscrivez le numéro correspondant à la réponse appropriée)

Jamais

1 à 3 fois

4 fois et plus /_____/ coïncident-elles avec un évènement particulier dans votre vie ?

(Encercler la réponse) Oui Non

Préciser l'évènement/les évènements ……..

CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET ANTÉCÉDENTS

Par qui avez-vous été élevé(e) ? (cochez la case appropriée à votre réponse)

Vos parents biologiques ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, entourez la lettre correspondant à la réponse appropriée

a- Père et Mère **b-** Père seul **c-** Père avec une autre épouse **d-** Mère seule **e-** Mère avec un autre époux

Un autre membre de votre famille ☐ (Encercler la réponse adaptée) (Frère, Sœur, Oncle, Tante, Belle tante, Grands-parents, Cousin(e), Belle-mère/Marâtre)

Ami de la famille ☐ Ami de la mère ☐ Ami du père ☐

Voisin de quartier ☐

Inconnu Oui ☐ Non ☐

Structure d'Accueil ☐

Autres**,** à Préciser……

Avez-vous vos deux parents vivants ? Oui ☐ Non ☐

Sinon, qui est décédé ? Père ☐**,** Mère ☐**,** Père & Mère ☐

Quel est le type de famille dans laquelle vous avez été élevé(e) ? (entourez la lettre correspondant à la réponse appropriée)

a- Monogame **b-** Polygame **c-** Recomposée **d-** Monoparentale (Préciser la personne qui a été présente)

Taille de la famille …… (Nombre de personnes qui constituent le ménage dans lequel vous avez été élevé(e)).

Votre rang dans la fratrie (liste des frères et sœurs) : ……..…..

Niveau d'instruction du Père ou du Tuteur (Encercler d'abord la personne concernée)

a- Non scolarisé **b-** Primaire, **c-** Collège-Lycée **d-** Universitaire, **e-** Ne sais pas

Niveau d'instruction de la Mère ou de la Tutrice (Encercler d'abord la personne concernée)

a- Non scolarisé **b-** Primaire **c-** Collège-Lycée **d-** Universitaire, **e-** Ne sais pas

Comment percevez-vous le niveau économique de votre famille en comparaison au niveau moyen des familles béninoises ?

a- Supérieur **b-** Identique **c-** Inférieur

Qui subvient à vos besoins personnels et ceux liés à vos études ?

a- Mes Parents/Tuteurs **b-** Moi-même **c-** Un membre de la famille **d-** autres, à préciser…

Exercez-vous un métier/job parallèlement à vos études ? Oui ☐ Non ☐

Avec qui vivez-vous actuellement ? (Entourez la lettre correspondant à la réponse appropriée)

a- Je vis seul(e) en dehors de l'université **b-** Je vis seul(e) en résidence universitaire **c-** En colocation avec un ou d'autres étudiants **d-** Parents

e- Autres membres de la famille **f-** Conjoint

Avez-vous des antécédents psychiatriques ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, **lesquels ?**.....

Avez-vous des parents ou amis qui consomment régulièrement des substances psychoactives ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, **quelles substances ?** ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Drogues

Dans votre famille, quelqu'un souffre-t-il ou a-t-il souffert d'une addiction (toxicomanie) ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, s'agit-il d'une Addiction :

a- A l'alcool ? Si oui, précisez le lien de parenté avec vous……

b- Au tabac ? Si oui, précisez le lien de parenté avec vous…….

c- A la drogue? Si oui, précisez le lien de parenté avec vous ……

d- Aux jeux ? Si oui, précisez le lien de parenté avec vous …….

Dans votre famille, quelqu'un a-t-il souffert d'une maladie mentale ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, s'agit-il de :

a- Troubles anxieux? Si oui, précisez le lien de parenté avec vous ……

b- Dépression ? Si oui, précisez le lien de parenté avec vous ……

c- Schizophrénie ? Si oui, précisez le lien de parenté avec vous ……

d- Autres ? Précisez Si oui, précisez le lien de parenté avec vous ……

EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

ALCOOL (Q1-Q8)

Quelles sont les boissons alcoolisées que vous connaissez ? **……**

Un verre de boisson alcoolisée apporte environ 10 grammes en alcool pur :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

Que signifie l'indication en degré ou en pourcentage inscrite sur les emballages de boissons alcoolisées ? …….....

L'alcool perturbe le développement du cerveau : ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

L'alcool est un facteur de risque majeur des pathologies suivantes :

a- Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) **: ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas**

b- Hypertension artérielle (HTA) ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

c- Diabète de type ll : ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

d- Cirrhose et Cancer du foie : ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

e- Maladie Mentale : ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

Quels sont les effets sur l'organisme d'un abus d'alcool parmi ceux cités ci-dessous ?

a- Troubles de la vision ; **b**- Somnolence ; **c**- Ralentissement des mouvements

d- Nausées ; **e**- Troubles du comportement ; **f**- Diminution des capacités de jugement, **g**- Troubles de la mémoire ; **h**- Troubles de l'humeur ; **i**- Coma ; **j**- Toutes les propositions sont justes ; **k**- Je ne sais pas

Avez-vous déjà été sensibilisé au sujet de la consommation d'alcool en milieu universitaire ? a- OUI **b-** NON

TABAC Q9 -Q26

Quelles formes de tabac connaissez-vous ?.....

Le tabagisme est considéré comme la cause des pathologies suivantes :

a- Bronchopneumopathies chronique Obstructive: ☐ **VRAI** ☐ **FAUX** ☐ **Je ne sais pas**

b- Cancer buccal : ☐ **VRAI** ☐ **FAUX** ☐ **Je ne sais pas**

c- Rhume: ☐ **VRAI** ☐ **FAUX** ☐ **Je ne sais pas**

d- Démence**:** ☐ **VRAI** ☐ **FAUX** ☐ **Je ne sais pas**

e- Diabète de type ll : ☐ **VRAI** ☐ **FAUX** ☐ **Je ne sais pas**

f- Fausses couches : ☐ **VRAI** ☐ **FAUX** ☐ **Je ne sais pas**

Q10 Quelle forme de tabac est la plus sûre ?

a- Tabac à rouler **b-** Tabac à priser **c-** Tabac à chiquer **d-** Cigarette light **e-** Chicha **f-** Aucun produit de tabac n'est sûr

Le tabac à rouler est plus nocif que la cigarette car il contient des taux plus élevés de goudron et de nicotine que dans la cigarette :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

Fumer de la chicha est plus dangereux que fumer des cigarettes à cause de la quantité de fumée inhalée plus importante, une session de chicha correspond à fumer 40 cigarettes : ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

Chaque année le tabac est responsable de 20% de nouveaux cas de cancers :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

Avez-vous déjà été sensibilisé au sujet du tabac et de sa consommation en milieu universitaire ? **a-** ☐ OUI **b-** ☐ NON

AUTRES DROGUES Q27 -30

Quelles sont les drogues que vous connaissez ? ……

Parmi les drogues suivantes, laquelle est la plus inoffensive ?

a- Cannabis **b-** Tramadol **c-** Codéine **d-** Toutes les drogues sont dangereuses **e-** Je ne sais pas

Quels sont les différents effets que peuvent procurer les drogues ?

Avez-vous déjà été sensibilisé au sujet des drogues et de leur consommation ?

1- OUI **2**- NON

Si oui, dans quel cadre ? **a**- Familial **b**- Scolaire **c**- Universitaire **d**- Religieux **e**- Autres **/_____/**

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les questions suivantes portent sur la consommation de BOISSONS ALCOOLISÉES, y compris la bière, le vin et les alcools forts

AU COURS DES 12 MOIS ÉCOULÉS : (inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée)

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? a= Jamais **b**= 01 fois par mois au moins **c**= 2 à 4 fois par mois **d**= 2 à 3 fois par semaine, **e**= 4 fois ou plus par semaine **/_____/**

Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? **a**= 1 ou 2 **b**= 3 ou 4 **c**= 5 ou 6 **d**= 7 à 9 **e**= 10 ou plus **/_____/**

Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ? **a**= Jamais **b**= < 1 fois par mois **c**= 1 fois par mois **d**= 1 fois par semaine**, e**= Chaque jour ou presque **/_____/**

Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ? **a**= Jamais **b**= < 1 fois par mois **, c**= 1 fois par mois **d**= 1 fois par semaine , **e**= Chaque jour ou presque **/_____/**

Combien de fois parce que vous avez bu, n'avez-vous pas pu faire ce que vous aviez à faire? **a**= Jamais **b**= <1 fois par mois **c**= 1 fois par mois **d**= 1 fois par semaine **e**= Chaque jour ou presque /_____/

Combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire dès le matin pour vous remettre en forme ? **a**= Jamais **b**= < 1 fois par mois **c**= 1 fois par mois **d**= 1 fois par semaine

e= chaque jour ou presque **/_____/**

Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

a=Jamais , **b**= <1 fois par mois **, c**= 1 fois par mois,

d=1 fois par semaine **, e**= Chaque jour ou presque **/_____/**

Combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ? **a**= Jamais **b**= < 1 fois par mois **c**= 1 fois par mois

d= 1 fois par semaine **e**= Chaque jour ou presque **/_____/**

Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce vous aviez bu ? **a=** Non **b=** Oui, mais pas dans les 12 mois écoulés **c=** Oui, au cours des 12 mois écoulés /_____/

Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ? **a=** Non **b=** Oui, mais pas dans les 12 mois écoulés **c=** Oui, au cours des 12 mois écoulés /_____/

A quel âge avez-vous bu de l'alcool pour la première fois ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée) **a=** Jamais **b=** moins de 11 ans **c=** 11 ans **d=**12 ans e= 13ans **f=** 14 ans **g=** 15 ans et plus /_____/

A votre avis, quel est le facteur qui vous a encouragé à boire de l'alcool pour

la première fois ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée)

a= Vos amis **b=** Les membres de votre famille **c=** des problèmes familiaux

d= des **problèmes** scolaires, **e=** des problèmes personnels **f=** Recherche de sensation particulière, **g=** Curiosité **h=** autres à préciser /_____/

Dans quel cadre avez-vous bu de l'alcool pour la 1ère fois ?

(Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée) **a=**à la maison **b=**à l'école / collège **c=** àl'université **d=** dans la rue /_____/

e= Autres (à préciser).....

Avez-vous encouragé d'autres personnes à consommer de l'alcool pour la première fois ? **1-** OUI **2-**NON

SI OUI, qui ? **a=** Frères/Sœurs **b=** Autres membres de la **famille, c=** Camarades de classe/d'amphi **d=** Amis(es) **e=** Inconnu /_____/

Les questions suivantes portent sur la consommation de tabac

Avez-vous fumé ou fumez-vous du tabac ? **1=** OUI **2=** NON

Si OUI, quel(s) type(s) de tabac avez-vous fumé ou fumez-vous ? .....

A quel âge avez-vous fumé du tabac pour la première fois ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée) **a=** Jamais **b=** moins de 11 ans **c=** 11 ans **d=** 12ans **e=** 13ans **f=** 14 ans **g=** 15 ans et plus /_____/

Combien de fois avez-vous fumé des cigarettes/ de la chicha/ Autres ?
(Cocher une case dans chaque rangée)

	Nombre de fois					
	0	**1-2**	**3-5**	**6-9**	**10-19**	**20-39**

≥ 40

(a) Dans votre vie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(b) Au cours des 12 mois écoulés

(c) Au cours des 30 jours écoulés

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée) **a**= ≤10 **b**= 11-20 **c**= 21-30 **d**= ≥31 /_____/

Dans quel délai après le réveil, fumez-vous pour la première fois au cours de la journée ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée)

a= Moins de 5 minutes **b**= 6-30 minutes **c**= 31-60 minutes **d**= Après plus d'1 heure /_____/

A votre avis quel est le facteur qui vous a encouragé à fumer du tabac (cigarette, chicha, cigare, etc) pour la première fois ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée)

a= Vos amis **b**= Les membres de votre famille **c**= des problèmes familiaux

d= des problèmes scolaires, **e**= des problèmes personnels **f**= Recherche de sensation particulière **g**= Curiosité **h**= autres (précisez)..... /_____/

Dans quel cadre avez-vous fumé du tabac (cigarette, chicha, cigare, etc) pour la première fois ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée) **a**= à la maison **b**= à l'école / collège **c**= à l'université **d**= dans la rue /_____/

e= Autres (à préciser).....

Avez-vous encouragé d'autres personnes à fumer du tabac (cigarette, chicha, cigare, etc. pour la première fois ?

1- OUI **2-**NON **Si OUI, qui ?** **a**= Frères/Sœurs **b**= Autres membres de la famille **c**= Camarades de classe/d'amphi **d**= Amis(es) **e**= Inconnu /_____/

Les questions suivantes portent sur la consommation des drogues

Combien de fois DE TOUTE VOTRE VIE avez-vous consommé, le cas échéant, l'une ou l'autre des drogues suivantes ?

Intitulés	Nombre de fois	
CANNABIS OU MARIJUANA OU HASCHICH OU GANDJA	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/_____/
COCAÏNE OU CRACK	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/_____/
HÉROÏNE	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/_____/
TRAMADOL	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/_____/
AMPHÉTAMINES ET STIMULANTS	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/_____/
AUTRES DROGUES	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/_____/

Combien de fois AU COURS DES 12 MOIS ÉCOULÉS avez-vous consommé, le cas échéant, l'une ou l'autre des drogues suivantes ?

Intitulés	Nombre de fois	
Cannabis ou marijuana ou haschich ou Gandja	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
cocaïne ou crack	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Héroïne	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Tramadol	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/

amphétamines et stimulants	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Autres drogues	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/

Combien de fois AU COURS DES 30 derniers jours ÉCOULÉS avez-vous consommé, le cas échéant, l'une ou l'autre des drogues suivantes ?

Intitulés	Nombre de fois	Score
Cannabis ou marijuana ou haschich ou Gandja	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Cocaïne ou crack	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Héroïne	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Tramadol	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Amphétamines et stimulants	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/
Autres drogues	1= 0 2= [1-2] 3= [3-5] 4= [6-9] 5= [10-19] 6= [20-39] 7= 40 ou plus	/____/

A votre avis, quel est le facteur qui vous a encouragé à prendre ces drogues pour la première fois ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée)

a= Vos amis **b=** Les membres de votre famille **c=** des problèmes familiaux **d=** des problèmes scolaires**, e=** des problèmes personnels **f=** Recherche de sensation particulière, **g=** Curiosité /_____/ **h=** autres précisez).....

Parmi les drogues reprises dans le tableau ci-dessus, laquelle avez-vous consommée EN PREMIER ? .....

Dans quel cadre avez-vous consommé pour la première fois ? (Inscrivez la lettre correspondant à la réponse appropriée) **a=** à la maison **b=** A l'école / collège **c=** A l'université **d=** Dans la rue **/__/ e=** Autres (à préciser) ……

Pourquoi avez-vous continué à consommer des drogues ? ……..

Qui sont les autres personnes que vous avez initiées à la consommation de drogues ? a- Frères/Sœurs **b-** Autres membres de la famille **c-** camarades de classe ou d'Amphi **d-** Amis(es) **e-** Autres personnes à préciser **f-**Inconnu **/__/**

Croyez-vous que se procurer des drogues est : (inscrivez le numéro correspondant à la réponse appropriée) **1**= Très facile **2**= Facile 3= Difficile **4=** Très difficile **/_____/**

A votre avis, où peut-on se procurer des drogues ?

(Inscrivez le numéro correspondant à la réponse appropriée)

1= à l'intérieur de l'université/ l'école/ la faculté

2= à proximité de l'université/ l'école/ la faculté

3= dans un café, une salle de jeu à proximité de l'université/ l'école/ la faculté

4= loin de l'université/ l'école/ la faculté **/_____/**

Quel est le nombre de jours d'absence aux cours durant les 30 derniers jours ? (Inscrivez le numéro correspondant à la réponse appropriée)

1= aucun **2**= 1 jour **3**= 2jours **4**= 3-4 jours **5**= 5-6 jours **6**= 7 jours **/_____/**

Quelles sont les raisons de votre absence ? (Inscrivez le numéro correspondant à la réponse appropriée) **1=** maladie **2=** fugue de l'université **3=** autres **/_____/**

Avez-vous déjà eu, sous l'effet des SPA ou à cause des SPA, les problèmes suivants ?

(Inscrivez le numéro correspondant à la réponse appropriée) **1=** OUI **2=** NON

Si oui, encerclez les problèmes ressentis

a) Altercation ou désaccord **/____/**

b) Dispute ou altercation **/____/**

c) Accident ou blessure /____/

d) Perte d'argent ou d'objets de valeur /____/

e) Vêtements ou objets abîmés /____/

f) Problèmes relationnels avec les parents /____/

g) Problèmes relationnels avec les amis /____/

h) Problèmes relationnels avec les enseignants /____/

i) Victime d'un vol /____/

j) Problèmes avec la police /____/

k) Hospitalisation ou visite aux urgences /____/

l) Relations sexuelles regrettées le lendemain /____/

m) Relations sexuelles sans préservatif /____/

	Cochez la case correspondant à votre réponse	**Oui**	**Non**
1)	Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés ?		
2)	Avez-vous fait un usage abusif de médicament sur ordonnance ?		
3)	Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois ?		
4)	Pouvez-vous vous passez de drogues pendant une semaine complète ?		
5)	Êtes-vous toujours capable d'arrêter d'utiliser des drogues ou des médicaments quand vous le voulez ?		
6)	Avez-vous eu de brèves pertes de mémoire (black out) ou des irruptions de souvenirs (flash back) après avoir pris une drogue ou un médicament ?		
7)	Votre consommation de drogues ou de médicaments suscite -t-elle un sentiment de culpabilité ou de malaise de votre part ?		
8)	Vos parents ou votre conjoint se plaignent-ils de votre comportement vis-à-vis des drogues ou des médicaments ?		
9)	Est-ce que l'abus de drogues ou de médicaments vous a causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents ?		
10)	Avez-vous perdu des amis à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ?		
11)	Avez-vous négligé votre famille à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ?		
12)	Avez-vous eu des ennuis au travail causés par l'abus de		

	drogues ou de médicaments ?		
13)	Avez-vous perdu un emploi à cause de l'usage de drogues ou de médicaments ?		
14)	Vous êtes-vous battu.e en étant sous l'influence de drogues ou des médicaments ?		
15)	Vous êtes-vous engagé.e dans des activités illégales dans le but d'obtenir des drogues et des médicaments ?		
16)	Avez-vous été arrêté.e pour possession de drogues illégales ?		
17)	Avez-vous éprouvé des symptômes de sevrages après avoir interrompu votre consommation de drogues ou de médicaments ?		
18)	Avez-vous eu des problèmes médicaux suite à votre usage de drogues ou de médicaments (pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignement, etc.) ?		
19)	Avez-vous cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ou de médicaments ?		
20)	Avez-vous suivi un programme de traitement spécifiquement lié à l'usage de drogues ou de médicaments ?		

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ii

GLOIRE À DIEU..... viii

HOMMAGES A MA FAMILLE.....x

REMERCIEMENTS ..... **Erreur ! Signet non défini.**

HOMMAGES A NOS MAITRES..... **Erreur ! Signet non défini.**

LISTE DES TABLEAUX..... xviii

LISTE DES FIGURES.....xx

INTRODUCTION.....1

1. GENERALITES.....10

1.1. CONCEPTS ET DÉFINITIONS 11

1.2. CLASSIFICATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES 16

1.3. NEURO PHYSIOPATHOLOGIE 18

1.3.1 Neuro Physiopathologie ..... **Erreur ! Signet non défini.**

1.4. DÉTERMINANTS DE L'ADDICTION 24

1.4.1. Les facteurs individuels influençant la sensibilité addictive.....24

1.4.2. Les facteurs génétiques 24

1.4.3. Le Stress 25

1.4.4. Les risques liés à l'adolescence.....26

1.4.5. L'histoire personnelle.....26

1.5. APPROCHE THERAPEUTIQUE DE L'ADDICTION 27

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 29

2.1. CADRE D'ÉTUDE.....30

2.1.1. Présentation du Bénin.....30
2.1.2. Présentation de la ville de Cotonou [50].....30
2.1.3. Présentation de la ville d'Abomey-Calavi [51].....31
2.2. MÉTHODE D'ÉTUDE.....34
2.2.1. Type d'étude 34
2.2.2. Population d'étude 34
2.2.3. Échantillonnage.....35
➢ Taille d'échantillon.....35
➢ Technique d'échantillonnage 36
2.2.4. Variables étudiées.....38
➢ Variable dépendante 38
➢ Variables indépendantes 38
2.2.5. Outils de collecte.....39
2.2.6. Procédure de la collecte.....39
2.2.7. Assurance qualité 40
2.3. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNÉES 40
2.4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES 41
2.5. DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE 42
3. RÉSULTATS.....44
3.1. RÉPARTITION DES ÉTUDIANTS DE L'UAC SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....45
3.2. Répartition des étudiants de l'UAC selon caractéristiques liées aux études universitaires.....49
3.3. Répartition des étudiants de l'UAC selon les antécédents chez les

enquêtés.....50

3.1. Consommation des substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC en 2023.....52

3.1.1. Facteurs liés à la consommation d'alcool.....53

3.1.2. Facteurs liés à la consommation de tabac.....57

3.1.3. Facteurs liés à la consommation de drogue.....59

3.2. Association entre les caractéristiques socio-démographiques et l'addiction.....61

3.3. Association entre les caractéristiques liées aux études universitaires et l'addiction aux SPA.....62

3.5. Association entre les antécédents et l'addiction aux SPA.....64

3.6. Analyse multivariée des facteurs liées à l'addiction chez les étudiants de l'UAC en 2023.....65

4. DISCUSSION.....68

4.1. Atteinte des objectifs et vérification des hypothèses.....69

4.2. Qualité et validité des données.....69

4.3. Difficultés et limitations.....70

4.4. Conduites addictives aux substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC en 2023.....71

4.4.1. Alcool.....71

4.4.2. Tabac.....74

4.4.3. Drogues.....75

4.5. Pratique précoce des substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC.....79

4.6. Niveau des connaissances des étudiants sur les substances psychoactives 82

4.7. Facteurs liés au cadre et aux études universitaires qui sont associés à l'addiction aux substances psychoactives chez les étudiants de l'UAC.....84

4.8. Facteurs liés aux conditions et mode de vie associé à l'addiction aux substances psychoactives chez les étudiants.....86

CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....88

Conclusion.....89

Suggestions 90

REFERENCES.....93

ANNEXES 103

TABLE DES MATIÈRES 121

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU LE PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RÉSUMÉ

Introduction : L'usage des substances psychoactives (SPA) constitue une préoccupation majeure de santé publique, particulièrement chez les jeunes adultes et les étudiants universitaires. L'Université d'Abomey-Calavi (UAC) au Bénin, comme de nombreux établissements d'enseignement supérieur, fait face à cette problématique. La consommation de SPA chez les étudiants universitaires est influencée par divers facteurs psycho-socio-culturels, ayant un impact significatif sur leur parcours académique et leur bien-être.

Objectif : Cette étude vise à identifier les déterminants psycho-socio-culturels de l'addiction aux SPA parmi les étudiants de l'UAC. L'objectif est de mieux comprendre les motifs de consommation, les niveaux de connaissance sur les risques liés aux SPA, et les facteurs associés à l'addiction, afin de proposer des recommandations pour des interventions ciblées.

Méthode d'étude : Une approche transversale a été adoptée, avec un échantillon de 382 étudiants sélectionnés par un échantillonnage en grappe à partir de différentes facultés de l'UAC. Les données ont été recueillies via des questionnaires auto-administrés, incluant des outils standardisés tels que l'AUDIT, le Fagerström, et le DAST-20 pour évaluer respectivement la consommation d'alcool, de tabac, et d'autres drogues. L'analyse des données a été réalisée en utilisant le logiciel statistique R.

Résultats : La consommation d'alcool était prévalente chez 76,70% des participants, avec une initiation précoce signalée. Seulement 4,5% des étudiants ont déclaré consommer du tabac et 2,10% d'autres drogues. Les niveaux de connaissance sur les SPA étaient généralement faibles. Les facteurs associés à la consommation et à l'addiction incluaient les antécédents familiaux et personnels, ainsi que l'influence de l'entourage. Le manque d'informations et de sensibilisation sur les risques liés aux SPA a été également souligné.

Conclusion : L'étude révèle une consommation significative de SPA parmi les étudiants de l'UAC, marquée par une initiation précoce et un faible niveau de connaissance sur les risques associés. Les facteurs psycho-socio-culturels jouent un rôle crucial dans la consommation de SPA. Il est impératif de mettre en place des programmes de prévention et de sensibilisation adaptés au contexte universitaire, impliquant une collaboration entre les autorités éducatives et sanitaires. La promotion d'un environnement universitaire sain et la mise en œuvre de services de soutien psychologique pour les étudiants sont essentielles pour prévenir l'addiction aux SPA et favoriser la réussite académique et le bien-être des étudiants.

ABSTRACTS

Introduction: The use of psychoactive substances (PAS) is a major public health concern, especially among young adults and university students. The University of Abomey-Calavi (UAC) in Benin, like many higher education institutions, faces this challenge. The consumption of PAS among university students is influenced by various psychosocial and cultural factors, significantly impacting their academic journey and well-being.

Objective: This study aims to identify the psychosocial and cultural determinants of PAS addiction among UAC students. The goal is to better understand the reasons for consumption, the levels of awareness about the risks associated with PAS, and the factors associated with addiction, in order to propose recommendations for targeted interventions.

Study Method: A cross-sectional approach was adopted, with a sample of 382 students selected through cluster sampling from different faculties at UAC. Data were collected using self-administered questionnaires, including standardized tools such as the AUDIT, Fagerström, and DAST-20 to assess alcohol, tobacco, and other drug use, respectively. Data analysis was performed using the R statistical software.

Results: Alcohol consumption was prevalent among 76.70% of participants, with early initiation reported. Only 4.5% of students declared smoking tobacco and 2.10% using other drugs. The levels of knowledge about PAS were generally low. Factors associated with consumption and addiction included personal and family history, as well as peer influence. The lack of information and awareness about the risks associated with PAS was also highlighted.

Conclusion: The study reveals significant PAS consumption among UAC students, marked by early initiation and a low level of knowledge about associated risks. Psychosocial and cultural factors play a crucial role in PAS consumption. It is imperative to implement prevention and awareness programs tailored to the university context, involving collaboration between educational and health authorities. Promoting a healthy university environment and implementing psychological support services for students are essential to prevent PAS addiction and promote students' academic success and well-being.