

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

----- =0= -----

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2006- 2007

N° :

Thèse

**TABAGISME DANS CERTAINS LYCEES
PUBLICS ET PRIVES DE L'ACADEMIE
D'ENSEIGNEMENT DE BAMAKO RIVE /
GAUCHE**

*Présentée et soutenue publiquement le/...../2007
à.....Heure devant la faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto - Stomatologie du Mali*

Par Monsieur **Biéter DEMBELE**

*Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)*

JURY :

Président : Professeur Amadou DIALLO
Membres : Professeur Tiéman COULIBALY
Docteur Saïbou MAIGA
Directeur de Thèse : Professeur Mamadou KONE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2006 – 2007

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES

2ème ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembriologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique, Chief de D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chief de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique.
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie

Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssout COULIBALY

Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie/Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie-Traumatologie
Urologie
Gynécologie-Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie
Chimie Organique
Immunologie Chef de **D.E.R.**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Chimie Analytique
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr. Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY

Chimie Organique
Hématologie

Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO

Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie

Mr Cheik Bougadari TRAORE

Anatomie-Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie
Parasitologie mycologie
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie - Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA

Pédiatrie
Dermatologie

Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAI GA	Santé Publique
---------------------	----------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique

Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Mamadou Sounalo TRAORE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale
Epidémiologie
Biostatistique
Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souléymanne GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Yaya COULIBALY
Mr Lassine SIDIBE

Botanique
Bactériologie
Physique
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Génétique
Législation
Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr Babacar FAYE
Pr Mounirou CISS
Pr Amadou Papa DIOP
Pr Lamine GAYE

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie
Physiologie

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

-AU TOUT PUISSANT MISERICORDIEUX

Pour sa générosité de m'avoir donné la vie, la bonne santé pour accomplir ce travail.

Seigneur bénis sois-tu pour le courage et la conviction que tu m'as accordé pour faire cette étude. Que ton nom soit à jamais glorifié. Amen!

-A mon père feu Kouon DEMBELE

Merci père de nous avoir appris dès notre jeune âge que dans la vie il ne faut compter que sur soi-même, de nous avoir inculqué le sens des valeurs. Tu nous as enseigné la simplicité, la franchise, la dignité et la crainte de Dieu ; rien que ton souvenir me réconforte. J'aurai voulu que tu sois là mais que la volonté de Dieu soit faite. Repose en paix papa !

-A ma mère Yadoun DIARRA

Je remercie le BON DIEU de m'avoir donné une maman comme toi.

Tu as su nous entourer de ton amour et de ton affection.

Toi qui t'es privée de tout pour que nous ayons une vie meilleure. Tu es une femme responsable, dynamique, généreuse, forte, travailleuse et pleine de bon sens, ce jour est le tien, ce travail est l'aboutissement de tout ce que tu as enduré pour nous élever, je demande au BON DIEU de me donner la longue vie et la force pour pouvoir t'honorer maman.

-A tous les fumeurs de la planète : Tabac STOP !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères

-A Mr le directeur de l'enseignement secondaire général,

-Mr le directeur adjoint,

-Tout le personnel,

-Madame la directrice de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche,

-Tous les proviseurs des lycées,

-Tous les censeurs et surveillants généraux,

-Tous les enseignants des établissements visités pour le bon accueil et pour m'avoir donné l'autorisation en vue d'accéder à toutes les classes des écoles lors de mon enquête.

-A tous les élèves des différents établissements scolaires visités pour leur bonne collaboration.

-A tous mes maîtres de tous les ordres d'enseignement.

-A nos maîtres des nos différents services de stage dans les C.H.U Gabriel TOURE et Point G

Merci pour la qualité de l'enseignement que vous m'aviez dispensé.

-A mes tantes **Bayé, Koudoun, Nié, Sènè** : Au près de vous j'ai connu l'amour. Vous m'avez donné tout ce qu'un fils peut espérer de ses tantes. Pardonnez- moi s'il m'est arrivé un jour de vous décevoir sans le savoir.

Les mots me manquent pour vous remercier, sachez tout simplement que je vous aime très fort. Puisse Dieu le tout puissant vous donner longue vie.

-A **Konadia BAGAYOGO** et **Siéné DIARRA** : (in memorium)

A la fin de ce travail, vous êtes visiblement les grands absents. Même si vous n'avez pas eu la chance de me voir finir mes études, sachez que toute la famille se souvient de vous.

-A mes grands frères **My, Robert, Worobo, Samassé, Biégny DEMBELE**

Vous êtes remplis de bon sens et de générosité et vous n'avez jamais failli à vos devoirs d'aîné.

Vous avez contribué de près ou de loin à la réussite de mes études.

Vous m'avez toujours soutenue quand je titubais. C'est l'occasion pour moi de vous exprimer toute ma gratitude et de vous dire que je vous aime de tout mon cœur.

-A mes grandes sœurs **Bia et Biéya DEMBELE** : Ce travail est le fruit de vos inlassables bénédictions. Que le seigneur vous accorde longue vie.

-A mes neveux et nièces **Bruno, Robert Bernard, Kan Germain, Kalifa, Samadia, Moïse, Harifo, Biéter, Emmanuel, Bédja Clarisse, Mata Ténin, Salimata** : En présentant ce travail, je voudrais juste vous montrer que le succès est au bout de l'effort.

-A **Tafo THIENOU et Konkourou KONATE**

Les mots me manquent pour exprimer ma gratitude et l'admiration que j'ai pour vous. Je vous remercie et vous souhaite à toutes les deux ce qu'il y a de meilleur dans la vie.

-A **Mr Nyamana COULIBALY** chef de Section Approvisionnement à la DAF du Ministère de la Fonction Publique de la Reforme de l'Etat et des Relations avec les Institutions pour sa disponibilité et son appui technique.

-A **Mr Abdoulaye TANGARA** chef de Section Cadre Organique et Formation à la DAF du MFPRERI pour sa gentillesse, sa disponibilité et son appui technique pour la réalisation de ce travail.

-A **Véronique TIENOU** comptable à la DAF du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agée : Merci

-Dr Souleymane SIDIBE : Grand merci pour tout ce que tu as fait pour la réalisation de ce travail.

-A mon grand frère Paul Marie DEMBELE

Nous avons vécu ensemble des moments difficiles dans la vie. Plus qu'un frère, tu es aussi un ami et un confident pour moi.

Tu as été d'un apport exceptionnel. Puisse Dieu le tout puissant renforcer nos liens de parenté.

-Dr Aboubacar Alassane Omar dit AAO : Ce travail est le vôtre.

-Dr Kassoum TIENOU pour son encouragement et son soutien moral.

-A tout le personnel du cabinet médical Dr Kassoum TIENOU à Banconi Layebougou.

-A Mr Baba KONATE, Mohamed CISSE: Merci.

-A tout le personnel du cabinet médical le SAVOIR à Sangarébourgou.

-A Madjo DEMBELE et sa famille à Lafiabougou, **Justin TIENOU et sa famille** à Medina coura, **Moïse TIENOU et sa famille** à Kalaban coura, **Jules DIAMA et sa famille** à Faladjè, **Batio TIENOU et sa famille** à Bakaribougou, **Sina DEMBELE et sa famille** à Quinzambougou, **Théophile DEMBELE et sa famille** à Bakaribougou , **Wiébéré TIENOU et sa famille** au Banconi, **Robert TIENOU, toute la famille DEMBELE** à Mouni (Tominian).

-A tous les membres du Collectif des Elèves, Etudiants de Mouni et Sympathisants.

-Dr Ousmane Lamine MAIGA : Grand combattant, homme d'écoute et de vertu, je me souviendrai de tout ce que tu as fait pour moi.

-A Marie TIENOU et Fatoumata DIARRA, merci

-Dr Bourahima Tièblé MARIKO

Tu as été un véritable ami pour moi. Ta gentillesse et ta simplicité m'ont beaucoup touché. Que ces beaux moments passés ensemble restent gravés dans nos mémoires.

-**Dr Ousmane Bafing DIARRA** : Grand merci.

-A mes frères, sœurs, cousins et cousines **Barnabé Tiénou, Koya Konaté, Martin Tiénou, Joseph Tiénou, Konya Dembélé, Batio Konaté, Ignace Dembélé, Fidel Dembélé, Oumar Dembélé, wouroubé Manicounou, Boniface Tiénou, Djoma Sylvie Tiénou, Albertine Tiénou, Fanta Dembélé.**

Au souvenir de toutes ces années passées ensemble.

-**A Sina Rodrigue TIENOU** : Que le seigneur Jésus continue à régner dans ta vie. Car lui seul est le chemin, la vérité et la vie. Patience, bientôt ce sera ton tour !

-A tous les membres de **l'Association des Jeunes de Mouni à Bamako.**

-A mes amis de la faculté : **Yacouba Kassambara dit Kass, Mamadou Traoré dit grand B, Sidi Sylla, Louis Traoré, Missiri, Oumar Koné, Bassoutra Gackou, Ballo, Missiri, Momine Traoré, Amadou Goïta, Oumar Cissé, Souleymane Tangara dit Soul, Issaka Dembélé, Fatogoma Sanou, Alou Macalou, Sagaïdou Maïga, Dr Mamadou Dao dit Degaule, Dr Yacouba Habib Koné** : Avec vous j'ai appréhendé la vraie valeur de l'amitié. Le chemin a été long, dur, tant de sacrifice, malgré les difficultés, ensemble nous n'avons jamais perdu le sourire aux lèvres. Les mots me manquent pour exprimer ce que je récents pour vous. C'est une grande chance pour moi de vous connaître. Que le bon Dieu vous protège.

-A **tout le personnel du CNOU** pour l'accueil et la collaboration.

-A **tous les CES, les internes, infirmiers, infirmières du service de Pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE** pour les bons moments passés ensemble.

-A **tout le corps professoral de la FMPOS** pour la qualité de l'enseignement reçu.

-A **tous les étudiants de la FMPOS.**

-A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. Je vous dis grand merci.

Encore une fois merci à tous et trouvez à travers ce travail toute ma reconnaissance et mon affection.

A tous et toutes mes excuses sincères, Dieu nous bénisse.

HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Amadou DIALLO

- Professeur de Biologie Animale,
- Chargé de cours de Biologie Animale et de Zoologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie(FMPOS) de Bamako,
- Vice Recteur de l'Université de Bamako.

Honorable Maître,

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

Véritable bibliothèque vivante, vous nous fascinez par la grandeur de votre humanité et la splendeur de votre enseignement.

Votre sagesse, votre capacité d'écoute et votre expérience professionnelle nous honorent et font de vous un **Maître** de qualité exceptionnelle.

Veillez accepter **Cher Maître**, nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Professeur Tiéman COULIBALY

- Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique,
- Maître de conférence de chirurgie orthopédique et traumatologique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique Traumatologique.

Cher Maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury témoigne de votre intérêt pour l'encadrement des étudiants.

Vos qualités d'homme de science et pédagogiques nous ont séduit dès notre arrivée à la faculté.

En acceptant d'apprécier ce modeste travail, vous contribuez **Cher Maître** à son indispensable amélioration.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Docteur Saïbou MAIGA

Chargé de cours de législation à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Cher Maître, votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre ardent désir à transmettre aux autres vos larges connaissances et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié.

Votre apport pour la réalisation de ce travail fût plus que considérable : il est aussi le vôtre.

Permettez **Cher Maître**, de vous réitérer toute notre reconnaissance et veuillez trouver ici, notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou KONE

- ✓ Maître de conférence de physiologie à la FMPOS,
- ✓ Chargé de cours de physiologie à la FMPOS,
- ✓ Directeur général adjoint du Centre National des Œuvres Universitaire du Mali,
- ✓ Médecin du sport,
- ✓ Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques,
- ✓ Membre du Comité Scientifique de la Revue Française de Médecine du Sport,
- ✓ Président du Collège Malien de Réflexion pour la Médecine du Sport,
- ✓ Membre du Groupe Latin et Méditerranéen de Médecine du Sport,
- ✓ Secrétaire général de la Fédération Malienne de Taekwondo, Ceinture noire 3^{ème} dan.

Cher Maître, en acceptant de nous compter parmi vos élèves, vous nous faites un grand honneur et un énorme plaisir.

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'Amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout de la modestie.

Honorable Maître, sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici le manifeste de notre reconnaissance et de notre distinguée considération.

Que Dieu réalise vos vœux !

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION...	1
II- OBJECTIFS	3
1-Objectif général	3
2-Objectifs spécifiques	3
III- CADRE THEORIQUE	4
1-Culture et Composition du tabac	5
1-1-Culture du tabac au Mali	5
1-2-Composition du tabac	5
1-2-1-La nicotine	6
1-2-2-Le monoxyde de carbone	6
1-2-3-Les irritants	7
1-2-4-Les substances cancérigènes	7
2-Tabagisme et toxicomanie	9
2-1-Aspects cliniques	9
2-2-Aspects psychiques	9
2-3-Pathologies induites par le tabagisme	12
2-3-1-Les maladies cardio-vasculaires	12
2-3-2-L'activité sur le système nerveux central	12
2-3-3-L'action sur l'appareil respiratoire	13
2-3-4-L'activité sur l'appareil digestif	13
2-3-5-Le cancer du poumon	13
2-3-6-Autres cancers	14
2-3-6-1-Cancer du rein	14
2-3-6-2-Cancer de l'utérus et des seins	15
2-3-6-3-Cancer de l'ovaire	15
2-3-6-4-Cancer de la vessie	16
2-3-6-5-Cancer de l'estomac	16
2-3-6-6-Cancer du foie	16
2-3-6-7-Cancer du pancréas	16
2-3-6-8-Cancer de la prostate	17
2-3-7-L'atteinte des autres organes	17
3-Tabac et médicaments	18
4-Sevrage tabagique	18
4-1-La dépendance psychique	18
4-2-La dépendance physique	18
4-3-L'aide à la motivation et à la décision	19
4-4-Une évaluation de ses dépendances	20

4-5-Traitement du tabagisme.....	22
4-5-1-Règles générales.....	22
4-5-2-Pharmacothérapie.....	22
4-5-2-1-Psychotropes.....	22
4-5-2-2-Nicotine.....	23
4-5-3-Psychothérapie.....	23
5-Lutte contre le tabac.....	24

III- METHODOLOGIE.....30

1-Cadre d'étude.....	30
2-Population d'étude.....	30
3-Type d'étude.....	30
4-Période d'étude.....	30
5-Echantillonnage.....	31
6-Critères d'inclusion.....	32
7-Critères de non inclusion.....	32
8-Variables.....	32
9-Technique de collecte des données.....	32
10-Analyse des données.....	33
11-Problèmes d'éthique et de déontologie.....	33

IV – RESULTATS.....35

1-Résultats descriptifs.....	35
1-1-Résultats sociodémographiques.....	35
1-2-Tabagisme passif.....	38
1-3-Tabagisme actif.....	40
1-4-Connaissances sur le tabagisme.....	46
1-5-Lutte anti-tabac.....	49
2-Résultats analytiques.....	54

V – COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....60

VI – CONCLUSION.....73

VII – RECOMMANDATIONS.....74

VIII – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....77

IX – ANNEXES

1-Loi N°96-041 portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac au Mali	
2-Decret N°97-0162 P-RM fixant les modalités d'application de la loi	
3-Lettre autorisant l'enquête	

- 4-Fiche d'enquête
- 5-Fiche signalétique
- 6-Serment d'Hippocrate.

ABREVIATIONS

BAT : British American Tobacco

CAN : Coupe d'Afrique des Nations

CES : Certificat d'Etude Spécialisée

CIRC : Centre International de la Recherche sur le Cancer

CNOU : Centre National des Oeuvres universitaires

CO : Monoxyde de carbone

COCAN : Commission d'Organisation de la Coupe d'Afrique des Nations

Coll : Collaborateurs

CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

DAF : Direction Administrative et Financière

ENMP : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

HTA : Hypertension artérielle

IEC : Information Education Communication

IRA : Infections Respiratoires Aigues

Kg : Kilogramme

MFPRERI : Ministère de la Fonction Publique de la Reforme de l'Etat et des Relations avec les Institutions

mg : Milligramme

ml : Millilitre

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique.
Division de la santé

OHVN : Office de la Haute Vallée du Niger

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORTM : Office de Radio Diffusion Télévision du Mali

RCI : République de Côte d'Ivoire

SA : Siège agence

SONATAM : Société Nationale de Tabac et Allumettes du Mali

UEMOA : Union Economique et Monétaire des Etats de l'Afrique de l'Ouest

< : Inférieur à

> : Supérieur à

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

Le tabagisme est un phénomène très répandu. A l'échelle de la planète, 1/3 au moins de la population adulte soit 1,1 milliard d'individus sont concernés par le tabagisme. En 2025, ce nombre dépassera probablement 1,6 milliard [4]. La majorité des fumeurs commencent à fumer avant l'âge de 18 ans. On prévoit que cette épidémie va tuer 250 millions d'enfants et d'adolescents aujourd'hui en vie [24]. Il a été établi que ces jeunes ne sont pas bien protégés par la loi et les politiques publiques dans les pays en développement. C'est ainsi que l'OMS a initié un projet « protéger les enfants et les jeunes africains des méfaits du tabac » en vue d'aider les états africains à adopter d'ici 5 ans des lois et stratégies nécessaires à la lutte contre ce fléau.

Au Mali, la prévalence du tabagisme n'est pas connue sur le plan national. Une étude réalisée par Haïdara [12] révèle que sur un échantillon de 5433 sujets recrutés dans la ville de Bamako 27,89% étaient des fumeurs avec un taux de 43,86% d'hommes pour 2,6% de femmes. Celle réalisée par Stéphanie « Impact du tabagisme chez les lycéens dans le district de Bamako» [40] fait ressortir que sur 1204 lycéens à Bamako, 14% étaient fumeurs. Dena [9] a montré que 12% des étudiants de l'Ecole Nationale de Médecine du Mali étaient des fumeurs. Les méfaits du tabac sur la santé ne sont plus à démontrer de nos jours. Le tabac est une cause connue de 25 maladies [1] notamment le cancer du poumon, l'emphysème, les cardiopathies et d'autres maladies graves. Malgré cela, de nombreux nouveaux marchés ne cessent de s'ouvrir. Sous l'impulsion de l'industrie du tabac, les anciens marchés résistent toujours. Le tabac est une menace mondiale, il l'est aussi pour le Mali.

Soucieux de la santé de l'Homme en général et surtout de celle des élèves ; d'où l'intérêt de notre étude qui aura pour but d'évaluer l'ampleur du tabagisme dans certains lycées privés et publics de l'Académie d'Enseignement de Bamako

Rive / Gauche, de déterminer les facteurs favorisants et d'envisager des mesures de lutte anti-tabac adaptées au contexte scolaire.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1. Général : Evaluer la prévalence du tabagisme dans certains lycées publics et privés de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

2. Spécifiques :

2.1-Déterminer la proportion de fumeur chez ces lycéens.

2.2-Identifier les facteurs sociaux (culturels et économiques) qui influencent la consommation du tabac chez ces lycéens ;

2.3-Evaluer le niveau d'information sur les dangers du tabagisme ;

2.4-Rechercher un lien entre l'état de santé et le tabagisme.

CADRE THEORIQUE

III- CADRE THEORIQUE :

Le tabac a été longtemps cultivé uniquement en Amérique. Il était consommé sous forme de poudre de tabac à chiquer ou fumer dans des pipes. C'est à la fin du XV^{ème} siècle que les Européens découvrirent le tabac. Jean Nicot en 1560 l'introduisit en France. Il le fit connaître à la reine Catherine de Médicis qui l'utilisa contre ses migraines. Cela exhorta le succès de l'herbe de Nicot à laquelle on attribua les vertus médicales et des pouvoirs magiques [12].

En 1580, le tabac parvint en Turquie, ce qui lui ouvre les portes de l'Asie. L'entrée du tabac en Afrique c'est fait par le Maroc d'abord en 1593 et au Mali pendant la période coloniale dans le but d'occuper les paysans pendant la saison sèche.

Dès la fin du XV^{ème} siècle le tabac était connu dans le monde entier. Le tabac sous forme de cigare voit le jour puis la forme de cigarette [9].

Devant l'augmentation continue de sa consommation, le marché du tabac ne tarda pas à se créer une place importante dans l'économie mondiale.

Si aujourd'hui la nocivité du tabac pour la santé est connue, c'est surtout grâce à l'américain Richard Pearl qui établit en 1938 un lien entre la consommation du tabac et l'abrégement de la vie [9]. Mais aussi grâce à de nombreuses études qui ne cessent d'être réalisées depuis cette date rendant ainsi le tabac sujet à des controverses de la part des médecins, des acteurs économiques et des hommes de loi.

1. Culture et Composition du tabac :

La plante du tabac, *nicotiana tabacum*, fait partie de la famille des *Solanaceae* [4]. C'est l'espèce la plus cultivée dans le monde.

1.1. Culture du tabac au Mali :

Au Mali on cultive traditionnellement la variété Rustica. La culture se fait par semis sous forme de pépinière. Les plants sont ensuite repiqués.

La température optimale pour la végétation est de 27°C, le sol doit être sablonneux et léger, riche en éléments fertilisants notamment l'azote, l'acide phosphorique et la potasse.

Ces éléments influencent la qualité du tabac produit après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis la fermentation avant d'être prêt à la consommation [12]. Le tabac peut être consommé avec de la fumée (cigarette, cigare, pipe) ou sans fumée (tabac à chiquer ou à priser) [27].

La composition de la fumée du tabac nous intéresse ici car la cigarette est la forme la plus répandue aujourd'hui. En général lorsqu'une cigarette se consume, un grand nombre de composés chimiques se forment à l'extrémité et sont inhalés par le fumeur (courant de fumée principale ou primaire) ou rejetés dans l'air (courant de fumée latérale ou secondaire) [15].

1.2. Composition du tabac :

Parmi les nombreuses substances que la fumée de tabac contient, seuls quatre groupes de constituants seront pris en considération du fait de leur toxicité. Il s'agit de :

1.2.1. La nicotine :

C'est un alcaloïde découvert en 1809 par Voquelin [35]. Il est responsable de la dépendance tabagique. La nicotine absorbée dans les alvéoles passe dans le sang et se fixe sur les récepteurs nicotiques, récepteurs à acétylcholine présents dans les jonctions neuromusculaires, ganglions parasympathiques, la médullosurrénale et surtout certaines zones du cerveau, principalement les voies dopaminergiques. La stimulation de ces neurones induit la libération de la

dopamine et celle des autres neuromédiateurs, expliquant les effets psycho actifs de la nicotine [40].

La décharge d'adrénaline entraîne une accélération du rythme, la dépression du système nerveux central et du système respiratoire. Elle est à l'origine de la constriction des petites artères du corps pouvant être à l'origine d'une hypertension artérielle. La dose létale de la nicotine chez l'homme est voisine de 0,06 grammes [32].

1.2.2. Le monoxyde de carbone :

Le monoxyde de carbone, une fois dans l'organisme se fixe sur l'hémoglobine.

Il diminue à la longue la capacité d'oxygénation du sang, vingt cigarettes transforment 20% d'hémoglobine en carboxyhémoglobine.

En outre le monoxyde de carbone augmente la teneur en graisse du corps humain et ainsi le risque d'athérosclérose [45]. Une cigarette libère 15 à 20 millilitres de monoxyde de carbone, c'est pourquoi les sujets n'inhalants pas la fumée ont une oxycarbonémie sensiblement égale à celle du non-fumeur [12].

1.2.3. Les irritants :

La présence d'irritants dans la fumée de tabac est à l'origine de nombreux phénomènes allergiques de la muqueuse respiratoire. Il s'agit d'aldéhydes, d'acroléine, d'éthanol, de benzoquinone, etc... Ils sont responsables de l'hypertrophie de la muqueuse, l'atrophie ciliaire et l'inflammation des bronches. Le retentissement bronchique du tabac augmente avec l'inhalation de la fumée, la quantité consommée et l'ancienneté du tabagisme. La pondération que l'on est amené à faire en fonction des types de tabac ou des filtres associés aux cigarettes semble faible [34].

1.2.4. Les substances cancérigènes :

L'action cancérigène du tabac est liée à la présence dans le condensât de la fumée de facteurs chimiques de cancérisation (les hydrocarbures inhérents à la combustion, le 3- 4 benzopyrène, les anthracènes, etc...) et facteurs physiques (éléments radioactifs comme le polonium) [22]. Ces substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [34].

Il existe une réglementation sur la teneur en goudron et en nicotine autorisée aux industries de tabac du monde avec obligation [36]. Des arguments solides indiquent que cette exposition à la fumée ambiante de tabac est nocive pour la santé des non-fumeurs. Récemment l'agence américaine pour la protection de l'environnement a classé l'exposition à la fumée ambiante de tabac comme un carcinogène de classe A, pouvant être à l'origine de cancer du poumon [6].

La fumée ambiante est constituée de la fumée produite pendant que la cigarette couve et de la fumée primaire exhalée par le fumeur. Plus de 75% des produits de combustion d'une cigarette entrent dans l'air. Les constituants de la fumée ambiante sont qualitativement similaires à ceux de la fumée primaire. Cependant certaines toxines comme l'ammoniac, le formaldéhyde et les nitrosamines sont présents à des concentrations beaucoup plus hautes dans la fumée ambiante que dans la fumée primaire [6].

Les femmes enceintes qui fument risquent davantage de perdre le fœtus par avortement spontané. Dans les pays à revenus élevés, les enfants nés de mères fumeuses ont très souvent un faible poids de naissance et ils ont un excès de risque de mourir peu après la naissance jusqu'à 37% supérieur à celui des enfants des non-fumeuses. Les chercheurs ont observé récemment la présence d'un carcinogène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac dans l'urine du nouveau-né dont la mère est fumeuse [4].

Le tabagisme passif est grave chez les enfants. Des études ont montré que le tabagisme passif avait un retentissement sur la fonction respiratoire des enfants arrivés à l'âge adulte notamment les infections respiratoires à répétition ou l'exacerbation des crises d'asthme, les otites, causent fréquentes de surdité chez les enfants [29].

La fumée de tabac produit également divers effets immédiats : irritation des yeux et du nez, céphalées, maux de gorge, étourdissement, nausées, toux et problèmes respiratoires [29]. L'appréciation des risques de la fumée ambiante est importante pour le médecin, car elle fournit une base pour conseiller aux parents de ne pas fumer quand les enfants sont à la maison ; pour insister sur l'interdiction du tabac dans les établissements de soins pour les enfants et pour recommander la restriction du tabac sur les lieux de travail et d'autres endroits publics [6].

2. Tabagisme et toxicomanie [11] :

La toxicomanie est une appétence morbide pour les drogues douées d'effets toxiques, euphorisants ou analgésiques, dont l'usage prolongé entraîne toujours un état d'accoutumance préjudiciable à l'individu au tant qu'à la société. On a proposé une classification des drogues des toxicomanies majeures (opium, morphine, cocaïne, alcool...) et des drogues des toxicomanies mineures dont fait partie le tabac, mais aussi les barbituriques, les amphétamines, le café et le thé.

Les associations de divers toxiques sont fréquentes : l'alcool vient souvent aggraver l'état des grands toxicomanes.

2.1. Aspects cliniques :

La toxicomanie vraie se définit par trois caractères cliniques :

- L'irrésistible perversion du besoin, qui pousse le sujet à consommer sans cesse la drogue et à se la procurer par tous les moyens.

- L'accoutumance qui invite le toxicomane à utiliser des doses de plus en plus fortes.
- Une soumission totale de l'individu à sa drogue, l'assuétude (ou dépendance), véritable tyrannie physique et morale.

2.2. Aspects psychiques :

Les raisons profondes de la toxicomanie sont à rechercher dans une perturbation instinctivoaffective ancienne. La nature de ce déséquilibre intime de la personnalité se révèle variable : on en décrit des toxicomanes déprimés chroniques, anxieux, schizoïdes, obsédés, etc... En fait le phénomène est complexe, et tous les cas de toxicomanie ne peuvent recevoir d'explication. A une fixation et à une régression au stade oral de la personnalité (stade psychanalytique) s'ajoute peut être le rôle de l'équipement neurologique génétique de l'individu dans la fragilité des toxicomanes.

Parmi les facteurs déclenchants, citons les maladies ou accidents aux conséquences douloureuses, dévalorisantes ou invalidantes, tous les échecs familiaux et conjugaux, professionnels, les deuils, etc...

La nocivité du tabac sur la santé est reconnue depuis 1699 à travers une thèse intitulée « l'abus du tabac abrège t-il la vie ? » dirigée par le docteur Guy Cressent Fagon (1638-1718) professeur de Botanique et premier médecin du roi Louis XVI [20]. Un gros fumeur sur deux va mourir à cause du tabac et dans les pays développés la moitié d'entre eux décéderont avant 70 ans, avec une espérance de vie inférieure de plus de 20 ans. Selon l'OMS, plus de 4 millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabac. Ce qui représente un décès toutes les huit secondes. Les pics actuels de la mortalité tabagique reproduisent les présences de la consommation avec un décalage de 3 ou 4 décennies. La mortalité actuelle résulte de la consommation antérieure. De

1950 à 2000, le tabac aurait fait plus de 60 millions de morts dans les pays développés. Si la tendance est maintenue, 500 millions de personnes aujourd'hui en vie mourront à cause du tabac. Sur les 300 millions d'hommes âgés de moins de 30 ans en Chine, 100 millions au moins seront tués par le tabac [1]. Par ailleurs, l'OMS estime également qu'à moins d'un changement de comportement en ce qui concerne l'usage du tabac, d'ici trois décennies, les décès prématurés provoqués par le tabac dans le monde en développement dépasseront le chiffre escompté de décès dus au SIDA, à la tuberculose et aux complications de l'accouchement combinées [5]. Le tribut prélevé par le tabac s'élèvera à 10 millions de décès par an d'ici les années 2020 ou 2030. Et 70% de ces décès prématurés surviendront dans les pays en développement.

Les études réalisées au Mali sont rares concernant la morbidité liée à l'usage du tabac. Toutefois Diallo [10] a situé le tabac comme premier facteur connu de la douleur thoracique rencontrée en pratique cardiologique quotidienne à l'hôpital national du point G. En 1996, une autre étude réalisée par Dao [8] révèle que le tabac est la première cause des cardiopathies ischémiques, d'emphysème et de cancer pulmonaire à l'hôpital national du point G. En 2002 une enquête a été effectuée en milieu scolaire sur les adolescents de 13 à 15 ans ; 44,9% des garçons et 12,6% des filles consommaient le tabac quel que soit le type de produit ; 43,7% des garçons et 7,6% des filles fumaient la cigarette ; 13,4% des garçons et 7,5% des filles consommaient d'autres produits du tabac [7].

Voici ci-dessous quelques effets néfastes du tabac sur la santé tels que mentionnés dans certains ouvrages littéraires :

2.3. Pathologies induites par le tabagisme :

2.3.1. Les maladies cardio-vasculaires :

Bien que certaines études anatomiques n'aient pas retrouvées de corrélation stricte entre le fait de fumer et l'importance de l'athérosclérose coronaire, il existe une relation entre le tabagisme et la maladie coronaire [41].

La maladie coronaire est une cause importante de décès dans les pays développés. Une étude prospective parisienne [42] a montré que le risque relatif de maladie coronaire chez les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour est multiplié par 3 par rapport aux non-fumeurs. Quant au risque relatif d'infarctus du myocarde ou de mort subite, il peut atteindre 5,2.

Le tabagisme n'est pas en soit un facteur d'HTA mais il augmente le risque de complications, y compris le développement de la nephro-angiosclérose et la progression vers une HTA maligne [21].

La cigarette est aussi associée à un risque accru d'anévrisme de l'aorte. Le taux de mortalité par anévrisme de l'aorte abdominale chez les fumeurs est de 2 à 8 fois supérieur au taux constaté chez les non-fumeurs [27].

2.3.2. L'activité sur le système nerveux central :

L'analogie de la structure de la nicotine avec l'acétylcholine rend compte de ses effets cholinergiques.

Elle a des effets excitateurs et inhibiteurs.

Elle est en outre responsable de la dépendance tabagique [26].

2.3.3. L'action sur l'appareil respiratoire :

Le tabagisme favorise la survenue de broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Les composants irritants de la fumée de tabac sont à l'origine d'une hypersécrétion de mucus et de la lésion des cellules épithéliales des voies respiratoires. En effet, les aldéhydes de l'acide cyanhydrique entraînent une

altération du mouvement des cils bronchiques, facteur de stase du mucus bronchique et d'obstruction [26].

La paralysie des cils des voies respiratoires et les altérations tissulaires qui en résultent, sont à l'origine, chez les fumeurs, de laryngites chroniques rebelles et de trachéites chroniques [42].

2.3.4. L'activité sur l'appareil digestif :

L'habitude du fumeur se manifeste au niveau de la bouche par une haleine, la perte du goût et une denture inesthétique. Le risque de cancer des lèvres, de la langue et du larynx est élevé aussi bien pour les fumeurs de cigarettes que pour les fumeurs de cigares et de pipes [42]. L'action du tabagisme est aussi retenue dans les ulcères de l'estomac.

Une étude faite en 1975 retrouvait un tabagisme de plus de 20 cigarettes par jour chez 93% d'ulcéreux [3].

2.3.5. Le cancer du poumon :

Le cancer du poumon est la première maladie associée au tabagisme. Le risque relatif moyen est de 3,0, ce qui signifie qu'un fumeur à trois fois plus de risque de développer un cancer du poumon qu'un non-fumeur du même âge.

Le cancer du poumon continue d'être le meneur dans les décès par cancer en Amérique du Nord. Le cancer du poumon est le plus fréquent à travers le monde entier, comptant pour environ 12% des nouveaux cancers diagnostiqués chez les femmes et les hommes [31].

Les facteurs affectant le risque de cancer de poumon lié au tabagisme sont : la nature des produits du tabac (le risque par rapport au non-fumeur est d'environ 10 pour les cigarettes et 2 pour les cigares et les pipes) et la durée du tabagisme.

Le risque de cancer du poumon lié au tabagisme est modifié par d'autres produits susceptibles d'avoir un effet carcinogène. C'est le cas de l'exposition à l'amiante [37].

2.3.6. Autres cancers :

2.3.6.1. Cancer du rein :

En raison de l'élimination rénale de plusieurs constituants de la fumée du tabac, l'implication du tabagisme dans la survenue du cancer du rein doit être recherchée. Une interrogation qui a malheureusement eu une réponse positive car le risque relatif entre le fumeur et le non-fumeur est voisin de 2. Une explication du rôle cancérigène du tabac au niveau rénal serait la présence de carcinogènes rénaux connus dans le tabac (le cadmium et la diméthyl-nitrosamine) [13].

2.3.6.2. Cancer de l'utérus et des seins :

Certaines études semblent montrer que le tabac réduirait le risque de survenue des cancers du corps de l'utérus et du sein.

L'effet anti-œstrogène de la nicotine peut apparaître comme la cause logique de cette constatation relative à ces deux cancers hormono-dépendants [2].

Cependant, l'estimation globale du risque relatif selon 5 études sur le rôle du tabagisme dans l'étiologie du cancer du col de l'utérus était de 1,6. En d'autres mots, les fumeuses ont 60% plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus que les non-fumeuses [31].

Quant au cancer du sein, le plus récent rapport du Surgeon General's (U.S. Department of Health and Human Services HHS) concluait que le tabagisme n'était pas associé au risque de cancer du sein. En 1989, le rapport du CIRC n'arrivait pas également à une conclusion définitive sur l'association du tabagisme avec le risque de cancer du sein. On considérait que seulement un faible degré de réduction du risque pouvait être envisagé, dû à l'influence du tabagisme sur l'équilibre hormonal [31].

2.3.6.3. Le cancer des ovaires :

Le degré de risque relatif dans 3 études épidémiologiques sur les effets du tabagisme sur le cancer des ovaires n'était pas significatif et une étude cas-témoins confirmait ce résultat. Donc, aucune conclusion définitive ne peut être tirée concernant le tabagisme et le risque de cancer de l'ovaire [31].

2.3.6.4. Le cancer de la vessie :

Selon 10 études épidémiologiques, fumer la cigarette est une cause majeure de cancer de la vessie. Dans la plupart des études, les risques diminuaient avec l'arrêt de fumer proportionnellement au temps d'arrêt. Le risque relatif dans ces études, était de 1,8 à 1,3 [31].

2.3.6.5. Le cancer de l'estomac :

Deux études bien conçues indiquent que le tabagisme actif constitue un facteur de risque pour le développement du cancer de l'estomac. Les deux études rapportent que les fumeurs ont environ 1,8 fois plus de risque de développer un cancer de l'estomac que les non-fumeurs [31].

2.3.6.6. Le cancer du foie :

Les documents publiés sur le tabagisme et le cancer du foie montrent une association positive avec une relation dose-effet dans la plupart des études.

L'étendue complète du risque pour les fumeurs actifs dépasse ce qu'on a vu avec le cancer de l'estomac. Cette affirmation est basée sur différentes études récentes de cas incidents avec vérification histologique [31].

2.3.6.7. Le cancer du pancréas :

Le cancer du pancréas est un des cancers qui est nettement liés au tabagisme. Environ 10 études sur les effets cancérigènes du tabac sur le pancréas ont démontré un risque relatif global de 1,2 à 2,6. Deux études cas-témoins au Canada ont apporté un risque similaire pour les fumeurs actifs, les deux statistiquement significatives. Une de ces études présentait des données qui démontraient un risque associé au tabagisme beaucoup plus prononcé chez les

femmes. Dans cette étude, les fumeuses ont un risque environ 6 fois plus élevé que chez les non-fumeuses. Selon une vaste étude d'un suivi de 26 ans, une forte relation entre le tabagisme et le cancer du pancréas était démontrée [31].

2.3.6.8. Le cancer de la prostate :

Quant au cancer de la prostate et le fait de fumer, 11 études ont documenté une légère augmentation du risque. Dans une étude récente d'une population cas-temoins chez les hommes ayant un indice de masse corporelle élevé, une association appréciable était établie entre l'usage de la cigarette et le risque du cancer de la prostate [31].

2.3.7. L'atteinte des autres organes :

Plusieurs rapports récents contiennent des preuves de l'existence d'un lien entre le tabagisme et l'ostéoporose qui à son tour prédispose aux facteurs pathologiques [45].

Dans une vaste et récente étude épidémiologique, on a établi un lien entre le tabagisme et les troubles du sommeil [28]. Les preuves continuent à s'accumuler établissant un lien entre cataracte et tabagisme. Il pourrait exister aussi une association entre tabagisme et un certain type de maladie thyroïdienne [21]. La nicotine et le monoxyde de carbone perturbent profondément les mécanismes de congestion auxquels est lié le fonctionnement des organes sexuels masculins et féminins. Fumer entraîne des lésions inflammatoires des organes génitaux pouvant conduire vers la stérilité et /ou l'asthénie sexuelle [9].

Fumer réduit la circulation du sang dans les petits vaisseaux de la peau endommageant ainsi les constituants de la peau avec pour conséquence, l'apparition des rides et une apparence de vieillissement [43].

3. Tabac et médicaments :

Le tabac modifie le métabolisme de nombreux médicaments par induction enzymatique notamment la théophylline, l'antipyrine, la phenacétine, le benzodiazépine, le phénylbutazone etc... [14].

4. Sevrage tabagique [34] :

Le tabagisme devait être la cause de maladie la plus facilement évitable car les risques sont maintenant connus de presque tous. Mais, malgré la législation, malgré la hausse des prix des cigarettes et malgré les campagnes médiatiques, le tabagisme ne cesse d'augmenter dans le monde. L'aide à l'arrêt du tabagisme passe avant tout par le traitement de la dépendance du tabagisme à la nicotine. On distingue deux types de dépendances pharmacologiques :

4.1. La dépendance psychique :

Elle est liée à des propriétés psychoactives qui conditionnent l'apparition des sensations ressenties comme positives pour les fumeurs (plaisir, euphorie, stimulation intellectuelle avec augmentation de la concentration à court terme, réduction de l'anxiété, réduction de la sensation de faim expliquant le moindre poids des fumeurs, 1 à 3 kg de moins que les non-fumeurs).

4.2. La dépendance physique :

Chaque fois que la nicotininémie tombe au dessous d'un certain seuil, le fumeur ressent une sensation de manque, de besoin avec une pulsion irrésistible à fumer de nouveau. Il s'y associe toute une série de trouble de la nervosité, une irascibilité et une irritabilité.

Ce syndrome aigu de sevrage est une des principales causes des difficultés du sevrage à court terme.

Pendant longtemps, les mesures d'arrêt de tabac étaient uniquement considérées comme une affaire de volonté. Plusieurs méthodes thérapeutiques empiriques

étaient employées systématiquement chez tous les fumeurs (acupuncture, auriculothérapie, homéothérapie, extrais dilués d'alcool, mésothérapie etc...).

Les résultats étaient obtenus par effets placebo.

Aujourd'hui, il est possible d'apporter à chaque fumeur une aide appropriée aux caractéristiques de son propre tabagisme en fonction des degrés de dépendance dont il est victime.

Voici ci-dessous quelques étapes d'aide au sevrage :

4.3. L'aide à la motivation et à la décision :

Le sevrage qui est entre les mains du médecin un acte médical est avant tout un acte volontaire du fumeur [33]. Sa décision ne doit pas être subite. Le médecin doit prendre le temps pour conduire le fumeur, lui expliquer les risques du tabagisme pour sa santé. Il faut le préparer à ce qui sera une longue épreuve, un changement radical de vie. La décision finale appartient au fumeur. A la suite de ces conseils, certains sujets arrêtent de fumer seul. Mais si leur tentative échoue, il faudra alors leur proposer une aide qui sera fonction de la gravité de leur tabagisme.

4.4. Une évaluation et ses dépendances :

-Un interrogatoire minutieux précise l'ancienneté et l'intensité du tabagisme (la durée du tabagisme et la quantité de cigarettes fumées par jour) ainsi que les éventuels troubles fonctionnels (toux, expectoration, dyspnée, etc...).

- On étudie la signification de la cigarette grâce à des échelles visuelles analogues (intensité de la dépendance gestuelle, cigarette plaisir et détente, cigarette réduction d'anxiété, cigarette stimulante lors des tâches intellectuelles, cigarette soutien moral en cas de dépression).

- On évalue la dépendance pharmacologique de la nicotine. Elle est mieux évaluée par le questionnaire de Fageströme.

C'est un guide indispensable pour le choix du traitement. Le score permet de classer le fumeur en fonction de sa dépendance.

Tableau I : Test de dépendance (d'après Fageströme) à la nicotine.

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	Moins de 15	0
	De 16 à 25	1
	Plus de 25	2
Quel taux de nicotine y a-t-il dans vos cigarettes ?	Moins de 0,6mg	0
	De 0,6 à 1mg	1
	Plus de 1mg	2
Inhalez-vous la fumée ?	Jamais	0
	Parfois	1
	Toujours	2
Fumez-vous plus le matin que l'après midi ?	Oui	1
	Non	0
A quel moment fumez-vous vos premières cigarettes ?	Immédiatement au lever	2
	Après le petit déjeuner	1
	Plus tard	0
Quelle cigarette trouvez-vous la meilleure, la plus indispensable ?	La première	1
	Une autre	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui	1
	Non	0

De 0 à 3 points : Vous êtes peu ou pas dépendant

De 4 à 6 points : Vous êtes dépendant

De 7 à 9 points : Vous êtes fortement dépendant

10 points et plus : Vous êtes très fortement dépendant.

4.5. Traitement du tabagisme :

4.5.1. Règles générales :

Il faut donner une série de conseils importants :

Jeter tous les accessoires du fumeur, limiter les excitants (alcool, café, etc...), prévenir l'entourage et éviter si possible tout contact avec les fumeurs, boire un verre d'eau et faire des exercices respiratoires en cas de pulsion à fumer, pratiquer le sport car les individus sevrés ont tendance à la consommation exagérée d'aliments sucrés qui est à l'origine de leur prise de poids.

4.5.2. Pharmacothérapie :

Elle repose sur les résultats de l'évaluation des dépendances. Pour les fumeurs ayant une dépendance pharmacologique faible avec un score de Fageströme inférieur à 5 et une absence de troubles psychologiques patents, les conseils associés à un soutien psychologique, éventuellement une méthode à effet placebo suffisent le plus souvent. Les autres cas nécessitent une médication à base de :

4.5.2.1. Psychotropes :

Un état anxieux nécessite l'emploi de benzodiazépines, de la buspirone. Un état dépressif patent ou latent est fréquemment rencontré, justifiant alors l'utilisation d'antidépresseurs notamment la doxépine, la tianeptine.

4.5.2.2. Nicotine :

Elle est administrée chez les patients présentant une dépendance physique importante (score de Fageströme >5). C'est le moyen le plus efficace pour combattre ce syndrome de sevrage. La nicotine est fournie sous une forme autre que le tabac, en quantité suffisante pour supprimer les besoins, puis à dose dégressive pour obtenir une désaccoutumance, ce qui prend en moyenne 3 mois.

La nicotine est administrée sous forme de gomme de 2 à 4 mg ou de timbre desservant des quantités de 7 à 21 mg par jour suivant la surface et la préparation pharmaceutique utilisée. Un suivi d'au moins 6 mois est toujours indispensable, il réduit les risques de récurrences.

4.5.3. Psychothérapie [11] :

Il s'agit d'un mode de traitement utilisant exclusivement des techniques psychologiques. Ses indications dépendent de la personnalité, de l'âge et de la situation du fumeur.

Les types de psychothérapie sont multiples :

- ◆ la psychothérapie directive ou «de soutien» a pour but d'apporter une aide à un fumeur dans une situation difficile de son existence, sans chercher à analyser en profondeur l'origine du malaise.
- ◆ la psychothérapie en profondeur est fondée sur la méthode psychanalytique utilisant les «associations libres». A partir du phénomène de transfert, ce travail consiste à analyser les conflits profonds inconscients, à rechercher leurs liens avec les troubles présentés et, ainsi faire évoluer la personnalité du fumeur.
- ◆ la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, dont les règles sont moins strictes et qui peut s'appliquer à un plus grand nombre de cas ; la psychothérapie d'expression (psychodrame, rêve éveillé, expressions plastiques) ; la psychothérapie de groupe, qui s'adresse à plusieurs personnes réunies.
- ◆ la psychothérapie de l'enfant utilise les techniques du jeu, du dessin, de la peinture, du modelage.
- ◆ la psychothérapie par le milieu, ou psychothérapie institutionnelle, fait appel à des établissements spécialisés (écoles, ateliers, maison, etc...).

5. Lutte contre le tabagisme :

Depuis les années 1970, l'OMS a sonné l'alarme sur les conséquences néfastes du tabac sur la santé.

En 1986 une résolution de l'OMS au cours d'une assemblée générale recommandait aux états membres les mesures suivantes :

- * Une protection des enfants contre les risques de dépendance à l'égard du tabac.
- * Une protection efficace contre l'exposition à la fumée du tabac.
- * Une apposition de mise en garde bien visible sur les emballages de tous les types de produit de tabac.
- * Le recourt à des mesures financières par exemple l'augmentation des impôts sur le tabac pour corriger la consommation.
- * L'élimination progressive de la publicité sur le tabac.

A ce dispositif, il convient d'ajouter d'autres directives plus récentes portant sur :

- ✓ La réduction de la toxicité par la diminution progressive des taux maximaux de goudron produit lors de la combustion, 15 mg depuis 1993 et 12 mg à partir de 1998.
- ✓ L'obligation d'avertissement sanitaire en langage clair et de format lisible porté sur les unités de conditionnement [24].

Il est indispensable que soit enfin développée une véritable politique de prévention et d'éducation tournée vers les populations les plus ciblées par l'industrie de tabac. Celle ci cherche des nouveaux consommateurs qui doivent remplacer ceux qui sont morts prématurément ou ceux qui ont abandonné afin que soit maintenu l'état du marché. Les populations les plus sensibles sont les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les catégories les plus démunies de la société [38].

Pendant longtemps au Mali, il n'existait aucun texte législatif spécifique tendant à réduire l'usage du tabac ou la publicité sur le tabac. La documentation

internationale de lutte contre le tabac (affiches, autocollants) constituait avec les normes culturelles la principale mesure restrictive du tabagisme [9].

Ce n'est qu'en 1996 plus précisément le 29 juin que l'assemblée nationale du Mali a adopté la loi 96 - 041 portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac au Mali. La loi fut promulguée le 07 Août 1997 par Décret 97-162. Elle a été l'acte majeur en faveur des soins préventifs et promotionnels au Mali. La loi interdit la publicité sur le tabac en de nombreux points sensibles : cinéma, télévision, radio, etc... Elle interdit de fumer dans plusieurs espaces publics.

Les faiblesses de la législation résident en plusieurs points :

- * L'article 1, de la loi est flou quant à l'interdiction de la publicité sur «certains panneaux publicitaires».
- * L'article 2, du Décret autorise la publicité en faveur du tabac quand les firmes parrainent les manifestations.
- * La législation ne donne aucune norme quant à l'impression des mentions d'avertissement sanitaire sur les paquets de cigarettes. Elle a besoin d'une réforme plus claire et efficace de manière à infléchir la courbe de la consommation du tabac.

Les réalités sur le terrain :

- La SONATAM seul fabricant au Mali applique sur les paquets de cigarettes qu'elle produit et ceux qu'elle importe la mention « dangereux pour la santé » ; mais l'écriture est de petit caractère et se trouve généralement sur la face latérale du paquet.
- Plusieurs études réalisées sur les individus à Bamako avaient révélé que la majorité des Bamakois déclaraient ignorer l'existence de cette loi et de ce fait ne l'appliquaient pas. En général nous pouvons dire que ces dernières années, le processus de lutte anti-tabac est bien engagé au Mali. Du fait de l'expression de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays notamment à

travers la COCAN, lors de la CAN 2002, mais aussi par l'engagement des organes de la presse dans la lutte à travers divers articles consacrés au tabagisme. A l'instar d'autres pays, le Mali célèbre la Journée Mondiale sans Tabac tous les ans, suscitant de nombreuses manifestations dans tout le pays [17].

Depuis l'époque coloniale, la culture du tabac dans notre pays a connu un essor considérable. La production locale est à 875 tonnes pour la seule année de 2003. C'est surtout dans la région comprise entre Bamako et la frontière avec la Guinée Conakry, sur les deux rives du fleuve Niger dans la zone OHVN qu'est produit l'essentiel du tabac cultivé en République du Mali. On y produit notamment les variétés Paragny et Burley de l'espèce nicotina Rustica.

La SONATAM est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes. Créée en 1965, elle a comme activités traditionnelles l'importation, la fabrication et la distribution des cigarettes et allumettes au Mali.

Elle renaît aujourd'hui de ses cendres après une longue traversée du désert qui a commencé à partir des années 1990. C'est en 2002 que la privatisation de la SONATAM SA a été décidée par les autorités politiques. Elle mène des activités florissantes au Mali. Ses importations officielles de tabac se sont élevées en 2002 à 8.757.455.663 F CFA contre 7.283.149.504 F CFA en 1991.

Un plan d'investissement ambitieux de 9 milliards de F CFA a été soumis aux administrateurs pour la période de 2002 à 2006.

Ce plan prévoit entre autres :

- ◆ La relance des activités commerciales avec lancement de plusieurs marques du groupe Impérial Tobacco en 2004.
- ◆ La relance des activités industrielles avec un plan complet de réimplantation et de modernisation du site afin d'en faire une des usines les plus modernes de l'UEMOA.

◆ La relance des activités de tabaculture avec des essais déjà effectués de nouvelles variétés et de mise en place d'un nouveau plan de partenariat avec l'Office de la Haute Vallée du Niger (OHVN).

Le groupe British American Tobacco (BAT) est présent au Mali depuis les années 1980. Le système de commercialisation de ses produits s'effectue avec le concours de la SONATAM. Les activités du BAT au Mali concernent exclusivement la promotion de ses marques de cigarettes à travers l'aide à l'installation des vendeurs de ses marques et l'organisation des soirées de promotions dans les boîtes de nuit ou chez des particuliers. Il faut noter que le BAT ne vend pas directement des cigarettes mais passe par la SONATAM pour l'importation de ses produits.

Le prix des paquets de cigarettes varie de 250F CFA à 700F CFA selon les marques. Il est le même dans les campagnes qu'en ville. Cependant en raison de la contrebande généralisée, les prix sont relativement bas s'agissant des marques frauduleuses. Le produit des taxes sur le tabac n'est pas alloué à une activité spécifique comme les soins de santé. Il est incorporé dans le budget global de l'état.

Par ailleurs, les timbres fiscaux ne sont pas obligatoires sur les paquets de produits du tabac. La contrebande s'est développée dans de proportions considérables ces dernières années. L'axe Guinéen est considéré comme une zone de grande introduction de cigarettes de contrebande. Il est devenu une préoccupation grave quant aux conséquences néfastes qu'il engendre. Au Mali, les services compétents ont estimé la fraude sur les cigarettes pour l'année 2001 à 5.707.000.000 F CFA. Face à cette situation et dans le souci de mieux cerner le phénomène, le gouvernement du Mali en collaboration avec les douaniers a pris des mesures législatives, réglementaires et stratégiques en vue de mener une lutte acharnée contre la contrebande [39].

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude :

L'étude a été réalisée dans le district de Bamako : Capitale du Mali. Le Mali est un pays sahélien au cœur de l'Afrique de l'Ouest avec une population d'environ 11 millions d'habitants et une superficie de 1241248 km². Le taux de scolarisation est de 74% selon le CSLP (2005).

La ville de Bamako compte deux Académies d'Enseignement. L'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Droite et l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche comportant des établissements d'enseignement général, technique, professionnel et autres parmi lesquels 39 lycées d'enseignement général.

Notre étude s'est effectuée dans les lycées d'enseignement général de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

2. Population d'étude :

Nous avons enquêté sur 5 lycées publics et 5 lycées privés soit 10 lycées de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche. Nous avons procédé à un tirage au sort pour le choix de chaque lycée considéré dans cette étude.

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude de type transversal consistant en une interview menée auprès d'un échantillon représentatif de lycéens de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

4. Période d'étude :

L'enquête a été réalisée de mai à juin 2006.

5. Echantillonnage :

-L'échantillon étudié a été obtenu après un tirage au sort.

A partir d'une liste obtenue auprès de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche, nous avons écrit sur un bout de papier individuellement le nom de chaque lycée public et privé, puis nous avons plié en 2 le dit papier. Les

papiers pliés comportant d'une part les noms des lycées publics et d'autre part les noms des lycées privés ont été mis dans 2 urnes respectivement. Le tirage était sans remise. Le tirage fût effectué par un enfant de deux ans pour l'ensemble des lycées.

Ainsi, pour les lycées publics composés de 9 lycées, les 5 lycées aléatoirement tirés furent : Lycée Fily Dabo Sissoko, Mamadou Sarr, Mamadou M'bodge, Bilaly Sissoko et Bouillagui Fadiga.

Pour les lycées privés composés de 30 lycées, le tirage au sort a élu les lycées suivants : Lycée Nany Simpara, Kodonso, El Madani Dravé, Frahan Marie Thérèse et Idrissa Lahaou Touré.

-Taille de l'échantillon :

La taille minimum de notre échantillon est de 322,56 selon la formule suivante :

$$N = \frac{\Sigma \alpha^2 \cdot PQ}{I^2}$$

N : Taille de l'échantillon

P : Prévalence = 28% est celle de l'étude faite par Haïdara [12]

Q : 1-P = 72%

I : Précision attendue des résultats = 5% = 0,05

$\Sigma \alpha$: L'écart réduit : 1,96

6. Critères d'inclusion :

Il s'agit des élèves des 2 sexes régulièrement inscrits dans les lycées et appartenant aux classes présentes pendant l'enquête et qui ont accepté de participer à l'étude.

7. Critères de non inclusion :

Il s'agit des jeunes des 2 sexes non inscrits dans les établissements scolaires de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche, ceux dont les établissements ou classes n'ont pas été retenus et ceux dont les classes ont été retenues mais qui n'ont pas accepté de participer à l'enquête.

8. Variables :

Les données recueillies concernaient les renseignements socio-démographiques, le niveau du tabagisme passif et du tabagisme actif, les connaissances sur les effets du tabac ainsi que sur la Journée Mondiale sans Tabac et la loi concernant la vente et la consommation du tabac au Mali.

9. Technique de collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir d'un sondage exhaustif à l'aide d'un questionnaire. Le questionnaire était individuel et comportait 4 parties correspondant chacune à l'un des objectifs. Les questions étaient à réponses ouvertes, semi-ouvertes ou fermées. Ce questionnaire n'a pas été testé avant son utilisation.

Des exemplaires de fiches d'enquête ont été remis à chaque élève par l'enquêteur et le professeur de la classe.

Le remplissage a été effectué simultanément pour tous les élèves d'une même classe et sur une seule journée pour tous les élèves d'un même lycée. L'anonymat a été préservé dans le remplissage et/ou dans la collecte des données.

Le regroupement des fiches de recueil s'est effectué immédiatement après le remplissage, pour chaque classe, puis pour chaque établissement.

Le seul problème rencontré pendant le déroulement de l'enquête réside du fait que l'enquête s'est effectuée à une période où les élèves préparaient leurs examens de fin d'année. C'est cela qui explique l'absence de certaines classes pendant le déroulement de l'enquête. En effet, quelques difficultés de compréhension des questions parmi les élèves les plus jeunes des différentes classes ont été notées. Pour cela, des explications complémentaires ont alors été apportées par l'enquêteur et les professeurs des dites classes.

10. Analyse des données :

Les données quantitatives recueillies concernant l'enquête transversale ont été rendues anonymes, codées et traitées à l'aide du logiciel de traitement statistique EPIINF06.0Fr. La rédaction scientifique a été effectuée sur le logiciel WORD. Pour comparer les données qualitatives, nous avons utilisé le risque relatif, le khi2. Les liaisons entre les variables ont été considérées comme statistiquement significatives au seuil d'une probabilité $p=0,05$.

11. Problème d'éthique et de déontologie :

Avant cette étude, le directeur national de l'enseignement secondaire général nous a remis une lettre d'information adressée à madame la directrice de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche pour une meilleure collaboration au cours de nos passages dans les différents lycées. Cette dernière à son tour nous a remis une lettre destinée aux proviseurs des lycées.

A la fin de cette étude les résultats seront mis à la disposition du ministère de l'éducation pour leur prise en charge dans les programmes d'enseignement de base.

A cause du non financement de cette étude nous ne pourrions pas prendre en charge les quelques élèves malades que nous rencontrerons au cours de cette enquête.

L'étude n'a pas rencontré de problèmes d'éthique différents de ceux liés à la sensibilisation des populations face à l'interrogatoire sur des questions liées au comportement tel que le tabagisme. Au regard des avantages, ce problème a peu d'intérêt

RESULTATS

V. RESULTATS :

Cette enquête a été faite dans 10 lycées de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

L'effectif global des lycéens interrogés était de 634 pour les deux sexes. Le sexe ratio est de 1,78.

1. RESULTATS DESCRIPTIFS :

1.1. RESULTATS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

TABLEAU I : Répartition des lycéens selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
Moins de 17 ans	112	17,7
De 17 à 20 ans	477	75,2
Plus de 20 ans	45	7,1
Total	634	100,0

La tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 17-20 ans avec 75,2%.

TABLEAU II : Répartition des lycéens selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	406	64
Féminin	228	36
Total	634	100,0

Dans notre étude le sexe masculin est le plus représenté avec un sexe ratio de 1,78 en faveur des hommes.

TABLEAU III : Répartition des lycéens selon la classe

Classe	Effectif	Pourcentage
Dixième	128	20,2
Onzième	206	32,5
Douzième	300	47,3
Total	634	100,0

Dans notre étude, la douzième année est la plus représentée avec 47,3%.

TABLEAU IV : Répartition des scolaires selon les lycées enquêtés de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

Lycée	Effectif	Pourcentage
Nany Simpara	62	9,8
Kodonso	61	9,6
Idrissa Lahaou Touré	60	9,5
El Madani Dravé	68	10,7
Frahan Marie Thérèse	57	9,0
Fily Dabo Sissoko	62	9,8
Mamadou Sarr	60	9,5
Mamadou M'bodge	64	10,1
Bilaly Sissoko	79	12,5
Bouillagui Fadiga	61	9,6
Total	634	100,0

Notre étude a été effectuée dans 10 lycées et elle a concerné 634 lycéens. Dans la population recrutée, les lycéens de Bilaly Sissoko étaient légèrement plus nombreux avec 12,5% contre 9% pour le lycée Frahan Marie Thérèse qui a obtenu le plus faible pourcentage.

1. 2. TABAGISME PASSIF :

TABLEAU V : Répartition des pères de ces lycéens selon leur statut tabagique

Pères	Effectif	Pourcentage
Fumeurs	156	24,6
Non-fumeurs	478	75,4
Total	634	100,0

Dans la population enquêtée, on retrouve 24,6% des lycéens qui disent que leurs pères fument la cigarette.

TABLEAU VI : Répartition des mères de ces lycéens selon leur statut tabagique.

Mères	Effectif	Pourcentage
Fumeuses	15	2,4
Non-fumeuses	619	97,6
Total	634	100,0

Les lycéens interrogés disent que seules 15 mères sur 634 fument soit un pourcentage de 2,4%.

TABLEAU VII : Répartition des enseignants de ces lycéens selon leur statut tabagique.

Statut des enseignants	Effectif	Pourcentage
Fumeurs	435	68,6
Non-fumeurs	38	6,0
Statut inconnu	161	25,4
Total	634	100,0

Selon les lycéens, la majorité des enseignants fument soit 68,6%.

1.3. TABAGISME ACTIF :

TABLEAU VIII : Répartition des lycéens selon leur attitude face au tabac.

Lycéens	Effectif	Pourcentage
Fumeurs	69	10,9
Non-fumeurs	565	89,1
Total	634	100,0

10,9% des lycéens sont des fumeurs.

TABLEAU IX : Répartition des lycéens fumeurs selon la durée de consommation du tabac.

Temps de consommation	Effectif	Pourcentage
Moins d'1an	3	4,3
Plus d'1an	66	95,7
Total	69	100,0

95,7% des lycéens interrogés ont une durée de consommation supérieure à 1 an.

TABLEAU X : Répartition des lycéens fumeurs selon les motivations qui leurs poussent à fumer.

Motivations	Fumeurs	Pourcentage
Promiscuité	35	50,7
Plaisir	24	34,8
Snobisme	5	7,3
Soucis	5	7,3
Total	69	100,0

La motivation première qui pousse les lycéens à fumer est la promiscuité avec 50,7%, suivie du plaisir avec 34,8% et le snobisme pour 7,3%.

TABLEAU XI : Répartition des lycéens fumeurs selon la quantité de cigarettes consommées par jour.

Fumeurs	Effectif	Pourcentage
Quantité		
1 mèche	1	1,4
De 2 à 4	19	27,5
De 5 à 8	22	31,9
De 9 à 12	14	20,3
13 et plus	13	18,8
Total	69	100,0

31,9% des lycéens fumaient au moins $\frac{1}{4}$ de paquet de cigarette par jour.

TABLEAU XII : Répartition des lycéens fumeurs selon le mode d'accès à la cigarette.

Fumeurs	Effectif	Pourcentage
Mode d'accès		
J'en achète	60	86,9
On m'en offre	5	7,3
Je dérobe	2	2,9
Autres	2	2,9
Total	69	100,0

86,9% des lycéens affirment avoir acheté eux mêmes leurs cigarettes.

TABLEAU XIII : Répartition des lycéens fumeurs connus des parents.

Lycéens	Fumeurs	Pourcentage
Position		
Des parents		
Savent que l'élève fume	18	26,1
Ne le savent pas	41	59,4
Pas de réponse	10	14,5
Total	69	100,0

Selon les lycéens interrogés, 26,1% des parents savent que leurs enfants fument, 59,4% ne le savent pas et 14,5% des lycéens ne savent pas si leurs parents ont connaissance du fait qu'ils fument.

TABLEAU XIV : Attitude des parents par rapport au tabagisme de leurs enfants.

Parents	Effectif	Pourcentage
Attitude des parents		
Inconnue	2	11,1
Indifférente	1	5,6
Mauvaise	15	83,3
Total	18	100,0

Dans la population enquêtée, 11,1% des lycéens ne connaissent pas le point de vue de leurs parents sur le fait qu'ils fument, 83,3% pensent que c'est une mauvaise chose et 5,6% sont indifférents.

1.4. CONNAISSANCES SUR LE TABAGIME :

TABLEAU XV : Répartition des lycéens selon leurs connaissances sur le lien entre tabagisme et maladies.

Tabac donne t-il des maladies ?	Effectif	Pourcentage
Oui	447	70,5
Non	45	7,1
Pas de réponse	142	22,4
Total	634	100,0

70,5% des lycéens disent que le tabac est à l'origine de beaucoup de maladies.

TABLEAU XVI : Répartition des maladies liées à l'usage du tabac selon les lycéens.

Maladies liées au tabac	Effectif	Pourcentage
IRA	142	31,8
Tuberculose pulmonaire	89	19,9
Cancer du poumon	101	22,6
Maladies du cœur	33	7,4
Maladies du foie	40	8,9
Cancer de la gorge	19	4,3
Cancer de la peau	14	3,1
Impuissance sexuelle	9	2,0
Total	447	100,0

Parmi les lycéens qui pensent que le tabac entraîne des maladies, quel que soit leur statut tabagique, la majorité reconnaît ses effets nocifs sur l'arbre respiratoire.

TABLEAU XVII : Répartition des lycéens qui pensent que le tabac augmente ou non les performances du sportif.

Fumer augmente t-il les performances du sportif ?	Effectif	Pourcentage
Oui	42	6,6
Non	428	67,5
Pas de réponse	164	25,9
Total	634	100,0

Parmi les lycéens interrogés, 67,5% pensent que la cigarette diminue les performances du sportif, 25,9% n'ont pas d'idée sur la question.

TABLEAU XVIII : Répartition des lycéens selon l'enseignement reçu sur les dangers du tabagisme à l'école.

Dangers du tabac enseignés à l'école ?	Effectif	Pourcentage
Oui	105	16,6
Non	529	83,4
Total	634	100,0

Seulement 105 sur 634 lycéens, soit 16,6% affirment avoir reçu un enseignement sur les dangers du tabagisme.

1.5. LUTTE ANTI-TABAC :

TABLEAU XIX : Répartition des lycéens selon leur opinion par rapport à la publicité sur le tabac.

Publicité sur le tabac	Effectif	Pourcentage
Bonne	79	12,5
Mauvaise	555	87,5
Total	634	100,0

87,5% des lycéens pensent que faire la publicité sur le tabac est une mauvaise chose.

TABLEAU XX : Répartition des lycéens selon leurs connaissances sur l'existence de la Journée Mondiale sans Tabac.

Journée Mondiale sans Tabac	Effectif	Pourcentage
Existe	250	39,4
N'existe pas	136	21,5
Pas de réponse	248	39,1
Total	634	100,0

39,4% des lycéens savent qu'il existe une Journée Mondiale sans Tabac.

TABLEAU XXI : Connaissance de la loi sur la vente et la consommation du tabac au Mali par les lycéens.

Existence de la loi	Effectif	Pourcentage
Oui	213	33,6
Non	421	66,4
Total	634	100,0

Plus de la moitié des lycéens enquêtés, soit 66,4% ne savent pas qu'il existe une loi sur la vente et la consommation du tabac au Mali.

TABLEAU XXII : Répartition en fonction des meilleurs moyens pour arrêter de fumer selon les lycéens.

Meilleurs moyens pour arrêter de fumer	Effectif	Pourcentage
Télévision	170	26,8
Radio	88	13,9
Campagnes de lutte anti tabac	68	10,7
Conférences sur le tabac	69	10,9
Parents	48	7,6
Camarades	43	6,8
Enseignants	38	5,9
Educateurs sanitaires	35	5,5
Anciens fumeurs	75	11,8
Total	634	100,0

En général, la majorité des lycéens pensent que tous les moyens d'information suscités sont bons pour arrêter de fumer, mais à leur avis les meilleurs seraient la télévision (26,8%) et la radio (13,9%).

TABLEAU XXIII : Capacité des lycéens fumeurs à arrêter la consommation du tabac.

Arrêt de la consommation du tabac	Effectif	Pourcentage
Ont essayé	51	73,9
N'ont pas essayé	18	26,1
Total	69	100,0

73,9% des lycéens fumeurs affirment avoir déjà essayé d'arrêter de fumer.

TABLEAU XXIV : Répartition des lycéens ayant déjà essayé d'arrêter de fumer en fonction de leurs raisons d'arrêt.

Raisons de l'arrêt de la consommation du tabac	Effectif	Pourcentage
Raisons de santé	29	56,9
Raisons d'argent	3	5,9
Sensibilisation	7	13,7
Autres raisons	12	23,5
Total	51	100,0

Le motif d'arrêt du tabac pour des raisons de santé a été déclaré par 56,9% des lycéens, 5,9% pour des raisons financières, 13,7% par sensibilisation. D'autres raisons étaient évoquées à savoir le sport, l'influence des parents, le dégoût du tabac soit 23,5%.

TABLEAU XXV : Intention des lycéens à arrêter la consommation du tabac un jour.

Penses-tu arrêter un jour ?	Effectif	Pourcentage
Oui	15	83,3
Non	1	5,6
Je ne sais pas	1	5,6
Je vais réfléchir	1	5,6
Total	18	100,0

83,3% des lycéens disent qu'ils pensent arrêter un jour la consommation du tabac.

2. RESULTATS ANALYTIQUES :

TABLEAU XXVI : Répartition des lycéens fumeurs selon la tranche d'âge.

Lycéens Age	Fumeurs	Non-fumeurs	Total
Moins de 17 ans	7	105	112
De 17 à 20 ans	54	423	477
Plus de 20 ans	8	37	45
Total	69	565	634

La tranche d'âge comprise entre 17-20 ans est celle où l'on rencontre la majorité des fumeurs (11,3%). L'âge n'a pas de répercussion statistiquement significative sur le tabagisme des lycéens ($p=0,09$, $khi^2=4,78$).

TABLEAU XXVII : Répartition des lycéens fumeurs selon le sexe.

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Lycéens			
Fumeurs	65	4	69
Non-fumeurs	341	224	565
Total	406	228	634

La majorité des fumeurs étaient de sexe masculin (16,0%). Le sexe est un facteur statistiquement significatif pour l'importance du tabagisme ($p=0,00000007$, $khi2=29,1$).

TABLEAU XXVIII : Répartition des lycéens fumeurs selon la classe.

Classe	Dixième	Onzième	Douzième
Lycéens			
Fumeurs	8	23	38
Non-fumeurs	120	183	262
Total	128	206	300

La majorité de nos fumeurs se trouvent en classe de terminale soit 12,7%. Le niveau d'étude n'a pas un impact statistiquement significatif sur le tabagisme des lycéens ($p=0,147$, $khi2=3,8$).

TABLEAU XXIX : Relation entre le tabagisme du père et celui de l'élève.

Lycéens	Fumeurs	Non-fumeurs	Total
Pères			
Fument en présence	23	46	69
Fument en l'absence	133	432	565
Total	156	478	634

Après l'enquête, il ressort que 14,7% des lycéens fumeurs ont leur père qui fume en leur présence. Le tabagisme passif du père n'a pas d'impact statistiquement significative sur celui de l'élève ($p=0,07$, $\chi^2=3,18$).

TABLEAU XXX : Relation entre le tabagisme de la mère et celui de l'élève.

Lycéens	Fumeurs	Non-fumeurs	Total
Mères			
Fument en présence	4	65	69
Fument en l'absence	11	554	565
Total	15	619	634

26,7% des mères fumeuses fument en présence de leurs enfants fumeurs. Le tabagisme passif de la mère a une influence statistiquement significative sur celui de son enfant ($p=0,047$, $\chi^2=3,95$).

TABLEAU XXXI : Relation entre le tabagisme de l'enseignant et celui de l'élève.

Enseignant Lycéens	Fumeur	Non-fumeur	Pas de réponse	Total
Fumeurs	47	5	17	69
Non-fumeurs	388	33	144	565
Total	435	38	161	634

10,8% des lycéens fumeurs ont leurs enseignants qui fument. Le tabagisme de l'enseignant n'a pas un impact statistiquement significatif sur celui de l'élève ($p=0,89$, $\chi^2=0,22$).

TABLEAU XXXII : Relation entre enseignement des dangers du tabagisme à l'école et le tabagisme chez les lycéens.

Lycéens	Fumeurs	Non-fumeurs	Total
Enseignement			
Reçu	18	51	69
Non reçu	87	478	565
Total	105	529	634

Dans la population de lycéens fumeurs, 82,9% affirment n'avoir reçu aucun enseignement sur les dangers du tabagisme à l'école. L'enseignement des dangers du tabagisme à l'école a une influence statistiquement significative sur la consommation du tabac par les lycéens ($p=0,024$, $khi^2=5,08$).

TABLEAU XXXIII : Répartition des lycéens fumeurs selon leurs connaissances sur l'existence de la loi sur la vente et la consommation du tabac au Mali.

Lycéens	Fumeurs	Non-fumeurs	Total
Loi existe-elle ?			
Oui	33	36	69
Non	180	385	565
Total	213	421	634

Dans la population de lycéens fumeurs, 84,5% ignoraient l'existence au Mali d'une loi sur la vente et la consommation du tabac. Cette loi, si elle est connue et appliquée, pourrait avoir une influence statistiquement significative sur la consommation du tabac par les fumeurs ($p=0,008$, $\chi^2=7,03$).

COMMENTAIRES
ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Le but de l'étude était de mesurer l'ampleur du tabagisme parmi les lycéens, en milieu scolaire secondaire de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

Pour aboutir à ces résultats, nous avons procédé à une enquête à partir d'un questionnaire individuel préalablement élaboré.

L'âge moyen de nos sujets était de 18 ± 2 ans. Notre étude était transversale et a porté sur 634 lycéens.

Au cours de cette étude, nous avons rencontré quelques difficultés dont l'absence de certaines classes dans certains lycées à cause du fait que l'enquête s'est déroulée entre Mai et Juin. Cette période correspondait à la période de préparation pour les différents examens de fin d'année.

5.1. Caractères sociaux démographiques :

5.1.1. Répartition des lycéens selon le sexe :

Nous avons eu une prédominance masculine parmi la population de notre échantillon avec 64% de garçons et 36% de filles. Ce constat concorde avec celui retrouvé par Haïdara [12] en 1981.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le taux de scolarisation des filles au Mali est plus bas (48%) par rapport à celui des garçons (52%). Cela pourrait aussi dépendre de plusieurs autres facteurs socioculturels. Au Mali nos traditions veulent plutôt que la jeune fille soit une bonne épouse au foyer ; elles sont mariées très tôt et par conséquent font des maternités précoces les obligeant souvent à abandonner les bancs ou même à ne pas y aller du tout.

5.1. 2. Répartition des lycéens selon l'âge :

Les limites d'âge sont 14 et 23 ans avec comme âge moyen 18 ± 2 ans.

5. 2 .Tabagisme passif :

5. 2.1. Tabagisme dans l'entourage des lycéens :

Il ressort de notre étude que 24,6% des pères contre 2,4% des mères sont consommateurs du tabac. Les garçons pour la plupart s'identifient à leurs pères. Le fait que celui-ci fume peut les inciter.

Mausner et Platt [17] à la fin de leur enquête sur les adolescents dont les frères ou sœurs aînés étaient non-fumeurs, concluent que seuls 20% fumaient contre 43% de ceux dont les frères ou sœurs étaient des fumeurs. L'omniprésence du tabac dans l'environnement familial joue un grand rôle pour la consommation du tabac par les élèves.

Parmi les lycéens fumeurs 50,7% avaient leurs amis qui fumaient. Plusieurs études ont attiré l'attention sur le rôle important joué par les amis. En ce qui concerne le tabagisme des jeunes notamment celui de Vivant et Ambroise en 2000[43], le tabagisme du meilleur ami ou de la meilleure amie est aussi plus importante chez la fille. Selon les lycéens interrogés la première cigarette est fumée à cause des amis.

Le tabagisme des enseignants est aussi un facteur à ne pas négliger car tant il est vrai que le jeune voudrait s'identifier à l'adulte, il sélectionne ceux qui le fascinent.

Ainsi, 68,6% des enseignants des établissements visités étaient fumeurs.

5.3. Tabagisme actif (le tabagisme des lycéens) :

5.3.1. Répartition des lycéens fumeurs selon le sexe :

La prévalence du tabac était de 10,9% en milieu scolaire secondaire, reparti entre 16% de garçons et 1,7% de filles.

Cette prédominance masculine converge avec la tendance générale comme décrite par Koffi [18] qui avait trouvé 36% des hommes fumeurs contre 4% des femmes fumeuses dans sa population en milieu scolaire dans deux villes de la RCI.

Yassine et Mahmal [44] après une étude menée en milieu scolaire secondaire de la province d'El Jadida au Maroc avaient enregistré 29,7% des hommes fumeurs et 8,3% des femmes fumeuses.

Stéphanie quant à elle avait trouvé 21,52% d'hommes contre 1,07% de femmes [40].

De même en 2001 l'association SOS tabagisme [7] a mené une enquête au Mali sur des jeunes de 13-15ans. Cette étude a montré que 44,9% des garçons fumaient contre 12,6% des filles.

Ce faible taux du tabagisme féminin serait dû au fait que le tabagisme est encore condamné dans la plupart des sociétés africaines. La femme qui fume est critiquée et marginalisée par les siens. Mais elle a tendance à régresser et le tabagisme féminin en Afrique commence à gagner du terrain du fait de l'interaction entre l'alphabétisation de plus en plus croissante des filles, l'urbanisation des villes et la délinquance juvénile. Dans quelques années si nous ne faisons rien elle atteindra les taux relevés en Europe et en Amérique [1]. Ainsi Mihaltan et Ulmeamu [23] avaient enregistré en 1999 dans la population active en Roumanie une prévalence tabagique de 49,6% chez les hommes et 36% chez les femmes.

Par contre, une étude réalisée par l'International Union Against Tuberculosis and Lung Disease relate qu'en Nouvelle Zélande, la prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15-24 ans est plus élevée chez les sujets de sexe féminin (28%) que chez ceux de sexe masculin (24,5%) [16].

5.3.2. Répartition des fumeurs selon l'âge :

Bien que certains aient fumé leur première cigarette dans l'enfance, la plupart des fumeurs ne commencent que pendant l'adolescence.

Au terme de notre enquête, la majorité des fumeurs (11,3%) était rencontrée dans la tranche d'âge de 17-20 ans.

Une étude faite sur la situation actuelle du tabac au Burkina Faso avait conclu que l'âge moyen de fumer la première cigarette était de 15,2 ans [43].

Au cours de celle réalisée par Mausner et Platt [17], l'âge moyen relevé était de 12 ans.

Tous ces résultats indiquent qu'il est notoire que les jeunes fument précocement. Les mesures d'éducation doivent être préconisées assez tôt.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que c'est généralement dans cette tranche d'âge que le jeune veut s'affirmer, se faire passer pour un « adulte », s'identifier à ses modèles.

Le jeune est convaincu que la cigarette est une preuve de parfaite intégration dans le monde moderne, de l'élégance, de la détente, du passage de l'âge de l'adolescence à l'âge adulte, de la virilité ; elle lui donne de l'assurance, un sentiment de valorisation. Il faut également noter que le jeune garçon voudrait s'identifier à son père et la jeune fille à sa mère.

5.3.3. Répartition des lycéens selon la quantité de cigarette consommée par jour :

La majorité des scolaires consommateurs, fumaient au moins un quart de paquet par jour (31,9%).

Il a été démontré que pour un fumeur de 20 cigarettes par jour (1 paquet) pendant 40 ans, soit plus de 500000 cigarettes fumées, plus de 5kg de particules toxiques sont déposées dans le poumon conduisant plus tard à un cancer du poumon.

5.3.4. Durée de consommation du tabac :

13% des lycéens fumaient depuis 12 mois (soit 1an) et 2,9% depuis 9 ans. Ce résultat prouve une fois encore que les jeunes fument précocement.

5.3.5. Raisons qui incitaient les lycéens à fumer :

La moitié de nos fumeurs avaient déclaré avoir commencé à fumer avec des amis (50,7%) contre 34,8% qui auraient commencé seul par plaisir.

Ces résultats concordent avec ceux évoqués par Dena [19] en 1994 dont 66,3% des fumeurs avaient débuté leur tabagisme au sein d'un groupe d'amis, 21,4% seul et 6,7% en compagnie d'un parent. L'étude de Figa-Talamanca en 1989 réalisée sur les adolescents en Italie et celle réalisée par Saradjanet et Coll chez les élèves en classe de sixième de plusieurs collèges d'enseignements publiques dans la ville de Marseille avaient également mis en relief l'influence importante d'un meilleur ami fumeur dans l'initiation des jeunes au tabagisme [25].

L'association SOS tabagisme (association de lutte contre le tabac) [7] lors de son étude sur le tabagisme des jeunes âgés de 13-15 ans dans le district de Bamako n'a pas développé cet aspect qui pourtant est d'une grande importance.

5.4. Connaissance de la nocivité du tabac sur la santé :

70,5% des sujets interrogés savaient que le tabac était nocif pour la santé. Ce constat avait été retrouvé chez les étudiants de la deuxième année médecine à Abidjan [19] et chez les lycéens à Bamako [40] où l'on rapportait que plus de 90% d'entre eux pensaient que le tabac est un facteur favorisant la survenue de certaines maladies.

Parmi ces maladies, la majorité des lycéens avaient cité les pathologies pulmonaires.

5.5. Arrêt du tabac :

73,9% des lycéens fumeurs affirment avoir essayé d'arrêter de fumer.

Les raisons de santé constituaient les premières raisons qui les poussaient à essayer d'arrêter de fumer (56,9%), puis la sensibilisation (13,7%) et enfin les raisons financières (5,9%).

Ces résultats concordent avec ceux des études réalisées notamment :

- au Burkina Faso [43] où l'on observe 53,9% des lycéens qui essaient d'arrêter de fumer à cause des symptômes liés au tabagisme,
- par Haïdara [12] où 54,84% des fumeurs désiraient abandonner le tabac pour des raisons de santé et celle de Dena [9] où ils représentaient 66%.

La fréquence du tabagisme régulier chez les jeunes malgré la proportion d'essai d'arrêt donne à penser que cette tentative est généralement soldée par un échec ; on peut s'interroger ici sur les causes de ces échecs précoces et, sur les moyens disponibles pour accompagner ces jeunes dans leurs tentatives d'arrêt du tabac.

5.6. Lutte anti-tabac :

5.6.1. Publicité du tabac :

Pour une lutte efficace contre le tabagisme, deux lycéens sur trois pensent que l'on ne doit pas faire la publicité du tabac ; surtout à la télévision (87,5%).

Des experts à travers une revue de la Banque Mondiale sont du même avis puisqu'ils affirment que si l'on imposait une interdiction absolue, la consommation du tabac tomberait de plus de 6% dans les pays à revenu élevé [4].

5.6.2. Journée Mondiale sans Tabac :

Seulement 39,4% des lycéens enquêtés déclarent avoir eu connaissance de la Journée Mondiale sans Tabac.

5.6.3. Connaissance de la loi sur la vente et la consommation du tabac au Mali :

Du 29 avril au 4 mai 1998, le ministère de la santé avait procédé à une enquête cap auprès de 1000 individus dans le district de Bamako pour évaluer les conditions d'application de la loi 96-041 sur la vente et la consommation du tabac au Mali. Il en était ressorti que 43,6% des individus étaient informés de l'existence de cette loi mais seulement 23% observaient ces dispositions légales sans avoir besoin d'être interpellés [39]. Dans notre étude, nous n'avons retrouvé que 33,6% des lycéens qui étaient au courant de l'existence de cette loi. Les données de cette étude nous interpellent tous et nous obligent à renforcer les stratégies de lutte contre le tabagisme.

La fréquence importante du tabagisme chez ces élèves de (10^e-11^e et 12^e année) du lycée justifie des actions préventives tout au long de cette phase de

scolarisation ; il faut cependant remarquer que le tabagisme existe dès l'entrée au lycée et que l'essai du tabac a lieu bien avant celle-ci. Ceci confirme les conclusions de l'OMS qui affirme que le tabac est aussi une maladie pédiatrique et qu'il convient d'agir précocement pour la maîtriser [30].

Il est donc intéressant de préparer des interventions dans les écoles primaires afin de toucher le plus grand nombre de jeunes avant qu'ils ne gouttent à la cigarette ou ne deviennent des fumeurs réguliers.

5.7. La déclaration de New Delhi concernant la lutte globale contre le tabac :

- Reconnaissant les preuves scientifiques irréfutables que toutes formes de consommation et d'exposition à la cigarette sont à l'origine de nombreuses maladies, de décès et d'incapacité ;
- Reconnaissant également que les cigarettes figurent parmi les produits les plus manuellement conçus pour créer et maintenir la dépendance et contenant plus de quatre milles (4000) composantes, dont plusieurs sont pharmacologiquement actifs, toxiques, mutagéniques et cancérigènes ;
- Reconnaissant aussi que quatre millions (4.000.000) de personnes meurent chaque année à la suite de maladies liées à la consommation du tabac et que ce chiffre continuera à croître pour atteindre dix millions (10.000.000) de décès sur les 25 prochaines années, dont 70% de ces décès auront lieu dans les pays en développement ;
- Profondément préoccupé de l'expansion générale de cette épidémie de tabac, et des consommateurs d'autres produits du tabac, et de l'accroissement considérable de la consommation mondiale et de la production de la cigarette et d'autres produits du tabac au cours des dernières décennies, en particulier dans les pays en développement ;
- Profondément préoccupé également de l'escalade nombre de fumeurs et des consommateurs d'autres produits du tabac surtout par les femmes, les enfants et la masse des populations de par le monde ;
- Déplorant toute forme de publicité directe ou indirecte, de marketing, de promotion, de parrainage et autre pratiques de la part de l'industrie du tabac visant à encourager la consommation de la cigarette par les enfants et les jeunes adultes ;
- Reconnaissant que le fléau du tabac constitue un problème de dimension mondiale qui exige la prise de mesures nationales immédiates et une coopération

aussi large que possible par tous les pays dans le cadre d'une réaction concertée internationale ;

- Reconnaisant aussi que le rapport de la banque mondiale a clairement indiqué que les augmentations de prix des tabacs, l'interdiction de la publicité et son contrôle dans les lieux publics constituent des stratégies efficaces à même de réduire la consommation de tabac ;

- Conscient des difficultés existant dans l'adoption, l'application des programmes nationaux de contrôle de tabac efficaces, comportant une législation appropriée visant à contrôler l'usage du tabac dans les pays où les ressources en santé publique sont limitées, et où la pression exercée par l'industrie du tabac est intense ;

- Rappelant l'article 1 de la constitution de l'OMS qui dispose que « *La jouissance du niveau de vie le plus élevé possible constitue l'un des droits fondamentaux de chaque humain sans distinction de race, de religion, d'opinion politique, de conditions économiques et sociales* ».

- Reconnaisant la nécessité d'un consensus international sur le droit d'être pleinement informé sur la propriété d'accoutumance et néfaste de la nicotine et sur le droit à un environnement sans fumée ;

- Soulignant la contribution apportée par les ONG et les organismes de santé, les femmes, les jeunes, les consommateurs et les associations écologiques, les institutions académiques, la presse, l'industrie privée, les hôpitaux et les autres composantes de la société civile dans la lutte contre l'usage du tabac,

Par conséquent, nous les participants à la conférence internationale de l'OMS portant sur la loi concernant la lutte globale contre le tabac ; allant dans le sens d'une convention cadre de l'OMS sur la lutte contre le tabac recommandons vivement que ;

1.) Les états mettent en place urgemment et mettent en application des stratégies nationales multisectorielles de lutte contre l'usage du tabac y compris une législation appropriée de lutte contre le tabac.

2.) Les gouvernements soutiennent le développement, la ratification et l'exécution de la convention cadre de l'OMS sur la lutte contre l'usage du tabac (FCTC) en vue d'encourager les actions et politiques nationales visant à lutter contre le tabac et une coordination globale sur les aspects de lutte contre le tabac qui dépassent les frontières nationales. La convention cadre de l'OMS et les protocoles importants y afférents devront être adoptés d'ici 2003 ou avant.

3.) Les circonstances complexes auxquelles font face les pays en développement dans l'exécution des stratégies nationales efficaces de lutte contre le tabac devront être abordées dans le cadre de la convention cadre (FCTC).

La convention cadre devra prendre en compte un mécanisme en vue d'assister les pays où les ressources de santé publique sont limitées et où la pression exercée par l'industrie du tabac est immense, à mettre en place et à appliquer des programmes de lutte contre le tabac. Les pays industrialisés devront soutenir la mise en place et le renforcement des programmes de lutte efficaces contre le tabac dans les pays en développement.

De tels programmes devront contenir en outre :

Le renforcement des capacités durables au sein des stratégies de lutte contre le tabac, y compris la prise de la législation, la fourniture de l'assistance visant le traitement des cas de dépendance au tabac, et le soutien de la recherche dirigée vers des emplois alternatifs pour les travailleurs du secteur du tabac et les utilisations alternatives du tabac.

4.) L'industrie du tabac soit tenue pour responsable aux niveaux national et international à travers les législations, les poursuites judiciaires et d'autres procédures.

5.) Etant donné l'impact des produits du tabac sur la santé publique, l'OMS devra ordonner étroitement avec les organisations régionales et internationales de commerce pour assurer que les mesures de contrôle du tabac et de la libéralisation du commerce soient complémentaires.

6.) Les ONG y compris les organismes de santé des femmes, la jeunesse, les consommateurs et les associations écologiques, les institutions académiques, l'industrie privée, la presse, les hôpitaux et autres composantes de la société civile, devront participer activement aux initiatives visant à lutter contre le tabac au niveau des pays, régions, et du monde.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION :

Au terme de l'étude nous pouvons conclure que :

La fréquence globale du tabagisme chez les lycéens était de 10,9%. Cette fréquence variait selon le sexe soit (16%) des garçons contre (1,7%) des filles.

La plupart des fumeurs se trouvaient dans la tranche d'âge de 17- 20 ans (11,3%).

La majorité des lycéens fumaient au moins $\frac{1}{4}$ de paquet de cigarettes par jour, soit 31,9%.

24,6% des pères contre 2,4% des mères étaient consommateurs de tabac et dans 50,7% des cas, les amis étaient fumeurs.

Les motifs essentiels d'usage du tabac étaient les amis (50,7%), pour le plaisir (34,8%), les soucis (7,3%).

Peu de parents étaient favorables à l'usage du tabac par leurs enfants car 83,3% interdisaient sa consommation.

La principale raison évoquée par les scolaires concernant l'arrêt du tabac était le danger qu'il représentait pour la santé.

La majorité des lycéens enquêtés reconnaissaient les effets nocifs du tabac sur l'arbre respiratoire.

33,6% des lycéens savaient qu'il existait une loi sur le tabac au Mali contre 66,4% qui l'ignoraient.

39,4% des lycéens savaient qu'il existait une Journée Mondiale sans Tabac.

RECOMMENDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

Au Ministère de la Santé :

- Faire respecter scrupuleusement l'article 3 du décret n°97-162 / P-RM qui vise à interdire de fumer dans les lieux clos ou couverts accueillant le public ou constituant des lieux de travail,
- Intensifier la diffusion de la loi n°96/041 portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac au Mali, interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou des produits du tabac, en interdisant le parrainage des activités sportives ou culturelles par les firmes de tabac, en interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics y compris des lieux de travail ainsi qu'en interdisant la vente de cigarettes aux enfants de moins de 18 ans.
- Introduire dans le cahier des charges de l'ORTM, l'obligation de diffuser gratuitement des messages anti-tabac,
- Mettre en place des moyens de sensibilisation d'éducation et d'information plus approfondis sur toute l'étendue du territoire concernant les effets nocifs de la cigarette et du tabac en général,
- Apporter un appui conséquent aux ONG dans leurs actions.

Au Ministère de l'Éducation Nationale :

- Renforcer les mesures d'éducation sur l'usage du tabac au cours des leçons d'instruction civique et morale dans les écoles,
- Interdire formellement la consommation du tabac au sein des établissements scolaires afin de créer et de conserver une école sans fumée,
- Renforcer l'autorité scolaire en sanctionnant les élèves et les enseignants fumeurs,
- Renforcer et dynamiser la lutte anti-tabac dans les programmes d'enseignement,
- Afficher des autocollants d'interdiction de fumer dans toutes les classes,
- Renforcer la collaboration avec les ONG en vue de l'utilisation de l'espace scolaire pour mener des actions d'IEC.
- Introduire dans le programme scolaire des cours sur le tabagisme.

Aux Associations de Lutte contre le Tabagisme :

- Multiplier des conférences débats, les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur les dangers du tabagisme tant actif que passif auprès de la population surtout scolaire,
- Former des pairs éducateurs pour mener des actions d'IEC au sein de leurs établissements,
- Mettre en place des centres de sevrage, pour aider les jeunes qui désirent arrêter de fumer,
- Mettre en place des comités de suivi et d'orientation au sein des établissements scolaires pour ceux qui désiraient arrêter de fumer.

Aux Parents :

- Encourager la participation active de l'association des parents d'élèves et les comités de gestion scolaire à l'élaboration des politiques et stratégies de lutte contre le tabac,
- S'abstenir de consommer du tabac en présence des enfants.

Aux élèves :

- Participer activement aux programmes de lutte anti-tabac afin de mieux connaître les méfaits du tabac sur l'organisme,
- Montrer le bon exemple en respectant l'article 2 de la Loi N°96-041 qui vise à interdire la cigarette sur les lieux publics,
- Protéger l'environnement en évitant sa pollution par la fumée de cigarette,
- Promouvoir la pratique du sport et des activités socio-recreatives saines,
- Résister à la tentative des amis et du plaisir poussant généralement à fumer la première cigarette.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1- Aide mémoire n°221

Tabac et santé, OMS avril 1999

2- ANNE BORGNE : femme et tabac

La dépendance et l'arrêt du tabac : les femmes, une population particulière.

Octobre 2001 ; P14, 16

3- ASHTON (H.), STEPNEY (R.)

Fumer : Aspects psychologiques et pharmacologiques.

Encycl-Med-Chir (Paris France) Pneumologie 6-012-A-38.

Toxicologie professionnelle 16-535-E-10 1994, 8P

4- Banque Mondiale

Maîtriser l'épidémie. L'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.

Washington, 2000 ; P10, 53, 57

5- BARRY (J.) Tabagisme : une catastrophe de santé

Source OMS : La vie au XXI^{ème} siècle – une perspective pour tous. Genève, 1998. Fraternité matin 1997, p.6.

6- BENNETT-PLUM-GILL-KOKKO-MANDELL-OCKNER-SMITH

Cecil traité de Médecine Interne, Edition Spécial étudiant, P35-36

7- CISSE MOHAMED

Enquête globale sur le tabagisme chez les jeunes (SOS tabagisme). 2002, p1.

8- DAO SOUNGALO

Tabac : Aspects économiques et effets sur la santé en milieu hospitalier de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako 1996

9- DENA KOUANA

Etude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du Mali.

Thèse de Pharmacie, Bamako, 1994

10- DIALLO (B.A)

La douleur thoracique en pratique cardiologique quotidienne à Bamako
Epidémiologie clinique et étiologique.

Mali Médical, 1994(1) : 6-8

11- Dictionnaire de Médecine

Première Edition. Larousse de poche 1985 : 693

12- HAIDARA (A.M)

Le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre
le tabagisme au Mali.

Thèse de Pharmacie, Bamako, 1981

13- HAILLOT (O.), LARSON (Y.)

Le cancer du rein de l'adulte.

Rev. Prat. (Paris) 1993, 43(7) : 797-806

14-HUHTON (G.)

Collection pour le praticien.

Pneumologie, Edition Masson, p.26

15- International Agency for research on cancer.

IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to
human, 1986 vol 38

16- International Union Against Tuberculosis and LUNG Disease

IUATLD News bulletin on tobacco and health 2000. Vol.13, P26-29

17- Journée Mondiale sans Tabac

31 mai 2000. OMS. Fiche d'information n°5

18- KOFFI (J.K)

Le tabagisme en milieu scolaire dans deux villes de la côte d'Ivoire.

Rev. Med. 1983, 17: 62

19- KOFFI (N.), BOUZED (S.), KOUASSI (B.), NGOM (A.), HORO (K.)

Le tabagisme chez le personnel de santé des 3 CHU d'Abidjan (RCI).

Revue de Médecine d'Afrique noire 2003, 159 : 193

20- La ligue Nationale contre le cancer

Le tabac : Pour mieux connaître ses dangers. Paris 2000 ; P11

21- La ligue Nationale contre le cancer

« Le vrai combat » Guide de l'utilisateur, 2000 ; p10-27

22- LEMAIRE (J.F)

Le tabagisme. Que sais-je ? n°1859, Paris 1986

23- MIHALTAN (F.), ULMEANU (R.)

Incidence du tabagisme dans la population active en Roumanie en 1999.

Rev. Mal. Respir. 2001, vol 18 Janvier, 157 : 179

24- Ministère de la santé de l'hygiène et de la prévention du Sénégal

Plan d'action national de lutte contre le tabac 2002-2007 ; P13

25- Mme CLAIRE CHOLLAT-TRAQUET (OMS)

Les femmes et le tabac, chapitre 4

26- NEMERY (B.)

Principes de toxicologie pulmonaire. Edition Technique.

Encycl-Med-Chir (Paris France) Pneumologie 6-012-A-38

Toxicologie professionnelle 16-535-E-10 1994, 8P

27- OMS – fiche d'information n°1

Les femmes et le tabac, P33

28- OMS – fiche d'information n°3

Vaincre la dépendance à l'égard du tabac.

Journée mondiale sans tabac 31 mai 2000

29- OMS – fiche d'information

Rwanda Juin 2001, n°009. P4

30-OUEDRAGO(A.),OUEDRAGO(T.L.), OUEDRAGO (D.E), SOWA (J.P)

Situation actuelle du tabagisme au Burkina Faso. Cahier santé 2000 ; P178, 179

31- Panorama de la santé

Les indicateurs de l'OCDE 2005

32- PARIS (R.R) ET MOYSE (MME H.)

Précis de matière médicale Paris, Masson et Cie, 1971 t 03, 509.p.

33- PAUL FREOUR

Le médecin, le fumeur et le tabac 1987

34- PIERRE GODEAU, SERGE HERSON, JEAN CHARLES PIETTE

Traité de Médecine 3^{ème} Edition P921, 2409, 2413

35- POROT (A.)

Les toxicomanies, 1976 : 100-106

36- RUTH ROEMER

OMS, Action législative contre l'épidémie mondiale du tabagisme 1983

37- SASCO (J.A)

Cancers bronchiques primitifs.

Rev. Prat. (Paris) 1993, 43 (7) : 797-806

38- SERGIO SALMERON, PIERRE DOROUX, DOMINIQUE VALEYRE

Stratégie de lutte contre le tabagisme.

Le livre de l'interne pneumologie, Médecine Science, Flammarion, Paris.

39- Stratégies publics consultants SAEL

Etat des lieux du tabac au Mali (Décembre 2003)

40- TCHUINDEM STEPHANIE FLAVIETTE

Impact du tabagisme chez les lycéens du district de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako 2002

41- THOMAS (D.)

Tabagisme et maladies cardiovasculaires.

Rev. Prat. (Paris) 1993, 43 (10); 1218-1222

42- TRAORE (M.B)

Diverses utilisations du tabac au Mali et leurs incidences sur la santé et le développement.

Thèse de Pharmacie, Bamako 1983

43- VIVANT (A.), AMBROISE

Le tabagisme chez les collégiens : Etude de quatre collèges Lorrains 1999-2000

44-YASSINE (N.), MAHMAL (A.)

Tabagisme en milieu scolaire secondaire de la province d'El Jadida (Maroc).

Rev. Mal. Respir. 2001, vol 18 Janvier, 155 : 179

45- ZOHOUM (TH.), DIOP (S.), HOCUTONDI (A.), YACOUBA (AM.)

Médecine d'Afrique noire, 1988 35(10) P 699, 700

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

{Q1} Numéro # # #

{Q2} Date de remplissage <d d /m m/y y y y >

A/ IDENTITE DE L'ENQUETE

{Q3} Nom et prénom < A >

(Facultatif)

{Q4} Age en année # #

{Q5} Sexe # 1=Masculin 2=Féminin

{Q6} Lycée ## 1=LNS 2=LK 3=LILT 4=LEMD 5=LFMT 6=LFDS 7=LMS
8=LMM 9=LBS 10=LBF

{Q7} Classe < A >

{Q8} Section # 1=Science 2=Lettre

{Q9} Résidence < A >

B/ TABAGISME PASSIF

PERE

{Q10} Prof # 1=Fonctionnaire 2=Commerçant 3=Paysan 4=Ouvrier 5=Sans
emploi 6=Autre

{Q10A} Vivant # 1=Oui 2=Non

{Q10B} Décédé # 1=Oui 2=Non

{Q11} Est-ce qu'il fume (ait)? # 1=Oui 2=Non

{Q11A} Si oui fume (ait)-il en ta présence ? # 1=Oui 2=Non

MERE

{Q12} Profession # 1=Ménagère 2=Commerçante 3=Fonctionnaire 4=Artisane
5=Autre

{Q12A} Vivante # 1=Oui 2=Non

{Q12B} Décédée # 1=Oui 2=Non

{Q13} Est-ce qu'elle fume (ait) ? # 1=Oui 2=Non

{Q13A} Si oui fume (ait) –elle en ta présence ? # 1=Oui 2=Non

{Q14} A la maison, y a-t-il quelqu'un qui fume (ait)? # 1=Oui 2=Non

{Q14A} Si oui qui est-ce ? # 1=Ton oncle 2=Ton frère 3=Ta sœur 4=Ta tante
5=Ton grand père 6=Ta grand-mère 7=Autre

{Q14B} Si autre, à préciser < A >

{Q15} Parmi tes enseignants, en existe (nt)-il(s) des fumeurs ? #1=Oui 2= Non
3=Je ne sais pas

{Q15A} Si oui, est-ce qu'il (s) fume (nt)? # 1=En classe_2=Dans la cours de
l'école_3=A la bibliothèque_4=Dans la salle des professeurs_5=Autre

{Q15B} Si autre, à préciser < A >

C/TABAGISME ACTIF

{Q16} Est-ce que tu fumes ? # # 1=Oui 2=Non

{Q16A} Si oui depuis quand as-tu commencé à fumer ? # # # #

{Q16B} Pourquoi est-ce que tu fumes ? # 1=Promiscuité 2=Plaisir 3=Snobisme
4=Soucis 5=Autre

{Q16C} Si autre, à préciser < A >

{Q17} A quel (s) moment (s) ? < A >

{Q18} Combien de cigarettes fumes-tu par jour? # #

{Q19} Comment fais -tu pour te procurer de la cigarette ? # 1=J'en achète 2=On
m'en offre 3=Je dérobe 4=1+2

{Q20} Est-ce que tes parents savent que tu fumes ? # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais
pas

{Q20A} Si oui qu'est ce qu'ils en pensent ? < A >

D/CONNAISSANCE SUR LE TABAGISME

{Q21} Sais-tu que le tabac entraîne des maladies ? # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais
pas

{Q21A} Si oui lesquelles ? < A >

{Q22} Fumer augmente-il les performances du sportif ? # 1=Oui 2=Non 3=Je ne
sais pas

{Q23} Au lycée, est-ce qu'on vous enseigne les dangers du tabagisme ? # 1=Oui
2=Non

E/LUTTE ANTI-TABAC

{Q24} Trouves-tu normal l'interdiction de fumer dans les lieux publics ci après ?

{Q24A} Ecole # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas

{Q24B} Dancing # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas

{Q24C} Salle de réunion # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas

{Q24D} Transport en commun # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas

{Q24E} Bureau # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas

{Q24F} Autre à préciser < A >

{Q25} Est-ce une bonne chose de faire la publicité du tabac ? # 1=Oui 2=Non

{Q26} Sais-tu qu'il existe une Journée Mondiale sans Tabac ? # 1=Oui 2=Non
3=Je ne sais pas

{Q26A} Si oui, penses-tu qu'une telle journée aie un impact sur la
consommation du tabac ? # 1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas

{Q27} Sais-tu qu'il existe une loi sur la vente et la consommation du tabac au
Mali ? # 1=Oui 2=Non

{Q28} Quels sont les moyens d'informations qui te paraissent meilleurs pour
arrêter de fumer ? # # 1=Télévision 2=Radio 3=Conférences sur le tabac
4=Campagnes de lutte anti-tabac 5=Parent(s) 6=Enseignant(s) 7=Camarade(s)
8=Educateurs sanitaires 9=Ancien(s) consommateur(s) de tabac 10=1+2,
11=10+9, 12=10+5

{Q29} Est-ce que tu as déjà essayé d'arrêter de fumer ? # 1=Oui 2=Non

{Q29A} Si oui, pourquoi ? < A >

{Q29B} Si non pense tu le faire un jour ? < A >

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Biéter

Titre de thèse : Tabagisme dans certains lycées publics et privés de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

Année : 2006-2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique.

RESUME

Il s'agissait d'une enquête de type transversal réalisée dans certains lycées de l'Académie d'Enseignement de Bamako Rive / Gauche.

Le sexe masculin prédominait dans l'ensemble de la population enquêtée.

Cette étude a permis de situer la fréquence du tabagisme chez les lycéens à 10,9% avec une prédominance chez le sexe masculin représentant 16%.

La plupart des élèves fumeurs étaient rencontrés dans la tranche d'âge de 17 à 20 ans

Parmi les lycéens 24,6% avaient leurs parents qui fumaient et 50,7% des amis fumaient.

70,5% savaient que le tabac était nocif pour la santé.

73,9% déclaraient désirer arrêter de fumer et pour la raison que le tabac est dangereux pour la santé.

Pour une lutte plus efficace contre le tabagisme, 87,5% de nos enquêtés avaient condamné la publicité en faveur du tabac.

Près de 33,6% des lycéens avaient une connaissance de l'existence d'une loi sur le tabac au Mali.

L'application de cette loi pourrait avoir une influence positive sur la baisse de la fréquence du tabagisme chez les lycéens.

Mots clés : Tabagisme - Lycée - Bamako - Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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.