

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°

TITRE

**Tabagisme en milieu scolaire : Cas des écoles
fondamentales de Kati Farada et Noumorila**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13/07/2026 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mme Fatoumata M KANE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Jury

Président : M. Yacouba TOLOBA : Professeur Titulaire

Membres : M. Mamadou DIAKITE, Maître de Conférences

M. Abdoulaye BARRY : Pédiatre Allergologue

M. Salif KONE : Pneumologue, Tabacologue

Directeur de thèse : M. Dianguina dit Noumou SOUMARE, Maître
de Conférences

Dédicaces

Je dédie ce travail à mes parents

Mamadou KANÉ et Fatoumata Zahara DJIRÉ

Cette réussite est la vôtre ; je ne serai jamais arrivée à ce niveau sans vous.

Vous êtes mes fondations, mes modèles et les personnes qui ont façonné ce que je suis aujourd'hui.

Toujours présents, votre amour, votre soutien et votre sagesse ne m'ont jamais fait défaut. Vous m'avez appris que la vie n'est pas seulement faite de réussite mais aussi de défis, d'apprentissage et de persévérance.

Je vous suis reconnaissante et fière d'être à votre image.

Merci pour le tout

Qu'Allah vous donne une longue et de bonne santé

Remerciements

Je rends grâce à Allah

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, omniscient, oméga, que la paix et la bénédiction soient sur notre Prophète Muhammad.

À la mémoire de mes grands-parents

Mamy DJIRÉ et Nènè DJIRE

Vous avez été ces grands-parents à tous faire pour moi, n'y été vous, je n'aurais pas eu l'occasion de faire cette étude de médecine qui me tenait tant à cœur.

Merci pour ce sacrifice et merci de m'avoir fait confiance

À mes très chers oncles et tantes de la famille DJIRÉ

Ismaël Djiré, Mohamed, Amidou, Cheick Thidiane et Badjire

Vous avez été pour moi un refuge durant ces moments difficiles, un soutien moral et financier. Que le Tout-Puissant vous protège

À mon tendre et cher époux Kassim Samou DIAKITÉ

Merci pour toutes ces nuits blanches à mes côtés lors de mes séances d'apprentissage.

Qu'Allah, le Tout-Puissant fortifie notre union

A mes trésors Adam et Mohammad DIAKITÉ

Vous êtes ma lumière au bout du tunnel, qui me donne l'espoir et le courage d'avancer tous les jours

À mes frères et sœurs

Hawa, Djenebou, Mariam, Ousmane, Drissa et Satourou

Merci pour ces moments partagés ensemble, vous avez été des confidents et un support pendant tout ce parcours

Qu'Allah fortifie notre fraternité

À la famille KANÉ de Bamako

Tonton Gaoussou, Tante Khadidia, Batoma, Fatim, Dougouba et Drissa

Merci pour le soutien et l'accompagnement

À la famille THIERO

Tonton Mohamoud, Tonton Thiane et Tonton Backo et Tante Hawa

Merci pour l'accompagnement

À la famille Minta

Grand-père Malamine, grand-mère Adja

Merci pour le soutien

À mes encadreurs du service de pédiatrie de l'hôpital Bocar SALL de Kati

Dr Abdoulaye BARRY et Dr Adama KONE

Merci pour l'enseignement reçu.

A mes amis

Sokona KOUYATE, Djibril KONE et Aissata BERTE

Merci pour ce temps passé ensemble, les discussions pour les désaccords lors de nos séances d'exercice resteront parmi les souvenirs inoubliables.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Yacouba TOLOBA

- **Professeur titulaire en Pneumo-phtisiologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS) ;**
- **Pneumo-phtisiologue et Allergologue au CHU du Point G ;**
- **Chef du service de Pneumo-phtisiologie et Allergologie du CHU du Point G ;**
- **Expert de la tuberculose Multi Résistante à l'OMS ;**
- **Président de la Société Malienne de Pneumologie (SOMAP) ;**
- **Président de l'Association Nationale de Formation Continue en Allergologie (ANAFORCAL) ;**
- **Membre de la Société Africaine de Pneumologie de Langue Française (SAPLF) ;**
- **Chef du département d'enseignement et de recherche en médecine et spécialité médicale à la FMOS ;**
- **Rédacteur en chef de la Revue de pneumologie tropicale ;**
- **Membre de la Société Française d'Allergologie ;**

Cher Maître

Vous nous faites un honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Patient dans la transmission du savoir, votre sagesse, votre grande expérience, votre rigueur font de vous un Maître de référence et admiré de tous

Retrouver dans ce travail l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur MAMADOU DIAKITE

- **Maître de conférences en cardiologie à la FMOS ;**
- **Spécialiste en pathologie cardio-vasculaire,**
- **Spécialiste en rythmologie ;**
- **Praticien au service de cardiologie du CHU Point G;**
- **Membre de la SOMACAR :**
- **Membre associé de la société française de cardiologie.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Toujours dans la recherche de travail bien fait, Votre disponibilité et votre rigueur font de vous un Maître de principe.

Veuillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Abdoulaye BARRY

- **Chef de service de Pédiatrie du CHU de Kati ;**
- **Pédiatre Allergologue ;**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie ;**
- **Membre de la Société Malienne de Pneumologie ;**
- **Membre de l'Association Nationale de Formation Continue en Allergologie au Mali (ANAFORCAL MALI) ;**
- **Membre de la Société Française d'Allergologie ;**

Cher Maître,

Pendant notre passage au service, nous avons été touchés par votre humanisme, votre disponibilité et surtout votre sens d'écoute.

Nous sommes reconnaissants pour l'enseignement reçu, homme de principe votre rigueur dans le travail bien fait continuera à nous inspirer.

Retrouver en ce travail l'expression de notre sincère témoignage

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Salif KONÉ

- **Praticien hospitalier au CHU Point G**
- **Pneumo-phtisiologue tabacologue**
- **Diplômé de l'université Cheick Anta Diop de Dakar**
- **Membre de la société Malienne de Pneumologie**
- **Membre de l'Association Malienne en formation continue en allergologie**
- **Membre de la société africaine de pneumologie de la langue française (SAPLF)**
- **Membre de la société francophone de tabacologie**
- **Membre de la société franco vietnuienne de pnemologie**
- **Membre European Respiratory society**

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Votre disponibilité, votre dévouement pour la recherche et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré. Veuillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Dianguina dit Noumou SOUMARE

- **Maître de conférences agrégé de pneumophtisiologie à la FMOS**
- **Chef de service adjoint du service de pneumo-phtisiologie et allergologie**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Pneumo-phtisiologie (SOMAP)**
- **Secrétaire général de l'Association Nationale de Formation Continue en Allergologie**
- **Membre de l'assemblée de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- **Membre de la Société Africaine de Pneumologie de Langue Française (SAPLF)**
- **Membre de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)**
- **Membre de la commission de thèse à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

Cher maître

Nous vous remercions pour la confiance que vous avez placée en nous pour effectuer ce travail, ce fut un énorme plaisir de travailler avec vous.

Homme de principe, nous avons été marqués par votre rigueur dans la recherche et la transmission de la connaissance, votre humanisme et votre disponibilité font de vous un maître respecté de tous.

Retrouvez en ce travail l'expression de notre plus grande reconnaissance

ABREVIATIONS

°C : degré Celsius

ATCD : antécédent

CCLAT: convention-cadre de lutte anti-tabac

MPOWER : Monitoring, Protecting, Offering, Warning, Enforcing, Raising

CFA : francs de colonies d'Afrique

Co : monoxyde de carbone

Ex : exemple

LDL : low-density lipoprotein (lipoprotéine de basse densité)

NACHR : récepteur nicotinique de l'acetylcholine

OFDT : observation française de drogues et toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : organisation non gouvernementale

SONATAM : société nationale de tabac et des allumettes du Mali

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition selon la résidence	27
Tableau II: Répartition selon le statut matrimonial.....	28
Tableau III : Répartition selon le statut matrimonial des parents	29
Tableau IV: Répartition selon l'initiation au tabac	29
Tableau V: Répartition selon les statuts actuels de consommation.....	31
Tableau VI: Répartition selon le motif de maintien dans la consommation	31
Tableau VII: : Répartition selon la conséquence de la consommation	32
Tableau VIII: Répartition selon le type de tabac consommé	32
Tableau IX: Répartition selon la quantité de cigarettes consommée par jour.....	33
Tableau X: Répartition selon le nombre de mèches consommées par jour.....	33
Tableau XI: Répartition selon la durée de consommation	34
Tableau XII : Répartition selon la tentative d'arrêt de la consommation	34
Tableau XIII: Répartition selon le nombre de tentatives d'arrêt	35
Tableau XIV: Répartition selon le motif de rechute	35
Tableau XV : Répartition selon la consommation à l'école	36
Tableau XVI: Répartition selon le motif de la consommation à l'école	36
Tableau XVII : Répartition selon le mode de consommation à l'école	37
Tableau XVIII: Répartition selon le moment de consommation à l'école	37
Tableau XIX : Répartition selon la capacité de concentration en classes.....	38
Tableau XX: Répartition selon la durée de concentration sans tabac	38
Tableau XXI: Répartition selon la connaissance sur la constitution du tabac	39
Tableau XXII: : Répartition selon les connaissances sur la constitution du tabac.....	39
Tableau XXIII: Répartition selon l'effet du tabac sur le corps.....	40
Tableau XXIV: Répartition selon l'effet du tabac sur les organes	40
Tableau XXV: Répartition selon la connaissance de l'effet sur le non-fumeur	41
Tableau XXVI: Répartition selon l'effet du tabac sur le non-fumeur.....	41
Tableau XXVII : Répartition selon l'ATCD familial de tabagisme	42
Tableau XXVIII: Répartition selon programmes de lutte anti tabac au Mali.....	42
Tableau XXIX : Répartition selon l'interdiction de tabac à l'école.....	43
Tableau XXX: Répartition selon l'interdiction des publicités de tabac au Mali.....	43

Tableau XXXI: Répartition selon la connaissance de la journée mondiale anti tabac	44
Tableau XXXII: Répartition selon les voies de sensibilisation anti tabac	44
Tableau XXXIII: Relation entre le sexe et la consommation du tabac.....	45
Tableau XXXIV: Relation entre la résidence et consommation de tabac.....	46
Tableau XXXV: Relation entre statut de consommation et tranche d'âge.....	47

Liste des figures

Figure 1 : Composition du tabac (Cigarette).....	5
Figure 2 : Dépendance liée au tabac (Cigarette).....	11
Figure 3: Flux de collecte.....	222
Figure 4: Répartition des élèves selon l'école	23
Figure 5: Répartition des élèves selon les classes.....	24
Figure 6: Répartition des élèves en fonction de la tranche d'âge	25
Figure 7: Répartition des élèves selon sexe	26
Figure 8: Répartition des élèves selon la profession de leur père.....	28
Figure 9: Répartition des élèves selon le motif de la première consommation	30

Table de matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. GENERALITES.....	4
3.1. Définition :	4
3.2. Historique de la consommation du tabac	4
3.3. Composition chimique du tabac	4
3.4. Les différents types de tabac	5
3.5. Epidémiologie du tabac	6
3.6. Impact sanitaire de la consommation du tabac.....	7
3.7. Circonstances de consommation [22]	8
3.8. Physiopathologie de la dépendance et du sevrage	9
3.9. Développement de la dépendance [24-26]	10
3.10. Facteurs favorisant de la dépendance [25]	11
3.11. Le contrôle du tabac et les politiques publiques	13
3.12. Approches cliniques	17
4. METHODOLOGIE.....	18
4.1. Cadre d'étude	18
4.2. Type d'étude.....	20
4.3. Période d'étude.....	20
4.4. Population d'étude.....	20
4.5. Critères d'inclusion	20
4.6. Critères de non-inclusion.....	20
4.7. Échantillonnage	20
4.8. Déroulement de la collecte des données	22
4.9. Variables d'étude.....	22
4.10. Analyse des données :	23
4.11. Considérations éthiques	23
5. RESULTATS	23

5.1. Caractéristiques Socio-Démographiques	23
5.2. Données concernant le tabac	29
5.3. L'école et la consommation de tabac	36
5.4. Dispositifs de lutte contre le tabagisme.....	42
6. DISCUSSION	48
CONCLUSION :.....	53
RECOMMANDATIONS	54
BIBLIOGRAPHIE	XIV
ANNEXES	

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La consommation de tabac est un phénomène répandu dans nos sociétés. Le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde [1].

Il est prévu qu'en 2030, le tabagisme sera responsable, sur l'ensemble de la planète, de huit à dix millions de morts par an, dont 70 à 80 % concerneront les pays en voie de développement [1]. La prévalence mondiale de tabagisme chez les 15 ans et plus est estimée à 19,5% [1].

Cette consommation de tabac étant universelle, elle n'est pas sans conséquences, notamment négatives pour la santé [2,3]. Ces conséquences ne se limitent pas aux fumeurs : elles concernent également leur entourage [4].

Le tabac a été décrit comme la porte d'entrée vers la consommation d'autres substances psychoactives, à savoir le cannabis et d'autres [3].

Autrefois, nous supposions que la consommation de tabac était l'apanage des pays développés. Au fil du temps, nous nous rendons compte que le tabagisme constitue un problème de santé publique à l'échelle mondiale.

Selon les estimations de l'OMS, 8,5 millions de personnes meurent chaque année à cause du tabagisme dont 7 millions pour tabagisme actif et 1,6 millions pour tabagisme passif [1,5]. Cette estimation augmente fortement au fil des années.

Le taux de tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus au Mali, qui était de 11,3 % en 2010, a diminué de quatre points pour atteindre 7,3 % en 2023 [40].

En Europe, le décès d'un européen sur sept serait dû au tabac [4].

En France, en 2019, Bonaldi et al. estimaient que le nombre de décès attribuables à la consommation de tabac entre 2000 et 2015 était de 75 320 sur les 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine la même année, soit environ 13 % de la mortalité annuelle [6].

Ces estimations se répartissaient entre 55 420 décès chez les hommes et 19 900 chez les femmes, soit respectivement 19,3 % et 6,9 % de l'ensemble des décès. La cause des décès attribuables au tabagisme était un cancer pour 61,7 % des personnes, une maladie cardiovasculaire pour 22,1 % et une pathologie respiratoire pour 16,2 % [6,7].

Dans notre contexte, la consommation du tabac était liée au genre et corrélée à l'âge. Actuellement, nous observons la consommation de plus en plus fréquente chez les

adolescents d'environ 10 à 11 ans et en plus, les sujets de sexe féminin sont plus représentés [8].

Dans les pays en développement comme le nôtre, confrontés aux défis sécuritaires, d'emploi et autres, s'ajoute le coût de la consommation [9], en plus des diverses maladies pouvant en résulter.

Dans une étude réalisée par Oubrayrie-Roussel N et al en France ont trouvé que 20% des élèves consommaient le tabac [10]

En Afrique francophone, la consommation du tabac fait plus de mal qu'elle n'en profite. En termes d'économie, les dépenses liées à la consommation, les risques de maladies et les frais de soins sont énormes par rapport aux bénéfices que la culture et l'industrie du tabac peuvent générer [11]

Au Mali, la prévalence du tabagisme n'est pas connue à l'échelle nationale [12]. Malgré ce manque de données, des études ont été menées sur la consommation de tabac à Bamako en octobre 2001. Elles ont touché 2 156 élèves des écoles fondamentales, et un tiers des jeunes âgés de 13 à 15 ans au moment de l'enquête utilisaient du tabac sous diverses formes. Parmi eux, 28 % fumaient des cigarettes tandis que 11 % consommaient d'autres produits du tabac [12]. Ce constat indique une hausse de la consommation de tabac dans les établissements scolaires.

En 2010, AKPA AA, dans son étude sur la prévalence du tabagisme chez les élèves du cycle fondamental de la commune II du district de Bamako, a constaté que 63 % d'entre eux consommaient du tabac. La tranche d'âge de 10 à 14 ans représentait 18,1 % [13].

À la lumière de ces études préliminaires, la consommation du tabac devient de plus en plus préoccupante dans les écoles fondamentales d'où l'intérêt de cette étude qui a pour but de faire un état de lieu de la consommation du tabac dans deux (02) écoles fondamentales de la ville de Kati.

Questions : quelle est la prévalence du tabagisme et quels sont les facteurs associés chez les élèves de Kati

Hypothèse de recherche.

Le tabagisme à Kati est fréquent chez les élèves et est associé à des facteurs tels que l'influence des pairs, le tabagisme des parents et le faible niveau de connaissance sur les méfaits du tabac

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Étudier la consommation du tabac en milieu scolaire, dans 02 écoles fondamentales de la ville de Kati (école de Farada et Noumorila)

2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la prévalence de la consommation du tabac dans les 02 écoles fondamentales de Kati
- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques
- ✓ Déterminer les facteurs associés à la consommation du tabac chez les élèves
- ✓ Évaluer la connaissance des élèves sur les effets de la consommation du tabac
- ✓ Évaluer la connaissance des élèves sur les programmes de lutte contre le tabagisme
- ✓ Estimer le rendement scolaire des élèves tabagiques

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1. Définition :

Le tabac est une plante originaire d'Amérique qui contient un alcaloïde appelé nicotine. À partir des feuilles séchées, cette plante est consommée sous plusieurs formes, ce qui entraîne des dépendances. Elle est responsable des handicaps et des souffrances des consommateurs et de leur entourage [14, 15].

Grâce à la commercialisation par les industriels, l'usage du tabac a été répandu et expose à des risques d'intoxication aiguë ou chronique [14]. Depuis plusieurs dizaines d'années, la survenue de maladies a été liée au tabagisme, telles que les maladies pulmonaires, cardiaques et autres [4].

3.2. Historique de la consommation du tabac

De l'Amérique à la fin du 15^e siècle, le tabac fut connu des européens comme ayant des vertus thérapeutiques [2].

La Turquie connaîtra le tabac vers 1580, puis il se propagera vers les régions asiatiques [2].

La consommation du tabac se répandra dans le monde entier après avoir franchi le continent africain, via le Maroc, en 1593 [2].

3.3. Composition chimique du tabac

Il y a plusieurs substances qui composent le tabac : 2 500 composés chimiques lorsqu'il est non brûlé et plus de 4 000 lorsqu'il est brûlé [3]. Il est composé de goudrons, d'agents de saveur, de monoxyde de carbone, d'oxyde d'azote, d'acide cyanhydrique, d'ammoniac, ainsi que de métaux lourds tels que le cadmium, le plomb, le chrome et le mercure [3].



[Cette photo](#) par Auteur inconnu est soumise à la licence [CC BY-NC-ND](#)

Figure 1 : composition du tabac (Cigarette)

3.4. Les différents types de tabac [16]

➤ Le tabac à rouler

Le tabac à rouler constitue le point d'entrée du tabagisme chez les jeunes. Il est moins cher, plus disponible et existe sous plusieurs formes : du tabac roulé classique, du tabac roulé expansé et du Blunt.

➤ Le cigare et cigarillos

Cigare est roulé avec un assemblage de feuille séchées et stockées entre 6 à 2 ans

Un cigarillo est un type de cigare de petite taille, et parfois les feuilles de tabac qu'il contient sont hachées en petits morceaux.

➤ **La pipe**

C'est la forme traditionnelle : la poudre est déposée dans une crevette, puis prolongée par une tuyauterie qui laisse échapper la fumée. Une pipe équivaut à 5 cigarettes, selon l'Observatoire Français des Drogues et toxicomanies (OFDT).

➤ **Le narguilé**

C'est la famille des chicha, shisha, hooka, pipe à eau etc... Un narguilé est constitué d'un récipient en verre rempli à moitié d'eau, d'une douille en terre cuite pour le tabac, d'un conduit avec une valve et d'un tuyau muni d'un bec. Le tabac aromatisé (fruits, essences diverses) est recouvert d'une feuille de papier aluminium percée de trous sur laquelle est posé un charbon incandescent. La fumée dégagée par la combustion du tabac au charbon passe par le flacon rempli d'eau, qui la refroidit.

➤ **Le tabac chauffé**

Abandonné, il avait été développé dans les années 1990, le plus souvent avec un axe de carbone. Ces produits chauffaient souvent au-delà de 500 °C. Dans de nombreux cas, ils produisaient plus de monoxyde de carbone (CO) que le tabac.

➤ **Le tabac à mâcher**

La consommation de tabac par voie orale remonte à longtemps, à la découverte du produit sur le continent européen. Ce type de consommation n'a pas perduré.

➤ **La chique**

Le produit est une substance ferme, résultant de l'émiettement et de l'agglomération de feuilles de tabac sous diverses formes.

Il semblait cependant laisser des stigmates d'un passé bien plus riche, mais il s'est depuis lors modernisé, avec une utilisation courante chez les jeunes.

3.5. Epidémiologie du tabac

La consommation du tabac est répandue à travers le monde.

En plus des conséquences sanitaires que celle-ci peut entraîner, elle est responsable de milliers de décès par an qui pourraient être évités [3].

La prévalence de la consommation du tabac varie en permanence [17]

L'Organisation mondiale de la Santé [18] indique que le nombre de consommateurs et consommatrices est de 1,2 milliard en 2024, contre 1,38 milliard en 2000. Et depuis

2010, le nombre de consommateurs de tabac a baissé de 27 %, soit 120 millions de personnes. La consommation a diminué chez les femmes par rapport aux hommes.

En 2003, une étude réalisée sur un échantillon de 5 543 individus a pu trouver 27,89 % de fumeurs parmi lesquels les hommes représentent 43,86 % et les femmes 2,61 % [12]

Au Mali, la prévalence du tabagisme n'est pas connue à l'échelle nationale [12]. Néanmoins, en octobre 2001, à Bamako, une étude auprès des élèves de l'école fondamentale a montré que 28 % s'adonnaient à la cigarette et 11 % à un autre produit du tabac [12].

Sur le plan de santé publique, Diallo B.A et al. ont trouvé que le tabac est le premier facteur connu de douleur thoracique rencontrée en pratique quotidienne dans le service de cardiologie de l'hôpital du « Point G »[12]. Dans le même hôpital en 1981, il a été relevé que le tabac représentait le principal facteur de risque, soit 45 %, dans l'émergence de l'infarctus du myocarde, devant l'hypertension, avec 36%.

3.6. Impact sanitaire de la consommation du tabac

La consommation de tabac expose les usagers à un risque accru de survenue de pathologies chroniques [17,19]. À l'arrêt de la consommation de tabac, ces risques, ou l'aggravation de ces pathologies, sont largement réduits [20].

La mortalité et la morbidité liées au tabac dépendent de certains facteurs [4] : la durée de consommation, la quantité consommée, la manière de consommation et le type de produits consommés.

La consommation du tabac a des répercussions sur la santé et serait liée à plusieurs pathologies [21,22]:

3.6.1 Cancers

Ces cancers concernent plusieurs organes, à savoir les poumons, la bouche, la lèvre, le larynx, le pancréas, le rein, la vessie, le gros intestin, le col de l'utérus, ainsi que certaines leucémies...

Un cancer sur quatre serait dû à la consommation du tabac actuellement [4]

3.6.2. Maladies cardiovasculaires

Maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs et des carotides, anévrisme aortique, hypertension artérielle...

La consommation du tabac a été associée à la survenue de toutes ces pathologies.

3.6.3. Maladies respiratoires chroniques

Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (bronchite chronique, emphysème), bronchites aiguës infectieuses, maladie asthmatique, pneumonie...

3.6.4. Trouble de la fertilité

Baisse de fertilité, grossesse extra-utérine, avortement spontané, dysfonction érectile, oligospermie.

3.6.5. Autres pathologies

Ostéoporose, troubles du sommeil, cataracte, maladie de Basedow, hypercholestérolémie (LDL), ulcère de l'estomac, maladie de Crohn, caries dentaires, maladies des gencives, rides de la peau, vieillissement prématuré, réduction du goût et de l'odorat.

En plus des affections somatiques, la consommation de tabac a été associée à la survenue d'affections psychiatriques telles que les troubles de l'humeur, l'anxiété ou les troubles de désorganisation (schizophrénie) [3,4].

Dans de nombreux pays ou communautés, la consommation de substances psychoactives (addictives) a fortement été associée à la gestion du stress, du deuil et d'autres [23].

Bien que ce soit une drogue licite, sa toxicité est élevée par rapport à celle de beaucoup d'autres drogues illicites.

3.7. Circonstances de consommation [22]

✓ Cigarettes rituelles

Celles-ci sont fumées presque tous les jours, presque toujours à la même heure, dans les mêmes circonstances et avec les mêmes personnes : petit déjeuner, de conjoints fumeurs, cigarette à la pause sur les lieux de travail, après le repas de midi, cigarette le soir devant la télévision...

✓ Convivialité

La consommation de tabac est souvent associée au plaisir des célébrations. Des désirs parfois pressants de fumer se manifestent fréquemment lors de repas en famille ou entre amis, à domicile comme dans un restaurant. Ces mêmes envies se font sentir lors d'occasions joyeuses (comme les anniversaires, les naissances, les événements sportifs

ou les fêtes de fin d'année) ; elles sont souvent suscitées ou intensifiées par la consommation simultanée d'alcool.

✓ **Détresse :**

À l'opposé, l'envie de tabac se manifeste aussi lors de circonstances douloureuses.

C'est aussi l'envie liée à un problème de santé personnel ou familial.

✓ **Recherche d'efficacité intellectuelle**

Le tabac favorise la concentration et améliore l'efficacité dans la réalisation des tâches intellectuelles. Pour cette raison, il est souvent utilisé par des fumeurs impliqués dans des activités créatives (ex. : étudiants en période d'examens ou de rédaction de thèse, enseignants, écrivains...).

✓ **Gestion du stress :**

Les effets calmants du tabac sont très recherchés par les fumeurs en réponse à des situations de stress qui peuvent conduire à des états d'anxiété, suite à des tensions engendrées par des conflits internes non résolus, des situations qui paraissent insolubles, ou encore lorsque la personne doit réaliser plus de tâches qu'il ne lui est possible d'en accomplir ou qu'elle doit gérer plusieurs difficultés de front. Dans un contexte professionnel, la consommation de cigarettes par le sujet paraît constituer un soutien, surtout si l'intéressé a l'obligation de terminer les tâches avant la fin de la journée.

✓ **Cigarettes mécaniques**

Enfin, certaines cigarettes sont consommées sans que le fumeur ne ressente de véritable envie. Il s'agit de cigarettes fumées par réflexe ou par conditionnement, sans raison apparente. En général, leur consommation ne procure aucun plaisir au fumeur, qui, souvent, ne se rend compte qu'a posteriori qu'elles ont été fumées.

3.8. Physiopathologie de la dépendance et du sevrage

3.8.1. Neurobiologie de la nicotine et du circuit de récompense.

La nicotine est l'alcaloïde présent dans le tabac, responsable de la dépendance liée au tabac ainsi que des effets psychoactifs [3].

Selon Larila et al. (33 à 50% des fumeurs quotidiens vont devenir dépendants du tabac) [3].

La dépendance à la nicotine est un processus neurobiologique complexe impliquant principalement le **système de récompense** du cerveau [24].

Après avoir consommé le tabac, des réactions successives se produisent dans le corps de l'utilisateur [24,25] à savoir :

3.8.2. Fixation aux récepteurs

La nicotine passe à travers les poumons, atteint le cerveau et se lie aux **récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine (nAChR)**. Les récepteurs contenant les sous-unités $\alpha 4\beta 2$ sont les plus touchés au niveau des cellules nerveuses.

3.8.3. Libération de neurotransmetteurs

Après cette fixation, la dopamine et d'autres neurotransmetteurs sont sécrétés et libérés dans le noyau accumbens, ce qui déclenche le circuit de récompense. La noradrénaline, la sérotonine et les opioïdes endogènes sont également affectés.

3.8.4. Sensation de bien-être

La dopamine, une fois libérée, est responsable de cette sensation de plaisir, de satisfaction et de bien-être temporaire.

Ainsi, cette sensation de bien-être encourage le comportement de consommation.

3.9. Développement de la dépendance [24-26]

Après la consommation, des réactions s'ensuivent dans l'organisme du consommateur, jusqu'à aboutir à la phase de dépendance.

✓ Adaptation cérébrale :

La consommation répétée entraîne, au fil du temps, une adaptation du cerveau aux stimulations constantes. Ainsi, s'ensuit l'accoutumance, avec une tolérance, une augmentation du nombre de récepteurs nicotiniques et une augmentation de la quantité consommée.

✓ Perte de contrôle et sevrage :

Avec l'assouplissement, le manque de consommation, voire de stimulation entraîne un déficit de fonctionnement normal au niveau cérébral, qui se fera également sentir sur les plans psychologique et physique.

Les signes de ce manque peuvent se manifester par des états d'irritabilité, d'anxiété, de fringales, etc. Alors, pour résoudre cela, il faudra de nouvelles consommations.

✓ Cycle de dépendance :

Le cycle de la consommation devient continu. À défaut, le manque entraînera des signes de sevrage, des conséquences, des préoccupations et une anticipation quant aux

prochaines consommations. Le consommateur ayant des difficultés à se concentrer sur les autres activités de la vie quotidienne, la recherche de consommation devient alors son seul centre d'intérêt.

La recherche de nicotine devient alors compulsive, prenant le pas sur d'autres activités, et le système de récompense est contrôlé par la substance.

3.10. Facteurs favorisant de la dépendance [25]



<https://www.laserostop.ch/cigarette-et-fatigue/>

Figure 2 : Dépendance liée au tabac (Cigarette)

3.10.1. Facteurs génétiques

La dépendance est courante chez les consommateurs de tabac. Elle ne serait pas anodine, car plusieurs facteurs contribueraient à sa survenue. Dans 40 à 60 %, des facteurs génétiques constituent un risque d'en développer.

3.10.1.1. Vulnérabilité individuelle :

Avec la prédisposition individuelle, les variations génétiques augmentent la vulnérabilité d'un individu à la nicotine. À ce jour, il n'existe pas de gène unique de la dépendance, mais des variations génétiques ont été identifiées.

3.10.1.2. Récepteurs nicotiniques :

Les variations génétiques les plus importantes identifiées concernent les gènes codant les sous-unités des récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine du cerveau.

Ces variations influencent la sensibilité à la nicotine, la rapidité d'installation de la dépendance et le nombre de cigarettes fumées par jour.

3.10.1.3. Métabolisme de la nicotine :

Le métabolisme de la nicotine est assuré par le cytochrome P450.

Un métabolisme plus lent peut signifier que la nicotine reste plus longtemps dans le corps, ce qui peut réduire le nombre de cigarettes fumées, tandis qu'un métabolisme plus rapide peut entraîner une consommation plus élevée pour maintenir les niveaux de nicotine.

Ce métabolisme détermine la vitesse à laquelle le corps décompose la substance et joue un rôle dans l'apparition de la dépendance.

3.10.1.4. La Rechute :

Elle est très fréquente chez les sujets tabagiques. Certaines mutations génétiques peuvent également influencer le risque de rechute après une période de sevrage.

3.10.2. Les facteurs sociaux et environnementaux

Ces facteurs ne sont pas en marge. Pour faire face à certaines situations, la consommation de tabac semble être un moyen courant.

3.10.2.1. Statut socio-économique :

Le niveau d'éducation, le revenu et la classe sociale peuvent influencer les taux de tabagisme et l'accès aux ressources d'aide au sevrage.

3.10.2.2. Pression sociale et influence des pairs :

Le tabagisme des amis, au sein des groupes de causerie, de la fratrie ou des parents, constitue un facteur de risque important pour commencer à fumer.

3.10.2.3. Disponibilité et marketing :

La facilité d'accès aux produits du tabac, ainsi que l'exposition à la publicité ou aux promotions de l'industrie du tabac, accroissent les risques.

3.10.2.4. Les états de stress et traumatismes :

Les activités, les événements stressants de la vie quotidienne ou des troubles psychologiques, tels que l'anxiété, la dépression, entre autres, peuvent inciter les individus à consommer du tabac. Ce comportement, influencé par les effets de la nicotine, déclenche un mécanisme d'adaptation qui exacerbe la vulnérabilité.

3.11. Le contrôle du tabac et les politiques publiques

3.11.1. L'industrie du tabac

Le tabac est diffusé par l'industrie du tabac. De ce fait, des stratégies marketing et des tactiques industrielles jouent un rôle majeur en définissant des cibles. Les adolescents et les enfants sont les cibles de cette industrie du tabac [27].

3.11.2. Cadre juridique et réglementaire

Les conséquences de la consommation de tabac restent préoccupantes pour les consommateurs et les consommatrices, ainsi que pour les non-fumeurs [3,17,28,29]. C'est pourquoi le tabac est soumis à des réglementations [30].

Les restrictions sur la disponibilité du produit, les ventes et les mesures de taxation semblent avoir un effet positif, entraînant une baisse de la prévalence de la consommation de tabac [29].

3.11.3. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) [31].

« Afin de mieux protéger la santé humaine, les Parties sont encouragées à appliquer des mesures allant au-delà des dispositions de la Convention et de ses protocoles, et rien dans ces instruments n'empêche une Partie d'imposer des restrictions plus sévères si elles sont compatibles avec ses dispositions et conformes au droit international. Des mesures et des ripostes multisectorielles globales pour réduire la consommation de tous les produits du tabac aux niveaux national, régional et international sont essentielles afin de prévenir, conformément aux principes de la santé publique, l'incidence des maladies et l'incapacité et les décès prématurés provoqués par la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac ». Les fondements de cette convention sous la dénomination **MPOWER** permet d'atteindre ces objectifs. Ces principes demandent de

surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention, de protéger la population contre la fumée du tabac, d'offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac, de mettre en garde contre les dangers du tabagisme, de faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, en fin d'augmenter les taxes sur le tabac.

➤ **Mesures relatives à la réduction de la demande de tabac**

✓ **Mesures financières et fiscales pour réduire la demande de tabac.**

Les Parties reconnaissent que les mesures financières et fiscales constituent un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac au sein de diverses catégories de la population, en particulier chez les jeunes. L'interdiction ou, selon le cas, la restriction de la vente aux voyageurs internationaux et/ou de l'importation hors taxes et sans droits de douane de produits du tabac.

✓ **Protection contre l'exposition à la fumée du tabac**

Il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort. Les mesures efficaces visant à protéger contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics.

✓ **Réglementation de la composition des produits du tabac**

La Conférence des Parties, en consultation avec les organismes internationaux compétents, propose des directives relatives aux tests et à l'analyse de la composition et des émissions des produits du tabac, ainsi qu'à leur réglementation.

✓ **Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer**

Chaque Partie adopte et applique en outre des mesures efficaces pour que soient communiquées au public des informations sur les constituants toxiques des produits du tabac et sur les émissions susceptibles d'être produites par ces produits.

✓ **La mise en conditionnement des produits du tabac**

Il ne doit pas faciliter la promotion d'un produit du tabac. Chaque paquet ou cartouche de tabac, ainsi que toutes les formes d'emballage et d'étiquetage externes de ces produits, doivent comporter des avertissements sanitaires décrivant les effets néfastes liés à la consommation de tabac et peuvent également inclure d'autres messages pertinents.

✓ **Éducation, communication, formation et sensibilisation du public**

Chaque partie s'efforce de promouvoir et de renforcer la sensibilisation du public aux questions ayant trait à la lutte antitabac, en utilisant, selon qu'il conviendra, tous les outils de communication disponibles

✓ **Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage**

Les Parties reconnaissent que l'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage réduira la consommation des produits du tabac.

✓ **Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique**

Chaque Partie développe et communique des directives adéquates, globales et cohérentes, fondées sur des données scientifiques et les meilleures pratiques. Cela se fait en tenant compte des priorités nationales et du contexte spécifique, tout en prenant des mesures efficaces pour encourager l'abandon du tabagisme et assurer un traitement approprié de la dépendance au tabac.

➤ **Mesures relatives à la réduction de l'offre de tabac**

✓ **Commerce illicite des produits du tabac**

Les Parties reconnaissent que l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'une législation nationale dans ce domaine, en sus des accords sous-régionaux, régionaux et mondiaux, constituent des aspects essentiels de la lutte antitabac.

✓ **Vente aux mineurs et par les mineurs**

Chaque partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces au niveau gouvernemental approprié pour interdire la vente de produits du tabac aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé par la législation nationale, ou l'âge de dix-huit ans.

✓ **Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viable**

Les Parties s'efforcent, en coopérant entre elles et avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes, de promouvoir, le cas échéant, des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs, les travailleurs et, le cas échéant, les vendeurs.

➤ **Protection de l'environnement**

✓ **Protection de l'environnement et de la santé des personnes**

Dans l'accomplissement de leurs obligations au titre de la Convention, les Parties conviennent de prendre dûment en considération, en ce qui concerne la culture du tabac et la fabrication de produits du tabac sur leurs territoires respectifs, la protection de l'environnement et la santé des personnes en rapport avec l'environnement

3.11.4. Programme national de lutte contre le tabagisme [12]

➤ **Situation du tabac au Mali**

La loi N° 10-033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac, cette loi met en œuvre les engagements du Mali au titre de la CCLAT [41].

✓ **La culture et la production du tabac**

La culture du tabac se pratiquait depuis des siècles, mais la culture industrielle a commencé avec la SONATAM (Société Nationale des Tabacs et Allumettes du Mali). Le Mali produit par an environ 500 tonnes de tabac brut et porte sur trois espèces : l'espèce Rustica, destinée à la consommation locale, et les espèces Paraguay et Burdey, nouvellement introduites dans le pays.

✓ **La transformation et la commercialisation**

Le Mali produit non seulement du tabac brut mais dispose également d'une unité de transformation : la SONATAM.

La SONATAM détient le monopole de l'importation et de l'exportation des produits industriels du tabac.

Quant à l'importation annuelle, elle est en moyenne 432 fois plus importante que les quantités vendues à l'intérieur, soit 298 513 tonnes. La SONATAM contribuerait, au titre des impôts et taxes, à hauteur de 10 milliards de francs CFA par an, y compris les frais de douane.

La SONATAM est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes, aux côtés d'autres entreprises commerciales maliennes qui font le commerce de gros de produits du tabac.

✓ **Stratégies nationales**

Pour atteindre l'objectif ci-dessus, des mesures seront mises en place

- un cadre institutionnel pour la prévention et la lutte contre le tabagisme.
- l'élaboration, la diffusion et l'application de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'importation, à l'exportation, à la production et à la consommation de tabac.
- le renforcement des capacités de communication en faveur du changement de comportement et de la mobilisation sociale.
- la détection précoce et la prise en charge efficace des personnes touchées par le tabagisme.
- le développement de la recherche/action.
- suivi/évaluation ;
- renforcement des compétences dans la prévention et la lutte contre le tabagisme - plaidoyer

3.12. Approches cliniques

Pour les personnes qui souhaitent arrêter la consommation du tabac, de nombreuses ressources et options de soutien sont disponibles. Il existe des thérapies comportementales, des médicaments sur ordonnance et des produits de remplacement de la nicotine en vente libre qui peuvent aider à gérer les symptômes de sevrage et les envies de fumer.

Parler à un professionnel de la santé peut aider à élaborer un plan d'arrêt adapté aux besoins de chacun.

3.12.1. La conduite à tenir lors du sevrage tabagique [22].

La prise en charge de cette dépendance nécessite la mise en place d'un véritable programme d'aide, établi sur plusieurs mois, auquel un traitement pharmacologique peut être associé.

La consultation initiale est l'occasion d'évaluer l'histoire du tabagisme en précisant les tentatives d'arrêt antérieures, les traitements éventuellement utilisés, la durée des arrêts et les circonstances des rechutes.

Le rôle du médecin consiste à l'accompagner dans cette démarche, à le rassurer et à l'encourager en cas de difficultés. La motivation personnelle et active du fumeur est fondamentale.

Dans certains cas (motivation insuffisante, manque de confiance en soi, angoisse très forte liée à l'arrêt...), le médecin peut proposer de procéder par étapes, en envisageant une réduction temporaire de la consommation de tabac, avec l'aide de substituts nicotiniques oraux, avant de programmer un arrêt total, qui doit rester l'objectif principal. La prescription d'un traitement pharmacologique sera discutée, expliquée et associée à une approche de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

3.12.2. Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

Schématiquement, les TCC visent à modifier les comportements inadaptés de l'individu en favorisant un déconditionnement qui entraîne l'extinction du comportement inadapté acquis et son remplacement par un comportement plus adapté. Ceci suppose que le sujet désire modifier son comportement et qu'il s'implique activement avec l'aide d'un médecin

3.12.3. Traitements médicamenteux disponibles

À ce jour, différents traitements pharmacologiques ont clairement fait preuve de leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique.

Les thérapeutiques utilisées sont :

Première ligne : la substitution nicotinique, la varénicline et le bupropion ; deuxième ligne : la clonidine et la nortriptyline.

L'efficacité de ces traitements est accrue lorsqu'une approche de type TCC est associée. Ces médicaments ont tous en commun la propriété de modérer les signes liés au manque de nicotine, mais la dépendance nicotinique étant aussi influencée par des stimuli environnementaux, des envies de fumer surviendront et nécessiteront des efforts de la part des ex-fumeurs, notamment des modifications de certaines habitudes de la vie courante pour éviter les sollicitations trop violentes (diminution ou arrêt de la consommation de café, par exemple).

3.12.4. Gestion de rechute

La meilleure façon d'éviter les rechutes est d'augmenter et de maintenir la motivation et d'apprendre à gérer les situations difficiles. En effet, chaque fois qu'un fumeur gère correctement une envie, sa confiance en soi augmente. Le médecin doit tirer parti de ce succès pour encourager le fumeur à adopter la même stratégie la prochaine fois et à

chaque fois que nécessaire. De même, le médecin doit discuter des éventuels « faux pas » et avertir le fumeur de la possibilité d'une rechute réelle.

En cas de vraie rechute, il ne faut surtout pas dramatiser. Par contre, il faut analyser les circonstances de la rechute.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

❖ Présentation du CHU Pr Bocar Sidy de Kati

Situé dans la ville de **Kati** [32], une ville et une commune rurale malienne, chef-lieu de cercle de la région de Koulikoro. Le CHU Pr Bocar Sidy est une ancienne infirmerie de garnison militaire française, elle fut créée en 1916 ; transformée en hôpital en 1968. Une année plus tard avec le changement de régime, l'hôpital fut érigé en hôpital national en 1969. En 1992, il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Ensuite, il fut érigé en établissement publique hospitalier (EPH) en 2003. Il fut baptisé CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati le 17 Novembre 2016. Le centre hospitalo-universitaire de Kati est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "camp Soundiata Keita à 15 km au nord de Bamako. Il est limité par :

- A l'Est par le quartier général du commandant de zone et l'aile Est de l'infirmerie militaire,
- A l'ouest par le Prytanée militaire et la cité des médecins,
- Au nord par les logements militaires camp du nord et l'aile nord de l'infirmerie militaire,
- Au sud par la polyclinique des armées et le quartier Sananfara. De nos jours l'hôpital a connu un grand changement.

Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour ou sont en chantier. Ainsi il compte 17 services dont 13 services techniques et 4 services administratifs

- Les services techniques

Le service de chirurgie générale,
Le service de traumatologie et d'orthopédie,
Le service d'accueil des urgences (SAU),
Le service d'anesthésie et réanimation,
Le service d'imagerie médicale,
Le service de gynéco-obstétrique,
Le service de médecine interne,

Le service de cardiologies,
Le service d'Odontostomatologie,
Le service d'urologie,
Le service d'ophtalmologie,
Le service de kinésithérapie et d'acupuncture,
Le laboratoire d'analyses biomédicales,
La pharmacie hospitalière,
Le service de pédiatrie.

- Les services administratifs

L'agence comptable,
Les ressources humaines,
Le service social,
La maintenance.

❖ Le service de pédiatrie

Le service de pédiatrie est un bâtiment à deux niveaux ouverts en 2019, et répartie comme suit :

Un bureau pour le chef de service ;
(3) salles de consultation ;
Un bureau pour le major de service ;
Une salle de garde pour les infirmiers ;
Une salle de garde pour les internes ;
Une salle de garde pour les médecins ;
Une salle de soins bien équipée ;
Une grande salle d'hospitalisation néonatale ;
Une salle de soins intensifs bien équipée avec quatre (4) lits ;
Deux grandes salles d'hospitalisations avec dix (10) lits ;
Une salle de conférence.

Les personnels

Ils sont au nombre de seize (16) dont :
Deux (2) médecins spécialistes ;
Quatre (4) médecins généralistes ;

Quatre (04) étudiants en fin de cycle (thésard) ;

Huit (08) infirmiers.

Les activités :

Les différentes activités du service sont les suivantes :

Les consultations du jour s'effectuent du lundi au vendredi en moyenne 300 (trois cents) patients par semaine ;

Les hospitalisations et leur suivi

Une visite quotidienne des patients hospitalisés les jours ouvrables et une contre visite pendant les weekends ;

Les gardes sont assurées par les DES (diplôme d'études spécialisées) en pédiatrie, les thésards et les infirmiers ;

Une rencontre hebdomadaire se fait chaque jeudi.

4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive

4.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du mars 2025 à décembre 2025

4.4. Population d'étude

L'étude a concerné les élèves des écoles fondamentales Farada et Noumorila.

4.5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude

- Les élèves de la classe de 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} fondamentales de 02 écoles
- Les élèves filles et garçons quel que soit leur âge
- Les élèves qui ont donné leur consentement éclairé durant la période de l'enquête

4.6. Critères de non-inclusion

Les élèves filles et garçons des classes de 7^e, 8^e et 9^e fondamentales de 02 écoles qui n'étaient pas disponibles le jour de l'administration du questionnaire, ainsi que ceux qui n'ont pas donné leur consentement éclairé.

4.7. Échantillonnage

a. Technique d'échantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage en grappe à 1 degré. Les classes de 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} année ont constitué les grappes. Les classes ont été sélectionnées par tirage au sort dans les 2 écoles, puis tous les élèves ont été invités à participer à l'étude.

b. La taille de l'échantillon

Pour le calcul de la taille de l'échantillon, la formule de Daniel Schwartz a été retenue. Le choix s'est porté sur un échantillonnage en grappes pour des raisons de faisabilité logistique et d'accès au terrain.

Afin de prendre en compte l'homogénéité potentielle des comportements au sein d'une même grappe, un effet de plan de 1,5 est introduit dans la formule.

En fixant le niveau de confiance à 95 %, la prévalence estimée du tabagisme est de 18,1 % et on tolère une précision absolue de 6,12 %.

La taille d'échantillon a été calculée à travers la formule de Daniel Schwartz :

$$\begin{aligned}n &= z^2 p.q. / i^2 \\n &= (1,96)^2 .0,181. (1-0,181)/ (0,05)^2 \\n &= 228 \text{ personnes}\end{aligned}$$

- n est la taille de l'échantillon
- Z est le test de l'écart réduit et vaut 1,96 pour un niveau de confiance de 95 %.
- p est la prévalence de la consommation de tabac, soit la prévalence du tabagisme, chez les élèves du cycle fondamental dans la commune II du district de Bamako en 2010, soit 18,1 % [13].
- q est l'événement complémentaire de p soit (q = 1-p)
- i est la précision (i = 0,05).

La taille de l'échantillon adaptée à l'effet de grappe

$$\begin{aligned}n &= z^2 p.q. \text{ Deff}/i^2 \\n &= (1,96)^2 .0,181. (1-0,181).1,5 / (0,0612)^2 \\&= 0,8542/0,003746 = 228 \text{ élèves}\end{aligned}$$

z = 1,96 (niveau de confiance de 95 %)

p = 0,181 (Prévalence attendue de 18,1 %)

q = 1 - 0,181 = 0,819)

Deff = 1,5 (Effet de plan anticipé pour l'échantillonnage en grappes scolaires)

$i = 0,0612$ (Marge d'erreur tolérée fixée à 6,12 %)

4.8. Déroulement de la collecte des données

La direction des différentes écoles et les élèves des différentes classes ont été informés de l'objectif et de l'importance de cette étude. Elle a concerné les élèves de 7e, 8e et 9e année du cycle fondamental de la ville de Kati.

✓ Techniques et outils de collecte

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire semi-structuré et auto-administré. Les questions portaient sur les renseignements sociodémographiques, la consommation du tabac, les connaissances générales sur le tabac, la consommation à l'école et le rendement scolaire.

Les questionnaires ont été distribués à l'ensemble des élèves des classes sélectionnées, et ils ont été invités à renseigner toutes les parties concernées. Cela a permis d'évaluer les connaissances des élèves sur le tabac au quotidien.

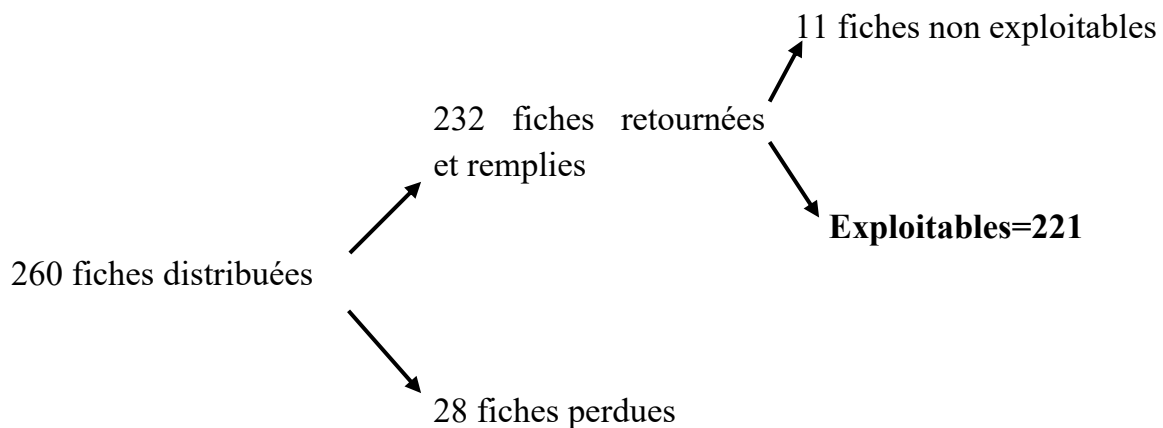


FIGURE 3: Flux de collecte

4.9. Variables d'étude

Les variables suivantes, regroupées en quatre volets, ont été analysées :

- **Variables sociodémographiques** : âge, sexe, école, résidence, statut matrimonial, profession du père, statut matrimonial des parents.
- **Variables concernant le tabac** : initiation (expérimentation) au tabac, motif de la première consommation, statut de consommation actuelle, motif recherché dans la consommation, fréquence de consommation, tentatives d'arrêt de consommation, constitution du tabac, effets sur le corps, effet sur le non-fumeur, ATCD familial de consommation,

- **Variables école et tabac** : consommation de tabac à l'école, moment de consommation, consommation et capacités de concentration en cours.
- **Variables dispositif de lutte contre le tabagisme** : connaissance sur les programmes de lutte contre le tabagisme, connaissance sur l'interdiction de la consommation du tabac dans les cours de l'école au Mali, connaissance sur l'interdiction de la publicité du tabac au Mali, connaissance sur la journée mondiale de lutte contre le tabagisme, connaissance des moyens de sensibilisation des programmes de lutte contre le tabagisme.

4.10. Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels KobotoolBox, SPSS version 27 et Microsoft Word 2016, puis traitées avec Excel 2016.

4.11. Considérations éthiques

Cette étude a été menée avec l'autorisation des autorités administratives ; la participation des élèves a été obtenue par leur consentement. L'accueil des informations a été anonyme. Il n'y avait pas d'informations sur la fiche d'enquête susceptibles d'identifier les élèves.

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Caractéristiques Socio-Démographiques

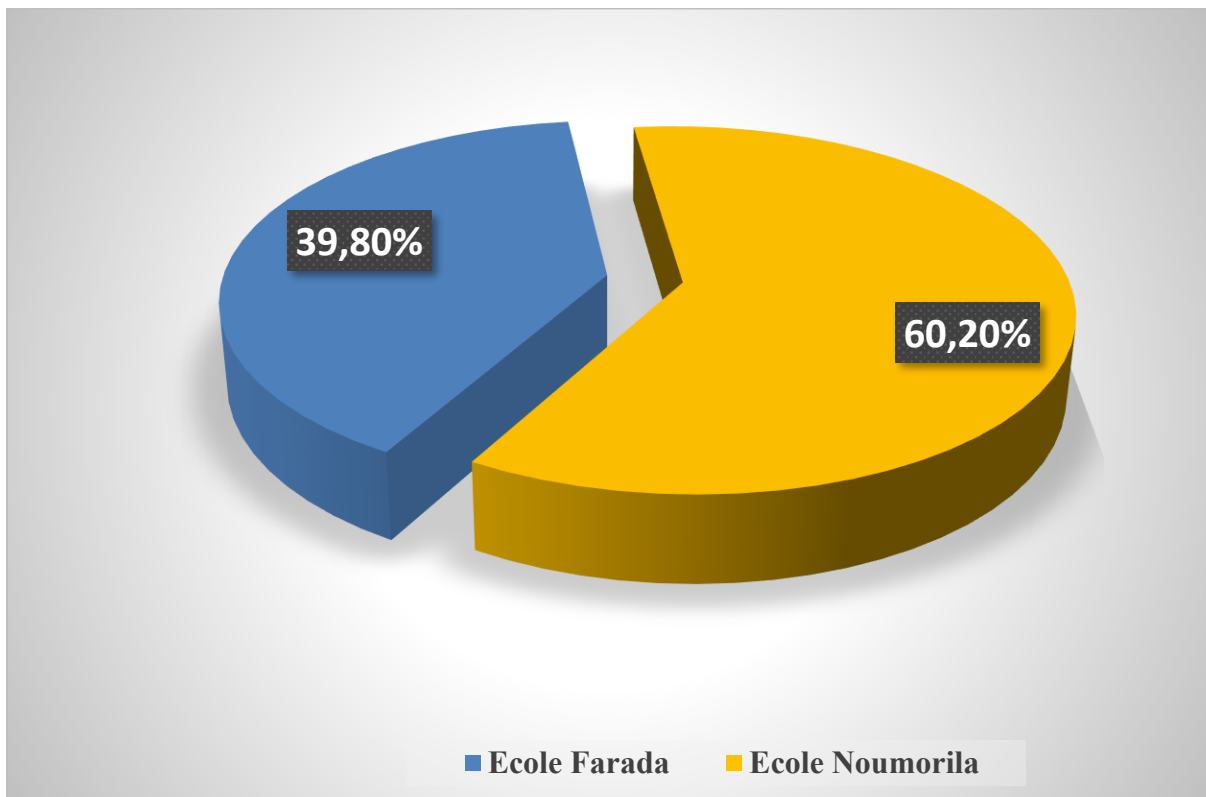


Figure 4: Répartition des élèves selon l'école

L'école de Noumorila était représentée dans 60,2 % des cas.

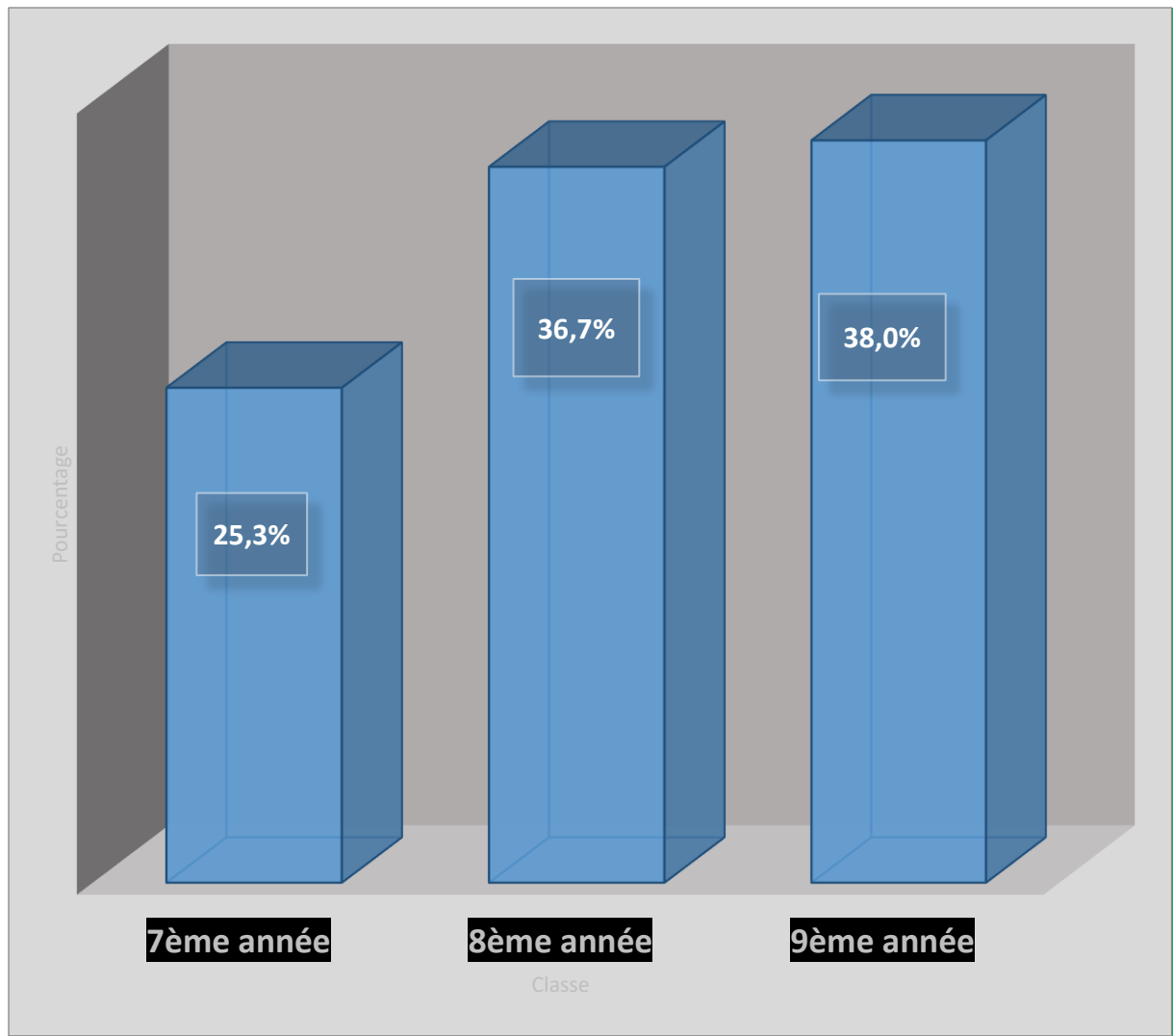


Figure 5: Répartition des élèves selon les classes

Les élèves de 9e année étaient les plus représentés avec 38%

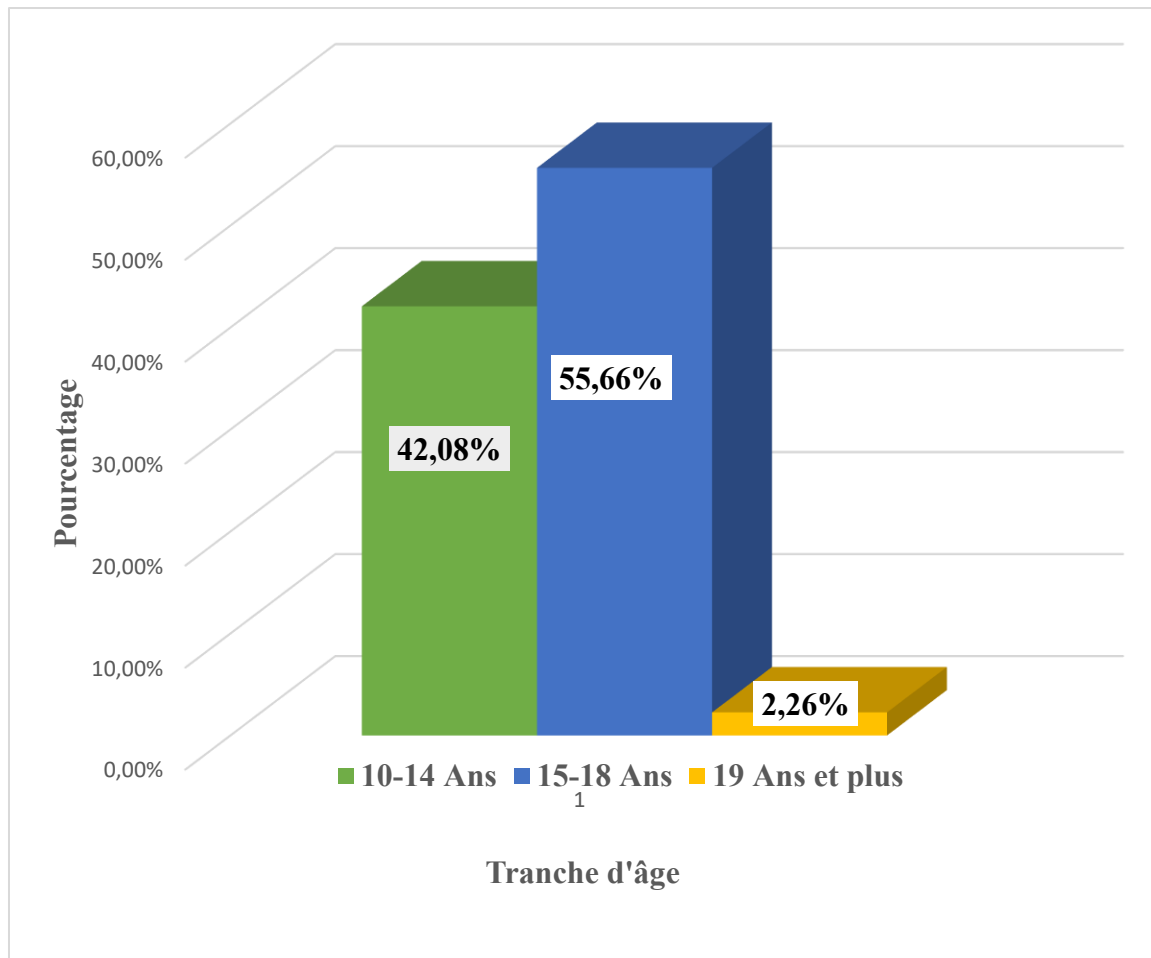


Figure 6: Répartition des élèves en fonction de la tranche d'âge

La tranche d'âge de 15 à 18 ans était majoritaire à 55,66 % ; l'âge minimal était de 11 ans et le maximal de 20 ans, avec une moyenne de 15,5 ans.

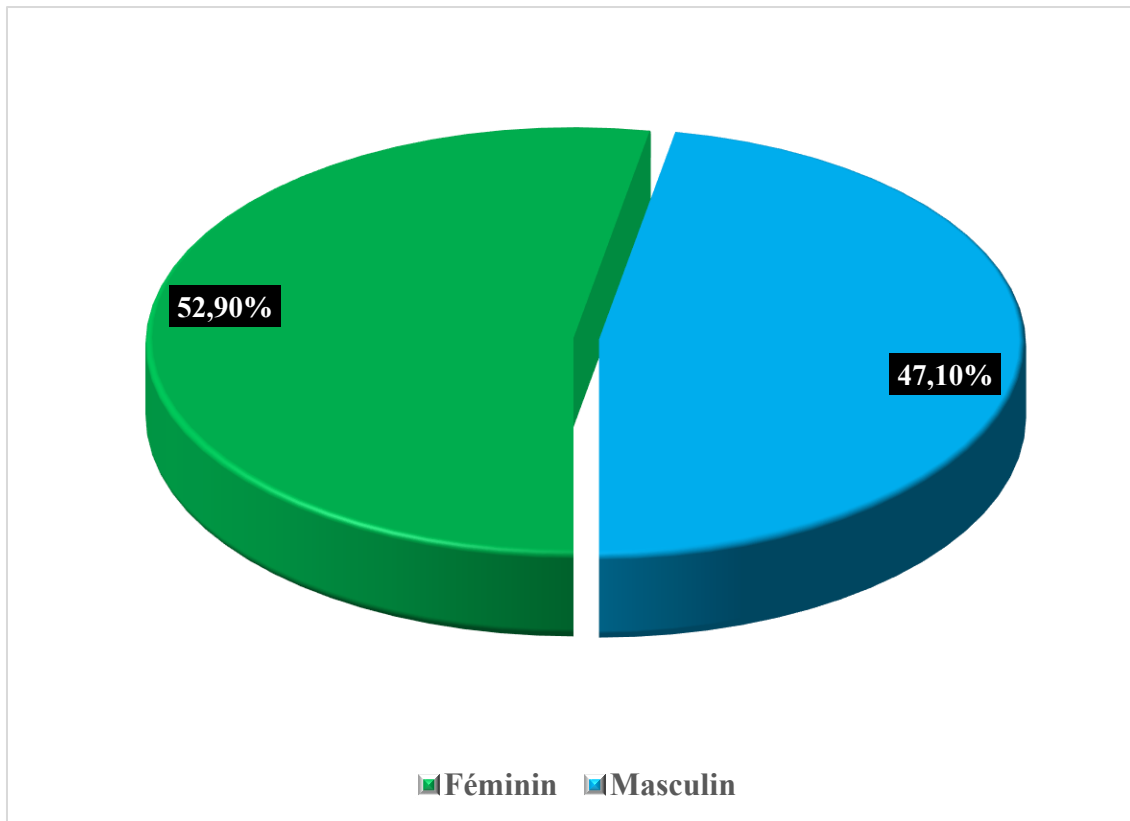


Figure 7: Répartition des élèves selon sexe

Le sexe féminin était le plus représenté, avec 52,9 % des cas.

Le sexe ratio était de 0,89 soit 89 hommes pour 100 femmes.

Tableau I: Répartition des élèves selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage %
Bamanakin	5	2,3
Diago	1	0,5
Kanbila	2	0,9
Kantiguila	13	5,9
Kati Coco	66	29,9
Kati coro	1	0,5
Kati coura	14	6,3
Kati Dral	1	0,5
Kati Farada	53	24
Kati lekezi	1	0,5
Kati malibougou	9	4,1
Mamayira	8	3,6
Mission catholique	2	0,9
Noumorila	34	15,4
Sanafara	2	0,9
Sebenicoro	2	0,9
Tombo	7	3,2
Total	221	100

Kati Coco était plus représenté dans notre étude avec 29,9 %

Tableau II: Répartition des élèves selon le statut matrimonial

Statut matrimonial des élèves	Effectif	Pourcentage %
Célibataire	211	95,5
Divorcé(e)	1	0,5
Marié(e)	9	4,1
Total	221	100,0

La majeure partie des participants était célibataire soit 95,5 %

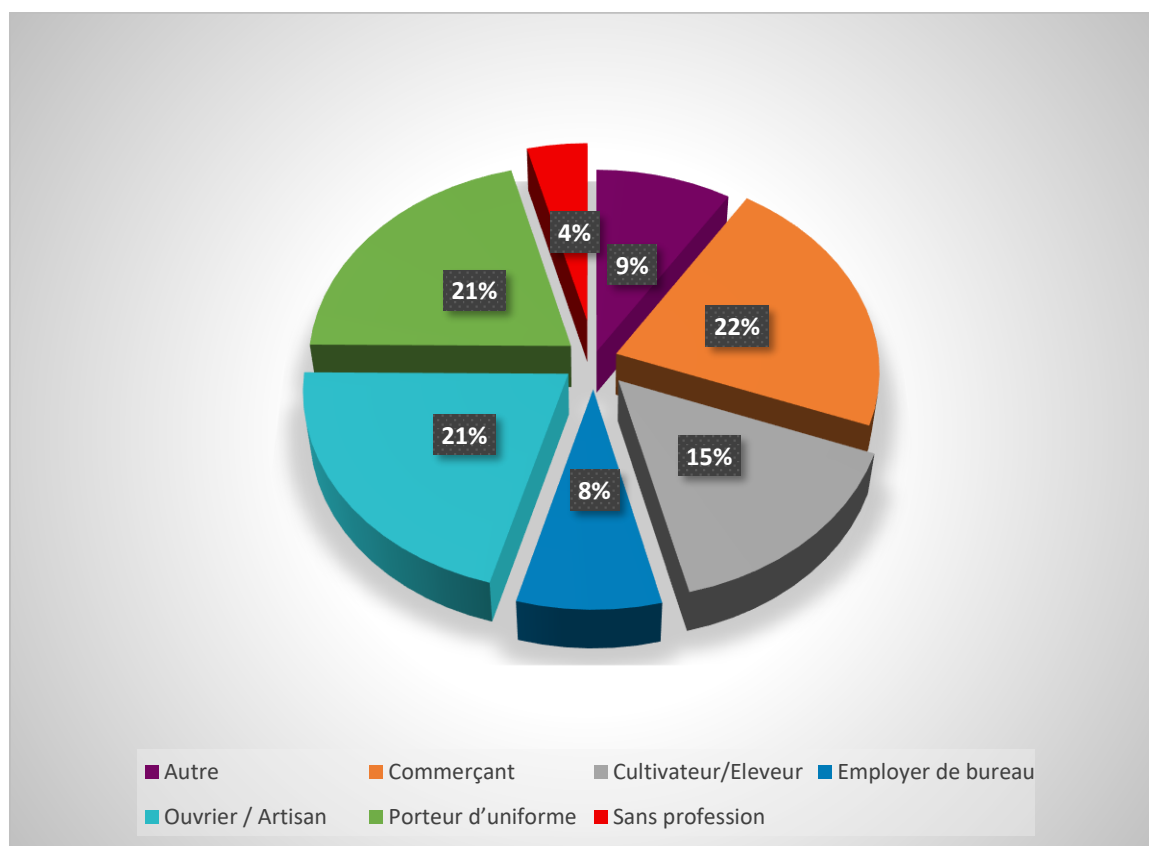


Figure 8: Répartition des élèves selon la profession de leur père

Les pères étaient des commerçants à 22% de cas

Autres = emploi non connu, Agent de santé, chauffeur, immobilier, transitaire

Tableau III : Répartition des élèves selon le statut matrimonial des parents

Statut matrimonial des parents	Effectif	Pourcentage %
Divorcés	5	2,26
Concubinage	7	3,17
Mariés	209	94,57
Total	221	100,0

Les parents d'élèves étaient mariés dans 94,57 % des cas

5.2. Données concernant le tabac

Tableau IV: Répartition selon l'initiation au tabac

Avez-vous déjà expérimenté(fumé) le tabac	Effectif	Pourcentage %
Non	129	58,4
Oui	92	41,6
Total	221	100

Parmi les élèves, 41,6 % avait déjà consommé le tabac

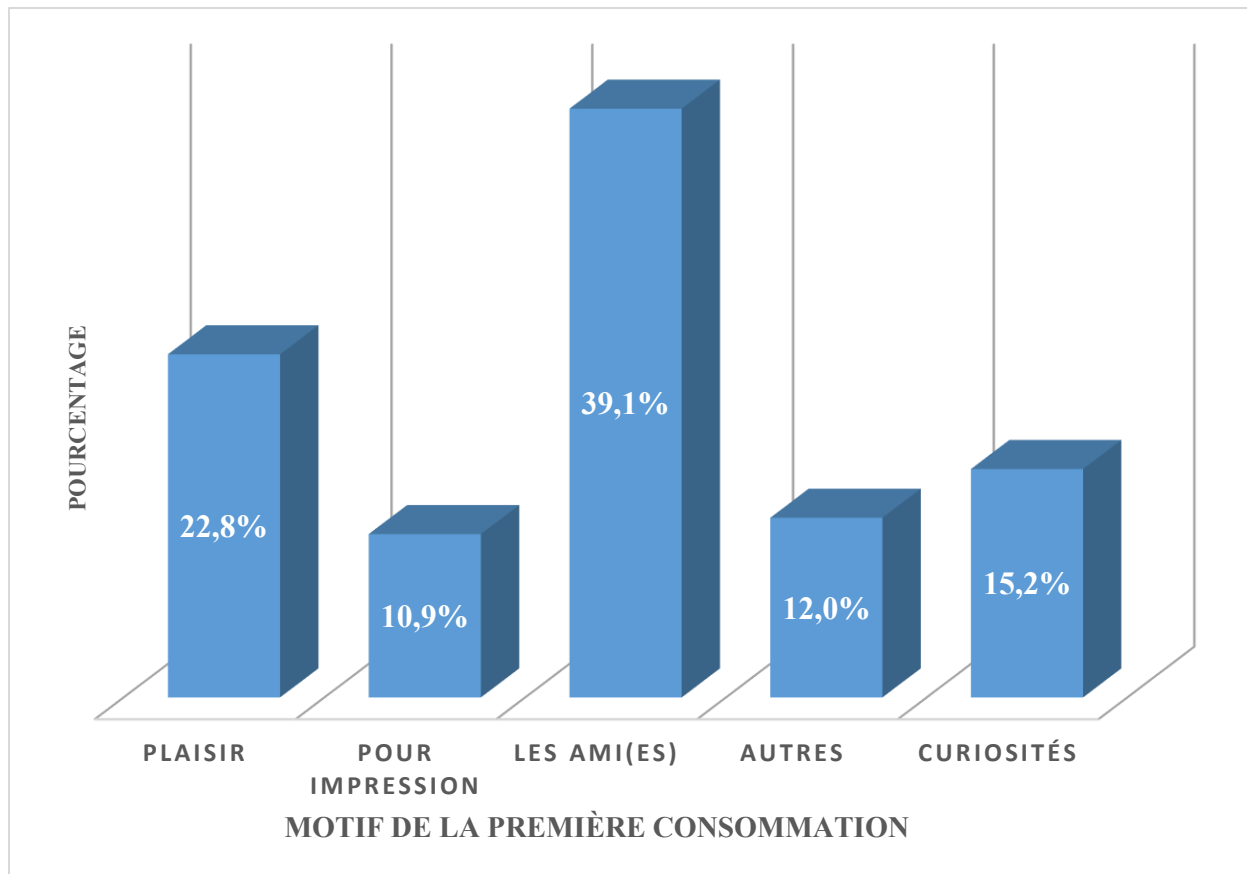


Figure 9: Répartition des élèves selon le motif de la première consommation du tabac
Pour les élèves initiés au tabac, 39,1 % énonçaient que c'était à travers les amis
Autres : sans motif, problèmes

Tableau V: Répartition des élèves selon les statuts actuels de consommation

Continuez-vous à consommer actuellement	Effectif	Pourcentage %
Occasionnellement	9	9,78
Non	54	58,70
Oui	29	31,52
Total	92	100,00

Parmi les élèves ayant expérimenté le tabac, 31,52 % étaient des consommateurs réguliers et 9,78 % des consommateurs occasionnels, soit une prévalence 41,3 % de consommateurs.

Tableau VI: Répartition des élèves tabagiques selon le motif de maintien dans la consommation

Motif de maintien dans la consommation	Effectif	Pourcentage %
Sans motif	2	5,26
Avoir la forme	13	34,21
Difficile d'arrêter	1	2,63
Les soucis	14	36,84
Pour impressionner	8	21,05
Total	38	100

Chez les élèves tabagiques, 36,84 % ont mentionné les soucis comme étant le motif de leur maintien dans la consommation

Tableau VII: : Répartition des élèves tabagiques selon la conséquence de la consommation

Quels effets la consommation vous procure	Effectif	Pourcentage %
Bien faits	21	55,26
Bienfaits et inconvénients	8	21,05
Inconvénients	9	23,68
Total	38	100

La majorité des élèves tabagiques ont évoqué les bienfaits de la consommation dans 55,26 % des cas.

Tableau VIII: Répartition des élèves tabagiques selon le type de tabac consommé

Type de tabac consommé	Effectif	Pourcentage %
Cigarette	36	94,74
Tabac chiqué	2	5,26
Total	38	100

Parmi les élèves tabagiques, la cigarette était la plus utilisée à 94,74 %

Tableau IX: Répartition des élèves tabagiques selon la quantité de cigarettes consommée par jour

Quantité de cigarette consommée par jour	Effectif	Pourcentage %
Mèche	27	75,00
Paquet	9	25,00
Total	36	100,00

Parmi les consommateurs de cigarette, 75% fumaient moins d'un paquet par jour

Tableau X: Répartition des élèves tabagiques selon le nombre de mèches consommées par jour

Nombre de mèches par jour	Effectif	Pourcentage %
2 Mèches	3	11,11
3 Mèches	4	14,81
4 Mèches	4	14,81
5 Mèches	11	40,74
6 Mèches	2	7,41
7 Mèches	1	3,70
8 Mèches	1	3,70
10 Mèches	1	3,70
Total	27	100,00

Parmi les élèves tabagiques, 40,74 % fumaient au moins 5 mèches de cigarettes par jour.

Tableau XI: Répartition des élèves tabagiques selon la durée de consommation

Durée de consommation en mois	Effectif	Pourcentage %
1 à 6 mois	17	44,74
7 à 12 mois	12	31,58
13 à 24 mois	8	21,05
Sup à 24	1	2,63
Total	38	100,00

La durée de consommation de cigarette s'évaluait entre 1 à 6 mois pour les 44,74 % des élèves tabagiques

Tableau XII : Répartition des élèves tabagiques selon la tentative d'arrêt de la consommation

Tentative d'arrêt de la consommation	Effectif	Pourcentage %
Non	14	36,84
Oui	24	63,16
Total	38	100,00

Parmi les élèves tabagiques, 63,16 % ont essayé d'arrêter la consommation

Tableau XIII: Répartition des élèves tabagiques selon le nombre de tentatives d'arrêt de la consommation

Nombre de tentative d'arrêt de la consommation	Effectif	Pourcentage %
1 fois	13	54,17
2 fois	9	37,50
3 fois	2	8,33
Total	24	100,00

Parmi ceux ayant tenté d'arrêter la consommation, 54,50 % ont fait au moins une tentative pour arrêter la consommation

Tableau XIV: Répartition des élèves tabagiques selon le motif de rechute après des tentatives d'arrêt de consommation

Motif de rechute	Effectif	Pourcentage %
Par plaisir	4	16,67
Effet de manque	14	58,33
Les soucis	1	4,17
Ne sait pas	5	20,83
Total	24	100,00

L'effet de manque est ressorti chez 58,33 % comme étant le motif de rechute chez les élèves ayant fait des tentatives d'arrêt de consommation

5.3. L'école et la consommation de tabac

Tableau XV : Répartition des élèves tabagiques selon la consommation à l'école

Fumez-vous parfois à l'école	Effectif	Pourcentage %
Ne souhaite pas répondre	3	7,89
Non	17	44,74
Oui	18	47,37
Total	38	100,00

Parmi les élèves tabagiques, 47,37 % consomment du tabac parfois à l'école.

Tableau XVI: Répartition des élèves tabagiques selon le motif recherché dans la consommation à l'école

Quels effets sentez-vous lorsque vous fumez à l'école	Effectif	Pourcentage %
Bien être	6	33,33
Renforce pour travailler	5	27,78
Rien	6	33,33
Ne sait pas	1	5,56
Total	18	100,00

Pour la consommation à l'école,

33,33 % des élèves tabagiques recherchaient un effet de bien-être

33,33 % annonçaient avoir consommé sans rechercher de causes précises.

Tableau XVII : Répartition des élèves tabagiques selon le mode de consommation à l'école

Mode de consommation à l'école	Effectif	Pourcentage %
Groupe	4	22,22
Seul	2	11,11
Seul et parfois en groupe	12	66,67
Total	18	100,00

Il y avait 66,67 % des élèves tabagiques qui consommaient le tabac seul et en groupe

Tableau XVIII: Répartition des élèves tabagiques selon le moment de consommation à l'école

Moment de consommation de tabac à l'école	Effectif	Pourcentage %
Avant le début des classes	2	11,11
Descente des classes	1	5,56
La récréation	13	72,22
Avant-Recréation-Descente	2	11,11
Total	18	100,00

La majeure partie de la consommation de tabac à l'école se faisait pendant la récréation chez 72,22 % des élèves tabagiques.

Tableau XIX : Répartition des élèves selon leur capacité à suivre les cours sans consommer de tabac

Si vous ne fumez pas de tabac, pouvez-vous rester concentré pendant les cours	Effectif	Pourcentage %
Non	12	66,67
Oui	6	33,33
Total	18	100,00

Chez les consommateurs de tabac à l'école, 66,67 % affirmaient que sans consommer le tabac, ils sont déconcentrés pendant les cours

Tableau XX: Répartition des élèves tabagiques selon la période de concentration sans consommation du tabac

Temps de concentration pendant les cours sans consommer le tabac	Effectif	Pourcentage %
Début du cours	12	66,67
Fin du cours	4	22,22
Toute la durée du cours	2	11,11
Total	18	100,00

Sans consommer le tabac, 66,67 % des élèves tabagiques à l'école ne pouvaient restés concentrer que pour le début des cours

Tableau XXI: Répartition des élèves selon leur connaissance sur la constitution du tabac (cigarette)

Connaissance sur la constitution du tabac (Cigarette)	Effectif	Pourcentage %
Sans avis	23	10,41
Non	174	78,73
Oui	24	10,86
Total	221	100,00

Plus de la moitié des élèves, 78,73 % ne connaissaient pas la constitution du tabac

Tableau XXII: : Répartition des élèves ayant des connaissances sur la constitution du tabac

Constitution du tabac (cigarette)	Effectif	Pourcentage %
Goudron	15	62,50
Herbes	8	33,33
Poison	1	4,17
Total	24	100,00

Pour les élèves ayant des connaissances sur la composition du tabac, le goudron représentait 62,50 %.

Tableau XXIII: Répartition des élèves selon leur connaissance de l'effet du tabac sur le corps

Connaissance des effets de la consommation sur le corps	Effectif	Pourcentage %
Oui	196	88,69
Non	23	10,41
Sans avis	2	0,90
Total	221	100,00

Parmi les élèves, 88,69 % ont dit être au courant des effets du tabac sur le corps.

Tableau XXIV: Répartition des élèves selon leur connaissance de l'effet du tabac sur les organes

Si oui, le tabac peut avoir un effet sur quel organe ?	Fréquence	Pourcentage %
Maladie de poumons	192	19,57
Maladie de cœur	170	17,33
Maladie de reins	157	16,00
Maladie de l'intestin	150	15,29
Maladie de cerveau	148	15,09
Détérioration des dents	164	16,72

Les maladies de poumons étaient en tête, suivies de cœur et des dents

Tableau XXV: Répartition des élèves selon leur connaissance de l'effet de la consommation sur le non-fumeur

Connaissez-vous l'effet du tabac sur le non-fumeur lorsque vous fumez à proximité	Effectif	Pourcentage %
Non	46	20,81
Oui	170	76,92
Sans avis	5	2,26
Total	221	100,00

Les élèves étaient au courant des effets de la consommation de tabac sur les non-fumeurs dans 76,92 % des cas.

Tableau XXVI: Répartition des élèves selon leur connaissance du méfait de la consommation sur le non-fumeur

Méfait de consommation sur le non-fumeur	Effectif	Pourcentage %
Devient fumeur passif	17	10,00
Problème respiratoire	67	39,41
Problème cœur	2	1,18
Problème cerveau	2	1,18
Avortement	1	0,59
Dérange la tranquillité	17	10,00
Entraine des maladies	62	36,47
Sans avis	2	1,18
Total	170	100,00

Parmi les élèves, 39,41 % ont signalé des problèmes respiratoires comme effet de la consommation chez les non-fumeurs.

Tableau XXVII : Répartition des élèves selon l'ATCD familial de consommation de tabac

ATCD familial de consommation de tabac	Effectif	Pourcentage %
Non	61	27,60
Oui	118	53,39
Ne sait pas	35	15,84
Sans avis	7	3,17
Total	221	100,00

Les élèves avaient un ATCD familial de consommation de cigarette à 53,39 %

5.4. Dispositifs de lutte contre le tabagisme

Tableau XXVIII: Répartition des élèves selon leur connaissance des programmes de lutte contre le tabagisme au Mali

Avez-vous entendu parler des programmes de lutte contre le tabagisme au Mali	Effectif	Pourcentage %
Non	46	20,81
Oui	167	75,57
Sans avis	8	3,62
Total	221	100,00

Les élèves étaient au courant des programmes de lutte contre le tabagisme au Mali dans 75,57 % des cas.

Tableau XXIX : Répartition des élèves selon leur connaissance de l'interdiction de consommation de tabac dans la cour de l'école

Savez-vous que le Mali a pris des dispositions pour interdire la consommation du tabac dans la cour des écoles	Effectif	Pourcentage %
Non	23	10,41
Oui	194	87,78
Sans avis	4	1,81
Total	221	100,00

Les élèves étaient au courant de l'interdiction du tabac dans la cour de l'école à 87,78 %

Tableau XXX: Répartition des élèves selon leur connaissance de l'interdiction des publicités de tabac au Mali

Savez-vous que le Mali a interdit la publicité du tabac	Effectif	Pourcentage %
Non	23	10,41
Oui	197	89,14
Sans avis	1	0,45
Total	221	100,00

Les élèves étaient au courant de l'interdiction des publicités du tabac à 89,14 %

Tableau XXXI: Répartition des élèves selon leur connaissance de la journée mondiale contre le tabagisme

Savez-vous qu'il y a une journée dédiée au tabagisme appelée journée mondiale contre le tabagisme	Effectif	Pourcentage %
Non	136	61,54
Oui	84	38,01
Sans avis	1	0,45
Total	221	100,00

La plupart des élèves n'étaient pas au courant de la journée mondiale contre le tabagisme dans 61,54 % des cas.

Tableau XXXII: Répartition des élèves selon les voies de sensibilisation concernant les programmes de lutte contre le tabac

Voies de sensibilisation des programmes de lutte contre le tabagisme	Effectif	Pourcentage %
NTIC (radio, télé, internet)	29	13,12
Education (parent, école)	20	9,05
Entre Amis	1	0,45
NTIC (radio, télé, internet) Éducation (parent, école)	130	58,82
NTIC (radio, télé, internet) Éducation (parent, école)	32	14,48
Entre Amis		
Manquant	9	4,07
Total	221	100,00

La radio, la télé, Internet, l'éducation des parents et l'école étaient les voies de sensibilisation pour 58,82 % des élèves.

Autre : agent de santé, dans les quartiers

Tableau XXXIII: Relation entre le sexe et la consommation du tabac

		<i>Sexe</i>		<i>Total</i>
<i>Statut de consommation actuelle</i>		Féminin	Masculin	
	Occasionnellement	0	9	9
		0,00%	100,00%	100,00%
	Oui	5	24	29
		17,20%	82,80%	100,00%
<i>Total</i>		5	33	38
		13,20%	86,80%	100,00%
Khi-2=1,787			0,181	

Le sexe masculin faisait plus de consommation avec 82,80 %

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et la consommation

Tableau XXXIV: Relation entre la résidence et consommation de tabac

		Statut de consommation		Total
		actuelle		
		Occasionnellement	Oui	
Résidence	Bamanakin	0	1	1
		0,00%	100,00%	100,00%
	Kantiguila	1	0	1
		100,00%	0,00%	100,00%
	Kati Coco	5	4	9
		55,60%	44,40%	100,00%
	Kati coura	0	2	2
		0,00%	100,00%	100,00%
	Kati Farada	1	13	14
		7,10%	92,90%	100,00%
	Kati malibougou	1	0	1
		100,00%	0,00%	100,00%
	Mamayira	0	2	2
		0,00%	100,00%	100,00%
	Noumorila	1	4	5
		20,00%	80,00%	100,00%
	Sanafara	0	1	1
		0,00%	100,00%	100,00%
	Tombo	0	2	2
		0,00%	100,00%	100,00%
Total		9	29	38
		23,70%	76,30%	100,00%

Khi-2=16,142

P=0,064

Les élèves tabagiques venaient principalement de Kati Farada (92,90 %). Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la résidence et la consommation de tabac.

Tableau XXXV: Relation entre statut de consommation et tranche d'âge

		<i>Age</i>		<i>Total</i>	
Statut de consommation actuelle	Occasionnellement	10-14	15-18	19 Ans	
		Ans	Ans	et plus	
		0	8	1	9
	0,00%	88,90%	11,10%	100,00%	
	Oui	7	20	2	29
24,10%	69,00%	6,90%	100,00%		
<i>Total</i>	7	28	3	38	
	18,40%	73,70%	7,90%	100,00%	
Khi-2=2,697		P=0.26			

Parmi les élèves tabagiques réguliers, plus de la moitié avait une tranche d'âge de 15 à 18 ans soit 69%

Pour ceux en consommations occasionnelle, 88,9 % avait la tranche d'âge de 15 à 18 ans également

Il n'y avait pas de lien statistique significatif entre la tranche d'âge et le statut de consommation

DISCUSSION

6. Discussion

Nous avons mené cette étude transversale descriptive dans le milieu scolaire afin d'analyser la consommation de tabac dans les 2 écoles de Kati.

La force de cette étude réside dans l'offre d'un aperçu de la consommation de tabac en milieu scolaire, ainsi que dans l'analyse des facteurs associés à cette consommation chez les élèves des 2 écoles à Kati.

Les difficultés rencontrées ont été dues à la collecte des données. Certaines fiches n'étaient pas exploitables.

Malgré cette faiblesse, l'étude nous a permis d'analyser la consommation de tabac chez les élèves des 2 écoles.

✓ Caractéristiques socio-démographiques

Dans notre étude, la classe de 9^e année représentait 38 % (fig. 2). Ce résultat est proche de celui de Sangho et al., qui ont constaté que les élèves de 9^e année représentaient 36,9 % [33]. Ceci pourrait être interprété par le fait que la 9^e année est une classe d'examen et que le passage à cet examen constitue un obstacle difficile à franchir pour beaucoup de personnes. Ces recalés, ajoutés à ceux souhaitant passer cet examen au titre de candidats libres, pourraient contribuer à augmenter le nombre d'élèves en 9^e année.

Nous avons constaté que les élèves étaient majoritairement âgés de 15 à 18 ans, soit 55,66 %. Ce résultat pourrait être expliqué par l'âge de la scolarisation et le cursus scolaire, cette tranche d'âge correspond à la moyenne, à l'âge valable pour cette étape du parcours scolaire.

Dans notre étude, nous avons constaté que le sexe féminin était majoritaire, représentant 52,9 %. Ce résultat est similaire à celui d'Akpa, qui avait observé une prédominance du sexe féminin dans son étude, soit 52,2 % [13]. Cette concordance s'expliquerait par le fait que les deux études ont eu lieu au Mali, dans deux villes ayant presque la même similarité culturelle et éducative, où les garçons seraient plus souvent associés aux responsabilités familiales ou apprennent à les gérer. C'est pourquoi beaucoup de garçons ne sont pas scolarisés ou finissent par abandonner l'école au profit d'activités rémunératrices.

Parmi les élèves, 29,9 % résidaient au quartier Kati Coco.

Ce résultat est supérieur à celui de ML et al., qui ont trouvé que la prévalence du tabagisme était de 9,9 % dans l'établissement de la ville contre 1,6 % dans l'établissement de la campagne [34]. Malgré cette différence, leur étude avait trouvé que les élèves du milieu urbain étaient davantage exposés à la consommation de tabac [34]. Nous pourrions expliquer cette différence par l'intervalle de temps écoulé entre les deux études. L'évolution, la modernisation et brassage culturelle pourraient expliquer l'augmentation de ce pourcentage.

Les élèves étaient célibataires à 95,5 %. Dans de nombreuses contrées, le cycle fondamental du cursus scolaire correspond à la période où les élèves n'ont généralement pas l'âge requis pour le mariage, notamment sur le plan administratif. Ce qui explique la forte présence de célibataires.

➤ **Données sur le tabac**

Dans notre étude, nous avons constaté que 41,6 % des élèves avaient déjà consommé du tabac et que, dans 39,1 % des cas, les motifs de cette première consommation était l'influence des amis.

Kouassi et al. avaient trouvé dans leur étude que 67,3 % avaient expérimenté le tabac, ils étaient dans la tranche d'âge de 12 à 15 ans et 67,6 % de l'initiation avait été influencée par les amis [35].

Notre résultat est inférieur à celui de Kouassi et al. Ceci pourrait s'expliquer par des différences d'échantillonnage. Leur échantillon d'étude était nettement supérieur au nôtre.

Nous avons constaté que la consommation était continue chez 41,3 % des élèves, soit 31,52 % en consommation régulière et 9,78 % en consommation occasionnelle.

Ce résultat concorde avec celui de Kouassi et al. (Côte d'Ivoire) qui ont trouvé dans leur étude que 22,5 % de garçons et 10,6 % de filles soit 33,1 % étaient dans la consommation actuelle [35].

Ceci pourrait être dû au fait que le Mali et la Côte d'Ivoire partagent la même frontière et plusieurs habitudes. Il y a un brassage ethnique et culturel entre la Côte d'Ivoire et le Mali, ce qui pourrait expliquer cette concordance.

Parmi les élèves tabagistes, 36,84 % étaient toujours en consommation de tabac à cause de leurs soucis.

Dans la littérature, la consommation, en général, a été fortement associée à la gestion des états de stress et des détresses psychologiques [4,22]. Elle est alors perçue comme un remède par les consommateurs.

Dans notre contexte, cela pourrait s'expliquer par le fait que les élèves sont souvent exposés au stress des évaluations trimestrielles et des examens de fin d'année. Également, associer les activités domestiques aux activités scolaires pourrait expliquer cette préoccupation chez les élèves.

Nous avons constaté que 55,26 % des élèves affirmaient que la consommation de tabac leur procurait des bienfaits. Les effets de la consommation ont été décrits dans de nombreuses études [4, 36, 37]. Cela pourrait être lié à l'effet de la nicotine qui entraîne une sensation de bien-être, de détente après consommation.

Chez les élèves tabagiques, 40,74 % affirment avoir fumé au moins 5 mèches par jour. Selon Lebargy et al., « le baromètre santé 2000, le taux de fumeurs réguliers, définis par une consommation d'au moins une cigarette par jour, est de 31,9 % chez les hommes et de 26,1 % chez les femmes » [29].

Ceci pourrait être interprété par l'effet de la mondialisation et de la modernisation d'une part avec des années d'écart entre les études et d'autre part par le fait que les élèves de cette tranche d'âge sont mineurs et savent concrètement les effets de la consommation sur la santé d'où cette augmentation.

Parmi les élèves tabagiques, 44,74 % consommaient depuis au moins 6 mois. Cette période de consommation a minima courte serait due à leur rentrée en second cycle, nouvelle étape du cursus et nouvelles habitudes.

Parmi les élèves tabagiques, 63,16 % avaient tenté d'arrêter la consommation, 57,17 % avaient essayé au moins une fois et 58,33 % avaient rechuté en raison d'effet de manque. Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, dans la littérature, la prise en charge du sevrage de la consommation de tabac a toujours été marquée par des rechutes d'une part et d'autre part l'organisation de notre société qui fait que les individus sont regroupés en tranches d'âge ; ceux appartenant aux mêmes catégories d'âge constituent ce qu'on appelle les groupes d'âge. La consommation serait perçue comme un geste de réaffirmation devant les autres, ce qui pourrait rendre plus difficiles les tentatives d'arrêt de la consommation.

➤ **L'école et la consommation du tabac**

Cette étude a trouvé que 47,37 % des élèves tabagiques consommaient à l'école et, parmi eux, 33,33 % recherchaient un état de bien-être, tandis que 33,33 % n'indiquaient pas de motif précis pour cette consommation à l'école. La portion de 66,67 % consommait seuls et en groupe parfois, la récréation était le moment propice pour la consommation chez les 72,22 %. Sans consommation de tabac à l'école, 66,67 % des élèves tabagiques ont signalé qu'ils ne pouvaient pas se concentrer sur les cours et ou ne l'étaient que pendant le début des cours.

Ce résultat pourrait être expliqué par de nombreux facteurs : la dépendance psychique, physique et comportementale liées à la nicotine ; les comportements de certains enseignants tabagiques, les comportements de parents tabagiques, comme l'ont montré certaines études [35,38], ainsi que l'évolution normale de la consommation.

Notre étude a montré que 78,73 % des élèves ne connaissaient pas la composition du tabac. Parmi ceux qui avaient des connaissances sur la composition, le goudron a été énoncé à 62,50 % comme le constituant principal.

Ce résultat pourrait expliquer l'accès à l'information en ce qui concerne le tabagisme pour les élèves.

Parmi les élèves, 68,69 % savaient que le tabac avait des effets sur le corps et la maladie des poumons était en tête avec 19,57 %. Les élèves savaient que le tabac était dangereux pour les non-fumeurs (76,92 %) et ont mentionné les problèmes respiratoires (39,41 %) comme principal effet chez les non-fumeurs.

Selon Koueta et al. [38], 82,4 % des élèves fumeurs avaient des connaissances sur l'effet nocif du tabac sur la santé. Les maladies causées par le tabagisme les plus fréquemment citées étaient la toux chronique (83,8 %) et le cancer des poumons (79,8 %).

Ce résultat est différent du nôtre ; cela pourrait s'expliquer par le fait que leur échantillon était nettement supérieur.

Les élèves avaient un antécédent familial de consommation dans 53,39 % des cas. Dans la littérature, il ressort que la consommation dans le milieu familial serait un facteur favorisant la consommation chez d'autres membres. Ainsi Koueta et al ont trouvé que 75% des élèves tabagiques avaient au moins un fumeur dans la famille [38].

➤ **Dispositifs de lutte contre le tabagisme**

Les élèves étaient au courant des programmes de lutte contre le tabagisme, de l'interdiction de la consommation de tabac dans les cours de l'école et de la publicité du tabac au Mali, avec des taux respectifs de 75,57 %, 87,78 % et 89,14 %.

Dans la littérature, plusieurs lois ont été adoptées pour réglementer le tabac, de la production à la consommation [30,31]. L'étude de Geindreau et al. montre que la mise en place de certaines interdictions de tabac sur le campus a apporté de nombreux avantages [39].

Dans notre contexte, malgré la connaissance des lois réglementant le tabac, un nombre élevé de sujets reste consommateur ; cela pourrait expliquer la nécessité d'adopter d'autres mesures plus rigoureuses pour limiter la consommation.

Dans l'ensemble, 61,54 % des élèves n'étaient pas au courant de l'existence de la journée mondiale de lutte contre le tabagisme.

Cela sous-entend qu'en plus des programmes de sensibilisation et de lutte contre le tabagisme existants, l'accent doit être mis sur la sensibilisation au sein du milieu scolaire.

La radio, la télé, Internet, l'éducation des parents et l'éducation à l'école ont été les moyens d'information auxquels les élèves ont eu accès concernant les programmes de lutte contre le tabac dans 52,3 % des cas.

Avec la modernisation, il est important de souligner que la majeure partie de l'accès à l'information s'effectue grâce aux nouvelles technologies. Néanmoins, l'éducation à la maison et l'éducation à l'école ont toujours leur place et ne doivent pas être délaissées

CONCLUSION

CONCLUSION :

Au cours de notre étude, l'école de Noumorila était la plus représentée et les élèves étaient majoritairement de 9^e année. La plupart de l'initiation des élèves était sous l'influence des amis. Après l'initiation, près de la moitié des personnes ayant expérimenté sont restées dans la consommation. La récréation était le moment où la plupart des élèves fumaient.

Sans consommation de tabac, les élèves n'étaient pas capables de suivre les cours. Ils étaient au courant des effets que la consommation de tabac pouvait avoir sur la santé chez les fumeurs et les non-fumeurs.

Toutefois, serait-il possible de contrôler strictement le tabac en milieu scolaire pour le bien-être des élèves et des parents d'élèves en appliquant des mesures strictes ?

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons suggéré ces recommandations à l'endroit :

➤ **Au ministère de la santé et du développement social**

- Mettre en place des mesures plus restrictives sur les taxes, disponibilités des produits du tabac
- Renforcer les politiques nationales de lutte contre le tabac

➤ **Aux autorités scolaires**

- Mettre en place des mesures pour restreindre la consommation de tabac dans les milieux scolaires pour tous les personnels de l'école
- Faire des campagnes de sensibilisation de façon périodique à l'école sur le tabagisme

➤ **A la communauté**

- Aux parents d'élèves, de continuer la sensibilisation des enfants en famille et dans les quartiers sur les méfaits du tabac malgré la modernisation apportée par les nouvelles technologies
- Interdire la vente, l'achat et la consommation du tabac aux enfants mineurs par les parents

➤ **Aux chercheurs**

- Encourager des protocoles d'étude d'envergure nationale pour le compte du Mali
- Encourager et soutenir la réalisation d'étude nationale périodique sur le tabac

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2024 et projections 2025-2030 [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2025 [cité 2026 Jul 21]. Disponible sur : who.int
2. Dena K. Étude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du Mali [Thèse de médecine]. Bamako : École Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali; 1995.
3. Karila L, Petit A, Zarmidini R, Coscas S, Lowenstein W, Reynaud M. Consommation de tabac et trouble lié à l'usage de substances illicites : que devrions-nous faire ? Presse Med. 2013;42(5):795-805.
4. Delvaux M, Etienne AM, Bartsch P, et al. L'aide à l'arrêt du tabagisme: une nécessité. Rev Med Liege. 2005;60(11):891-6.
5. Choquet M. La consommation des adolescents : tabac, alcool et cannabis. Dans: Claes M, Lannegrand-Willems L, directeurs. La psychologie de l'adolescence. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2014. p. 331-55.
6. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):278-84.
7. Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2022 [Internet]. Paris: Observatoire français des drogues et des tendances addictives; 2023 [cité 2026 Jul 29]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/>
8. Barataud L. Le tabagisme, données épidémiologiques et statistiques. Actual Pharm. 2016;55(560):18-21.
9. Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2022. Tendances. 2023;(160):1-8.
10. Oubrayrie-Roussel N, Safont-Mottay C. Conduites à risques et dévalorisation de soi : étude de la consommation de toxiques (tabac, alcool, drogue) chez les adolescents scolarisés. Psicol Saude Doencas. 2001;2(1):59-75.
11. De Beyer J. L'impact économique de la consommation de tabac en Afrique. Promotion & education [Internet]. 2005 [cité 2026 Jul 30];12(4_suppl):12-17. Disponible sur: sagepub.com

12. Ministère de la Santé du Mali. Plan stratégique national de prévention et de lutte contre le tabagisme [Internet]. Bamako: Ministère de la Santé; 2005 [cité 2026 Jul 30]. Disponible sur: https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/2023-04/Mali_annex5_tobacco_action_plan2005.pdf
13. Akpa AA. Etude de la prévalence du tabagisme chez les élèves du cycle fondamental dans la commune II du district de Bamako - Mali [Thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2010. 89 p.
14. Weekers R. L'intoxication chronique par le tabac. Rev Med Liege. 1949;4(19):561-6.
15. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Tabac [cité 2025 Nov 23]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
16. Arvers P, Mathern G, Dautzenberg B. Les anciens et nouveaux produits du tabac. Rev Pneumol Clin. 2018;74(3):145-53.
17. Serhier Z, Bendahhou K, Soulimane A, Othmani MB, Abdelaziz AB. Prévalence du tabagisme au Maghreb: Revue systématique de la littérature et méta-analyse. Tunis Med. 2018;96(11):739-51.
18. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Selon un rapport de l'OMS sur l'évolution du tabagisme, 1 adulte sur 5 reste dépendant du tabac [cité 2025 Nov 27]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-10-2025-who-tobacco-trends-report-1-in-5-adults-still-addicted-to-tobacco>
19. Goëb V, Klemmer N, Le Loët X, Vittecoq O. Tabac et maladies systémiques. Rev Rhum. 2007;74(8):726-31.
20. Le Faou AL, Scemama O. Épidémiologie du tabagisme. Rev Mal Respir. 2005;22(6 Pt 2):27-32.
21. Chevalier C, Nguyen A. Composition et nocivité du tabac. Actual Pharm. 2016;55(560):22-5.
22. Martinet Y, Bohadana A, Spinosa A, Wirth N. Le traitement de la dépendance au tabac : guide pratique. Paris: Elsevier Masson; 2011.
23. Malet G. Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées. Alcoologie et addictologie. 2010;32(4):279-89.

24. Molimard R. Physiopathologie de la dépendance au tabac. Rev Prat. 1999;49(16):1731-5.
25. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. Rev Med Suisse. 2003;61(2452):1845-8.
26. Mahajan SD, Homish GG, Quisenberry A. Multifactorial Etiology of Adolescent Nicotine Addiction: A Review of the Neurobiology of Nicotine Addiction and Its Implications for Smoking Cessation Pharmacotherapy. Front Public Health. 2021;9:664748.
27. Thomas D. L'enfant et l'adolescent, cibles de l'industrie du tabac. Bull Acad Natl Med. 2019;203(7):541-8.
28. Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH. 2003;(22-23):104-6.
29. Lebargy F, Becquart LA, Picavet B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC - Médecine. 2005;2(2):171-90.
30. Tubiana M, Sureau C, Tubiana M, Dubois G, Foyer L, Costil D, et al. Aspects juridiques de la lutte contre le tabac. Bull Acad Natl Med. 2004;188(6):1075-8.
31. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : OMS ; 2005 [cité 2026 Jul 30]. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/59aabf5c-c108-4039-b427-1572be49410d/content>
32. Wikipédia [Internet]. Kati (ville) [cité 2025 Nov 11]. Disponible sur: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kati_\(ville\)&oldid=230551017](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kati_(ville)&oldid=230551017)
33. Sangho H, Diallo MS, Dembélé SM, Coulibaly S, Keïta BI, Sidibé M, et al. Tabagisme en milieu scolaire dans une commune de Bamako au Mali. Mali Med. 2014;29(3):36-9. (*Note : L'année réelle de publication indexée pour ce volume 29 est 2014*).
34. Ramamonjisoa ML, Zahera H, Tsitohaina A, Sahondranirina R. Tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire à Antananarivo. Rev Soc Malgache Pédiatr. 2020;2(2). Disponible sur: somaped.com

35. Kouassi BA, Horo K, Nigue L, Kassi O, Ahui BJM, Koffi N, et al. Tabagisme en milieu scolaire dans la commune de Cocody à Abidjan. *Rev Pneumol Clin*. 2007;63(1):35-9.
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Paris: HAS; 2015 [cité 2022 Mar 31]. Disponible sur: [has-sante.fr](http://has.sante.fr)
37. Lagrue G. Traitement de la dépendance tabagique. *EMC-Cardiologie-Angéiologie*. 2004;1(4):443-55. (Note : En Vancouver, le deuxième numéro de page n'affiche que les chiffres qui changent, donc 443-55 au lieu de 443-455).
38. Koueta F, Dao L, Yé D, Koura M, Sawadogo A. Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). *Rev Mal Respir*. 2009;26(3):291-7.
39. Geindreau D, Gnonlonfin EM, Gallopel-Morvan K. Les campus sans tabac: définition, impact sur le tabagisme des étudiants, et facteurs clés d'efficacité. *Le Courrier des addictions*. 2024;26(1):11-13. Disponible sur: univ-grenoble-alpes.fr
40. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. Mali: School committees to protect youth from smoking [Internet]. Brazzaville : OMS AFRO ; 2025 [cité 2026 Aug 2]. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/countries/mali/news/mali-school-committees-protect-youth-smoking>
41. Mali. Loi N° 10-033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac. *Journal Officiel de la République du Mali*. 2010 Aug 6;(32):737. Disponible sur : <https://assets.tobaccocontrolaws.org/uploads/legislation/Mali/Mali-TC-Law-native.pdf>

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N°.....

Date :/...../2025

I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. Ecole
2. Classe : Effectif.....
3. Age : /_____/ ans
4. Sexe : /_____/ 1=Masculin 2=Féminin
5. Résidence (quartier) :
6. Statut matrimonial : /_____/ 1=Célibataire 2= marié(e) 3=divorcé(e) 4= veuf(ve)
6. Profession du père : /_____/
1=Commerçant 2=Cultivateur/Éleveur 3=Porteur d'uniforme 4=Ouvrier / Artisan
5=Employé de bureau 6=Sans profession 7=Autre :
7. Statut matrimonial des parents : /_____/ 1=Mariés 2=Divorcés 3=concubinage

II. DONNÉES CONCERNANT LE TABAC

8. Avez-vous déjà expérimenté (fumé) du tabac ? /_____/ 1=Oui 2=Non
9. Pourquoi avez-vous fumé pour la première fois ? (Motif) : /_____/
1= Plaisir 2=pour impression 3= les amis(es) 4 : autres à préciser.....
10. Êtes-vous dans la consommation actuellement ? /_____/ 1=Oui 2=Non 3=
occasionnellement
Si oui, pourquoi continuer à fumer ? /_____/ 1=les soucis 2=avoir la forme 3=pour
impressionner 4=difficile d'arrêter 5= autre à préciser :
14. Qu'est-ce que la consommation du tabac vous procure ? /_____/ 1= bienfaits
2=inconvénients 3= bienfaits et inconvénients
19. Quel type de tabac consommez-vous ? : /_____/ 1=cigarette 2= tabac chic 3=
Pipe 4= autre à préciser.....
20. fréquence de consommation par jour
Cigarette : paquet/jour /_____/ou mèche/jour/_____/
Tabac chic : ...fois /jour
Pipe : ...fois /jour
Autre (.....) : ...fois/jour

21. Combien de temps consommez-vous de tabac (Durée de consommation) en mois.....

11. Avez-vous déjà fait des tentatives d'arrêt de la consommation ? / ____ / 1=Oui 2=Non

Si oui, à combien de fois ?fois

Si oui, pourquoi recommencez-vous ? / ____ / 1 = effet de manque 2 = par plaisir 3 = les soucis 4 = autre à préciser.....

15. Connaissez-vous la constitution du tabac (cigarette) / ____ /

1= Oui 2=Non

Si oui quelle est la composition du tabac(cigarette) / ____ /

16. Êtes-vous au courant des effets du tabac sur le corps ? / ____ /

1=Oui 2=Non

Si oui, le tabac peut avoir un effet sur quel organe ?

/ ____ / maladie de maladie de poumons / ____ / maladie de cœur / ____ / maladie de reins / ____ / maladie de l'intestin / ____ / maladie de cerveau / ____ / détérioration des dents

17. Connaissez-vous l'effet du tabac sur le non-fumeur lorsque vous fumez à proximité / ____ / 1= non 2 = Oui

Si oui expliquez

18. Avez-vous des parents qui consomment du tabac ? / ____ / 1=Oui 2= Non 3= ne sait pas

III La consommation du tabac et l'école

12. Fumez-vous à l'école parfois / ____ /

1 = Oui 2=Non 3= Ne souhaite pas répondre

13. Quels effets recherchez-vous lorsque vous fumez du tabac à l'école ? / ____ /

1 = bien-être 2 = renforce pour travailler 3 = rien 4 = autre à préciser....

24. À l'école, fumez-vous seul ou en groupe / ____ / 1= seul 2= Groupe 3=Seul et parfois en groupe 4= ne fume pas à l'école

25. Quel moment fumez-vous à l'école / ____ / 1=avant le début des classes 2=la récréation 3= descente des classes 4= ne souhaite pas répondre

26. Si vous ne fumez pas de tabac, pouvez-vous rester concentré pendant les cours ? / ____ / 1=Oui 2=Non

27. Si vous ne fumez pas de tabac, vous pouvez rester concentré pendant combien de temps pour suivre les cours ? / ____ /

1= le début du cours 2= la fin du cours 3=toute la durée du cours

28. Pensez-vous que le tabac améliore le rendement scolaire / ____ / 1=Oui 2=Non
3=Ne sait pas

V. Dispositifs de lutte contre la consommation du tabac

29. Avez-vous entendu parler des programmes de lutte contre le tabagisme au mali/ ____ / 1=Oui 2=Non

30. Savez-vous que le Mali a pris des dispositions pour interdire la consommation du tabac dans la cour des écoles/ ____ / 1=Oui 2=Non

31. Savez-vous que le Mali a interdit la publicité du tabac/ ____ / 1=Oui 2=Non

32. Savez-vous qu'il y a une journée dédiée au tabagisme appelée journée mondiale contre le tabagisme / ____ / 1=Non 2=Non

33. Avez-vous entendu parler des programmes de sensibilisation à la lutte contre le tabac par quels moyens ?

NTIC (radio, télé, internet) / ____ / Éducation (des parents, à l'école) / ____ / Entre amis / ____ / Autre à préciser.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KANÉ

Prénom : Fatoumata M

Titre : Prévalence et facteurs associés au tabagisme en milieu scolaire : Etude réalisée dans les écoles fondamentales de Kati Farada et de Noumorila

Année universitaire : 2025 – 2026

Pays: Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : pneumologie, pédiatrie, santé publique.

Résumé :

Introduction : Le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde.

Il est prévu qu'en 2030, il sera responsable de huit à dix millions de morts par an.

Objectifs : étudier la consommation du tabac en milieu scolaire, dans 02 écoles fondamentales de la ville de Kati (école de Farada et Noumorila).

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective allant du 1er Mars 2025 au 31 Décembre 2025 ayant concerné les élèves des écoles fondamentales de Kati Farada et Noumorila. L'échantillonnage en grappe de 1 degré a été retenu.

Résultat : 221 élèves ont été retenus, ils étaient dans la tranche d'âge de 15 à 18 ans. L'école de Noumorila représentait 60,2 %. Les 38% des élèves étaient de 9e année. Le sexe féminin était plus représenté, soit 52,9 %. Dans l'ensemble, 41,6 % des élèves avaient expérimenté le tabac, et parmi eux, 41,3 % étaient restés dans la consommation, avec 31,5 % de consommation régulière et 9,78 % de consommation occasionnelle.

L'école était le lieu de consommation pour 47,37 % des élèves, la récréation était le moment de consommation pour les 72,22 %. Sans consommation de tabac à l'école, 66,67 % des élèves n'étaient pas concentrés à suivre les cours. La majorité des élèves ne connaissait pas la composition du tabac, soit 78,73 %.

Discussion : Sans consommation de tabac à l'école, 66,67 % des élèves étaient incapables de suivre les cours. Ce résultat pourrait être expliqué par de nombreux facteurs : la dépendance à la nicotine ; les comportements de certains enseignants et parents tabagiques ainsi que l'évolution normale de la consommation. **Conclusion :** le tabagisme en milieu scolaire est un fléau qui met en péril l'avenir des élèves et de la communauté.

Mots-clés : tabagisme, élèves, milieu scolaire.

ACCORD DES AUTORITES SCOLAIRE C.A.P

MINISTRE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**CAP KATI
COURRIER ARRIVEE**
N° 0369
DU 02-05-2025

Bamako, le 06 Mai 2025

PNEUMOLOGIE
.....
Chef de service
Pr. Yacouba Toloba
Poste : 571
.....
Pr. Dianguina Soumare (573)
Pr. Khadidia Ouattara (575)
.....
Maitre de recherche
Dr. Téma Kanouté
.....
Assistant spécialiste
Dr. Salif Koné
.....
Assistant hospitalier
Dr. Gacissou Berthé (575)
Dr. Bocar Baya (572)
MAJOR
Madame Sanogo (574)
.....
CONSULTATION
Lundi
Mercredi
Jeudi
FIBROSCOPIE
Lundi au vendredi
.....
SPIROMETRIE
Lundi au vendredi

A Monsieur Directeur du Centre d'Animation Pédagogique Kati
Monsieur,
Nous venons par la présente, solliciter votre accord et accompagnement pour la réalisation d'une enquête sur le tabagisme en milieu scolaire, plus précisément dans deux écoles fondamentales de la ville de Kati (Ecole fondamentale de Kati Farada et de Noumorila). Cette enquête rentre dans le cadre de la réalisation d'une thèse d'exercice de doctorat en médecine pour l'obtention du diplôme de docteur d'état en médecine de Mme DIAKITE Fatoumata KANE. L'enquête s'intéresse aux élèves de 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} Année fondamentales (filles et garçons) des dites écoles fondamentales sus citées. Elle se déroulera sur une période de 1 mois allant du 12 Mai 2025 au 12 Juin 2025.
Nous vous rassurons que le résultat final de cette étude sera mis à votre disposition pour toute fin utile.
Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez recevoir Monsieur le Directeur l'expression de notre haute considération et de notre franche collaboration
Ci-jointe une copie du protocole de l'étude

Le Directeur de la thèse
Pr SOUMARE Dianguina dit Noumou
Maitre de Conférences Agrégé en Pneumophtisiologie
à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie (FMOS)




BP : 3337AK - (223) 222 50 02 / 222 50 03 - Fax : (223) 222 97 90 - Email : hopitalpointg@hotemail.com



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de nos 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 seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des 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 mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

JE LE JURE !