

Les addictions en Afrique subsaharienne

Addictions in Sub-Saharan Africa

Philippe Nubukpo*

De nombreux produits, naturels ou non, peuvent modifier les comportements, dont beaucoup font l'objet d'une consommation délibérée, de manière traditionnelle, dans la quasi-totalité des sociétés. En 1986, un rapport du bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Brazzaville notait l'augmentation générale du problème de la drogue sur le continent africain. Des régions importantes sont devenues dépendantes du revenu que procure la culture du chanvre indien. Ce rapport soulignait également la disponibilité et l'utilisation excessive des substances psychotropes délivrées sans ordonnance dans beaucoup de pays africains. Cette situation venait s'ajouter à l'utilisation déjà répandue des drogues licites comme l'alcool et le tabac. L'Afrique subsaharienne constitue aujourd'hui un maillon important dans plusieurs domaines en lien avec les drogues. Des politiques préventives précoces peuvent éviter sa propagation. Cela est d'autant important que les liens entre certaines toxicomanies et l'infection à VIH/sida sont établis. Chez un même individu, la co-occurrence d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique est aussi fréquente. À partir d'une revue de la littérature, nous conduisons une réflexion sur la problématique des addictions en Afrique subsaharienne en donnant un aperçu de la situation épidémiologique et en présentant les programmes de prévention ou de prise en charge actuellement disponibles dans ces pays.

Communication lors du dernier congrès international de psychiatrie et d'addictologie de la Caraïbe, Martinique, 24-26 octobre 2011

DES DONNÉES À REVOIR

Jusqu'en 1985, on trouvait peu de données sur la consommation des "drogues dures" en Afrique. Les informations disponibles provenaient de rapports de police (statistiques de saisie et arrestations) avec leurs biais éventuels et, pour une moindre part, d'enquêtes épidémiologiques. Elles indiquaient que les problèmes posés par la surconsommation de médicaments psychotropes étaient beaucoup plus importants que ceux provoqués par l'abus d'héroïne et de cocaïne (1).

Les données d'enquêtes épidémiologiques étaient souvent hospitalières, peu représentatives, car il existait peu de services spécialisés dans les addictions. Depuis, à défaut d'interventions efficaces, la situation s'est aggravée. Nous avons voulu ici réactualiser ces données en conduisant une réflexion sur la problématique

des addictions en Afrique subsaharienne (ASS) : historique, prévalences, facteurs associés, conséquences, causes, solutions.

➤ **Méthodologie** : l'ASS comprend 4 régions : ouest, est, centrale et australe (figure). Nous avons réalisé une revue de la littérature sur le thème des addictions en ASS sur *Public Medline (PubMed)* et à partir de la littérature grise réa-

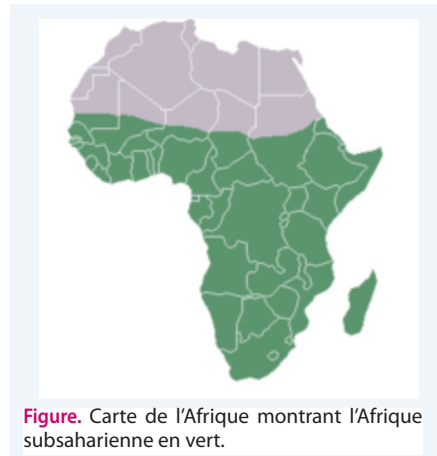


Figure. Carte de l'Afrique montrant l'Afrique subsaharienne en vert.

* Praticien hospitalier, pôle addictologie, CH Esquirol, Limoges, 87025. Pôle de psychiatrie 23G01, CH La Valette, Saint-Vaury, 23320. Inserm U1090, NETEC, IENT, faculté de médecine, 2, rue du Dr Marcland, 87025 Limoges Cedex.

Mots-clés : Addictions ; Afrique subsaharienne ; État des lieux ; Prévention.

Keywords : Addictions ; Sub-Saharan Africa ; Epidemiology ; Prevention.

Many drugs, natural or not, can change behavior. Many of them are voluntarily consummated in a traditional way, in almost all societies. In 1986, a report of the Regional Office of the World Health Organization (WHO) in Brazzaville noted a general increase of the drug problem in Africa. Important regions have become dependent on income that comes from the cultivation of Indian hemp. The report also highlighted the excessive availability and use of psychotropic substances without prescription in many African countries. This was in addition to the already widespread use of legal drugs like alcohol and tobacco. Sub-Saharan Africa is now an important link in drugs dealing. Early preventive policies can prevent its spread. This is particularly important that the links between certain addictions and HIV/AIDS are established. The co-occurrence in the same individual, of a drug abuse associated disorder and another psychiatric disorder is also frequent.

From a literature review, we provide an overview of the epidemiological situation concerning the problem of addiction in sub-Saharan Africa.

lisée dans certains pays de l'ASS (Bénin, Togo). Cela nous a permis d'identifier **plus de 200 publications**, parmi lesquelles nous avons choisi les plus pertinentes. Les outils d'évaluation des addictions dans les publications étaient très disparates.

➤ **Historique et généralités sur les addictions en ASS** : En Afrique de l'ouest, il y a une tradition répandue de cultures de cannabis. Jusqu'en 1985, les "drogues dures" étaient pratiquement inconnues en Afrique, sauf au Nigéria où un groupe limité consommait de l'héroïne et de la cocaïne. En 1990, selon Interpol, l'Afrique était impliquée à 3 niveaux : production et trafic de cannabis ; trafic de transit d'opiacés ; importation de médicaments psychotropes.

➤ **Production locale de cannabis** : le cannabis pousse à l'état sauvage dans la plupart des pays d'Afrique. Dans certains pays, il est cultivé par la population rurale pour la consommation locale et l'exportation. Les principaux producteurs et exportateurs sur les marchés internationaux sont le Nigéria, le Ghana, le Zaïre. Le Sénégal et la Gambie jouent un rôle dans les marchés régionaux.

➤ **Production locale d'héroïne et de cocaïne** :



il existe une culture de pavot dans le nord-est du Nigéria, dans la région de Kano, mais il s'agit d'une activité marginale (1).

➤ **Réseaux de distribution** : un nombre important de capitales de l'Afrique de l'ouest seraient utilisées comme lieu de transit de l'héroïne (exemple : transport aérien via Lagos vers les capitales européennes). Le transport d'héroïne se faisait par "les courriers" ou "mulets" qui dissimulaient le produit dans les cavités corporelles. L'utilisation de faux passeports rend difficile l'établissement de la nationalité des trafiquants. Le trafic de cocaïne est aussi un trafic de transit contrôlé par les mêmes trafiquants d'héroïne. Ces 2 trafics seraient en progression fulgurante avec une participation importante des pays ouest-africains. En Afrique de l'ouest, les saisies de cocaïne ont augmenté entre 2002 (95 kg) et 2007 (6,5 tonnes pour un trafic mondial estimé à 40 tonnes, soit 1,8 milliard de dollars) [1, 2]. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) estime que 27% de la cocaïne entrée en 2006 en Europe aurait transité par l'Afrique de l'ouest. La cocaïne est acheminée par des vols commerciaux et des routes terrestres transsahariennes vers l'Union européenne. La consommation de cocaïne progresse vite en Afrique de l'ouest (Burkina, Guinée, Nigéria, Ghana, Sénégal, Sierra-Léone, Togo) et en Afrique australe (Angola, Mozambique, Afrique du Sud) [3].

➤ **Trafic de médicaments psychotropes** : il s'est développé depuis 1987 sur le continent africain. Il s'agit souvent de médicaments détournés des marchés licites, en provenance d'Europe et d'Inde et de productions illicites. La vente en Afrique subsaharienne est favorisée par l'absence de législation imposant les ordonnances. Au Nigéria en 1990, 70% des médicaments disponibles viendraient de la contrefaçon. En Afrique du sud-est, il y a une production importante de méthqualone (Mandrax®) et de phénobarbital.

PRÉVALENCE DES ADDICTIONS

Elle est très variable selon les pays et les substances (tableau I). L'abus de cocaïne en ASS atteindrait une prévalence de 7,6% (soit plus de 1,1 million de personnes ; 14,5 millions de consommateurs dans le monde). Au Ghana, l'abus de cannabis serait supérieur à 13% chez les sujets âgés de 15 à 65 ans (3,8% dans le monde). En ce qui concerne l'abus de psychotropes, la part de la méthamphétamine dans les demandes de soins liés aux narcotiques en Afrique du Sud a augmenté entre 1996 (1%) et 2007 (41%) [sources ONUDC].

Au Togo en 1990, l'abus de drogues concernait 5% des hospitalisations en neuropsychiatrie au CHU Campus de Lomé, la capitale. Les dépendants aux drogues (17,2%) consommaient surtout du cannabis et des amphétamines, selon une enquête réalisée chez les militaires, collégiens, conducteurs de transports, apprentis coiffeurs et couturiers de Lomé (4). Les chiffres concernant

Tableau I. Prévalences de l'alcoolisme et du tabagisme en ASS.

	Prévalence tabac	Prévalence alcool
Bénin	16% - Population générale : 6 904 de 25 à 64 ans (10)	2,9% : 6 904 de 25 à 64 ans (10)
Afrique du Sud	Étudiants stomato : 23% (23)	
Nigéria	- 20,3% (n = 853) [soldats] (24) - 3,93% (n = 433) [étudiants] (25)	Hommes : 32,7% Femmes : 5,3% (11)
Kenya		25,1% (hôpital) AUDIT (26)
Tanzanie		Hommes : 22% (n = 788) Femmes : 9% (n = 1 814 CAGE) [27]

Tableau II. Prévalence des addictions parmi les adultes en Afrique du Sud (28).

Cannabis	Cocaïne	Mandrax/sédatifs	Amphétamines	Opiacés	Hallucinogènes
2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%

Tableau III. Prévalence des addictions en Afrique du Sud parmi les demandeurs de soins dans les structures de soin primaire (28).

Cannabis	Méthamphétamine	Cocaïne/crack	Cannabis/mandrax	Héroïne/Opiacés
16,9%	12,8%	9,6%	3,4%	9,2%

Chez les adultes	Chez les adolescents
Tabac : 3,9 à 23%	Tabac : 4 à 22%
Alcool : 2,9 à 32,7%	Alcool : 5,2 à 31,6%
Cannabis : 2 à 13%	Cannabis : 2 à 70%
Cocaïne : 0,3 à 7,6%	Drogues "dures" : chiffres peu précis
Héroïne : 0,1 à 6%	Âge de début : 10 à 15 ans

l'Afrique du Sud sont plus nombreux comme l'indiquent les tableaux II et III.

Les chiffres de prévalence des addictions en ASS fournis par la revue de la littérature pourraient être ainsi résumés :

➤ **Prévalence des toxicomanies intraveineuses (IV)** : on estime que 3 millions de personnes environ, usagers de drogues par voie intraveineuse, vivent en Afrique Subsaharienne avec 200 000 au Kenya, au moins 250 000 en Afrique du Sud. Ils sont en général victimes d'exclusion et de dépression (5). Au Togo, la toxicomanie par voie intraveineuse parmi les étudiants de Lomé était de 6,1% (6). Une étude récente confirme qu'en Afrique de l'ouest, l'usage de drogues injectables est devenu de plus en plus fréquent et risque de s'aggraver face au déni des autorités administratives qui peinent à mettre en œuvre des programmes de réduction des risques, et plus spécifiquement chez les usagers ayant une infection à VIH (3).

➤ **Toxicomanie et VIH** : dans de nombreux pays d'ASS, la prévalence du VIH est plus élevée chez les usagers de drogues intraveineuses (UDI) que dans la population générale (de 26 à 88%), contre moins de 1% (5). Officiellement, selon l'ONUDC, seuls 3 pays africains ont déclaré des usages de drogues intraveineuses sur leur territoire : Afrique du Sud, Kenya et l'Île Maurice (3).

Des auteurs ont montré, à partir d'une revue de la littérature, que chez les UDI dans 343

zones du monde, y compris en Afrique subsaharienne (4 pays inclus dans la revue), que la réduction de l'infection par le virus de l'hépatite C au-dessous d'un certain seuil (30%), pourrait réduire le risque d'infection VIH (7). De plus, dans de nombreux pays en développement d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH est plus élevée parmi les usagers de drogues intraveineuses que dans la population générale. Au Kenya, cette prévalence est estimée entre 68 et 88%, en Tanzanie (58% chez les femmes et 27% chez les hommes), Afrique du Sud (28%), Zanzibar (26%) alors qu'elle est, en population générale, inférieure à 1% (5).

➤ **La prévalence des addictions chez les femmes** est un vrai problème en Afrique du Sud, notamment avec le phénomène, très fréquent dans la banlieue de Johannesburg, des "femmes qui boivent dans le placard de la cuisine". Elles consomment de l'alcool en cachette de leurs conjoints (18). Le syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) est aussi un problème de santé publique majeur en Afrique du Sud. En effet, la province du Cap compte la plus forte prévalence de SAF dans le monde (40,5 à 46,4 pour 1 000 enfants) [États-Unis : 0,5 à 2,0 pour 1 000] (8).

➤ **La prévalence des addictions chez les adolescents** est un phénomène fréquent et en extension (tableau IV). Cette augmentation concerne aussi bien le tabac que l'alcool et le cannabis.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX ADDICTIONS

D'une manière générale, on observe une prédominance masculine ainsi qu'une prévalence des addictions en augmentation chez les adolescents.

➤ Concernant le tabagisme, Townsend et al. (9), dans une revue de la littérature réalisée à



Tableau IV. Prévalence des addictions chez les adolescents en ASS.

Pays	Tabac	Alcool	Cannabis
Afrique du Sud (11)			2% à 9%
Kenya (12)		5,2%	1,7%
Sénégal (13)		15%	70%
Nigéria (14, 15)	14,3% 18,1%	31,6%	4,1%
Bénin (4)	4%		
Niger	22%		
Burkina-Faso	20,3%		
Gabon	10,9%		
Ouganda	5,6%		

partir de 54 articles concernant 14 des 48 pays de l'Afrique subsaharienne, montrent une prédominance masculine, avec un risque accru chez les 30-49 ans, alors que les plus jeunes et les plus âgés fumeraient moins. Toutefois, chez les femmes, la prévalence du tabagisme croît avec l'âge. Il n'y avait pas de lien avec le milieu social ou de différence entre zone rurale et urbaine. Le tabagisme commençait plutôt à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune. Au Bénin, les facteurs associés au tabagisme étaient le bas niveau d'instruction et le milieu rural (10).

➤ La revue de la littérature sur l'**alcoolisme** montre que les facteurs associés les plus fréquemment retrouvés sont la comorbidité avec le tabagisme, le milieu socio-économique défavorisé (11). La comorbidité avec le VIH a été également retrouvée comme un facteur associé à l'alcoolisme. À partir d'une revue de la littérature (21 publications d'Afrique de l'est ou du sud), les auteurs ont retrouvé une corrélation positive statistiquement significative entre alcoolisme et infection à VIH ou sa conversion vers le sida. Il existerait un risque plus élevé lors des consommations d'alcool dans des contextes sexuels (12, 13). Enfin, il a été démontré une moins bonne adhésion au traitement antirétroviral chez les alcooliques (14).

➤ **Les toxicomanies intraveineuses** : parmi les facteurs associés, il faut faire une mention particulière au stigma et au rôle des traumatismes psychologiques. Ainsi, les UDI sont en général victimes d'exclusion et de répression ; chez les femmes des antécédents d'agressions sexuelles dans l'enfance ont été retrouvés (15).

➤ **Facteurs associés aux addictions des adolescents** : une étude cas-témoin menée chez 900 adolescents dans 29 établissements d'enseignement secondaire d'Enugu au Nigéria révèle une fréquence significativement plus élevée de dépression chez les abuseurs de substances psychoactives. Cette dépression était plus grave chez les poly-abuseurs (16). Une autre étude chez 939 élèves dans 39 lycées de la ville du Cap (Afrique du Sud) montre un lien statistiquement significatif entre anté-

cédents d'état de stress post-traumatique et conduites addictives (17).

CAUSES ET CONSÉQUENCES

➤ **L'alcoolisme**. Les pays développés, à la recherche de débouchés pour les drogues licites comme le tabac ou l'alcool, voient dans ce "marché" le moyen de contourner le durcissement de leurs réglementations. Toutefois, contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'alcool consommé de manière importante en Afrique n'est pas importé : il s'agit d'une production locale non industrielle. À ceci près que, dans les années 1990, on a observé en Afrique un glissement de l'usage des produits traditionnels vers la consommation de produits industriels. La multiplication des brasseries, qui jouent un rôle économique, voire politique dans de nombreux pays (1), aggrave le phénomène. Ainsi, au Burkina Faso, dans les années 1980, la fabrication de bière avait triplé en 5 ans (18).

Selon l'OMS, l'usage nocif de l'alcool est le cinquième facteur de risque par ordre d'importance de décès prématuré et d'incapacité dans le monde. Il est la principale cause de décès dans les pays en développement à faible mortalité. L'alcool est à l'origine de 2,2% de tous les décès en Afrique subsaharienne. 2,5% de toutes les années de vie corrigées de l'incapacité sont liées à l'alcool.

➤ En ce qui concerne le **tabagisme**, pour répondre à la baisse des ventes dans les pays développés, les compagnies de tabac se sont tournées vers les marchés étrangers, notamment des pays en développement. Les ventes de tabac y augmentent 3 fois plus vite qu'ailleurs ! Plus précisément, l'industrie du tabac des États-Unis contrôle 85% de la production mondiale de feuilles de tabac. Entre 1954 et 1980, le tabac remplissait les conditions pour être inclus dans le programme d'aide alimentaire des États-Unis (*Food for Peace*). Ainsi chaque année, le ministère de l'Agriculture de ce pays expédiait, avec la nourriture, pour des millions de dollars de tabac aux pays souffrant de faim (19). Dans les pays en développement producteurs de tabac, 71% de la superficie agraire totale sont consacrées à cette culture et les firmes financent une publicité agressive, des événements sportifs et artistiques, des entrées gratuites dans les discothèques... Pour finir, les cigarettes vendues dans les pays en développement sont plus chargées en goudron et nicotine !

Quant aux conséquences, on estime que le tabagisme est à l'origine de 5 millions de décès par an, dont 2 millions en Afrique. En 2030, ce chiffre atteindra les 10 millions de décès par an avec 70% de ces décès provenant des pays en développement.

➤ **Les toxicomanies**. L'écart minimum entre le revenu moyen d'un paysan de la zone subsaharienne et celui d'un paysan de cette même zone producteur de cannabis a été évalué de 1 à 10 en 1989. Le cannabis demanderait pour une

égale production un quart de temps de travail et un cinquième du terrain nécessaire pour la moyenne des autres cultures (1).

➤ **Le trafic des médicaments** est en partie une réponse à une économie de la pénurie et à l'absence de législation sur les ordonnances. Au Nigéria en 1990, 70% des médicaments disponibles viendraient de la contrefaçon (1, 19). La production illicite de médicaments psychotropes est issue du trafic avec certains pays (Bulgarie, Yougoslavie, Allemagne, Royaume-Uni, Chine et Asie). Les pays d'importation ou de redistribution sont le Nigéria, le Togo et la Guinée, en Afrique de l'ouest ; le Kenya, la Zambie, le Zimbabwe en Afrique de l'est et du sud (1). On assiste au détournement de précurseurs comme l'éphédrine et la pseudoéphédrine qui servent à élaborer des stimulants de type amphetamine et méthamphetamine (crystal, NMDA [ecstasy]). En 2007, 23 tonnes de pseudoéphédrine ont été interceptées en république démocratique du Congo. Au Nigéria, on observe l'expédition de KMnO₄ (permanganate de potassium utilisé dans la fabrication de la cocaïne) vers l'Amérique du Sud.

QUELLES SOLUTIONS ?

➤ **Contre le tabagisme**. Seuls quelques pays africains (Afrique du Sud, Botswana, Mali, Île Maurice) ont adopté des cadres réglementaires complets pour lutter contre le tabac : politique fiscale, interdiction de publicité, restriction de la consommation, programmes d'arrêt et d'éducatifs efficaces. Pour "avancer" aujourd'hui, il faut lutter contre les idées fausses comme celles qui voudraient que la suppression de l'industrie du tabac dans les pays en développement entraînerait une hausse du chômage. Par exemple, la république de Côte d'Ivoire est productrice et exportatrice de cigarettes vers l'Afrique. Toutefois, cette industrie est fortement mécanisée : sa part est inférieure à 1% des emplois générés par l'ensemble des industries de ce pays. Il faut également signaler la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS adoptée en 2003 et qui préconise 3 moyens de lutte contre le tabagisme : fiscalité, diffusion de la recherche et facilitation de l'accès aux traitements de substitution ; en Afrique de l'ouest, 6 pays l'ont signée : Bénin, Burkina Faso, RCI, Guinée, Mali, Niger, Sénégal (20).

➤ **Contre l'alcoolisme**. La structure du contrôle d'état est différente en fonction des pays. Quand il existe une interdiction législative ou religieuse, l'alcool est introduit par la contrebande (1). Le 20 mai 2010, l'OMS a adopté un texte recommandant aux nations de hausser le prix de l'alcool et de mieux contrôler les publicités et le sponsoring des alcooliers.

➤ **Contre la toxicomanie et le trafic des médicaments psychotropes**. Bien que l'OMS encourage la mise en place de programmes de substitution, ces derniers, hors de prix, ne sont



pas encore accessibles dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Le programme américain PEPFAR (*President Emergency Plan for AIDS Relief*) qui a rendu disponibles des anti-rétroviraux pour 2,1 millions de séropositifs en Afrique subsaharienne, n'a malheureusement pas encore touché les UDI (5). En la matière, l'Afrique du Sud semble être un modèle. En effet, il existe des préconisations nationales pour le traitement des dépendances aux opiacés par la substitution avec la méthadone et la buprénorphine haut dosage, bien qu'insuffisamment vulgarisées (21). La prévention et une politique de réduction des risques, comme celles mises en place dans la région de Bela-Bela et du Grand Prétoria à l'adresse des élèves et acteurs sociaux communautaires, sont souhaitables (22). Enfin, une législation forte en matière d'importation associée à une vraie politique du médicament est indispensable.

CONCLUSION

Les addictions en Afrique subsaharienne sont caractérisées par des chiffres de prévalence variables rappelant la nécessité d'études recourant à une méthodologie commune. On observe une augmentation des problèmes liés au tabagisme et à l'alcoolisme des femmes, surtout dans la région du Cap en Afrique du Sud. Il faut également noter une progression des addictions des adolescents et une augmentation de la toxicomanie, y compris intraveineuse. Les liens entre addictions et VIH ont été confirmés d'où l'urgence de la prévention. Les comorbidités avec les troubles psychiatriques ne sont pas assez étudiées. Leur prise en charge reste balbutiante. Tous ces constats plaident en faveur du développement de l'enseignement de l'addictologie dans cette partie de l'Afrique.

Références bibliographiques

- Cesoni ML. La route des drogues: explorations en Afrique subsaharienne. *Tiers Mondes* 1992;33:645-71.
- Naudé PF. Le continent de tous les trafics. *Jeune Afrique* du 4/09/2008. site Jeune Afrique.com
- Raguin G, Leprêtre A, Ba I et al. Usage de drogues et VIH en Afrique de l'ouest: un tabou et une épidémie négligée. *Transcriptase* 2010;143:15-7.
- Kolou Dassa S, Mbassa Menick D et al. Les difficultés psychosociales des toxicomanes. *Étude dans des ghettos de Lomé (Togo)*. *Alcoologie et Addictologie* 2009;31:21-6.
- Nabel EG, Stevens S, Smith R. Lives to save: PEPFAR, HIV, and injecting drug use in Africa. *Lancet* 2009;373:2006-7.
- Sallah K. Les comportements et attitudes pratiques des étudiants de l'université du Bénin face aux MST SIDA. *Thèse de médecine, Lomé, Togo*, 1996, 160 p.
- Vickerman P, Hickman M, May M, Kretzschmar M, Wiessing L. Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis. *Addiction* 2010;105:311-8.
- Pretorius E, Naudé H. Cannabis use in South Africa. *S Afr Med J* 2002;92:927-8.
- Townsend L, Flisher AJ, Gilreath T, King G. A systematic literature review of tobacco use among adults 15 years and older in sub-Saharan Africa. *Drug Alcohol Depend* 2006;84:14-27.
- Houinato D. Prévalence du tabagisme et de la

FACTEURS ASSOCIÉS AUX ADDICTIONS CHEZ LES FEMMES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Les facteurs associés les plus significatifs au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) sont le faible niveau socio-économique des femmes, l'ignorance de la communauté sur les conséquences de l'alcool sur la grossesse et le contexte culturel marqué par le "Dop System" inventé par les colons au XVII^e siècle. Celui-ci consiste à payer des ouvriers agricoles avec du pain, du vin et du tabac, ce qui favorise l'alcoolisme. En effet, dans cette province du Cap, 30% des femmes sont des ouvrières agricoles. Elles occupent 2 à 3 fois plus d'emplois saisonniers que les hommes. Cinquante pour cent des femmes enceintes dans la région du Cap ouest boivent de l'alcool, contre 34% de femmes enceintes dans la région métropolitaine d'Afrique du Sud. Les femmes dont l'enfant a un SAF boivent 12,6 verres par semaine contre 2,4 parmi les témoins. Parmi les raisons évoquées, figure le stress face à un époux alcoolique et violent.

Les femmes demandent insuffisamment de l'aide pour leur alcoolisme, car elles ont peur d'être stigmatisées et subissent le refus de leurs proches et sont confrontées à l'impossibilité ou au refus de faire garder leurs enfants (31). O'Connor et al. (32) décrivent, chez 619 femmes noires enceintes de la banlieue de la ville du Cap, les facteurs associés suivant d'un SAF: jeune âge, célibat, tabagisme actif, conditions de vie, délai long entre début de la gestation et diagnostic de la grossesse, violences conjugales, prévalence élevée de symptômes dépressifs...

consommation nocive d'alcool en population générale au Bénin en 2008. Thèse Médecine.

- Mbatia J, Jenkins R, Singleton N, White B. Prevalence of alcohol consumption and hazardous drinking, tobacco and drug use in urban Tanzania, and their associated risk factors. *Int J Environ Res Public Health* 2009;6:1991-2006.
- Pithey A, Parry C. Descriptive systematic review of Sub-Saharan African studies on the association between alcohol use and HIV infection. *Sahara J* 2009;6:155-69.
- Norris AH, Kitali AJ, Worby E. Alcohol and transactional sex: how risky is the mix? *Soc Sci Med* 2009;69:1167-76.
- Jaquet A, Ekouevi DK, Bashi J et al. Alcohol use and non-adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients in West Africa. *Addiction* 2010;105:1416-21.
- McCurdy SA, Ross MW, Williams ML, Kilonzo GP, Leshabari MT. Flashblood: blood sharing among female injecting drug users in Tanzania. *Addiction* 2010;105:1062-70. Epub 2010 Mar 12.
- Igwe WC, Ojinnaka NC. Mental health of adolescents who abuse psychoactive substances in Enugu, Nigeria - a cross-sectional study. *Ital J Pediatr* 2010;10;36:53.
- Saban A, Flisher AJ, Distiller G. Association between psychopathology and substance use among school-going adolescents in Cape Town, South Africa. *J Psychoactive Drugs* 2010;42:467-76.
- Treillon R, Gattegno I. Canettes contre calebasses ou une comparaison économique des filières bière industrielle, bière artisanale au Burkina. In: N. Bricas et al. (dir). *Nourrir les villes en Afrique subsaharienne*. Paris: l'Harmattan, 1985:279.
- Barry M. Le tiers monde malade du tabac. *La Recherche* 1991;236:1190-3.
- Da Costa E, Silva VL. Health consequences of the tobacco epidemic in West African French-speaking countries and current tobacco control. *Promot Educ* 2005;Suppl.4:7-12, 54.
- Weich L, Perkel C, van Zyl N, Rataemane ST, Naidoo L. Medical management of opioid dependence in South Africa. *S Afr Med J* 2008;98:280-3.
- Perrignan U, Assanangkornchai S, Pillee C, Aramrattana A. Drug and alcohol services in middle-income countries. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:229-33.
- Gordon NA, Rayner CA. Smoking practices of dental and oral health students at the University of the Western Cape. *SADJ* 2010;65:304-8.
- Hussain NA, Akande TM, Adebayo O. Prevalence of cigarette smoking and the knowledge of its health implications among Nigerian soldiers. *East Afr J Public Health* 2009;6:168-70.
- Aina BA, Onajole AT, Lawal BM, Oyerinde OO. Pro-

motting cessation and a tobacco free future: willingness of pharmacy students at the University of Lagos, Nigeria. *Tob Induc Dis* 2009 Aug 22;5:13.

- Ndetei DM, Khasakhala LI, Mutiso V, Ongecha-Owuor FA, Kokonya DA. Drug use in a rural secondary school in Kenya. *Subst Abuse* 2010;31:170-3.
- Mitsunaga T, Larsen U. Prevalence of and risk factors associated with alcohol abuse in Moshi, northern Tanzania. *J Biosoc Sci* 2008;40:379-99.
- Peltzer K, Ramlagan S, Johnson BD, Phaswana-Mafuya N. Illicit drug use and treatment in South Africa: a review. *Subst Use Misuse* 2010;45:2221-43.
- D'Hondt W, Vanderwiele M. Use of drug among Senegalese school going adolescents. *J Youth Adolescence* 1984;3:253-66.
- Adejuwon GA. Tobacco use and second hand smoke as risk factors for diseases in Nigeria: implications for collaborative research and multilevel tobacco control strategies. *Afr J Med Sci* 2009;38(Suppl.2):21-9.
- Parry CD. Alcohol policy in South Africa: a review of policy development processes between 1994 and 2009. *Addiction* 2010;105:1340-5.
- O'Connor MJ, Tomlinson M, Leroux IM, Stewart J, Greco E, Rotheram-Borus MJ. Predictors of alcohol use prior to pregnancy recognition among township women in Cape Town, South Africa. *Soc Sci Med* 2011;72:83-90. Epub 2010 Oct 23.

Et en plus

- Adamson TA, Onifade PO, Ogunwale A. Trends in sociodemographic and drug abuse variables in patients with alcohol and drug use disorders in a Nigerian treatment facility. *West Afr J Med* 2010;29:12-8.
- Adnams CM. Perspectives of intellectual disability in South Africa: epidemiology, policy, services for children and adults. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:436-40.
- Csete J, Gathumbi A, Wolfe D, Cohen J. Lives to save: PEPFAR, HIV, and injecting drug use in Africa. *Lancet* 2009;373:2006-7.
- Hittner JB, Quello SB. Combating substance abuse with ibogaine: pre- and posttreatment recommendations and an example of successive model fitting analyses. *J Psychoactive Drugs* 2004;36:191-9.
- McKinstry J. Using the past to step forward: fetal alcohol syndrome in the Western Cape Province of South Africa. *Am J Public Health* 2005;95:1097-9.
- Pretorius L, Naidoo A, Reddy SP. Kitchen cupboard drinking: a review of South African women's secretive alcohol addiction, treatment history, and barriers to accessing treatment. *Soc Work Public Health* 2009;24:89-99.
- UNESCO. EPDAF/3C. Sedalo T et al. Enquête sur les stupéfiants et drogues nuisibles au Togo, 1976.