

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE (MESRS)**

**REPUBLIQUE DU MALI**

\*\*\*\*\*

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

**Université des Sciences, des Techniques  
et des Technologies de Bamako  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**



**U.S.T.T.B**



**FMOS**

**Année universitaire : 2016- 2017**

**Thèse N °187**

**TITRE**

**ALCOOLISME EN MILIEU SCOLAIRE :  
CAS DES LYCEES DE LA COMMUNE VI  
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THESE DE MEDECINE**

**Présentée et soutenue publiquement le 09 Octobre 2017  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

**Par :**

**M. Ousmane CISSE**

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

**JURY :**

**Président : Pr Abdoulaye AG RHALY**

**Membre : Dr Boureyma BELEM**

**Membre : M. Kassoum KONE**

**Co-directeur: Dr Mahamadou TRAORE**

**Directeur de thèse : Pr Hamadoun SANGHO**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 – 2017**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR  
VICE-DOYEN : **Ousmane FAYE** - MAITRE DE CONFERENCES  
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Modibo Sangaré**- ASSISTANT  
AGENT COMPTABLE : **Monsieur Harouna SIDIBE** – INSPECTEUR DU TRESOR

**LES PROFESSEURS A LA RETRAITE**

Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
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-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie

**LES ENSEIGNANTS DECEDES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie (DCD)
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD)
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie (DCD)
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale (DCD)
Mr Moussa TRAORE	Neurologie (DCD)
Mr Yénimégué Albert DEMBELE†	Chimie Organique (DCD)
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie (DCD)

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie (DCD)
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie (DCD)
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie (DCD)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie (DCD)
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL (DCD)
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique (DCD)

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

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

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	<b>ORL, Chef de D.E.R</b>
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Broulaye Massoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie Obstétrique
Mr Boubacar BA	Odonto-Stomatologie
Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Issa AMADOU	Chirurgie pédiatrique
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Oumar Coulibaly	Neurochirurgie
Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-dento-faciale
Mr Ahmed BA	Prothèse dentaire
Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse dentaire
Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Youssouf SIDIBE	ORL
Mr Amadou KOSSOGUE	Urologie
Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation

Mr Thierno DIOP  
Mr Mamadou Karim TOURE  
Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN  
Mr Daouda DIALLO  
Mr Abdoulaye TRAORE  
Mr Siriman Abdoulaye KOITA  
Mr Ibrahima SANKARE  
Mr Soumana Oumar TRAORE  
Mr Abdoulaye SISSOKO  
Mme Aminata KOUMA  
Mr Mamadou SIMA  
Mr Seydou FANE  
Mr Amadou BOCOUM  
Mr Ibrahim ONGOIBA  
Mr Ibrahima ousmane KANTE  
Mr Alassane TRAORE

Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique

#### **4. ASSISTANTS**

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

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Adama DIARRA  
Mr Sékou F.M. TRAORE  
Mr Ibrahim I. MAIGA  
Mr Cheick Bougadari TRAORE  
Mr Yeya Tiémoko TOURE

Parasitologie – Mycologie  
Physiologie  
Entomologie Médicale  
Bactériologie – Virologie  
Anatomie-Pathologie **Chef de DER**  
Entomologie Médicale, Biologie cellulaire,  
Génétique

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mahamadou A. THERA  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Bokary Y. SACKO  
Mr Bakarou KAMATE  
Mr Bakary MAIGA

Parasitologie -Mycologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biochimie  
Anatomie Pathologie  
Immunologie

#### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Abdoulaye KONE  
Mme Safiatou NIARE  
Mr Sanou Kho COULIBALY  
Mr Mamoudou MAIGA  
Mr Sidi Boula SISSOKO  
Mr Bréhima DIAKITE  
Mr Yaya KASSOGUE  
Mr Bourama COULIBALY  
Mme Aminata MAIGA  
Mr Ibrehima GUINDO  
Mr Boubacar Sidiki DRAME

Parasitologie - Mycologie  
Parasitologie - Mycologie  
Toxicologie  
Bactériologie-Virologie  
Histologie embryologie et cytogénétique  
Génétique et Pathologie Moléculaire  
Génétique et Pathologie Moléculaire  
Anatomie pathologique  
Bactériologie Virologie  
Bactériologie Virologie  
Biologie Médicale

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Mamadou BA  
Mr Moussa FANE  
Mr Hama Abdoulaye DIALLO  
Mr Harouna BAMB  
Mr Bamodi SIMAGA  
Mr Aboubacar Alassane Oumar  
Mr Moussa KEITA

Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale  
Parasitologie Entomologie  
Immunologie  
Anatomie Pathologie  
Physiologie  
Pharmacologie  
Entomologie Parasitologie

Mr Bourama KELLY	Physiologie médicale
Mr Massiriba KONE	Biologie Entomologie
Mr Djakaridja TRAORE	Hématologie
Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
Mr Modibo Diallo	Génétique
Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie

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

### **1. PROFESSEURS**

Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses <b>Chef de DER</b>
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Mahamane Halidou MAIGA	Néphrologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-physiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiodiagnostic imagerie médicale
Mr Koniba DIABATE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Adama DIAKITE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Aphou Sallé KONE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mr Mamadou N'DIAYE	Radiodiagnostic et imagerie médicale

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr Massama KONATE	Cardiologie
Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
Mr Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mme Djénéba SYLLA	Endocrinologie
Mr Hourouma SOW	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Kadiatou DOUMBIA	Hepato-Gastro-enterologie
Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Mamadou A. C CISSE	Médecine d'Urgence
Mr Seydou HASSANE	Neurologie
Mr Guida LANDOURE	Neurologie
Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie
Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr Siritio BERTHE	Dermatologie
Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
Mr Djibril SY	Médecine Interne
Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Hamadou YATTARA	Néphrologie
Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie

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

##### **1. PROFESSEUR**

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Hamadou SANGHO	Santé Publique, <b>Chef de D.E.R.</b>

##### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

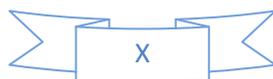
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
<b>3. MAITRES ASSISTANTS</b>	
Mr Hammadoun Aly SANGHO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Oumar THIÉRO	Biostatistique/Bioinformatique
Mme Fatou DIAWARA	Epidémiologie
Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
Mr Yaya dit Sadio SARRO	Epidémiologie
Mme Djeneba COULIBALY	Nutrition et Diététique
Mme Fatoumata KONATE	Epidémiologie
Mr Bakary DIARRA	Santé publique
Mr Birama Apho LY	Santé publique
<b>4. ASSISTANTS</b>	
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale
<b><u>CHARGES DE COURS &amp; ENSEIGNANTS VACATAIRES</u></b>	
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto-Préventive et sociale
Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mr Oumar WANE	Chirurgie dentaire
<b><u>ENSEIGNANTS EN MISSION</u></b>	
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

**DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

*Pour qu'un rêve puisse se réaliser, il faut deux conditions :*

*La première, c'est d'avoir une grande capacité de rêver ; la seconde, c'est la persévérance c'est à dire  
la foi dans le rêve.*



*C'est avec humilité que je reconnais ce que je dois :*

**- *A Dieu ALLAH: Gloire et pureté à lui.***

*Au nom d'ALLAH le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Louange à ALLAH, le Seigneur de l'univers, l'Être suprême, l'éternel, le transcendant, le créateur incréé de tout, à qui nous appartenons et vers qui nous retournerons, l'omniscient, l'omnipotent qui par sa miséricorde, nous a permis de réaliser cette œuvre. Que ses noms soient les plus exaltés.*

*Seigneur ALLAH, le très miséricordieux, le protecteur de celui qui cherche la protection, la gloire de l'espoir, le gardien de l'humanité.*

*Vous qui nous procurez la sagesse, la sagesse qui brille et qui ne se flétrit pas.*

*La sagesse qui se laisse voir aisément par ceux qui l'aiment et trouver par ceux qui la cherchent ; elle devance ceux qui la désirent en se faisant connaître la première.*

*La sagesse qui nous aide à combattre l'opulence qui attriste et assèche le cœur de l'homme.*

*La sagesse qui nous apprend à connaître les tendances et les instincts que nous portons en nous et savoir les hiérarchiser et les dominer à notre profit.*

*La sagesse qui nous permet de conserver la clairvoyance dans un monde hypertrophié et hémiplégié.*

*La sagesse qui nous apprend à nous connaître par une introspection régulière. Car se connaître, c'est avoir les moyens de se gouverner sans passion, c'est aussi avoir une personnalité qui nous permet de réfléchir sur nos actes sur les motifs secrets de notre conduite et cela avec une dose d'objectivité.*

*Oh, vous seigneur, vous qui avez permis de voir ce beau jour nous nous prosternons devant vous pour implorer votre bénédiction afin que la sagesse pèse sur nos vérités ici-bas.*

*Seigneur merci pour tout ce qui arrive dans notre vie, particulièrement en ce jour béni où je m'appête à faire un pas décisif dans ma vie. Aujourd'hui, j'ose vous demander l'esprit, non pas celui de gouverner mais, celui d'un bon médecin qui saura appliquer la science qu'il a apprise dans le plus grand respect des principes fondamentaux de la vie.*

**- *A son Prophète Mohamed (paix et salut sur lui)***

*« Apprend du berceau jusqu'à la tombe » telle était une de tes paroles qui nous a donné le goût de l'apprentissage. Nous te témoignons notre respect et notre gratitude pour ce que tu as fait pour l'humanité.*

- ***A mon beau PAYS : le MALI***

*En ces moments difficiles que tu traverses ; tu me fais vivre néanmoins cette émotion et cette joie qui hypertrophient mon cœur. J'espère que ces crises ne vont jamais ébranler tes fondements.*

*Que Dieu te bénisse !*

- ***A ma famille,***

*“A l'honneur de la continuité de la vie, souvenirs du passé, joies du présent et espoir d'avenir”.*

*Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.*

*C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisé.*

*J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi.*

*Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.*

- ***A mon Père Mamadou CISSE***

*Papa idéal que vous soyez, ce travail est celui de vos fils à votre image. « On reconnaît l'arbre à ses fruits »*

*Vous êtes l'initiateur de ce travail, vous avez été pour nous un exemple de courage et de justice. N'est-ce pas Euripide qui disait : « Le juste est celui qui vit pour son prochain ».*

*Vous nous avez appris le sens de l'honneur, de la dignité, du moral, du pardon, du partage et du travail bien fait.*

*Père, âme généreuse au service de la dignité et de la fraternité des hommes.*

*Vous qui avez un cœur fier et bon tout ensemble,*

*Vous qui avez un esprit ouvert au dialogue et à la tolérance,*

*Vous qui avez une voix porteuse de l'espérance des opprimés,*

*Vous qui rêvez d'un monde de justice et de paix : la justice et la paix étant ces remèdes qui permettent le consensus dans une société plurielle mais unie autour d'un destin commun.*

*Vous qui refusez les succès illusoire de la violence parce que tout simplement vous pensez que la violence est aussi inefficace qu'immorale ; inefficace car elle engendre un cercle infernal aboutissant à l'anéantissement général de la société ; immorale car elle se veut humilier l'adversaire et non le convaincre. Elle détruit la communion et rend impossible la fraternité.*

*Vous qui croyez en la force de l'amour et à la douceur du pardon.*

*Que cette thèse nous offre l'occasion de nous rendre encore plus digne de vous.*

*Vous avoir auprès de nous sera toujours notre plus grand réconfort.*

*Que Dieu vous donne longue et heureuse vie.*

*- A ma mère Fatoumata DJIRE*

*Berçant mon arrivée terrestre de votre dernière chaleur lourde,*

*Vous nous faites voir ce beau monde à travers nos sens encore clos.*

*Puis je nous empêcher de vous dire merci ?*

*Votre générosité, votre amour pour votre prochain, votre bonté sans limite, votre courage indéfectible, votre prudence et votre modestie, votre humilité et votre gratitude ont beaucoup contribué à la stabilité de notre famille. Notre amour pour vous est si fort qu'on ne peut le vaincre, si haut qu'on ne peut le surmonter, si profond qu'on ne peut le sonder, si vaste qu'on ne peut le contourner.*

*Ceci est un petit message pour vous dire que tourment des pages, ces pages sont des années pendant lesquelles vous nous avez bercé et aimé. Vous nous avez appris la vie et grâce à vous nous en sourions. Vous nous avez donné la force que nous n'avions jamais imaginée et le courage que l'être humain ne peut avoir. Vous nous avez fait comprendre qu'on ne peut pas tout avoir dans la vie. Que la vie est difficile et que le bonheur n'est pas facile à trouver. Cependant vous nous avez montré le bonheur. Vous nous avez rassuré que les douleurs dans la souffrance nous rendaient toujours meilleur. De votre affection, nous ne pouvons nous surpasser. De votre amour est née notre personnalité. Près de vous ; nous menons une vie de paradis.*

*C'est notre tour de vous offrir une passiflore car vous étiez éveillée à nos côtés nuits et jours.*

*Au milieu de ce récit, nous tempérons et nous prenons une seconde pour vous dédier ce poème intitulé « une maman » :*

*Des milliers d'étoiles dans le ciel,*

*Des milliers d'oiseaux dans les arbres,*

*Des milliers de fleurs dans les jardins,*

*Des milliers d'abeilles sur les fleurs,*

*Des milliers de coquillages sur la plage,*

*Des milliers de poissons dans la mer,*

*Mais seulement et seulement « une maman »*

*En cet instant solennel du fatidique moment ; il nous plaît d'écrire ce petit passage pour vous dire un grand merci. Ce travail est l'aboutissement des sacrifices que vous avez consentis à notre égard afin que nous progressions dans nos études. Nous tombons en admiration devant la bonté de votre cœur à nulle pareille.*

*L'évènement que nous célébrons aujourd'hui vous est entièrement dédié. Sachez que nous vous garderons éternellement dans notre cœur. Vous avoir auprès de nous sera toujours notre plus grand réconfort.*

*Puisse ALLAH le très miséricordieux vous garantir une longue et heureuse vie à nos côtés.*

*Cher Père, Chère Mère sachez que désormais la plume est rangée et l'encre des pages desséchée. Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.*

**- A la mémoire des regrettés feus Ousmane Baba DJIRE, Taba CISSE, Binbaseine FADIQA, Anatole TOUNKARA, Takp TOURE**

*Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur ensemble et de vous exprimer tout mon respect. Puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son saint paradis.*

**- A mes frères : Mohamed El Hassimi, Abass, Aboubacar**

*Vos aides et vos soutiens ont été pour moi une source de courage et de confiance qu'il me soit permis aujourd'hui de vous témoigner mon profond amour et ma grande reconnaissance. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur, et vous aide à réaliser tous vos vœux.*

*Sachez que l'histoire avance grâce aux défis et au courage.*

*Les gens qui réussissent sont ceux qui relèvent les défis. Parce que nous sommes jeunes, nous sommes pleins de confiance et à cause de cette confiance nous devons être courageux. La jeunesse aime l'aventure et ne craint pas les*

échecs. Quelqu'un qui entreprend quelque chose avec crainte a déjà perdu sa jeunesse. Restons toujours unis car c'est ensemble que brulerons du feu de l'œuvre accomplie. Nous devons constamment nous développer et grimper vers des sommets plus élevés afin de satisfaire ces désirs d'accomplissent, confiance, esprit combattif, courage, accomplissement, vitalité, pionnier, passion tous ces mots appartiennent à la jeunesse. La jeunesse n'a pas de place pour des mots tels que mesquinerie, faiblesse, paresse, échec, désespoir, découragement, "soumission".

La jeunesse ne marque pas seulement le passage de l'enfance à l'âge adulte. Alors ne la considérons pas comme une halte entre deux stations. Il n'est pas exagéré de dire que cette époque de notre vie va très certainement déterminer la qualité et l'orientation du reste de notre existence. Ainsi, relevons des défis et faisons les avec courage. N'ayons pas peur des échecs et affrontons la vie avec toutes nos forces. Au terme de l'enquête considérez ces lignes comme la traduction de la reconnaissance de tout ce que vous avez consentis pour moi durant ces longues années de vie estudiantine au POINT-G.

- ***A ma fiancée Fatoumata SOGOBA***

Je suis convaincu que des femmes comme toi sont rares de nos jours, merci pour tout le soutien apporté à la réalisation de ce travail. Je remercie le ciel de t'avoir mise sur mon chemin. Qu'ALLAH réalise nos vœux,

- ***A mes belles sœurs : Leïla, Habibatou***

Vos sens profonds du respect et vos modesties font de vous des femmes admirables. Veuillez percevoir à travers ce travail, l'expression de toute ma gratitude et ma profonde affection.

- ***A mes neveux: El-Amine et Abdine***

Que ce travail vous incite à plus de courage et d'abnégation. Sachez que tout n'est pas rose dans la vie. Vous êtes appelés à vivre dans un monde mouvementé où vous devez affronter des problèmes nouveaux et toujours croissants et vous êtes tenus de leur trouver des solutions originales. Le chemin de la vie est long et sinueux, Bref retenez tout simplement que « l'homme est le boulanger de sa vie ».

J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire.

Puisse l'Éternel nous préserver de la déchirure du tissu familial ; qu'il resserre d'avantage le lien sacré de la famille qui nous unit dans le meilleur et dans le pire et nous éloigne toujours de la rupture du cordon familial. Que ces modestes lignes vous servent de témoignage à mon attachement indéfectible au lien sacré de la famille. Que Dieu guide nos pas !

- ***A tous mes Oncles et Tantes (CISSE, DJIRE)***

*Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude pour toutes vos sollicitudes.*

- *A tous mes cousins et cousines (CISSE, DJIRE)*

*Par la présente permettez-moi d'afficher mon attachement au lien sacré du cousinage. Merci pour toutes les considérations à mon égard. Que Dieu vous bénisse.*

**MENTION SPECIALE :**

- ***A Tonton Madou DJIRÉ***

*Vous avez contribué à notre marche en avant dans cette étude et pour paraphraser quelqu'un je dis que « la marque d'un mérite extraordinaire est de voir que ceux qui l'envient le plus sont contraints de le louer » vous étiez là à chaque fois qu'on avait besoin de vous. C'est le moment où à jamais de vous dire que j'ai surtout été touché par votre générosité et votre gentillesse qui effacent toute frontière. Sachez que la bonté de votre cœur restera gravée dans ma mémoire. Excusez aujourd'hui mon incapacité de ne point pouvoir entreprendre une description plus grandiose de vos qualités qui n'ont d'égale que votre personnalité. Que Dieu vous récompense au centime.*

- ***A Tonton Mahamoudou DJIRÉ***

*Permettez-moi de vous témoigner tout le respect que vous méritez ainsi que ma profonde affection. Merci pour votre soutien moral, matériel, financier et surtout affectif durant les moments difficiles. Puisse ce travail être le témoignage de mes sentiments sincères. Avec tout mon estime, je vous souhaite le bonheur, la santé et la longévité.*

- ***A Oncle Amadou COULIBALY dit "BENKE"***

*Votre aide, vos conseils et votre compréhension m'ont été précieux. Quoi que je puisse dire, je ne saurai exprimer mes sentiments de reconnaissance et de respect à votre égard. Puisse Dieu tout puissant, vous procurer une longue et heureuse vie pleine d'amour et de succès. Merci pour tout, je n'oublierai jamais.*

- ***A tout le personnel du Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)***

*Un seul mot : MERCI. Il me plaît en cet instant solennel de vous inviter à jouer avec ce mot en prenant :*

*M= comme Meilleur ; E= comme Excellent ; R= comme Rare ; C= comme CREDOS ; I= comme Impeccable*

*En résumé je dis tout simplement que vous constituez l'une des **rare**s structures de recherche avec un personnel aussi **meilleur** qui réalisent des travaux scientifiques **impeccables** aboutissant à des **excellents** résultats au sein du « CREDOS ».*

- ***A mon ami Moussa SACKO et à toute sa famille***

*Que l'écriture s'accomplisse !*

*Cher ami, Frangin "SACKOBA" sans prétention, vraiment sans prétention aucune, vous dit merci.*

Merci pour ces moments de complicité, merci pour votre soutien pendant les moments difficiles. Que Dieu vous protège "SACKOBA" et Famille.

### **REMERCIEMENTS**

Tout d'abord, la tâche me revient en ce jour de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail. Je ne saurais jamais énumérer de façon exhaustive les parents, les amis (es), les connaissances, les collègues et les maîtres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels et scientifiques tout au long de mon parcours scolaire et universitaire. Qu'ils trouvent ici, l'expression de ma profonde gratitude.

- *A la direction et le corps enseignant de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS). Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.*
- *A la direction et tout le personnel du CREDOS, pour la qualité de l'encadrement que vous offrez aux thésards.*
- *Aux Pr Hamadou SANGHO, Dr Mahamadou TRAORE, Dr Boureyma BELEM, M. Kassoum KONE, Dr KEITA Haoua DEMBELE, Dr KEITA Assa SIDIBE*

Malgré vos multiples occupations, vous n'avez ménagé aucun effort pour donner à cette œuvre une valeur scientifique. Nous vous remercions pour l'amour du travail et de la recherche que vous nous avez inculqué. Vous avez été pour nous plus que des encadreurs.

- *A M. Mamadou DOUMBIA, M. Chaka COULIBALY, M. Yaya SANGARE, M. Sama KEITA, M. Mangara DOUMBIA, M. Ibrahim TERFERA, Mme DJIRE, Mme KONE Anna, Diaba KONE, Perpétue Coulibaly.*

Un immense merci pour le soutien infaillible tout au long de la réalisation de cette thèse, recevez à travers ce travail toute ma profonde gratitude.

- *A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSREF CV);*
- *A tout le personnel du service de pédiatrie du CSREF CV*

Pour m'avoir accepté et accueilli avec respect et disponibilité aux fins de mon stage.

- *Aux Dr Mamadou TRAORE, Dr BERTHE Djénéba SACKO, Dr SIDIBE Korotoumou BAMBA, Dr Mamadou K Coulibaly, Dr Mariam DOUMBIA, M. Youssouf Nianan BALLO.*

Merci infiniment pour vos conseils et orientations. Que Dieu renforce davantage nos liens.

- *A mes collègues et camarades : Moussa SACKO, Soumaila DIARRA, Moussa DIARRA, Boubou CISSE, Irène COULIBALY, Oumar SIDIBE, Abdou MARIKO, Kadiatou SANGARE, Zeinabou SIDIBE, Diakaridia MALLE, Ismaïl COULIBALY, Boubou GAKOU, Ismaïl DJIRE, Gabriel SANOGO, Abdoulaye SIDIBE, Ousmane DIAMOUTENE, Boureima SANGARE, Sékou Oumar GUINDO, Aliou SISSOKO, Modibo SISSOKO, Fodé BISSAN, Modibo KEITA, HERODOTE, Amadou DOUMBIA, Issiaka TRAORE, Moriba TRAORE, Amidou TRAORE, Sékou DIAKITE.*

Recevez ici mon profond respect pour vous tous et vous toutes. Je salue cette complicité naturelle que l'on a nouée entre nous et que l'on continue d'entretenir. Merci pour tout et bonne chance dans la vie.

- *A mes cadets Oumar SIDIBE et Irène COULIBALY*

Sans trop de commentaire merci pour tout. Que Dieu vous assiste.

- *Au major du service de pédiatrie du CSREF CV*

- *A tous les infirmiers et toutes les infirmières du service de pédiatrie du CSREF CV*

- *A tout le personnel de l'espace AMO du Centre de Santé de Référence de la Commune V*

- *A tous les anciens de l'Ecole B, du Second cycle Aminata DIOP et du Lycée Soundiata KEITA*

Merci pour votre courtoisie et votre détermination pour la réussite de ce travail. Ce travail est aussi le vôtre.

- *A tous mes ami(e)s et camarades de promotion de la 5<sup>ème</sup> promotion du Numerus Clausus : la promotion "Pr. SIDIBE Assa TRAORE"*

Avec vous j'ai connu la vraie valeur de l'amitié, vous partagerez toujours une partie de ma vie et de mon cœur. Restons unis car c'est ensemble que nous irons de l'avant. Merci à vous. Que Dieu vous procure tout le bonheur que vous méritez.

- *Aux étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie : Merci pour le soutien.*

- *A la coordination nationale des thésards du Mali et à tous les thésards.*

- *Au champion de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie en Photocopie-Reluire-Impression (P-R-I) : M. Ibrahima SYLLA*

Sans trop de commentaire merci pour tout. Que Dieu vous procure une longue et heureuse vie pleine de succès.

- *A la population du POINT-G*

*Merci pour la confiance. Que Dieu vous assiste dans vos actes !*

- *Aux Proviseurs des lycées : Ibrahima LY et La LANTERNE*

*Qui nous ont permis sans hésiter, d'intervenir dans leurs établissements.*

- *Aux professeurs, qui m'ont accordé une partie de leur cours en me laissant libre pour m'exprimer.*

- *Au surveillant général du Lycée Mouctar BAH : M. Souleymane SANGARE*

*Nous n'oublierons jamais vos consolations et vos conseils de sagesse pendant les moments difficiles. « On reconnaît ses amis pendant les moments difficiles » Merci pour tout. Que la sagesse de l'Éternel pèse toujours sur vous.*

- *A tous les lycéens enquêtés, d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire et pour leur enthousiasme lors des débats.*

- *A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

- *A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.*

- *A tous ceux et celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer. Je ne saurai oublier les soutiens que vous m'avez apportés. Que ce travail soit la récompense de vos efforts déployés.*

**HOMMAGES  
PARTICULIERS  
AUX MEMBRES DU JURY**

*A notre Maître et Président du Jury :*

*Professeur Abdoulaye AG RHALY*

- *Professeur honoraire de médecine interne à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)*
- *Ancien Directeur Général de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSPP)*
- *Ancien Secrétaire Général de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE)*
- *Membre du Comité d'éthique de la Faculté de Médecine et d'Odonto - Stomatologie (FMOS)*
- *Chevalier de l'Ordre International des Palmes Académiques du CAMES (Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur)*
- *Docteur HONORIS CAUSA de l'université de LAVAL au QUÉBEC CANADA.*

*Honorable Maître,*

*La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité font de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher Maître, nous vous souhaitons encore du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences.*

*Que l'Éternel vous donne longue et heureuse vie !*

*A notre Maître et Juge :*

*M. Kassoum KONE*

- *Titulaire d'un Master en Sociologie*
- *Doctorant de PhD en sociologie*
- *Attaché de Recherche au Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)*
- *Chef du Département, Documentation, Communication et Marketing du Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)*

*Cher Maître,*

*Nous ne cesserons de remercier le seigneur pour avoir mis sur notre chemin un homme aux qualités humaines, académiques et professionnelles rarissimes comme vous.*

*Votre dynamisme, votre courage, votre modestie, votre abord facile et surtout votre grande culture scientifique font de vous un homme admirable et respectable.*

*Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et pleins de reconnaissances.*

*Puisse Allah le miséricordieux vous assister dans vos entreprises.*

**A notre Maître et Juge :**

**Docteur Boureyma BÈLÈM**

- *Médecin Spécialiste en Epidémiologie*
- *Doctorant de PhD en Santé Publique*
- *Attaché de Recherche au Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)*

*Cher maître,*

*La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury de thèse témoigne de votre générosité et de votre dévouement pour le bien de l'humanité. Nous tombons en admiration devant la bonté de votre cœur et vos qualités humaines à nulle pareille. L'éminent chercheur, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique, vos compétences techniques, votre simplicité sans limite, votre franchise, votre humanisme et surtout votre souci permanent de formation font de vous un modèle de maître souhaité par tous. Encadreur d'une rareté étonnante, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à imiter. En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement au lien sacré qui unit enseignant et enseigné.*

*Puisse le tout puissant vous accorder une longue et heureuse vie.*

**A notre Maître et Co-Directeur de thèse :**

**Docteur Mahamadou TRAORE**

- *Médecin Spécialiste en Nutrition*
- *Doctorant de PhD en Santé Publique*
- *Attaché de Recherche au Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)*

*Cher maître,*

*Parler de vous nous donne envie de paraphraser Pierre Corneille : « aux âmes bien nées, la valeur n'attend point le nombre des années ». C'est avec beaucoup de patience et de disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Vous êtes un exemple de partisan du grand effort et du travail bien fait. Chercheur de haut-standing, votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre dynamisme, joints à votre enthousiasme font de vous une référence dans le monde de la recherche scientifique. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir-faire. Soyez rassuré cher maître de notre dévouement et notre grandiose admiration.*

*Que la sagesse de l'Eternel pèse sur votre parcours.*

*A notre Maître et Directeur de thèse :*

*Professeur Hamadoun SANGHO*

- *Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie (FMOS);*
- *Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) en Santé Publique à la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie (FMOS).*
- *Directeur Générale du Centre d'Etude de Recherche et de Documentation pour la Suivre de l'Enfant (CREDOS);*
- *Chevalier de l'Ordre National du Mali.*

*Cher maître,*

*Vous nous avez fait l'insigne honneur de nous confier ce travail et en suivre l'élaboration avec une grande rigueur scientifique. Votre générosité à transmettre vos connaissances, témoigne de votre engagement à faire de nous des pôles d'excellence en Afrique et dans le monde. Chercheur de renommée internationale, votre probité morale, votre simplicité, votre grande ouverture, votre immense savoir et surtout vos multiples distinctions scientifiques font de vous une fierté légendaire dans l'art médical. Vos grandes qualités humaines, scientifiques et de pédagogue hors pair forcent admiration et respect. Nous vous prions d'accepter cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre gratitude éternelle.*

*Que Dieu vous assiste encore longtemps au service et au secours de vos semblables.*

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Identification Test

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CAMES** : Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur

**CAP** : Centre d'Animation Pédagogique.

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies

**CIRC** : Centre International de Recherche sur les Cancers

**CREDOS** : Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSREF** : Centre de Santé de Référence

**DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**GABA** : Acide Gamma-Amino-Butyrique

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**MNT** : Maladie Non Transmissible.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**RDC** : République Démocratique du Congo

**USA** : United States of America

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**TLL** : Terminale Langue Littérature

**TSEco** : Terminale Sciences Economiques

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau I :** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, classe, série et ethnie) p 49

**Tableau II:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques sociodémographiques (statut matrimonial, religion, résidence et rang de naissance) p 50

**Tableau III:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques sociodémographiques du père (âge, niveau d'instruction et profession) p 51

**Tableau IV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques sociodémographiques de la mère (âge, niveau d'instruction et profession) p 52

**Tableau V:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs statuts alcooliques p 53

**Tableau VI:** Répartition des élèves consommateurs actuels dans les lycées de la commune VI selon l'âge d'initiation alcoolique p 53

**Tableau VII:** Répartition des élèves consommateurs actuels dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques de la consommation d'alcool p 54

**Tableau VIII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la consommation d'alcool dans l'entourage p 55

**Tableau IX:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs connaissances sur les méfaits de l'alcool et leurs conséquences p 56

**Tableau X:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs connaissances spécifiques sur les méfaits de l'alcool p 57

**Tableau XI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs perceptions sur la boisson alcoolisée et les raisons de la consommation d'alcool p 58

**Tableau XII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs perceptions du consommateur de boisson alcoolisée p 59

**Tableau XIII:** Répartition des élèves consommateurs actuels dans les lycées de la commune VI selon l'intention d'arrêter la consommation d'alcool p 59

**Tableau XIV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs connaissances des textes et leurs avis sur les actions de lutte anti-alcool p 60

**Tableau XV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les tranches d'âge en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 61

**Tableau XVI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le sexe en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 61

**Tableau XVII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la classe d'étude en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 62

**Tableau XVIII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la filière d'étude en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 62

**Tableau XIX:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le rang de naissance dans la fratrie en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 63

**Tableau XX:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leur statut matrimonial en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 63

**Tableau XXI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le niveau d'instruction du père en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 64

**Tableau XXII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le niveau d'instruction de la mère en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 64

**Tableau XXIII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la présence de consommateurs d'alcool dans l'entourage en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 65

**Tableau XXIV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la connaissance des conséquences en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 65

**Tableau XXV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la perception sur la consommation d'alcool en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 66

**Tableau XXVI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la perception sur un individu buveur d'alcool en fonction de la consommation actuelle d'alcool p 66

## **LISTE DES FIGURES**

**Figure 1** : Cadre conceptuel de l'alcoolisme en milieu scolaire p 10

**Figure 2** : Pyramide de Skinner illustrant le niveau de risque suivant les modes d'usage de l'alcool p 20

**Figure 3** : Système mésolimbique dopaminergique(ATV : Aire Tegmentale Ventrale ; MFB : Medial Forebrain Bundle) p 25

## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	p2
<b>II. ENONCE DU PROBLEME</b> .....	p5
<b>III. HYPOTHESES</b> .....	p12
<b>IV. OBJECTIFS</b> .....	p12
<b>V. GENERALITES</b> .....	p14
V.1. Définition de concepts.....	p14
V.2. Revue de la littérature.....	p16
<b>VI. METHODOLOGIE</b> .....	p40
VI.1. Cadre de l'étude.....	p40
VI.2. Type et Période d'étude.....	p43
VI.3. Population cible.....	p43
VI.4. Echantillonnage.....	p43
<b>VII. RESULTATS</b> .....	p49
VII.1. Etude descriptive.....	p49
VII.2. Etude Analytique.....	p61
<b>VIII. DISCUSSIONS</b> .....	p68
<b>IX. CONCLUSION</b> .....	p77
<b>X. RECOMMANDATIONS</b> .....	p79
<b>XI. REFERENCES</b> .....	p81

## **ANNEXE**

# **INTRODUCTION**

## **I.INTRODUCTION :**

L'alcoolisme peut se définir comme une intoxication lente, un comportement addictif dû à la consommation habituelle ou périodique de l'alcool contenu dans les boissons alcoolisées [1].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît l'alcoolisme comme une maladie et le définit comme des « troubles mentaux et troubles du comportement » liés à l'utilisation d'alcool [2].

De nos jours, le phénomène prend des proportions insoupçonnées à mesure que la proportion de buveurs jeunes augmente [3].

En 2010, environ 38,3% de la population mondiale âgée de 15 ans et plus avait consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents [4].

Le pourcentage d'adolescents et de jeunes adultes consommant de l'alcool a progressé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [5].

Dans une étude conduite sur des élèves du secondaire au Sud-Ouest du Nigeria, 13% des élèves reconnaissent boire couramment de l'alcool [6].

Au Ghana la prévalence d'utilisation d'alcool par les jeunes était approximativement estimée à 25% [6].

Une enquête en Côte d'Ivoire, a révélé que 70 % des élèves consommaient l'alcool [7].

Au Mali, selon une étude réalisée en 2009 sur l'usage de l'alcool et autres substances psycho actives chez les adolescents et les jeunes adultes dans le district de Bamako, la prévalence du phénomène chez les jeunes de 10 à 29 ans atteignait 9,5% [8].

L'usage nocif de l'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes [9].

Au niveau mondial, l'alcool est considéré comme le 3<sup>e</sup> facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac [10].

En 2012, près de 3,3 millions de décès, soit 5,9% de la totalité des décès dans le monde, étaient attribuables à la consommation d'alcool [9].

La consommation d'alcool entraîne des décès et des incapacités relativement tôt dans la vie. Dans la tranche d'âge 20-39 ans, près de 25% du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool dans le monde [9].

En Europe, la consommation nocive d'alcool est responsable d'environ 195.000 décès chaque année avec un décès sur 4 parmi les jeunes hommes et un sur 10 parmi les jeunes femmes [11].

Il existe une relation de causalité entre l'usage nocif de l'alcool et une série de troubles mentaux et comportementaux, ainsi que d'autres maladies non transmissibles notamment les traumatismes [9].

Des facteurs variés affectent le niveau et le mode de consommation d'alcool, notamment chez les jeunes [9].

Cependant on retient également: les facteurs démographiques (Age, Sexe, Classe, Institution); les facteurs liés aux pratiques festives (plaisir, convivialité, lien social...); les facteurs familiaux (consommations des parents, relations intrafamiliales, styles parentaux...); les facteurs sociaux et culturels (normes sociales, influence des pairs, représentations liées à l'alcool...); les facteurs économiques (publicité et marketing); les facteurs psychologiques (adolescence et recherche de sensation, interdit, prise de risque, souffrance psychique...) [12]. D'autres facteurs environnementaux tels que l'offre d'alcool et le niveau de mise en application des politiques sont également évoqués [9]. En raison des dommages que peut causer l'alcool, de nombreux pays ont certainement entrepris des actions de lutte contre ce fléau, actions allant de la sensibilisation à la répression [3].

Au Mali, en dépit de l'existence d'un code de débits de boisson, les tentatives de lutte contre l'alcoolisme et autres stupéfiants s'avèrent vaines. L'alcoolisme, ces dernières années continue de prendre de l'ampleur chez les élèves [3].

Le but de notre étude est de déterminer les facteurs favorisant la consommation d'alcool chez les élèves dans la commune VI du District de Bamako.

# **ENONCE DU PROBLEME**

## **II. ENONCE DU PROBLEME :**

La consommation d'alcool est présente depuis toujours dans la vie des sociétés humaines. Décryé, voire détesté dans certains milieux, l'alcool reste malgré tout cette substance tolérée, sinon adorée, du moins vantée dans d'autres localités [13].

En 2010, environ 38,3% de la population mondiale âgée de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool [4].

Estimé au niveau mondial à 6,2 litres d'alcool pur par jour en 2007 [14]; la consommation d'alcool par adulte a augmenté durant la période 2008 - 2012 [10].

En Europe, une étude révèle une augmentation de la suralcoolisation épisodique de jeunes étudiants entre 1995 et 2007 [15].

Dans une étude ciblant les élèves de terminale âgés d'environ 18 ans aux Etats - Unis entre 2005 et 2011; il ressort que 1/5 des élèves déclare boire épisodiquement avec excès et 1/10 surconsomme massivement de l'alcool à raison de 10 verres ou plus par occasion [16].

Dans une autre étude aux États-Unis, 7% des élèves de 16 ans (en classe de seconde) ont reconnu avoir été ivres six fois ou plus le mois précédent l'enquête [17].

Le pourcentage d'adolescents et de jeunes adultes consommant de l'alcool a progressé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [5].

L'on estime que dans les pays de la région africaine, la consommation d'alcool non comptabilisée représente environ 50% de la consommation totale d'alcool. En dépit des préoccupations concernant des risques potentiels pour la santé liés à la production non réglementée ou illicite des boissons alcoolisées, on dispose de peu de données sur le problème [18].

Au Nigeria, une étude faite sur les élèves de secondaire montre une prévalence de 13% ; au Ghana elle est estimée à environ 25% ; au Burkina Faso à 8% [6].

Au Congo Brazzaville, une étude faite sur les adolescents de 10 à 19 ans a révélé une prévalence de l'alcoolisme de 22,8% [19].

En RDC, une étude sur la consommation d'alcool chez les jeunes à Goma indique que 53,9% des répondants déclarent avoir déjà bu des boissons alcoolisées [19].

Au Mali, une étude réalisée sur la consommation d'alcool dans le district de Bamako montre que la prévalence du phénomène chez les jeunes de 10 à 29 ans atteignait 9,5% [8].

Selon L'OMS, les consommateurs maliens sont les troisièmes plus gros consommateurs d'alcool par litre en Afrique, après la Gambie et le Tchad [7].

Des études sur la charge mondiale révèlent que les effets préjudiciables sont énormes au niveau de la population, et ce, dans tous les pays du monde [20].

Aucun autre produit de consommation aussi courant que l'alcool n'est à l'origine d'un nombre aussi élevé de décès prématurés et d'incapacités. Les problèmes liés à l'alcool et leurs effets néfastes résultent non seulement des quantités d'alcool consommées, mais aussi des modes nocifs de consommation [18].

L'alcool a une incidence sur plus de 200 types de maladies et de traumatismes. La consommation nocive d'alcool est passée de la 8<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup> cause de décès et d'incapacité dans le monde entre 1990 et 2010. Elle est aujourd'hui responsable d'une proportion plus importante des décès mondiaux que le VIH/Sida, la violence et la tuberculose considérées ensemble [10].

Une étude menée par le centre international de recherche sur les cancers (CIRC) en 2007 a établi que les boissons alcoolisées sont «cancérogènes» pour l'être humain [21].

D'autre part, les préjudices subis par les personnes autres que les consommateurs eux-mêmes sont la manifestation la plus visible des conséquences pour la société. Il s'agit notamment des victimes d'accidents de la circulation et d'actes de violence. Le coût des soins de santé et de la criminalité, de même que la baisse de la productivité en sont d'autres conséquences importantes [22].

Les méfaits principalement chez les jeunes, qui sont entre autres, les accidents de la circulation, les actes de violence gratuite, contribuent pour beaucoup au poids des maladies liées à l'alcool. En plus des maladies aiguës et chroniques qu'elle engendre, l'alcoolisme chez les jeunes peut causer des problèmes de consommation excessive plus tard dans leur vie. Par conséquent, ceux qui arrivent sur le marché de travail, risquent de voir leurs perspectives professionnelles à long terme compromises. Au niveau mondial, environ 320 000 jeunes gens âgés de 15 à 29 ans meurent chaque année de causes liées à l'alcool, soit 9% de la mortalité totale dans ce groupe d'âge **[23]**.

En Europe, la consommation nocive d'alcool est responsable d'environ 195 000 décès chaque année avec un décès sur quatre parmi les jeunes hommes et un sur dix parmi les jeunes femmes **[11]**.

Dans la région africaine, la charge de morbidité liée à l'alcool est en augmentation. Le pourcentage des décès imputables à l'usage nocif de l'alcool est passé de 2,1% en 2000 à 2,2% en 2002, puis à 2,4% en 2004 **[24]**.

Cependant, étant donné que de nouvelles bases factuelles donnent à penser qu'il existe un lien entre la consommation abusive d'alcool et les maladies infectieuses, le nombre de décès imputables à l'alcool dans nos pays africains pourrait même être plus élevé **[24]**.

L'atteinte physique peut se rencontrer sous des formes aussi variées que la gastrite, l'ulcère gastroduodéal, l'hématémèse, la cirrhose, le cancer du foie, la névrite optique, le tremblement etc... **[25]**.

Sur le plan mental, des modifications psychiques sont souvent importantes. Le sujet est exposé à l'hyperémotivité, à l'irritabilité, à la colère brusque. Il peut tomber dans un état d'alternance d'euphorie et de dépression, des troubles de l'attention. Son affectivité est également perturbée. Les tendances narcissiques s'accroissent. Apparaissent alors l'indifférence l'agressivité, l'insouciance. La liste des complications liées à la pathologie est loin d'être exhaustive **[25]**.

Divers facteurs recensés au niveau individuel et au niveau de la société affectent le niveau et le mode de consommation d'alcool et l'ampleur des problèmes liés à l'alcool dans la population [9].

Les facteurs environnementaux sont le développement économique, la culture, l'offre d'alcool et l'étendue et le niveau de mise en œuvre et d'application des politiques en la matière [9].

Le faible coût des boissons alcoolisées, la grande disponibilité de l'alcool, les formes de promotion ciblant les jeunes consommateurs, la tolérance vis à vis de la consommation d'alcool dans de nombreuses sociétés, sont autant de raisons liées à l'augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes [13].

Le problème majeur est que les adolescents banalisent la consommation d'alcool. Il est manifestement difficile pour les élèves de concevoir que cette pratique, associée aux notions de plaisir, de convivialité et de fête, pourrait être dangereuse [26].

L'ampleur et la nature des méfaits de la consommation de l'alcool font ressortir la nécessité d'une action aussi bien locale que nationale.

Nous trouvons en général dans le district de Bamako, une prolifération des boutiques et des kiosques où se vendent les boissons alcoolisées. Les élèves s'approvisionnent auprès de ces kiosques. Certains élèves vont à l'école avec des boissons alcoolisées en sachets [3].

Les enseignants face à cette situation semblent impuissants de se faire obéir. Ce qui occasionne une légèreté dans l'observance de la discipline dans les écoles de la commune VI [3].

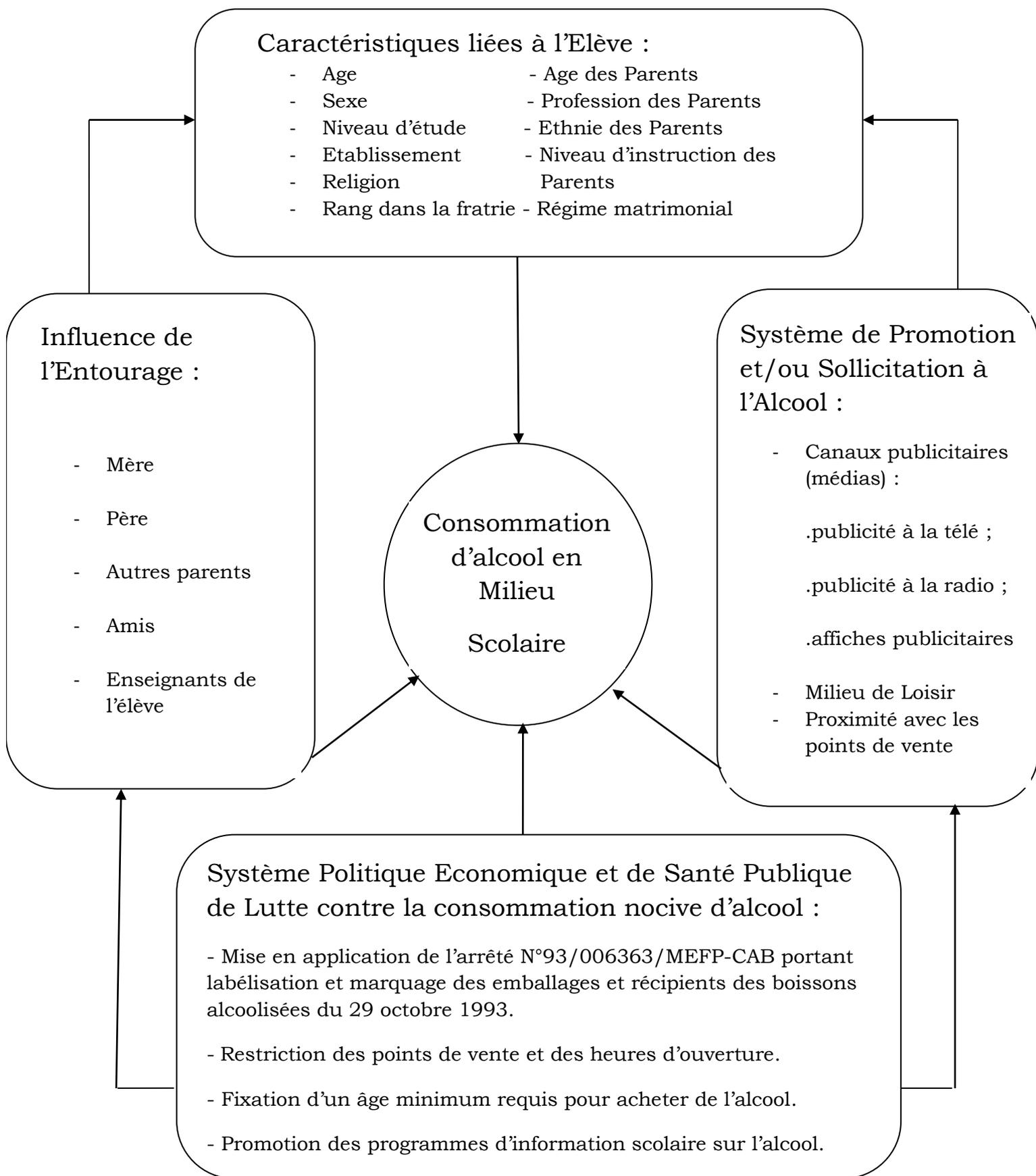
Les élèves se constituent en groupe d'amis. Lors des événements ou circonstances, ils se réunissent autour des verres d'alcool pour dissimuler les problèmes ou manifester leur sentiment de joie [3].

Face à de tel constat sur l'ampleur de la consommation d'alcool, nous avons estimé nécessaire de faire une étude auprès des élèves des lycées afin d'identifier les déterminants de la consommation d'alcool en milieu scolaire en commune VI du District de Bamako.

Pour cela, nous nous sommes posé certaines questions :

- quelle est la fréquence de la consommation de boissons alcoolisées chez les élèves des lycées en commune VI du District de Bamako ?
- quel est le niveau de consommation de boissons alcoolisées chez les élèves des lycées en commune VI du District de Bamako ?
- quels sont les facteurs qui influencent la consommation de boissons alcoolisées chez les élèves en commune VI du District de Bamako ?

**Figure 1** : Cadre conceptuel de l'alcoolisme en milieu scolaire



# **HYPOTHESES ET OBJECTIFS**

### **III. HYPOTHESES**

Dans le cadre de cette étude, nous formulons les hypothèses suivantes :

- la prévalence de la consommation d'alcool est élevée dans les lycées de la commune VI du District de Bamako.
- les facteurs sociodémographiques et environnementaux influencent la pratique de la consommation d'alcool chez les élèves des lycées de la commune VI du District de Bamako.

### **IV. OBJECTIFS**

#### **IV.1. Objectif général :**

Etudier la consommation d'alcool chez les élèves des lycées de la commune VI du District de Bamako.

#### **IV.2. Objectifs Spécifiques :**

- ✓ Déterminer la prévalence de la consommation d'alcool chez les élèves des lycées en commune VI du District de Bamako.
- ✓ Identifier le niveau de consommation d'alcool chez les élèves des lycées en commune VI du District de Bamako.
- ✓ Décrire le niveau de connaissance des élèves des lycées sur les méfaits de la consommation excessive de l'alcool en commune VI du District de Bamako.
- ✓ Décrire les perceptions, attitudes et pratiques des élèves des lycées face à la consommation d'alcool en commune VI du District de Bamako.
- ✓ Identifier les facteurs qui influencent la consommation d'alcool chez les élèves des lycées en commune VI du District de Bamako.

# **GENERALITES**

## **V. GENERALITES :**

### **V.1. Définition de concepts :**

- **Alcool** : Molécule naturelle issue de la fermentation des « oses » (les sucres) contenus dans les fruits les tiges et les légumes, et donnant naissance aux boissons alcooliques et alcoolisées. Il se définit en ce moment comme une substance psychoactive à l'origine de la dépendance ; c'est également une substance toxique induisant des effets néfastes sur la santé. L'alcool est ordinairement appelé alcool éthylique ou éthanol [1].

- **Alcoolisme** : créé au XIX siècle, l'alcoolisme est à l'origine, un terme médical désignant l'ensemble des pathologies liées à un agent causal : l'éthanol. En d'autre terme, il désigne l'intoxication, la maladie liée à un abus chronique de boissons alcoolisées, avec dépendance à l'alcool. Aujourd'hui, son sens s'est élargi et recouvre aussi l'étude des phénomènes sociologiques [25]; par exemple : l'alcoolisme des adolescents, l'alcoolisme dans le milieu scolaire.

- **Alcoolisation** : terme à l'origine médicale, pour désigner l'acte d'introduire de l'alcool dans un milieu, un organisme qui n'en contient pas naturellement. Pour l'homme, l'alcoolisation signifie : introduire de l'alcool dans son organisme, sans aucune référence ni à la nature, ni à la quantité ni au mode d'introduction du produit [25, 27].

- **Alcoolique** : terme médical désignant la personne qui est atteinte d'alcoolisme chronique [11].

- **Alcoolodépendance** : est le besoin compulsif d'absorber de l'alcool pour faire cesser le malaise psychique ou les troubles physiques dus au syndrome de sevrage. Elle désigne donc la situation d'un sujet qui ne peut plus se passer du produit psychoactif à cause des symptômes de manque très manifeste à l'arrêt de la consommation [28].

- **Abus d'alcool** : terme désignant l'utilisation excessive et volontaire permanent ou intermittente, de substances alcooliques, ayant des conséquences préjudiciables sur la santé physique ou psychique [27].

- **Addiction** : c'est le processus par lequel un comportement initial visant la production de plaisir ou l'atténuation d'une sensation de malaise, devient incontrôlé et poursuivi en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives [28].
- **Bingedrinking** : encore appelé consommation épisodique massive, consiste à consommer une quantité importante d'alcool en un temps réduit, par épisodes ponctuels ou répétés, conduisant à l'état d'ivresse dans un bref délai [27,28]. Il est défini comme la consommation d'au moins 60 g d'alcool au cours d'une seule occasion [29].
- **Syndrome de manque** : terme désignant les sensations et douleurs psychologiques ou physiques qu'éprouve une personne dépendante d'un produit psychoactif lorsqu'elle arrête de la consommer. Le manque est également appelé syndrome de sevrage [28].
- **Sevrage** : terme qui désigne l'arrêt de la consommation d'un produit psychoactif [28].
- **Tolérance** : on parle de tolérance quand une même dose d'un produit entraîne moins d'effets qu'auparavant chez un sujet. Pour ressentir à nouveau les effets des premières fois, le consommateur est tenté d'accroître les quantités ou la fréquence des prises ; ce qui augmente les dangers du produit consommé [28].
- **Unités de brasseries** : Ce terme désigne les entreprises de fabrications et de distribution en gros des boissons alcoolisées.

## **V.2. Revue de la littérature :**

### **V.2.1. Aperçue historique :**

Le mot alcool, issu de l'arabe al Khol, désignerait à l'origine une poudre à coloration noire utilisée comme un fard à paupière pour se maquiller. Le gaz produit à partir de celui - ci fut appelé « alcohol », un terme qui devient synonyme d'esprit, au sens d'esprit du vin [1].

C'est à partir du XVI siècle que le mot al Khol sera introduit en français dans son orthographe actuelle alcool désignant « ce qui est subtil » voire « mystérieux, magique ».

Depuis la nuit des temps, les boissons enivrantes étaient considérées comme des produits magiques et divins [27].

Les découvertes archéologiques montrent que certaines sociétés néolithiques avaient déjà connaissance de boissons alcoolisées et en faisaient usage [30]. Dans les récits des peuples anciens, les breuvages alcoolisés relevaient de l'ordre du divin, les chefs consommant le vin de façon rituelle lors des fêtes religieuses.

En Europe, Grecs et Romains du temps antique célébraient le culte de Dionysos et Bacchus, divinités de la vigne et du vin.

En Afrique, l'ancienneté de la consommation des boissons alcoolisées artisanales remonte jusqu'à l'époque de l'Égypte pharaonique. Au fil du temps, l'alcool par la voie de la traite négrière au Moyen Age, puis de celle de la colonisation au XIX siècle, est importé de l'Occident vers le continent africain. Sa consommation qui vient s'ajouter aux boissons alcoolisées locales est diffusée jusque dans les contrées les plus reculées de l'Afrique noire.

### **V.2.2. Propriétés et pharmacocinétique:**

L'éthanol ( $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ ) est un liquide incolore, d'odeur agréable et de saveur brûlante. Il est produit par une fermentation anaérobie des sucres et a un pouvoir calorifique très élevé. L'alcool est un produit toxique et psychotrope, ayant pour conséquence une levée de l'inhibition et un effet antidépresseur dans certains cas, et provoquant dans d'autres cas une sédation ou effet dépresseur [1, 31].

Lors de son administration par voie orale, l'alcool est entièrement absorbé par le tube digestif notamment au niveau gastrique mais essentiellement par l'intestin grêle. Il passe ensuite dans le sang pour diffuser à l'ensemble de l'organisme. La distribution de l'éthanol est très rapide (demi-vie de distribution de 7 à 8 minutes) aux organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie. L'éthanol, petite molécule très diffusible, franchit la barrière placentaire, et les concentrations dans le liquide amniotique et chez le fœtus sont proches des concentrations plasmatiques de la mère. L'essentiel du métabolisme de l'éthanol a lieu dans le foie ; cependant, d'autres tissus peuvent participer à l'oxydation de l'éthanol, le rein pour une faible part et le tractus gastro-intestinal. Le métabolisme hépatique élimine plus de 80 % de l'alcool ingéré [31].

Cependant la capacité de détoxification du foie peut être rapidement dépassée en cas d'ingestion de grande quantité en peu de temps.

### **V.2.3. Production des boissons alcoolisées [1]:**

La production traditionnelle d'alcool se fait de façon séculaire en Afrique. Au Mali, les boissons de fabrication artisanale sont : le « dolo » le « bangiy ». Le « dolo » ou « tchapalo » ou « tjimi-tjama » en bambara désigne la bière de céréales Le bangiy désigne le vin de palme (*Elaeis Guinéensis* Jacq).

Cependant, le processus d'industrialisation a facilité la production rapide des boissons alcoolisées de façon à satisfaire les demandes des populations avides d'alcool.

L'alcool est une substance psychoactive, obtenue par fermentation d'un jus (raisin, canne à sucre, céréales...), par distillation ou par mélange de produit fermentés.

➤ **Les boissons fermentées :**

La fermentation alcoolique est la transformation d'un sucre fermentescible tel que le glucose en alcool. Ainsi le jus de fruit sucré ou de céréale, sous l'action d'enzymes produites par des micro-organismes, notamment sous l'influence de certaines levures, se transforme en alcool éthylique.

Les principaux produits obtenus sont : le vin, la bière et le cidre.

- Le vin est obtenu par des procédés variés de fermentations (vinification) à partir d'un fruit (raisin), d'une tige (canne à sucre), d'un bourgeon (chou palmiste)...
- La bière est obtenue par fermentation d'une substance (le malt) élaborée à partir de grains de céréales germés (l'orge, le mil, le riz ...) et parfumée par du houblon.
- Le cidre est une boisson enivrante et pétillante, préparée à partir de la fermentation du jus de pomme.

➤ **Les boissons distillées :**

La distillation alcoolique est une technique qui consiste à faire porter les substances liquides à l'ébullition afin de pouvoir séparer ses constituants et recueillir ces derniers par condensation. L'alcool bouillant à 70°C (degrés Celsius) s'évapore plus vite que l'eau qui bout à 100°C. La distillation permet ainsi d'obtenir des alcools plus concentrés, entre autres :

- L'eau-de-vie de vin (cognac, armagnac) ;
- Le calvados obtenu à partir du cidre.
- Le rhum élaboré à partir du jus fermenté de canne à sucre.
- Le whisky, gin et la vodka provenant des grains de céréales fermentés...

➤ **Les liqueurs :**

Les liqueurs sont des boissons alcoolisées préparées sans fermentation à partir de mélanges d'alcool, de produits végétaux, d'eau, de produits sucrés et d'arôme. Il existe deux groupes de liqueurs : les apéritifs et les digestifs.

- Les apéritifs sont des liqueurs généralement servis avant les repas ; elles se boivent additionnées d'eau glacées. Exemples : anis, cocktail, vermouth, quinquina...
- Les digestifs sont des liqueurs sucrées qui se consomment pures à la fin du repas pour faciliter la digestion. Exemples : cassis, chartreuses...

**V.2.4. Modes d'usage :**

L'alcool est un calmant, une substance addictive et psychoactive. On distingue trois types d'usages de ce produit.

➤ **L'usage simple :**

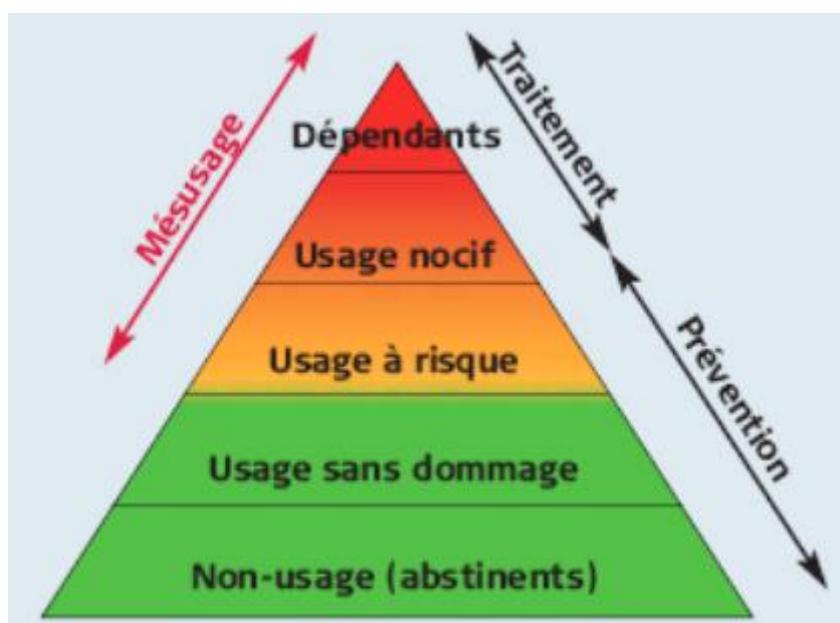
C'est un usage modéré de la substance qui peut être occasionnel ou expérimental, et n'entraînant ni complication somatique ni dommage socio – psycho - biologique. Les seuils définis par l'OMS sont de trois unités d'alcool par jour chez l'homme et de deux chez la femme. En outre, il convient de ne pas dépasser quatre unités d'alcool par occasion pour l'usage ponctuel et de pratiquer l'abstinence au moins un jour dans la semaine. Pour rappel, une unité d'alcool est l'équivalent de dix grammes d'alcool pur et sert de mesure étalon. Les consommations standard dans les bars sont égales à une unité d'alcool : un demi de bière à 4°, un verre de vin à 12°, 2 cc de whisky à 40° [27,32].

➤ **L'usage à risque :**

Il est défini par toute conduite d'alcoolisation ou la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à une dépendance ou à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme [27,32,33].

➤ **L'usage nocif :**

Il est défini par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, et l'absence de dépendance à l'alcool. Cette définition ne fait pas référence à des seuils de consommation, qui peuvent être inférieurs aux seuils de l'usage à risque des lors que certains dommages sont constitués. Cette catégorie correspond à la définition de " l'utilisation nocive pour la sante" (d'alcool) dans la CIM-10 et de l'abus (d'alcool) dans le DSM-IV [27, 32, 33].



**Figure 2 :** Pyramide de Skinner illustrant le niveau de risque suivant les modes d'usage de l'alcool (source : [34])

**V.2.5. Les types de consommations :**

L'alcoolisme apparaît sous deux types de consommations : aiguë et nocive.

➤ **La consommation aiguë :**

La consommation est dite aiguë lorsque la personne qui boit se livre à une consommation occasionnelle, plus ou moins intense conduisant à l'ivresse. Le « bingedrinking » en est le prototype. Il conduit en général à une modification de l'état de conscience, des facultés cognitives, de la perception

et du comportement du sujet. Les modifications liées à cette intoxication aiguë de la substance consommée peuvent disparaître dans le temps, sauf si elles entraînent des complications susceptibles de laisser des séquelles (comme le coma, les convulsions...)

➤ **La consommation nocive :**

La consommation d'alcool dite « nocive » ou « à problème » est définie comme un mode de consommation dommageable à la santé physique ou mentale. L'OMS la définit comme une consommation moyenne régulière de plus de 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de plus de 60 g pour les hommes [29]. Cette forme appelée addictive, entraîne des complications psychologiques ou physiques, voire la dépendance.

**V.2.6. L'alcool-dépendance :**

L'alcool est une substance psychoactive. Il peut produire une dépendance physique ou psychologique chez l'homme. La dépendance à l'alcool peut être définie comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool devient prépondérante et prioritaire sur les autres comportements jusqu'alors prédominants chez un individu donné [29]. Il s'agit de toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'alcool-dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés [27].

La présence d'alcool dans l'organisme en perturbe l'équilibre interne. Lorsque sa consommation devient répétitive, le cerveau s'adapte pour tenter de recréer son équilibre. Pour cela, il est capable de mobiliser de multiples mécanismes, à savoir : la diminution du nombre de récepteurs à la surface des neurones ; la modification de la sensibilité de ces récepteurs ; la diminution des quantités de neurotransmetteurs libérés ; l'activation des gènes jusque-là inactifs. Ainsi s'installent les mécanismes de tolérance lors de la consommation régulière de la substance psychotrope. La sensation d'ivresse diminue par conséquence.

Si la prise occasionnelle produit une sensation plaisante, la consommation répétitive et chronique diminuent ces effets de la substance. L'individu ressent alors un sentiment de tristesse, d'anxiété et d'irritabilité. Cet état négatif le conduit à consommer à nouveau, non plus pour éprouver les effets positifs du produit, mais plutôt pour éviter de ressentir les effets désagréables lorsqu'il arrête de consommer. Il vit une frustration qui le pousse même à l'augmentation des doses.

La personne alcoolo-dépendante est par conséquent sujette à un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool prend le pas sur tous les autres comportements qui prédominent jusque-là chez elle. Elle éprouve le désir compulsif de consommer pour calmer une douleur ou pour réduire un stress ou une angoisse. Le sujet maintient alors sa consommation en dépit des conséquences manifestement nocives que la substance a sur lui. Il s'ensuit un désintérêt un désinvestissement progressif de ses autres activités et obligations au profit de la consommation de l'alcool. A cela s'ajoute un syndrome de sevrage physique ainsi qu'une tolérance accrue.

#### **V.2.7. Le syndrome de sevrage alcoolique :**

La réponse de l'organisme à un sevrage est généralement violente. Lorsque la personne alcoolique cesse de consommer, son cerveau ne s'adapte pas immédiatement à ce nouveau changement. L'alcoolo-dépendant éprouve alors des sensations et douleurs psychologiques ou physiques. Ces symptômes de manque également appelés syndromes de sevrage ne sont en fait que l'expression de ce nouveau déséquilibre.

Le syndrome de sevrage alcoolique se manifeste par l'anxiété, des tremblements, des céphalées, une accélération du rythme cardiaque, des mains moites... Les manifestations les plus sévères se traduisent par les troubles visuels, auditifs et sensitifs, des idées délirantes, des crises convulsives parfois avec hallucination [28].

Il survient le matin six à douze heures après la dernière prise d'alcool, et n'est calmé que par la prise d'un ou deux verres. Il n'est pas constant.

### **V.2.8. Les facteurs de conduites alcooliques :**

Le déterminisme des conduites alcooliques est très complexe. L'alcoolisme est un phénomène hétérogène où le poids respectif des facteurs varie d'un sujet à l'autre. On retient entre autres :

#### **✓ Les facteurs génétiques :**

Il existe une forte probabilité génétique de l'addiction alcoolique. Des études épidémiologiques en ont déjà prouvé le caractère familial. Il est établi que la dépendance à l'alcool est répandue dans certaines familles. Le risque de consommation illicite avant l'âge légal est fortement marqué par des déterminants génétiques. Des études de transmission familiale, auprès des jumeaux et des enfants adoptés, ont également montré l'influence génétique dans l'évolution de l'alcoolisme [35]. Par ces recherches, on a tenté de mettre en évidence que le risque de l'alcoolisme était d'autant plus élevé que la parenté biologique avec un sujet atteint d'addiction était grande.

En règle générale, les comparaisons monozygotes et dizygotes indiquent que le taux de dépendance serait plus élevé chez les jumeaux monozygotes que chez les dizygotes). Ces études ont révélé que la part des facteurs génétiques dans le risque de développer une dépendance à l'alcool se situe à 50-60% [36]. D'autres études ont indiqué un risque élevé d'abus d'alcool et de dépendance chez les enfants adoptés de parents biologiques alcoolodépendants par rapport à ceux issus de parents biologiques non alcoolodépendants. De telles études indiquent un mécanisme génétique mais n'en précisent pas la nature.

Différents facteurs biochimiques sont supposés prédisposer à l'abus d'alcool et à la dépendance. Une étude menée par Duaux et al. [37] a relevé des différences entre les patients « toxicomanes » et « non toxicomanes » sur les allèles codant pour la fabrication des récepteurs à la  $\beta$  endorphine. On sait que ces récepteurs sont impliqués dans les systèmes cérébraux, notamment dopaminergiques, intervenant dans l'activation des systèmes de plaisir et de récompense.

Il est également prouvé que les fils des alcoolo-dépendants sont moins sensibles aux effets produits par l'intoxication aiguë due à l'alcool. On suppose sans le prouver que des personnes qui ressentent moins les effets de l'alcool sont susceptibles de boire davantage et donc s'exposer à un risque plus grand de développer une dépendance alcoolique [36].

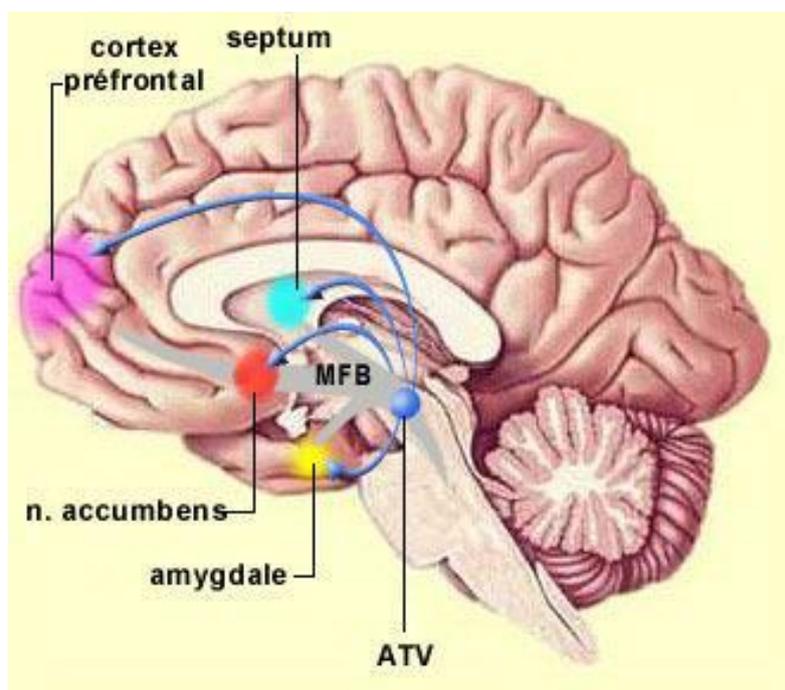
✓ **Les facteurs neurobiologiques :**

L'alcool est une substance psychoactive dont l'usage peut provoquer une perturbation de l'activité cérébrale à l'origine de la dépendance. L'éthanol augmente les effets inhibiteurs du GABA et diminue les effets excitateurs du glutamate. L'effet renforçateur est probablement lié à une augmentation d'activité de la voie dopaminergique mésolimbique. L'alcool influe sur les émotions ; modifie les sensations et motivations. Ces modifications sont dues à l'activation et au renforcement du système de récompense cérébrale (système dopaminergique mésocorticolimbique). Le renforcement du système de récompense cérébrale entraîne une répétition du comportement et conduit à une dépendance [38].

Il est de plus en plus clairement établi que les perturbations des systèmes dopaminergiques mésocorticolimbiques, opioïde, noradrénergique, sérotoninergique et corticotrope entrent en jeu dans la vulnérabilité aux addictions [39].

Le circuit dopaminergique mésolimbique est situé dans une zone du cerveau appelée cerveau moyen, et c'est le système le plus fortement impliqué dans le risque d'apparition d'une dépendance aux substances psychoactives. Deux aires cérébrales sont particulièrement importantes dans la dépendance aux substances psychoactives : l'aire tegmentale ventrale (ATV), et le noyau accumbens. L'aire tegmentale ventrale est une zone riche en neurones contenant un neurotransmetteur, la dopamine. Les corps cellulaires de ces neurones envoient des projections vers des régions cérébrales impliquées dans les émotions, les pensées et la mémoire ainsi que la prévision et la réalisation des comportements. Le noyau accumbens est une zone très importante du cerveau impliquée dans la motivation, l'apprentissage et le signalement de la valeur motivationnelle des stimuli [40].

Au cours de la dépendance, les substances psychoactives activent de manière répétée les systèmes motivationnels du cerveau qui sont normalement activés par des stimuli fondamentaux tels que les aliments, l'eau, le danger et les partenaires sexuels. Le cerveau est « trompé » par ces substances et amené à répondre comme si ces substances et les stimuli qui leur sont associés étaient biologiquement nécessaires. Avec la répétition de l'exposition, l'association se trouve chaque fois renforcée et suscite une réponse comportementale et neurochimique de plus en plus importante. C'est ce qu'on appelle le phénomène de sensibilisation à l'incitation, tandis que les substances psychoactives et les stimuli associés à leur utilisation prennent une importance motivationnelle et comportementale croissante.



**Figure 3** : Système mésolimbique dopaminergique (ATV : Aire Tegmentale Ventrale ; MFB : Medial Forebrain Bundle) [40]

✓ **Les Facteurs psychologiques :**

Il est vraisemblable que des troubles d'ordre mental occasionnent l'alcoolisme de forme secondaire. Il s'agit entre autre de certains troubles de la personnalité, les troubles bipolaires et phobiques ainsi que les troubles du sommeil [28]. Certains tempéraments (niveau élevé de recherche de sensation, de nouveauté) et certains traits de personnalité (timidité,

autodépréciation) se sont révélés particulièrement prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et de drogues à l'adolescence [28,41, 42]. D'autre part la probabilité de dépendance est de 4,5 fois plus élevée chez les sujets atteints de trouble mental que chez les personnes non affectées [43].

Le stress semble influencer la sensibilité addictive. Il apparaît intéressant de relier les notions cliniques et épidémiologiques, qui affirment le rôle des événements traumatiques dans la vulnérabilité addictive, et les notions neurobiologiques qui insistent sur la dysrégulation de l'axe corticotrope dans les pathologies addictives. Dans les situations de stress, de grandes quantités d'hormones de stress (les glucocorticoïdes) sont sécrétées dans le cerveau. Or, ces hormones augmentent la sensibilité du cerveau aux psychotropes et favorisent l'émergence de comportements addictifs chez un sujet [28]. Par conséquent, la susceptibilité au stress influence la susceptibilité à l'addiction.

✓ **Les risques liés à l'adolescence :**

L'adolescence est une période de la vie caractérisée par importante évolution neuropsychique et corporelle sous - tendues par des facteurs hormonaux. L'adolescent au milieu de ce bouleversement est à la quête d'une autonomie afin de déterminer sa personnalité. L'adolescence est une période où les jeunes, fragilisés et vulnérables, sont à la recherche de l'interdit, de la transgression des normes et des codes [44]. L'expérimentation devient ainsi un des moyens utilisés dans cette quête. La recherche de sensations et la prise de risque, deux composantes de l'impulsivité sont particulièrement caractéristiques de l'adolescence [45]. La tendance actuelle montre que la consommation d'alcool se fait de plus en plus précocement ; ce qui est excessivement dangereux. Le cerveau adolescent (12 à 25 ans) est beaucoup plus sensible aux effets toxiques et addictifs des boissons alcoolisées que le cerveau adulte [46]. Toutefois, l'interaction entre les facteurs génétiques et environnementaux est beaucoup plus déterminante dans l'usage d'alcool [47]. L'exposition aux substances psychoactives durant l'adolescence

augmenterait la vulnérabilité aux effets psychotropes et aurait des effets délétères sur le développement cérébral [46]. Une exposition précoce à l'alcool peut augmenter la susceptibilité à l'addiction à l'âge adulte. L'adolescent est un être en devenir qui, pour assurer son avenir, doit acquérir bon nombre de compétences, sociales mais surtout scolaires. La prévention et le dépistage précoce des adolescents vulnérables semblent donc être une priorité afin d'enrayer toute consommation problématique qui risque de se traduire par une perte de chance au niveau scolaire, familial et relationnel et d'altérer à terme le bon développement de l'individu [43].

✓ **Les facteurs environnementaux :**

L'environnement joue un rôle crucial dans l'adoption et la détermination des conduites sociales de l'adolescent. L'autonomie de l'adolescent s'accompagne d'une augmentation de l'influence du groupe de pairs et de la réduction de celle de la famille. Le goût pour les comportements à risque et l'expérimentation (usage de tabac, alcool, drogue et la sexualité) augmente et est encouragé par le groupe de pairs [47, 48]. L'acceptation par ses pairs occupe une place importante dans la socialisation de l'adolescent.

Certaines situations de malaise grave poussent l'individu vers des conduites addictives. Des conditions sociales à risque tels que la précarité, le chômage, l'éclatement familial, l'influence des pairs ou de l'environnement alcoolique, certaines pratiques culturelles, incitent à la consommation alcoolique [41, 49, 50]. Moore et al [51] trouvent qu'il existe une corrélation significative entre le comportement alcoolique des jeunes et les facteurs de protection dans l'environnement familial. Par ailleurs, l'aspect culturel de l'alcool dans certains milieux représente la substance comme un lien dans un cadre festif et synonyme de force [52].

### **V.2.9. Les conséquences de l'alcoolisme :**

L'alcool est une drogue pouvant entraîner une dépendance, mais c'est également la cause de près de 60 différents types de maladies ou d'états pathologiques comprenant blessures, troubles psychiques avec retentissement sur le comportement, symptomatologies gastro-intestinales, cancers, déficits immunologiques, maladies pulmonaires, maladies du squelette et des muscles, troubles de la fonction de reproduction et lésions prénatales, en particulier un risque accru de prématurité et de déficit statur pondéral à la naissance. Pour la plupart de ces états pathologiques, la consommation accroît le risque de manière dose dépendante : plus grande est la consommation plus grand est le risque [53, 54].

#### **✓ Conséquences sanitaires pour l'individu :**

Les effets nocifs de l'intoxication alcoolique sur la santé de l'individu sont multiples.

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

Selon l'alcoolémie chez un sujet, on constate à priori un état d'ivresse ou d'ébriété voire le coma alcoolique.

L'ivresse se manifeste par une modification de l'humeur (euphorie, loquacité, insouciance), une modification du comportement (propos et gestes inconsidérés) une incoordination motrice (démarche ébrieuse...).

L'ivresse peut être hallucinatoire et délirante (hallucinations terrifiantes, jalousie, auto-dénonciation d'un crime...).

La consommation d'alcool peut également provoquer des nausées, pouvant entraîner une inhalation responsable d'une détresse respiratoire aiguë des vomissements, une gastrite, un reflux gastro-œsophagien, une hépatite aiguë alcoolique.

**- A long terme :**

Une alcoolisation excessive porte atteinte à différents organes et fonctions du corps de l'individu. On peut observer entre autres :

**▪ Les troubles neuropsychiques :**

L'éthanol est une substance psychoactive. Absorbé, il est transmis par le sang directement du système digestif au cerveau. Cette substance une fois dans le cerveau, active les neurones inhibiteurs et inhibe les neurones excitateurs. Ces deux actions simultanées de l'éthanol impactent sur le processus de transmission des informations neuronales. Elles produisent un effet de ralentissement général du fonctionnement du système nerveux central [31]. Une consommation abusive d'alcool peut interrompre le développement cortical du cerveau, altérer les fonctions supérieures et engendrer davantage de comportements impulsifs [31,55]. Les troubles neuropsychiques qui en résultent se caractérisent par des troubles du sommeil, de l'anxiété, des risques de dépression, de neuropathie alcoolique, des risques de lésion des nerfs périphériques. La dépendance alcoolique entraîne des lésions cérébrales, une atrophie cortico-sous-corticale, une incoordination motrice, des troubles de l'équilibre, une encéphalopathie, un déclin cognitif (oubli des faits, désorientation, fabulation ...), des démences alcooliques (syndrome de Korsakoff...), des accidents vasculaires cérébraux (AVC). On peut même observer des comportements suicidaires. En effet, le taux de suicide est 6 fois plus élevé parmi les alcools dépendants que chez les personnes non dépendantes [36,56].

**▪ Les troubles oculomoteurs :**

Une consommation excessive peut être facteur de neuropathie optique allant de la simple baisse de l'acuité visuelle aux scotomes (lacunes dans le champ visuel) [56].

▪ **Les troubles hépto-pancréatiques :**

L'alcool a des effets nocifs sur le foie et sur le pancréas. Le degré d'atteinte alcoolique du foie est généralement proportionnel à la quantité d'alcool ingérée et à la durée de l'intoxication.

Ainsi, la stéatose correspond à la lésion la plus précoce du foie de l'alcoolique. Elle s'observe de façon constante chez les alcoolo-dépendants chroniques. Cependant, elle ne donne pas de manifestation clinique particulière.

Le second stade de lésion du foie est appelé la stéato-nécrose ou hépatite alcoolique dont les manifestations vont de l'anorexie et amaigrissement aux fatigues, vomissements et perte de masse musculaire. Si la consommation de l'alcool demeure répétitive et excessive, la lésion peut évoluer vers une destruction du tissu hépatique du sujet.

L'atteinte la plus avancée aboutit à la cirrhose, qui se manifeste par la destruction des cellules du foie. Dans ce cas, les cellules dégénérées laissent place à un tissu fibreux non fonctionnel. La fibrose traduit le degré d'avancement de la cirrhose qui peut alors évoluer vers le cancer du foie [56].

Le cancer du foie est dû à une prolifération cellulaire maligne très importante qui va affecter le foie, puis l'organisme tout entier de la personne alcoolique.

L'excès d'alcool favorise une affection pancréatique. Le pancréas est un organe glandulaire situé dans l'abdomen, sécrétant le suc pancréatique déversé dans l'intestin pour servir à la digestion ; ainsi que deux hormones (l'insuline et le glucagon) excrétées dans le sang pour la régulation du métabolisme du glucose.

L'inflammation du pancréas est connue sous le nom de pancréatite, soit aiguë ou chronique.

La pancréatite aiguë est une digestion brutale et massive de la glande par ses propres enzymes, entraînant la mort dans de nombreux cas. C'est l'insuffisance pancréatique endocrine.

La pancréatite chronique est à l'origine d'une mauvaise absorption des aliments par déficit de sécrétions déversées dans l'intestin, on parle alors d'insuffisance pancréatique exocrine (mal-digestion). Elle se manifeste par des douleurs et un amaigrissement par dénutrition [56].

▪ **Les troubles gastro-intestinaux :**

L'alcoolisation excessive est responsable de certains troubles moteurs souvent impliqués dans le reflux gastro-œsophagien. Ainsi donc, le bol alimentaire est anormalement refoulé de l'estomac vers l'œsophage, provoquant des brûlures et des aigreurs.

L'alcool occasionne un remaniement de la muqueuse digestive. Par sa toxicité, il favorise la pénétration d'agents cytotoxiques au travers de cette muqueuse. Ceci entraîne une inflammation (comme l'œsophagite, la gastrite...), pouvant évoluer en ulcère chez le sujet alcoolo-dépendant. Ce qui peut se compliquer en cancers de la bouche, de l'œsophage, de larynx, de l'estomac, du colon, et du rectum [56].

▪ **Les pathologies cardio-vasculaires :**

Un alcoolo-dépendant est dangereusement exposé à l'hypertension artérielle et à la cardiomyopathie dilatée qui sont secondairement responsables de troubles du rythme cardiaque. Ces arythmies cardiaques peuvent entraîner des accidents cardio-vasculaires par envoi d'embolie. L'alcool serait le troisième facteur d'hypertension artérielle après l'âge et le poids [56].

▪ **Les troubles uro-génitaux :**

L'alcoolisme peut favoriser chez le sujet mâle une atrophie testiculaire, des troubles d'érection et même d'éjaculation. Il s'agit de facteurs qui influencent la qualité de la vie sexuelle. Chez la femme alcoolique les organes génitaux comme les ovaires, l'utérus ou le vagin peuvent être atrophiés, et le cycle menstruel perturbé. L'addiction pendant la grossesse peut conduire au

syndrome de l'alcoolisation fœtale se soldant par un retard psychomoteur et des anomalies physico-psychiques de l'enfant.

▪ **Atteinte hématologique :**

L'alcoolisme chronique entraîne une anémie macrocytaire et une baisse de la lignée des leucocytes. L'éthanol peut interférer sur les fonctions normales du système immunitaire d'un individu qui devient très vulnérable à certaines pathologies infectieuses : pneumonie, tuberculose, VIH etc.

✓ **Conséquences négatives pour la société :**

La consommation excessive d'alcool peut causer des problèmes sociaux importants.

- **Problèmes au niveau de la famille :**

Les tensions familiales et conjugales sont quasi inévitables. Cette atmosphère de violence et de disputes est néfaste pour les enfants qui risquent de développer des troubles émotionnels ou comportementaux et ont souvent de mauvais résultats à l'école. La misère s'installe au foyer du fait que l'alcoolique dépense inconsidérément son argent et trouve difficilement du travail. L'épouse du buveur chronique est souvent une femme « battue » ; anxieuse ; dépressive et socialement isolée [56].

Le taux de divorce est élevé chez les grands buveurs : un divorce sur quatre est dû à l'alcoolisme.

- **Problèmes professionnels et accidents imputables à l'alcool :**

Chez l'enfant et l'adolescent, divers comportements à problèmes (accidents, conduites antisociales, troubles somatiques) peuvent s'associer à la consommation d'alcool et de drogues. Il est cependant difficile de préciser à partir de quel niveau de consommation ces comportements apparaissent, ceux-ci pouvant s'observer chez des sujets consommateurs ne présentant pas obligatoirement les critères de l'abus ou de la dépendance [41]. .

Le travail professionnel et la conduite d'un véhicule sont une succession de réflexes. Or l'alcool est une substance qui augmente le temps de réaction ; par conséquent ralentit les réflexes.

▪ Au travail, l'alcoolique occupe des postes peu qualifiés. Il est peu efficace avec des périodes prolongées de chômage [57].

▪ Les boissons alcoolisées peuvent être causes de morts violentes notamment par accident de circulation, d'homicides ou de suicides [58]. En France, on a enregistré entre 2002 et 2003 environ 2200 cas de décès par accident de la route imputables à l'ivresse alcoolique [59].

#### **- L'alcool et les délits :**

L'abus d'alcool est également associé à la délinquance, au vol, aux sévices sexuels et à la criminalité dont le meurtre [52].

En 2004, l'alcoolisme a causé environ 1.800.000 morts dans le monde dont 45.000 en France (troisième cause de mortalité évitable en France) [10].

#### **V.2.10. La prise en charge du patient alcoolo-dépendant :**

Il n'existe pas une, mais des modalités multiples de traitement de l'alcoolisme chronique. Celles-ci débutent par une phase de dépistage pour pouvoir par la suite intégrer le malade dans un parcours de soin.

La prise en charge thérapeutique consiste en un traitement médicamenteux associé à un suivi médico-psychosocial.

##### **✓ Le dépistage :**

Le dépistage précoce des patients alcooliques ayant un usage à risque ou nocif est important, voire prioritaire en terme de santé publique. Car il est connu par tous que le traitement des cas avérés est difficile, particulièrement en cas de dépendance. Le dépistage serait une phase préparatoire destinée à présenter au patient le programme thérapeutique et surtout à évaluer sa motivation. Les outils les plus simples pour le dépistage des personnes en difficulté avec l'alcool et utilisables facilement par les acteurs de santé de première ligne sont des questionnaires standardisés. Les trois premières questions du questionnaire Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) de l'OMS, conçues pour repérer une consommation d'alcool à risque et dangereuse, ont été testées et validées. La première question aborde la

fréquence de la consommation d'alcool, la seconde porte sur la quantité d'alcool absorbée au cours d'une journée de consommation ordinaire et la troisième sur la fréquence des consommations épisodiques massives. Le repérage d'une consommation d'alcool dangereuse ou nocive est plus efficace lorsqu'il est intégré dans les pratiques cliniques de routine [29].

Amener le patient à prendre conscience de son intoxication, de la nécessité de se traiter, puis de se faire suivre régulièrement par les thérapeutes, paraît très difficile. L'approche nécessite l'implication des médecins généralistes. Ceux-ci sont les plus accessibles et les mieux placés pour dépister les mésusages de l'alcool et ses complications. La place du médecin généraliste est centrale, incontournable, et difficile [60]. Rarement une personne alcoolo-dépendante accepte de parler du problème dont elle souffre. Un principe de l'alcoologie veut qu'on lui propose un entretien. Il s'agit d'aborder le sujet à travers des démarches conversationnelles, sans attendre qu'elle approuve ou pas.

L'entretien de motivation est la modalité d'entretien le plus souvent préconisée. Le médecin référent doit se montrer vigilant quant aux signes non spécifiques pouvant être révélateurs d'une consommation chronique. On peut retenir entre autres signes : l'hypersudation, l'asthénie, les troubles de sommeil, l'anxiété, l'irritation, l'état dépressif, nausées, soif, gastralgies, crampes, fatigue etc. Une investigation intensive aide souvent le patient à reconnaître et à comprendre son problème. Il est toutefois important d'éviter la confrontation, car cela risque de déstabiliser une personne dont les sentiments sont déjà mitigés quant à la perspective de vie sans alcool. Lorsqu'il existe des dommages physiques, psychiques ou socio-professionnels, associés à des signes de dépendance, le patient nécessite alors une aide médicale, un traitement.

✓ **Le traitement :**

Sous l'emprise de l'alcool, l'individu agit comme si la substance était devenue biologiquement nécessaire à sa survie.

Le traitement a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients. Il est nécessairement pluridisciplinaire et souvent émaillé de rechutes et de ruptures de soin. Il s'inscrit sur le long terme. Le médecin généraliste est très impliqué dans les deux principaux volets de la prise en charge, à savoir : le sevrage et le maintien de l'abstinence.

**- Le sevrage alcoolique :**

Le sevrage est l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez l'alcoololo-dépendant [61]. Il s'impose à chaque fois qu'il y a dépendance alcoolique. Par conséquent, il vise à amener le malade alcoolique dans un processus d'abstention progressive, complète et durable d'alcool. Le sevrage thérapeutique doit avoir des objectifs qu'il faut préciser avec le patient. La demande peut également venir de l'entourage (famille, travail, instances juridiques ...), ou encore se faire dans l'urgence lors de complications somatiques, psychiatriques ou sociales [61].

La cure de sevrage peut être ambulatoire ou institutionnelle.

Le sevrage ambulatoire, pour les cas les moins sévères peut se faire à domicile si un soutien médical adéquat est possible. Il est le plus couramment pratiqué, car il permet au patient la poursuite de l'activité professionnelle, le maintien des relations familiales et sociales, une participation de son entourage. Mais il doit obéir à des règles protocolaires établies par le thérapeute : surveillance, délirium tremens, agitation.

Le sevrage institutionnel par contre se réalise dans une structure d'hospitalisation indispensable dans les cas aigus d'intoxication. Il a l'avantage de faciliter l'abstinence et de la médicaliser.

### **- Traitement médicamenteux :**

Il existe de nombreux traitements pharmacologiques. Ainsi sont utilisées des substances ou des méthodes qui altèrent l'action du psychotrope sur l'organisme et qui en suppriment les aspects plaisants.

- Les spécialités médicamenteuses les plus connues sont :

La naloxone et la naltrexone diminuent l'effet de l'alcool en bloquant les récepteurs aux opiacés [38,62]. La durée du traitement de la naltrexone recommandée par l'AMM est de trois mois, à la posologie d'un comprimé par jour.

Le disulfirame ; possède un effet antabuse. Il est destiné à produire une réaction très désagréable lors de la consommation d'alcool en interférant avec son métabolisme [38].

La méthadone et la buprénorphine, deux composés chimiques utilisés dans le « traitement de substitution » pour imiter certains effets des psychotropes sans en avoir les effets néfastes, ceci dans le but de réduire les comportements de consommation et les risques de mortalité.

L'apamorphine, l'acamprosate, le maltrexone l'esperal et le métronidazole visent à dégoûter le patient, donc à diminuer son appétence pour l'alcool [38]. L'acamprosate est un dérivé synthétique de l'homotaurine qui présente une analogie de structure avec l'acide Gamma-amino-butyrique (GABA). La durée du travail varie de six mois à un an. La posologie est de quatre comprimés par jour pour un patient de moins de 60 kg ; six comprimés par jour au-delà ; en deux ou trois prise par jour [63].

L'absorption d'Esperal pendant 8 jours, tous les matins s'accompagne de réaction de sensibilisation à la boisson alcoolisée dans les semaines suivantes, provoquant malaises, tachycardies, nausées, vomissements. Ce type de conditionnement négatif peut être aussi réalisé avec la métronidazole qui est souvent utilisé.

Un traitement à base de benzodiazépines est généralement le premier choix. Ces molécules ont l'avantage d'apaiser les syndromes de sevrage [38].

Le chlordiazépoxyde à dose de 20 - 30 mg quatre fois par jour sur une durée de 5 jours, est fréquemment utilisé. Le diazépam, dans les cas plus sévères, est préconisé à doses de 30 - 50 mg par jour [63].

Le baclofène est prescrit comme traitement de confort. Il possède une action antispastique et une action antinociceptive, ainsi qu'un effet anxiolytique [63].

- La réhydratation orale ou parentérale :

La prise en charge du sevrage dans l'alcoolisme chronique repose également sur une bonne réhydratation du fait du risque de déshydratation.

Bien qu'il existe une variété de produits médicamenteux, le traitement de l'alcoololo-dépendance n'est pas seulement pharmacologique.

#### **- Autres moyens thérapeutiques : les psychothérapies [28]**

La nécessité d'une approche psychothérapique des conduites alcooliques est largement recommandée. On peut retenir :

- **Le soutien psychologique :**

C'est une psychothérapie qui s'appuie sur une écoute empathique et sans jugement de la part du thérapeute. Il s'agit de valoriser le patient dans son action dans le but de renforcer l'abstinence. Par conséquent, le soignant doit à tout prix assurer une bonne relation d'aide en le rencontrant régulièrement quel que soit le niveau d'abstinence.

- **La psychothérapie cognitivo-comportementale :**

Il s'agit de thérapies visant à acquérir de nouveaux modèles de comportement. Ce qui permettra au malade d'alcool d'affronter de façon pratique les envies de boire. Ces formes de psychothérapies se pratiquent en individuel ou en groupe.

▪ **Les thérapies de groupe :**

Il s'agit soit de prises en charge conjointes du malade et de son entourage familial, soit de la formation de groupes thérapeutiques d'alcooliques. Elles permettent aux patients de retrouver une identité à travers les échanges avec d'autres. Cela facilite l'acceptation du statut de malade. Ces groupes permettent la médiation lorsque la parole est difficile.

▪ **Les mouvements d'entraides :**

Ce sont des associations (Alcooliques Anonymes, Vie Libre, Fédération Nationale des Amis de la Santé, Alcool Assistance) qui fonctionnent sous forme de groupes de parole. Leur objectif principal est d'aider les buveurs dépendants à devenir et rester abstinents, et leurs familles à comprendre leur problème.

# **METHODOLOGIE**

## **VI. METHODOLOGIE :**

La méthodologie adoptée a comporté dans sa démarche les étapes suivantes :

**VI.1. Cadre de l'étude :** la commune VI du District de Bamako a servi de zone d'étude :

### **VI.1.1. Présentation de la commune :**

La commune VI est située sur la rive droite du fleuve Niger, dans la partie Sud-Est de la capitale. Sa création, tout comme celle des autres Communes du District de Bamako, résulte de l'ordonnance N°77-44/CMLN du 12 Juillet 1977, portant réorganisation territoriale et administrative du Mali [64].

Elle couvre aujourd'hui une superficie de 94km<sup>2</sup>.

La commune VI est limitée au Nord par le fleuve Djoliba, au Sud par la zone aéroportuaire de Sénou, à l'Est par la commune de Baguinéda (Cercle de Kati), et à l'Ouest par la commune V du District de Bamako.

De nos jours, la Commune VI est composée de dix quartiers qui sont : Banankabougou ; Dianéguéla ; Faladié ; Magnambougou ; Missabougou ; Niamakoro ; Sénou ; Sogoniko ; Sokorodji ; Yirimadio.

Sa situation de proximité du centre-ville, sa disponibilité en espace environnant, des chances de développement socio-économique qu'elle offre, font de la commune, l'une des communes les plus convoitées. Ceci se traduit par un afflux du centre-ville et même de l'intérieur du pays vers cette commune.

### **VI.1.2. Les données physiques de la commune: Relief, climat, végétation et hydrographie**

- Le relief est essentiellement constitué de plateaux marqué par la présence de collines.

- Le climat est de type Nord Soudanien avec une saison sèche qui dure de Novembre à Mai ; et une saison pluvieuse ou d'hivernage qui dure de juin à Septembre. Les hauteurs pluviométriques oscillent entre 1499 mm et

722 mm de 1936 à 1991. La pluviométrie moyenne annuelle est estimée à 1100 mm.

La température maximale moyenne est de 34,9°C, et la minimale moyenne est de 21,4°C en 2009 [65].

- Les formations végétales naturelles, constituées de savanes et de forêts galeries le long des cours - d'eau ont presque disparu au profit des plantes rutilières et ornementales. Celles-ci sont sérieusement affectées par la coupe et l'urbanisation incontrôlées.

- La commune VI présente un réseau hydrographique dominé par le fleuve Djoliba qui la sépare des autres Communes du centre de Bamako, et la rivière de Sogoniko qui la sépare de la Commune V [66].

### **VI.1.3. Les données démographiques :**

La population de la Commune VI est constituée de Bambara, Malinké, Sarakolé, Dogon, Minianka, Songhoï, Peuls etc.... Elle a connu une évolution fulgurante à cause du double effet de sa dynamique interne et du mouvement migratoire. Elle est passée de 81645 habitants en 1987 à 221258 habitants en 1998 pour atteindre 523997 habitants en 2008. Sa population actuelle, estimée à 957887 habitants (2015), est en majorité jeune. Les moins de 20 ans représentent environ 55 % de la population totale contre seulement 3 % environ pour les 65 ans et plus. La population féminine représente 49 %.

Ce qui dénote l'importance relative de la population masculine dans la Commune VI [66].

### **VI.1.4. Environnement sanitaire et éducationnel :**

La commune VI bénéficie d'un certain nombre d'équipements collectifs en santé et en éducation.

#### **✓ Domaine de santé :**

La couverture sanitaire est assurée par un Centre de Santé de Référence (CSRef), dix CSCOM et un hôpital (l'hôpital du Mali).

La gestion de chaque CSCOM relève de la communauté locale. Ces structures bénéficient des subventions en matériels d'équipement de la part de l'Etat.

La commune VI compte également des structures sanitaires privées. Celles - ci comportent des cliniques médicales et chirurgicales, des cabinets de consultations et de soins, des officines de pharmacie et un laboratoire d'analyses biomédicales [64].

✓ **Domaine d'éducation :**

Ce domaine est placé sous le contrôle d'une structure centrale : l'Académie de la Rive droite du Niger. Il comprend différents niveaux d'enseignement :

- L'enseignement fondamental de la commune VI est régi par deux CAP (Centre d'Animation Pédagogique) qui sont : le CAP de Faladié, et celui de Banankabougou. Le CAP de Faladié comprend 643 structures éducatives dont 58 publiques, 402 privées, 10 Communautaires, 70 médersas et 97 institutions préscolaires [67].

Le CAP de Banankabougou compte 166 structures éducatives dont 37 publiques, 89 privées, 07 Communautaires, 01 école spéciale et 32 jardins d'enfants [68].

- L'enseignement Secondaire général, technique et professionnel compte 152 établissements scolaires [69].

- L'enseignement Supérieur est assuré par la faculté d'Histoire et de Géographie.

## **VI.2. Type et Période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude de type transversal à visée descriptive et analytique qui s'est réalisée du 19 Décembre 2016 au 19 Janvier 2017.

## **VI.3. Population cible :**

La population cible était constituée de lycéens et lycéennes âgés de 14 à 25 ans venant des établissements secondaires généraux publics et privés de la commune VI du District de Bamako.

### **VI.3.1. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude, les lycéens :

- des deux sexes, âgés de 14 à 25 ans,
- fréquentant les établissements choisis,
- acceptant de participer à l'étude.

### **VI.3.2. Critère de non inclusion :**

Ont été exclus de l'étude :

- Les élèves ayant refusé de participer à l'étude.
- Les élèves absents au moment de notre passage.

## **VI.4. Echantillonnage :**

### **VI.4.1. Méthode et Technique d'échantillonnage :**

Nous avons effectué un échantillonnage probabiliste à 3 degrés.

#### **- Premier degré (Choix de la Commune)**

Pour le choix de la commune, nous avons établi la liste des 6 communes du District de Bamako puis nous avons attribué un numéro à chaque commune. Ces numéros ont été inscrits individuellement sur des bouts de papier bien pliés et mis dans une boîte qui par la suite a été bien secouée. Ensuite, nous avons procédé à un tirage au sort sans remise d'une seule commune. Ainsi, la commune VI a été tirée et a abrité le site de l'étude.

#### **- Deuxième degré (Choix des lycées)**

Dans la commune retenue, en se servant des listes actualisées de lycées privés et publics obtenus auprès de l'Académie d'Enseignement de la Rive Droite, nous avons tiré au sort un lycée public et un privé au sein desquels l'étude s'est déroulée.

**- Troisième degré (Choix des classes et des élèves)**

Dans chaque lycée retenu, toutes les classes ont été concernées par l'enquête.

Pour le choix des élèves, nous avons fait un tirage aléatoire simple au niveau de chaque classe. Ainsi dans chaque classe, nous avons attribué un numéro à chaque élève. Ces numéros ont été inscrits individuellement sur des bouts de papier bien pliés et mis dans une boîte qui a été bien secouée. Ensuite, nous avons fait un tirage au sort un à un sans remise.

**VI.4.2. Calcul de la Taille de L'échantillon :**

La taille de notre échantillon (n) a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz en prenant comme prévalence de la consommation d'alcool en milieu scolaire du district de Bamako d'une étude réalisée en 2013 soit 7,51% [70].

:

$$n = \frac{(z_{\alpha})^2 pq}{(i)^2}$$

Avec :

n = taille minimale de l'échantillon

Z $\alpha$  = niveau de confiance à 95% (valeur type 1,96)

p = prévalence

q = 1-p, la probabilité contraire de p

i = marge d'erreur à 5% (0,05)

La taille de l'échantillon n = (1,96)<sup>2</sup> x 0,0751 x 0,9249 / (0,05)<sup>2</sup>

Soit n = 106,735.

Ceci nous a donné un échantillon minimal de 107 élèves. Ce nombre a été réparti entre deux lycées dont un privé et l'autre public, soit 54 élèves par lycée.

Le nombre d'élèves à enquêter par lycée a été également réparti entre 6 classes, ce qui a fait 9 élèves par classe.

#### **VI.4.3. Les variables :**

Les variables à mesurer ont été entre autres : l'âge en année ; le sexe ; la provenance ; le niveau d'étude ; le statut de buveur ; les caractéristiques des parents (profession, niveau d'instruction, comportement vis-à-vis de l'alcool) ; l'âge d'initiation ; la durée de consommation ; le mode d'accès à l'alcool ; le niveau de connaissance sur les méfaits de l'alcool sur la santé ; la perception et les attitudes pratiques ; la source d'approvisionnement en alcool ; le nombre de verres ou de bouteilles consommés par semaine ; le désir d'arrêter ; la tentative d'arrêter ; la connaissance du statut par les parents ; l'influence de l'entourage.

#### **VI.4.4. Outils et Techniques de collecte des données :**

Nous avons procédé par des entretiens individuels à l'aide d'un questionnaire préalablement testé pour collecter les données auprès des élèves à enquêter. Le questionnaire comprenait des questions sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales face à la consommation des boissons alcoolisées. C'étaient des questions semi structurées administrées aux élèves à la sortie des classes ou dans la cour de l'établissement, dans un endroit discret.

#### **VI.4.5. Déroulement de l'enquête:**

Les autorités administratives et scolaires ont été informées de la tenue de l'enquête à travers une demande d'autorisation de collecte de données.

L'enquête s'est déroulée au niveau des lycées concernés. L'équipe de collecte était constituée d'un superviseur et de deux enquêteurs. Les entretiens se faisaient de façon individuelle dans la cour du lycée dans un endroit tenu discret. Les réponses ont été portées sur des questionnaires conçus à cet effet. Nous avons procédé classe par classe.

A la fin de chaque journée de collecte un débriefing était organisé entre les enquêteurs et le superviseur pour corriger les insuffisances et ajuster les questions.

#### **VI.4.6. Saisie et Analyse des données :**

Nous avons effectué un dépouillement manuel afin de classer les données selon les classes des élèves enquêtés et de corriger les insuffisances de remplissage.

Les données collectées ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 20. Nous avons fait les analyses suivantes :

- uni variée portant sur les proportions et moyennes avec leurs intervalles de confiance ;
- bi variée entre la consommation de boissons alcoolisées et les autres variables avec les tests de Chi<sup>2</sup> de PEARSON et le test exact de Fischer (pour les effectifs théoriques inférieurs à 5). Pour tester la différence entre les proportions, le seuil de signification a été fixé à  $p \leq 0,05$ .

#### **VI.4.7. Considérations éthiques :**

L'administration scolaire, notamment à l'académie de la rive droite ainsi que les proviseurs des lycées concernés ont été informés de la tenue de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données qui a été signée par le Directeur Général du CREDOS.

La dignité de la personne a été respectée tout au long de notre étude. Les objectifs de l'enquête ont été préalablement expliqués aux élèves afin d'obtenir leur consentement verbal éclairé. Ils étaient libres d'arrêter à tout moment de participer à l'enquête. Les questionnaires ont été administrés aux élèves éligibles. Après remplissage, les questionnaires ont été conservés de manière à garantir la confidentialité des informations recueillies auprès des élèves. A la fin de notre étude, les résultats seront diffusés aux autorités compétentes pour servir dans les programmes d'enseignement.

# **RESULTATS**

## **VII. RESULTATS**

Après les caractéristiques des élèves enquêtés, nous allons présenter les résultats par objectif. Au total, notre étude a porté sur deux (2) lycées. L'effectif total cumulé de ces deux (2) lycées étaient de 2745 élèves sur lesquels nous avons tiré au hasard un échantillon de 108 élèves qui ont tous participé à l'étude.

### **VII.1. Etude descriptive :**

#### **VII.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des élèves enquêtés et de leurs parents**

**Tableau I :** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, classe et série)

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Age (n=108)</b>		
14-16	59	<b>54,6</b>
17-19	38	35,2
≥ 20	11	10,2
<b>Sexe (n=108)</b>		
Masculin	45	41,7
Féminin	63	<b>58,3</b>
<b>Classe (n=108)</b>		
10 <sup>ème</sup>	37	<b>34,3</b>
11 <sup>ème</sup>	35	32,4
12 <sup>ème</sup>	36	33,3
<b>Série (n=108)</b>		
10 <sup>ème</sup> Commune	36	<b>33,3</b>
11 <sup>ème</sup> Lettres	18	16,7
11 <sup>ème</sup> Sciences	18	16,7
TLL	18	16,7
TSEco	18	16,7

Parmi les enquêtés, la tranche d'âge de 14 à 16 était majoritaire soit 54,6%. L'âge minimum était de 14 ans et l'âge maximum de 21 ans avec un âge moyen de  $16,71 \pm 1,81$  ans. Dans notre échantillon, 58,3% des élèves étaient de sexe féminin avec un sexe ratio garçon/Fille égal à 0,71. Les élèves de la 10<sup>ème</sup> année étaient prédominants avec 34,3%. Parmi les élèves de toutes séries confondues, ceux de la 10<sup>ème</sup> année Commune étaient prédominants avec 33,3%.

**Tableau II:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques sociodémographiques (statut matrimonial, religion, résidence et rang de naissance)

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Statut matrimonial (n=108)</b>		
Célibataire	104	<b>93,3</b>
Marié	4	3,7
<b>Religion (n=108)</b>		
Musulmane	104	<b>93,3</b>
Chrétienne	4	3,7
<b>Résidence (n=108)</b>		
Banankabougou	25	<b>23,2</b>
Magnambougou	25	<b>23,2</b>
Sogoniko	13	12,0
Yirimadio	12	11,1
Faladiè	11	10,2
ATTbougou	9	8,3
Autres*	13	12,0
<b>Rang de naissance (n=108)</b>		
1 <sup>er</sup>	31	28,7
2 <sup>ème</sup>	16	14,8
3 <sup>ème</sup>	32	<b>29,6</b>
4 <sup>ème</sup>	11	10,2
5 <sup>ème</sup>	2	1,9
6 <sup>ème</sup>	6	5,6
Autres**	10	9,3

\* : Dianeguèla, Missabougou, Niamana, Sokorodji, Niamakoro.

\*\* : 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, Non précisé.

Parmi les enquêtés, 93,3% étaient célibataires ; 93,3% étaient musulmans ; la majorité des élèves enquêtés (46,4%) résidaient à Banankabougou et à Magnambougou.

La majorité des enquêtés (29,6%) occupait le 3<sup>ème</sup> rang de naissance dans la fratrie.

**Tableau III:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques sociodémographiques du père (âge, niveau d'instruction et profession)

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Age du père (n=108)</b>		
35 – 54	63	<b>58,4</b>
55 - ≥ 75	45	41,6
<b>Niveau d'instruction du père (n=108)</b>		
Secondaire	50	<b>46,3</b>
Supérieur	19	18,5
Ecole coranique	14	12,9
Primaire	12	11,1
Non scolarisé	8	6,5
Alphabétisé	5	4,6
<b>Profession du père (n=108)</b>		
Commerçant / Vendeur	36	<b>33,3</b>
Ouvrier/ Paysan	19	17,6
Militaire	15	13,9
Administrateur civil	11	10,2
Enseignant	9	8,3
Comptable	8	7,4
Autres*	10	9,3

\* : *Agent de santé, Juriste, Informaticien.*

Parmi les pères des enquêtés: 58,4% avaient l'âge compris entre 35 – 54; 46,3% étaient de niveau de scolarité secondaire ; 33,3% étaient commerçants / vendeurs.

**Tableau IV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune

VI selon les caractéristiques sociodémographiques de la mère (âge, niveau d'instruction et profession)

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Age de la mère (n=108)</b>		
28 – 49	84	<b>77,8</b>
50 - ≥ 70	24	22,2
<b>Niveau d'instruction de la mère (n=108)</b>		
Secondaire	26	<b>24,1</b>
Primaire	25	23,2
Supérieur	22	20,4
Non scolarisée	16	14,8
Ecole coranique	12	11,1
Alphabétisée	7	6,5
<b>Profession de la mère (n=108)</b>		
Ménagère/ Paysanne	38	<b>35,2</b>
Commerçante / Vendeuse	34	31,5
Enseignante	8	7,4
Secrétaire	8	7,4
Agent de santé	7	6,5
Juriste	4	3,7
Administratrice civile	3	2,8
Autres*	6	5,6

\* : *Comptable, Informaticienne, Militaire.*

Parmi les mères des enquêtés: 77,8% avaient l'âge compris entre 28 – 49; 24,1% étaient de niveau de scolarité secondaire ; 35,2% étaient ménagères / paysannes.

### **VII.1.2. Statut alcoolique et caractéristiques**

**Tableau V:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs statuts alcooliques

<b>Statut alcoolique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Antécédents alcooliques (n=108)</b>		
Oui	15	13,9
Non	93	<b>86,1</b>
<b>Consommateurs actuels (n=108)</b>		
Oui	10	9,3
Non	98	<b>90,7</b>
<b>Age d'initiation (n= 15)</b>		
12	1	6,7
13	1	6,7
14	3	20,0
16	6	<b>40,0</b>
17	2	13,3
18	2	13,3

Dans notre étude, il ressort que 13,9% des enquêtés avaient consommé de la boisson alcoolisée au moins une fois.

Parmi la population étudiée, les consommateurs actuels représentaient 9,3%.

Environ 40,0% des élèves consommateurs dont les ex consommateurs avaient consommé de la boisson alcoolisée pour la première fois à l'âge de 16 ans.

Parmi les élèves enquêtés ayant un antécédent alcoolique ; 100% d'entre eux savaient la nature alcoolique de la boisson consommée.

**Tableau VI:** Répartition des élèves consommateurs actuels dans les lycées de la commune VI selon l'âge d'initiation alcoolique

<b>Age d'initiation</b>	<b>Effectifs (n=10)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
12 – 14	3	30,0
15 – 18	7	<b>70,0</b>
Total	10	100,0

La majorité des élèves consommateurs actuels (70,0%) avaient l'âge compris entre 15 – 18 ans.

**Tableau VII:** Répartition des élèves consommateurs actuels dans les lycées de la commune VI selon les caractéristiques de la consommation d'alcool

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Durée de consommation (an) n=10</b>		
1	3	<b>30,0</b>
2	3	<b>30,0</b>
3	2	20,0
4	1	10,0
5	1	10,0
<b>Quantité hebdomadaire moyenne (bouteille/semaine) n=10</b>		
2	2	20,0
3	4	<b>40,0</b>
4	1	10,0
7	1	10,0
20	1	10,0
24	1	10,0
<b>Fréquence (Jour/Semaine) n=10</b>		
1	2	20,0
2	1	10,0
3	5	<b>50,0</b>
7	2	20,0
<b>Etat d'ivresse n=10</b>		
Oui	6	<b>60,0</b>
Non	4	40,0
<b>Type de boisson</b>		
Bière (Occidentale/Traditionnelle)	8	<b>80,0</b>
Vin	4	40,0
Liqueur, Spiritueux	3	30,0
<b>Lieu de consommation</b>		
Maison	4	40,0
Bar / Buvette	5	50,0
Boite de nuit/Snack-bar	8	<b>80,0</b>
Ecole	1	10,0
<b>Occasions de consommation</b>		
Fêtes scolaires/Soirées festives	6	60,0
Sorties récréatives à la plage	3	30,0
Concert/Diner spectacle	7	<b>70,0</b>

Parmi les élèves consommateurs actuels interrogés : 30,0% avaient commencé à consommer depuis 1an et 30% depuis 2ans ; 40% consommaient en moyenne 3 bouteilles de boissons alcoolisées par semaine ; 50,0% consommaient de la boisson alcoolisée à la fréquence de 3 jours par semaine ; 60,0% affirmaient avoir été ivres au moins une fois ; 80,0% consommaient préférentiellement de la bière ; 80,0 % consommaient de la boisson alcoolisée plus souvent dans les boîtes de nuit/ Snack-bar ; 70,0 % consommaient de la boisson alcoolisée à l'occasion des fêtes scolaires / Soirées festives (Tableau VII).

**Tableau VIII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la consommation d'alcool dans l'entourage

<b>Variables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Consommation d'alcool dans l'entourage (n=108)</b>		
Oui	63	<b>58,3</b>
Non	45	41,7
<b>Identité des Consommateurs dans l'entourage (n=108)</b>		
Ami	40	<b>37,0</b>
Voisin	16	14,8
Cousin	9	8,3
Frère	8	7,4
Oncle	5	4,6
Sœur	2	1,9

Dans notre étude, 58,3% des élèves interrogés déclaraient cohabiter avec des consommateurs d'alcool dans l'entourage et 37,0% de ces consommateurs d'alcool dans l'entourage étaient des amis.

### **VII.1.3. Niveau de connaissance des élèves des lycées sur les méfaits de la consommation excessive de l'alcool**

**Tableau IX:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs connaissances sur les méfaits et les conséquences de l'alcool

<b>Variables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Connaissance des méfaits (n=108)</b>		
Connait	100	<b>92,6</b>
Ne connait pas	8	7,4
<b>Type de Conséquences néfastes</b>		
Dommages somatiques/physiques	82	<b>75,9</b>
Dommages sociaux	68	62,9
Trouble du comportement	51	47,2
Problème familial	29	26,8
Dommages psychologiques et ou psychiatriques	19	17,6
Dépendance /toxicomanie	12	11,1
Risque professionnel	10	9,3

La grande majorité des élèves enquêtés soit 92,6% pensaient que la boisson alcoolisée avait des conséquences néfastes.

Concernant les conséquences néfastes de la consommation d'alcool, les dommages somatiques/physiques ont été cités par 75,9% des élèves enquêtés, les dommages sociaux par 62,9% et les troubles du comportement par 47,2% des élèves enquêtés. Près de 26,8% des élèves enquêtés ont cité le problème familial ; 17,6% les dommages psychologiques et/ou psychiatriques ; 11,1% la dépendance/toxicomanie et 9,3 % le risque professionnel.

**Tableau X:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs connaissances spécifiques sur les méfaits de l'alcool

<b>Types de dommages</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Dommages somatiques ou physiques (n= 108)</b>		
Maladies du foie	21	<b>19,4</b>
La mort	17	15,7
Maladies cardiaques	11	10,2
Maladies gastriques	10	9,2
Maladies neurologiques	9	8,3
Je ne sais pas	9	8,3
Maladies pulmonaires	8	7,4
Maladies pancréatiques	7	6,5
Maladies rénales	6	5,5
Cancer	6	5,5
Faiblesse physique et/ou sexuelle	4	3,7
<b>Dommages psychologiques ou psychiatriques (n= 108)</b>		
Ivresse	24	<b>22,2</b>
Homicide/ tendance suicidaire	22	20,4
Je ne sais pas	19	17,6
Folie	16	14,8
Perte de la personnalité	14	13,0
Dépendance	13	12,0
<b>Dommages relationnels ou sociaux (n=108)</b>		
Accidents	27	<b>25,0</b>
Déviance et/ou nuisance sociale	20	18,5
Maltraitance domestique/violence	16	14,8
Délinquance et conduite insolente	15	13,9
Actes délictuels ou criminels	9	8,3
Désinsertion scolaire/libertinage	8	7,4
Licenciement/chômage/pauvreté	7	6,5
Divorce	4	3,7
Je ne sais pas	2	1,8

Concernant les maladies et d'autres problèmes causés par la consommation d'alcool en terme de complications, les maladies du foie (hépatites, cirrhose du foie, cancer du foie) dans les dommages somatiques/physiques ont été énumérées par 19,4% des élèves enquêtés et l'ivresse dans les dommages psychologiques ou psychiatriques par 22,2 % des élèves enquêtés. Près de 25,0% des élèves enquêtés ont énuméré les accidents (domestiques, de la circulation, du travail) dans les dommages relationnels ou sociaux.

#### **VII.1.4. Perceptions, attitudes et pratiques des élèves des lycées face à la consommation d'alcool**

**Tableau XI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs perceptions sur la boisson alcoolisée et les raisons de la consommation d'alcool

<b>Perception</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Perception sur la boisson alcoolisée</b>		
Mauvaise non nécessaire	74	<b>68,5</b>
Stupide ne sert à rien	17	15,7
C'est cool	9	8,3
Moyen de s'intégrer	3	2,8
Moyen d'être populaire	3	2,8
Symbole de maturité	2	1,8
<b>Raisons de la consommation (n= 10)</b>		
Plaisir	10	<b>100,0</b>
Snobisme	7	<b>70,0</b>
Expérimentation	6	60,0
Soucis	2	20,0
Promiscuité	1	10,0

La majorité des élèves (68,5%) ont exprimé une mauvaise perception sur la consommation de boisson alcoolisée. Concernant les raisons de la consommation d'alcool, le plaisir a été évoqué par 100,0% des élèves consommateurs actuels et le snobisme par 70,0% des élèves consommateurs actuels.

**Tableau XII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs perceptions du consommateur de boisson alcoolisée

<b>Perception du consommateur de boisson alcoolisée</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Insouciant / Irresponsable	36	<b>33,3</b>
Malade potentiel	24	22,2
Individu de mœurs légères	18	16,7
Viveur	17	15,7
Malhonnête	7	6,5
A la mode	6	5,6
Total	108	100

Le plus grand nombre d'élèves enquêtés, soit 33,3% considéraient un consommateur de boisson alcoolisée comme un Insouciant / Irresponsable. Seuls 5,6% des élèves avaient une bonne image du consommateur de boisson alcoolisée.

#### **VII.1.5. Mesures de lutte contre la consommation d'alcool**

**Tableau XIII:** Répartition des élèves consommateurs actuels dans les lycées de la commune VI selon l'intention d'arrêter la consommation d'alcool

<b>Intention d'arrêter</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	5	50,0
Non	5	50,0
Total	10	100,0

Parmi les élèves consommateurs actuels, 50% avaient l'intention d'arrêter la consommation d'alcool. La raison de santé est la principale raison de l'envie d'arrêt de la consommation chez tous les consommateurs actuels.

**Tableau XIV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leurs connaissances des textes et leurs avis sur les actions de lutte anti-alcool

<b>Variables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Existence des textes (n=108)</b>		
Oui	62	<b>57,4</b>
Non	46	42,6
<b>Connaissance des textes (n=108)</b>		
Interdiction de la consommation dans la cour de l'école	48	<b>44,4</b>
Interdiction de la consommation dans les lieux publics	46	42,6
Autres*	3	2,8
<b>Appréciation des textes (n=108)</b>		
Aucune appréciation	47	<b>43,5</b>
Parfait et juste	40	37,0
Insuffisant	16	14,8
Non appliqué	4	3,7
Trop strict	1	0,9
<b>Suggestions (n=108)</b>		
Limiter l'accès aux boissons alcoolisées	78	<b>72,2</b>
Sensibilisation audio-visuelle	42	38,9
Taxer davantage	19	17,6
Limitation du marketing	7	6,5
Sensibilisation scolaire	5	4,6

\* : *Interdire la consommation d'alcool au volant ; Interdiction formelle de conduire en circulation routière dans un état d'ivresse.*

Parmi les élèves enquêtés, 57,4% savaient l'existence des textes sur la vente et la consommation de boisson alcoolisée au Mali et 44,4% connaissaient des textes définis par rapport à l'interdiction de la consommation d'alcool dans la cour de l'école. Près de 43,5% des élèves enquêtés n'avaient aucune appréciation des textes et 72,2% proposaient de limiter l'accès aux boissons alcoolisées comme l'une des principales actions de lutte anti-alcool.

## VII.2. Etude Analytique :

### VII.2.1. Facteurs influençant la consommation d'alcool

**Tableau XV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon les tranches d'âge en fonction de la consommation actuelle d'alcool

Tranches d'âge	Consommation actuelle d'alcool		Total
	Oui	Non	
14-16	1(1,7%)	58(98,3%)	59
17-19	7(18,4%)	31(81,6%)	38
≥ 20	2(18,2%)	9(81,8%)	11
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 9,9217$   $p = 0,0418$

Parmi les élèves de la tranche d'âge 14-16 ans, 1,7% consomment actuellement de l'alcool contre 18,4% de la tranche d'âge 17-19 ans. Par ailleurs, les élèves de la tranche d'âge supérieure ou égale à 20 ans ayant le statut de consommateur actuel d'alcool, représentaient 18,2%.

L'analyse de ce tableau montre que la distribution de la consommation actuelle d'alcool par rapport aux tranches d'âge est statistiquement significative ( $p = 0,0418$ ).

**Tableau XVI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le sexe en fonction de la consommation actuelle d'alcool

Sexe	Consommation actuelle d'alcool		Total
	Oui	Non	
Masculin	9(20%)	36(80%)	45
Féminin	1(1,6%)	62(98,4%)	63
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 4,5467$   $p = 0,0329$

Parmi les élèves de sexe masculin, 20% consomment actuellement de l'alcool contre 1,6% des élèves de sexe féminin. La différence est statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et le sexe masculin ( $p = 0,0329$ ).

**Tableau XVII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la classe d'étude en fonction de la consommation actuelle d'alcool

Classe	Consommation actuelle d'alcool		Total
	Oui	Non	
10 <sup>ème</sup>	1(2,7%)	36(97,3%)	37
11 <sup>ème</sup>	2(5,7%)	33(94,3%)	35
12 <sup>ème</sup>	7(19,4%)	29(80,5%)	36
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$x^2= 6,8615$   $p = 0,0324$

Parmi les élèves de la 10<sup>ème</sup>, 2,7% consomment actuellement de l'alcool contre respectivement 5,7% et 19,4% des élèves de la 11<sup>ème</sup> et de la 12<sup>ème</sup>. L'analyse de ce tableau montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et la classe d'étude ( $p = 0,0324$ ).

**Tableau XVIII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la filière d'étude en fonction de la consommation actuelle d'alcool

Filière d'étude	Consommation actuelle d'alcool		Total
	Oui	Non	
10 <sup>è</sup> Commune	1(2,7%)	36(97,3%)	37
11 <sup>è</sup> Lettre	1(50%)	1(50%)	2
11 <sup>è</sup> Sciences	1(3,0%)	32(97,0%)	33
TLL	2(11,1%)	16(88,9%)	18
TSEco	5(27,8%)	13(72,2%)	18
Total	10(9,3)	98(90,7%)	108

$x^2= 17,827$   $p = 0,0226$

Parmi les élèves de la 10<sup>è</sup> Commune, 2,7% consomment actuellement de l'alcool contre respectivement 50% et 3,0% des élèves de la 11<sup>è</sup> Lettre et 11<sup>è</sup> Sciences. Par ailleurs les élèves de la TLL ayant le statut de consommateur actuel d'alcool, représentaient 11,1% contre 27,8% des élèves de la TSEco. L'analyse de ce tableau montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et la filière d'étude ( $p = 0,0226$ ).

**Tableau XIX:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le rang de naissance dans la fratrie en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Rang de naissance</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
1- 4	7(7,8%)	83(92,2%)	90
5 – 10	3(16,7%)	15(83,3%)	18
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 15,2246$   $p = 0,7184$

Parmi les élèves de rang de naissance 1 – 4 dans la fratrie, 7,8% consomment actuellement de l'alcool contre 16,7% des élèves de rang de naissance 5 – 10 dans la fratrie.

Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative concernant la consommation actuelle d'alcool par rapport au rang de naissance dans la fratrie ( $p = 0,7184$ ).

**Tableau XX:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon leur statut matrimonial en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Statut Matrimonial</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
Célibataire	9(8,7%)	95(91,3%)	104
Marié	1(25%)	3(75%)	4
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 1,3634$   $p = 0,0396$

Parmi les élèves de statut célibataire, 8,7% consomment actuellement de l'alcool contre 25% des élèves de statut marié. L'analyse de ce tableau montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et le statut matrimonial ( $p = 0,0396$ ).

**Tableau XXI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le niveau d'instruction du père en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Niveau d'instruction du père</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
Scolarisé	8(9,9%)	73(90,1%)	81
Non scolarisé	2(7,4%)	25(92,6%)	27
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 10,8364$   $p = 0,543$

Parmi les élèves dont les pères sont scolarisés, 9,9% consomment actuellement de l'alcool contre 7,4% des élèves dont les pères ne sont pas scolarisés. L'analyse de ce tableau montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et le niveau d'instruction du père ( $p = 0,543$ ).

**Tableau XXII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon le niveau d'instruction de la mère en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Niveau d'instruction de la mère</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
Scolarisée	7(9,6%)	66(90,4%)	73
Non scolarisée	3(8,6%)	32(91,4%)	35
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 9,2348$   $p = 0,482$

Parmi les élèves de mère scolarisée, 9,6% consomment actuellement de l'alcool contre 8,6% des élèves de mère non scolarisée.

L'analyse de ce tableau montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et le niveau d'instruction de la mère ( $p = 0,482$ ).

**Tableau XXIII:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la présence de consommateurs d'alcool dans l'entourage en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Consommateurs dans l'entourage</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
Oui	10(15,9%)	53(84,1%)	63
Non	0(0,0%)	45(100%)	45
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 7,8718$   $p = 0,0529$

Parmi les élèves cohabitant avec des consommateurs d'alcool dans l'entourage, 15,9% consomment actuellement de l'alcool contre 0,0% des élèves ne cohabitant pas avec de consommateurs d'alcool dans l'entourage. L'ensemble des élèves consommateurs actuels (100%) ont des consommateurs dans l'entourage. La différence est statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et la présence de consommateurs d'alcool dans l'entourage ( $p = 0,0529$ ).

**Tableau XXIV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la connaissance des conséquences en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Connaissance des Conséquences</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
Oui	9(9,0%)	91(91,0%)	100
Non	1(12,5%)	7(87,5%)	8
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 0,4999$   $p = 0,7788$

Parmi les élèves connaissant les conséquences de l'alcool, 9,0% consomment actuellement de l'alcool contre 12,5% des élèves ne connaissant pas les conséquences de l'alcool.

Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative concernant la consommation actuelle d'alcool par rapport à la connaissance des conséquences ( $p = 0,7788$ ).

**Tableau XXV:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la perception sur la consommation d'alcool en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Perception sur la Consommation</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
Bonne	5(29,4%)	12(70,6%)	17
Mauvaise	5(5,5%)	86(94,5%)	91
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 29,0789$   $p = 0,0038$

Parmi les élèves ayant une bonne perception sur la consommation d'alcool, 29,4% consomment actuellement de l'alcool contre 5,5% des élèves ayant une mauvaise perception sur la consommation d'alcool. L'analyse de ce tableau montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et la perception sur la consommation d'alcool ( $p = 0,0038$ ).

**Tableau XXVI:** Répartition des élèves enquêtés dans les lycées de la commune VI selon la perception sur un individu buveur d'alcool en fonction de la consommation actuelle d'alcool

<b>Perception sur le buveur</b>	<b>Consommation actuelle d'alcool</b>		
	Oui	Non	Total
Mauvaise	7(6,9%)	95(93,1%)	102
Bonne	3(50,0%)	3(50,0%)	6
Total	10(9,3%)	98(90,7%)	108

$\chi^2 = 27,3971$   $p = 0,0021$

Parmi les élèves ayant une mauvaise perception sur un individu buveur d'alcool, 6,9% consomment actuellement de l'alcool contre 50,0% des élèves ayant une bonne perception sur un individu buveur d'alcool.

L'analyse de ce tableau montre qu'il existe une liaison statistiquement significative entre la consommation actuelle d'alcool et la perception sur un individu buveur d'alcool ( $p = 0,0021$ ).

# **DISCUSSION**

## **VIII. DISCUSSION**

L'objectif de notre étude était d'étudier la consommation d'alcool chez les élèves des lycées de la commune VI du District de Bamako. Cet objectif a été atteint dans la mesure où toutes les informations attendues ont été recueillies à l'aide du questionnaire élaboré.

La discussion des résultats s'établit autour des limites de l'étude et la comparaison des principaux résultats avec d'autres études.

### **Limite de l'étude**

Au cours de notre enquête, les difficultés rencontrées ont porté pour l'essentiel sur l'indisponibilité récurrente de certaines classes pour les besoins de l'enquête et l'absence de collaboration de certains enseignants qui ont parfois rendu le travail difficile.

La seule limite de notre étude se résume à la petite taille de l'échantillon lié à l'étroitesse de l'étendue de l'étude. Cette limite n'enlève en rien la qualité de ce travail.

## **Comparaison des principaux résultats avec d'autres études**

### **Caractéristiques sociodémographiques**

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 16,71 ans avec des extrêmes allant de 14 à 21 ans. Cette moyenne d'âge est comparable à celle de Alex - Hart [71] qui est de 16,09 ans. La tranche d'âge [14-16 ans] était la plus représentée avec 54,6% des cas.

Nous avons constaté une prédominance féminine dans notre échantillon avec 45 garçons contre 63 filles soit une sex-ratio de 0,71. Ce constat est opposé à ceux de Kané et Sangaré [8,70] qui ont trouvé une prédominance masculine dans leurs études au Mali. Cependant, Alex-Hart, Ntowbea et Arvers [60, 64, 71] ont également constaté une prédominance féminine dans leurs études au Nigeria au Ghana et en France.

Les élèves de l'échantillon étaient équitablement répartis entre les trois classes (10<sup>ième</sup>, 11<sup>ième</sup> et 12<sup>ième</sup>) des deux Lycées.

La proportion d'élèves mariés dans notre étude (3,7%) est comparable à celle de Kabiru [6] (5,9%).

Quant aux parents des élèves enquêtés ; les pères avaient majoritairement un niveau d'instruction secondaire, exerçaient profession de commerçant ou vendeur. Les mères avaient majoritairement un niveau d'instruction secondaire, exerçaient la profession ménagère ou paysanne. A l'image de notre étude, la profession dominante a été celle de commerçants (54,9%) chez Ntowbea [72]. D'autre part, Alex-Hart [3] a également constaté que le niveau d'étude prédominant chez les parents dans son étude était le niveau secondaire.

### **Caractéristique des élèves consommateurs d'alcool**

Notre enquête a permis de constater que 13,9% des élèves avaient un antécédent alcoolique. Ces élèves avaient au moins une fois déjà consommé de la boisson alcoolisée. Les études précédentes faites au Mali par Kané et Sangaré n'avaient pas apprécié la notion d'antécédent alcoolique. Cette

proportion reste très inférieure aux valeurs trouvées dans d'autres études en Afrique : Cote d'Ivoire (79,47%) [74], Rwanda (50,6%) [75], Ghana (25,1%) [76] et Afrique du Sud (22,4%) [77]. En France, Bailly et al [78] ont rapporté une prévalence de 73,4%. Cependant, notre proportion (13,9%) est alarmante dans la mesure où elle dépasse les 9% rapportés par Kabiru [6] dans son étude sur quatre pays africains au Sud du Sahara (Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda).

La prévalence de la consommation d'alcool en milieu scolaire dans la commune VI a été de 9,3 %. Cette prévalence est supérieure aux 7,51% de Kané [70] dans son étude sur l'usage de l'alcool en milieu scolaire bamakois réalisée en 2013. Nous constatons ainsi une augmentation de la consommation d'alcool en milieu scolaire. Notre prévalence (9,3%) est presque identique à celle de Sangaré [8] (9,5%) dans son étude chez les adolescents et les jeunes adultes dans le district de Bamako en 2009. Ce constat témoigne une fois de plus de l'ampleur du problème dans la mesure où l'étude de Sangaré a porté sur une population sensée être plus exposée à l'alcoolisme que la nôtre.

Cependant, cette prévalence reste très inférieure à celle d'autres pays africains : Rwanda (34%) [75], Cote d'Ivoire (32,06%) [74] et Nigéria (30,6%) [71]. Une prévalence encore plus importante (79,8%) est rapportée par Kuntsche et al [79] concernant 38 pays européens et Nord-américains tandis que April et al [80] observaient une prévalence de 59,7% au Canada. Cette différence peut s'expliquer par nos us et coutumes différents. En 2010, l'OMS [10] estimait la proportion d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui boivent régulièrement de l'alcool à 34,1% globalement ; 69,5%, 52,7%, 37,3% et 29,3% respectivement en Europe, en Amérique, dans la région pacifique de l'Ouest et en Afrique.

Une préoccupation d'autant plus justifiée qu'il existe une étroite corrélation entre la consommation d'alcool, l'usage du tabac et l'expérimentation d'une drogue illicite chez les jeunes adolescents [12].

Les élèves buveurs étaient très majoritairement (90%) de sexe masculin dans des proportions identiques à celles rapportées par Kané et Sangaré [8,70] au

Mali. Cette prédominance masculine est observée par plusieurs auteurs africains et occidentaux [6, 71, 74, 75, 82, 83]. En effet, dans toutes les sociétés étudiées, les hommes boivent plus fréquemment que les femmes, et ils boivent des quantités plus importantes [53]. Selon Beck et al, les consommations de substances psychoactives touchent surtout les jeunes hommes ; mais l'alcool se distingue des autres produits par une masculinité plus marquée [84].

La classe de terminale (12<sup>ème</sup>) était celle où il y avait le plus d'élèves buveurs ( $p = 0,0324$ ) en concordance avec les observations de Moller [81]. En effet, c'est la classe des plus âgés de l'échantillon et qui échappent plus facilement au contrôle parental. Beck et al [84] pensent que l'alcoolisme est caractérisé par le fait que la proportion d'utilisateurs réguliers augmente avec l'âge.

Nous n'avons pas trouvé de relations entre le niveau d'instruction des parents et la consommation d'alcool des élèves ( $p = 0,543$ ).

L'âge d'initiation a été majoritairement de 16 ans (40%) parmi les élèves qui ont un antécédent alcoolique. En France, Bailly et al [78] ont trouvé 9 ans et 4 mois comme âge moyen de la première expérimentation.

La majorité des élèves consommateurs actuels (70%) a été initiée à la consommation d'alcool entre 15 et 18 ans. L'initiation commence donc essentiellement à l'adolescence chez des élèves du cycle secondaire. Rugendo [85] au Kenya est arrivé à la même conclusion avec 95% initiation au niveau secondaire. Ce constat nous interpelle pour la mise en place d'un programme de sensibilisation et de prévention ciblant préférentiellement les élèves du cycle secondaire. Donovan et al [86] ont également trouvé une majorité de l'âge d'initiation de 15 à 18 ans entre 79,2 à 90,8%. Simbee [87] a rapporté une tranche d'âge majoritaire (14-16 ans) plus jeune. Cependant, l'âge d'initiation est plus précoce dans d'autres pays : 11 ans au Ghana [72], 12,94 ans concernant 38 pays européens et Nord-américains [79], 12 ans et demi en Europe [53].

La majorité de nos élèves consommateurs, soit 40% consommaient en moyenne 3 bouteilles par semaine. Ce résultat montre une quantité inférieure à celle de l'étude de Kané [70] qui a noté une consommation quotidienne variant entre 3 et 5 bouteilles chez 40%. Cependant, nous avons constaté que 20% de nos élèves consommateurs ont une quantité hebdomadaire moyenne consommée supérieure ou égale à 20 bouteilles.

La moitié de nos élèves consommateurs (50%) a une fréquence de consommation de trois jours par semaine ; tandis qu'Alex-Hart a rapporté une fréquence de consommation de 2 jours par semaine chez 71,3% des élèves consommateurs de son étude [71].

L'état d'ivresse est survenu au moins une fois chez 60% des consommateurs d'alcool. Cette proportion est identique au résultat de Beck [84] et proche des 63,6% rapportés par Kuntsche et al [79]. Cette proportion élevée d'ivresse est d'autant plus inquiétante qu'il a été établi par Kuntsche et al que ce n'est pas l'usage précoce d'alcool mais plutôt la survenue précoce de l'ivresse qui constitue un facteur de risque des troubles comportementaux pendant l'adolescence.

La bière (occidentale et/ou traditionnelle) a été le type de boisson le plus consommé (80%), suivie du vin (40%) et des liqueurs et spiritueux (30%). Kané [70] a observé en 2013 la prédominance de la consommation de la bière. Diboh [74] a également noté cette préférence pour la bière (37,78%) par rapport au vin (27,07%) en Côte d'Ivoire. Contrairement à notre étude, il a constaté la consommation d'alcools artisanaux chez 36,99% : Dolo (8,19%), Bangjy (19,41%) et Koutoukou (9,39%).

Le lieu de consommation privilégié des élèves de la commune VI a été les boîtes de nuit et snack bar (80%). Alex – Hart [71] et Huckle [88] ont trouvé une corrélation statistiquement significative entre les sorties en boîte de nuit et l'alcoolisme respectivement chez les élèves du secondaire au Nigéria et les jeunes en Nouvelle Zélande. En effet, ces boîtes de nuit

constituent de nos jours de véritables lieux de dépravation qui échappent à toute réglementation.

Les autres lieux de consommation sont : les bars/buvettes (50%), la maison (40%) et l'école (10%). Kané [70] a trouvé les mêmes lieux de consommation (bars : 84,15%, discothèques : 75,69% et maison : 18,29%) à l'exception de l'école. Ce dernier lieu de consommation est inhabituel et témoigne de la gravité du problème.

Les concerts / diner-spectacle, les soirées festives / fêtes scolaires ont été les principales occasions de consommation chez respectivement 70% et 60%. Selon Mve Ona [89], la majorité des jeunes consomment les boissons alcoolisées lors des événements festifs tels que les anniversaires, les bals, foires, fêtes de la jeunesse. Cette observation corrobore nos résultats.

L'ensemble des élèves consommateurs actuels ont des consommateurs dans l'entourage. Le type de consommateur dans l'entourage des élèves enquêtés a principalement été l'ami (37%). Sangaré [8] a noté que 66,67% des élèves buveurs estimaient avoir commencé à boire sous l'influence de leurs amis. Le groupe des pairs joue un rôle important dans l'initiation et la consommation d'alcool et de drogues (en particulier à l'adolescence où les comportements sont largement déterminés par le groupe) [41].

Chez les élèves consommateurs, les principales raisons de la consommation étaient : le plaisir (100%) et le snobisme (70%). Ces deux principales raisons ont également été rapportées par Kané [70] : imitation (54,88%) et plaisir (18,29%). Le snobisme est déterminant à l'adolescence car il s'agit d'une période de recherche de repère et d'intégration sociale. L'acceptation par un groupe de camarades occupe donc une place importante. Cette acceptation se fait au prix de l'adoption des comportements dangereux qui ont cours dans le groupe. Ainsi donc la consommation d'alcool peut être considérée chez les adolescents comme un critère d'intégration sociale [49,90].

Au moment de notre enquête, la moitié des élèves consommateurs avaient l'intention d'arrêter la consommation d'alcool. La raison de l'arrêt de

la consommation a été sanitaire chez tous ceux qui en ont eu l'intention. Cela témoigne du fait qu'au moins la moitié des élèves consommateurs sont conscients du danger qui les guette.

Nous n'avons évalué que l'intention d'arrêter contrairement à Kané [70] qui a recensé les tentatives d'arrêt. Il a constaté que les tentatives d'arrêt sont rarement couronnées de succès du fait de la mauvaise influence des fréquentations mais aussi de la dépendance. Ces constats doivent nous inciter d'avantage à la prévention qui est le seul gage de réussite dans la lutte contre ce phénomène.

### **Connaissance et attitude sur l'alcool**

L'écrasante majorité (92,6%) des élèves enquêtés avait une bonne connaissance des méfaits de la consommation d'alcool à l'image de l'étude de Nziiré [19]. Il s'agit d'une évolution favorable par rapport à l'étude de Kané [70] au cours de laquelle cette proportion n'était que de 46,8%. Cependant, ce point positif est à relativiser car nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative ( $p= 0,7788$ ) entre les élèves consommateurs et non consommateurs concernant la connaissance des méfaits de la consommation d'alcool. A ce titre, Bailly et al [78] rapportent que leur étude, à l'image de la plupart des enquêtes réalisées chez l'enfant et l'adolescent, montre qu'il est impossible d'établir une corrélation directe entre le niveau de connaissance des jeunes adolescents sur l'alcool et leur niveau de consommation. En effet, les élèves consommateurs sont souvent les plus renseignés sur les méfaits de l'alcool.

Concernant les dommages somatiques, à l'instar de l'étude de Kané [70], les maladies majoritairement citées étaient les maladies hépatiques et cardiaques. Quant aux dommages psychologiques, l'ivresse et les homicides ou tendances suicidaires ont été les plus cités avec respectivement 22,2% et 20,4%. La connaissance sur les dommages sociaux a été dominée par les accidents (25%), la nuisance sociale (18,5%) et les violences domestiques (14,8%). Seuls 7,8% des élèves enquêtés ont cité la désinsertion scolaire. Chez Kané [70] également, les accidents de la route constituaient le type de

dommage social le plus cité (60,59%). Les accidents liés à l'alcool sont la première cause de décès chez les jeunes [9]. A cet effet, la sensibilisation sur le risque d'accident lié à l'alcoolisme doit tenir une place de choix dans la stratégie de lutte contre l'alcoolisme en milieu scolaire.

La majorité des élèves (84,2%) a une mauvaise perception sur les boissons alcoolisées. En effet, 68,5% des élèves trouvent que la consommation d'alcool est mauvaise et non nécessaire pendant que 15,7% la trouvent stupide. La prédominance de cette mauvaise perception sur la boisson alcoolisée a également été rapportée par Bailly et al [78] chez 54,5 à 89,8% des élèves. Dans notre étude, seuls 15,8% des élèves enquêtés avaient une bonne perception sur les boissons alcoolisées parmi lesquels 70,6% ne sont pas des élèves consommateurs.

Le but des actions d'éducation en milieu scolaire apparait facile à atteindre du fait qu'elles s'adressent à des publics «captifs» selon Anderson et Baumberg [53]. Cette sensibilisation scolaire doit être promue à travers un programme bien adapté. En effet, Bailly et al et Foxcroft [78, 91] ont rapporté l'efficacité de certains programmes scolaires. Ils insistent particulièrement sur le fait que la prévention doit démarrer tôt bien avant l'initiation à l'alcool.

# **CONCLUSION**

## **IX. CONCLUSION**

A l'issue de notre étude relative à la consommation d'alcool chez les élèves des lycées de la commune VI du District de Bamako, il ressort que la prévalence globale de la consommation actuelle d'alcool chez les élèves était 9,3% parmi lesquels, 90% sont des garçons. Aussi 13,9% des élèves avaient consommé de l'alcool au moins une fois.

Nous avons trouvé une association entre la consommation actuelle d'alcool et les facteurs tels que la tranche d'âge, le sexe (masculin), la classe d'étude, la filière d'étude, le statut matrimonial (célibataire), la présence de consommateurs d'alcool dans l'entourage, la perception sur la consommation d'alcool et la perception sur un individu buveur d'alcool. Ces facteurs ainsi identifiés sont modifiables.

Il serait très intéressant de réaliser une étude de grande envergure afin de cerner tous les contours de la consommation de l'alcool en milieu scolaire au Mali.

# **RECOMMANDATIONS**

## **X. RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux élèves et étudiants**

- Eviter de se faire accepter dans un groupe au prix d'une initiation à l'alcool
- Ne pas se laisser influencer par les mauvaises compagnies
- Participer aux campagnes de lutte anti-alcool et aux conférences sur les méfaits des stupéfiants

### **Aux parents d'élèves**

- s'abstenir de consommer de l'alcool et surtout en présence des enfants ;
- ne pas envoyer les enfants acheter de l'alcool ;
- sensibiliser les enfants sur les dangers de la consommation d'alcool ;

### **Au ministère de la santé et de l'hygiène publique**

- Elaborer une politique nationale de lutte contre l'alcoolisme des adolescents et des jeunes ;
- Sensibiliser sur les risques somatiques et psycho-sociaux de l'alcoolisme chez l'adolescent et le jeune ;
- Exiger la stricte application des mesures réglementant la vente et la consommation d'alcool ;
- Créer des centres spécialisés dans la prise en charge des personnes vivant sous l'emprise de substances addictives.

### **Au Ministère de l'éducation de base, de l'alphabétisation et des langues nationales :**

- Interdire formellement l'usage de l'alcool au sein des établissements et à leurs alentours sous peine de sanctions sévères pouvant aller jusqu'à l'exclusion définitive ;
- Appliquer l'interdiction des bars à proximité des établissements scolaires ;
- Introduire le thème alcool et santé dans les programmes scolaires ;
- Organiser au sein des établissements des conférences et débats avec des projections d'images des méfaits de l'alcool sur la santé ;

# **REFERENCES**

## **XI. REFERENCES**

- 1. Encyclopédie Médicale – Wikipédia.** Alcoolisme : [En ligne]. [Page consultée le 11/12/2014 à 15H28]. Consultable à l'URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/alcoolisme>
- 2. OMS.** Classification Internationale des Maladies de l'OMS, liste des codes CIM-10(F10). CIM-10 FR, Edition 2015, Volume 1, p 1 - 888
- 3. Diakite A.W.** Société <<Jeunes et alcoolisme : quelles solutions>>. Le Sphynx (Mali). [En ligne]. [Page consultée le 08 Août 2015]. Consultable à l'URL : <http://www.journallesphynxmali.com>
- 4. Poznyak V et Rekke D.** Impact de la consommation d'alcool sur la santé mondiale. In : Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques et économiques et de santé publique. Editions OCDE, Paris, 2015, p 91 - 96
- 5. Global School-based Student Health Survey (G.S.H.S).** Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves. Genève : OMS.2011.Disponible sur URL : [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)
- 6. Kabiru C. W, Beguy D, Crichton J, Ezeh A. C.** Self reported drunkenness among adolescents in four sub Saharan African countries: associations with adverse childhood experiences. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2010, p 4 - 17
- 7. Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA).** Rapport Enquête Alcoolisme en milieu scolaire, 2009, S.E.R, p.14. 2015. [En ligne]. [Page consultée le 16/12/2015 à 15H28]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/index.html>.
- 8. Sangare S.** Usage de l'alcool et autres substances psycho actives chez les adolescents et les jeunes adultes dans le district de Bamako. Thèse de pharmacie, N° 09-P-34, 2009, p 1 - 78
- 9. OMS.** Consommation d'alcool. OMS, Aide-mémoire N°349, 2015, p 1 - 4

**10. World Health Organization (WHO).** Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, WHO, 2014, p 834.

**11. European Commission (OIB).** Directorate-General for Health and Consumers Protection. Harmful drinking. Brussels: European Commission (OIB), 2007, 4 p. Disponible sur : [http://ec.europa.eu/health/alcohol/publications/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/alcohol/publications/index_en.htm) (consulté le 20/12/2013)

**12. Bénec'h G.** Alcool et jeunes : Les mesures les plus efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool. Synthèse des connaissances et exemples d'actions. Editions AIRDDS, Bretagne, 2013, p 1 - 87

**13. Morion D, Francisco S.** Evolution de la consommation d'alcool dans les pays de l'OCDE. Lutter contre la consommation nocive d'alcool : politique économique et de santé publique, OCDE 2015, Paris.[En ligne]. [Page consultée le 15/02/2016 à 14H26]. Consultable à l'URL : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264244580-fr>.

**14. OMS.** Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool ; deuxième rapport (2007). OMS, Genève, 2007, N° 944.

**15. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L.** The 2011 ESPAD report substance use Among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Modintryckoffset AB, Stockholm, 2012, p 10 - 390

**16. Patrick M. E, Schulenberg J. E, Martz M.E, Maggs J. L, O'Malley P. M, Johnston L. D.** Extrême binge drinking among 12<sup>th</sup> grade students in the United States: Prevalence and predictors . JAMA Pediatrics, 2013, 167, 11, p 1019 - 1025

**17. Hingson R.W, Zha W, Lannotti R. J, Simons-Morton B.** Physician advice to adolescents about drinking and other health behaviors. Pediatrics, 2013, 131, 2, p 249 - 257

- 18. OMS.** Réduction de l'usage nocif de l'alcool : une stratégie pour la région africaine de l'OMS. OMS, Comité régional de l'Afrique, 2010, p 1 - 14
- 19. Nziiré J. K.** Etude C A P sur l'alcoolisme chez les élèves des écoles secondaires communes de Goma. Mémoire Santé et développement communautaire, RDC, 2008, p 4 - 90
- 20. Lim S. S, Vos T, Flaxman A. D, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, Almazroa M. A.** A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors clusters in 21 regions 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. The lancet, 2012, 380, 9859, p 2224 - 2260
- 21. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi F. E, Bouvard V, Altieri A, Coglianò V.** Carcinogenicity of Alcoholic Beverages. The Lancet Oncology, 2007, 4, p 292 - 293
- 22. OMS.** Rapport de situation mondiale sur l'alcool et la santé 2014 [En ligne]. [Consulté le 11/12/2014]. Consultable à l'URL : <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fr>.
- 23. Ahlström S.K, Österberg E. L.** Internationale perspectives on adolescent and young adult drinking. Alcohol Research & Health, 2005, 28, 4, p 258 - 268
- 24. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J.** Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol - Use disorders. Lancet, 2009, 373, p 2223 - 2233
- 25. Hanus M.** L'alcoolisme et ses complications. In : Psychiatrie Intégrée de l'étudiant. Maloine, Paris, 1984, Fascicule (2), 4<sup>e</sup> Edition, p 68 - 79
- 26. Degrugiller F.** L'éducation à la santé : les élèves face à l'alcool. Mémoire SMEEF CPE, N° dumas - 00763251, 2012, p 13 - 19
- 27. Rigaud A.** Les conduites d'alcoolisation : définition et typologie. La lettre d'hépatogastroentérologie, 2004, 2, VII, p 63 - 66

- 28. Reynaud M.** Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : Traité d'Addictologie. Flammarion, Paris, 2006, p 3 - 13
- 29. Anderson P, Gual A, Colom J.** Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. INCa (trad.) Alcool et médecine générale, Paris, 2008 ; p 1 - 141
- 30. OCDE.** Lutter contre la consommation nocive d'alcool : politiques économiques et de santé publique. Editions OCDE, Paris, 2015, p 3 - 270
- 31. Zeigler D. W, Wang C. C, Yoast R. A, Dickinson B. D, McCaffree M. A, Robinowitz C. B, Sterling M. L.** The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine, 2005, 40, p 23 - 32
- 32. Balland J.** Facteurs de risque de mésusage d'alcool chez les adolescents : A propos d'une étude dans le service de pédiatrie d'Épinal d'août 2010 à avril 2011. Thèse Med, France, N° 1024, 2011, p 7 - 162
- 33. Paille F.** Evaluation pratique de la consommation d'alcool : Classifications et définitions des conduites d'alcoolisation. Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2002, 26, 5, p 141 - 148
- 34. Kreuter M, Batel P.** Dossier l'alcoolisme. Le généraliste, 2358, p 22 - 24
- 35. Gache P, Wenger O.** La transmission familiale de l'alcoolisme mythe ou réalité Hépatogastro & Oncologie Digestive, 2003, 10, 5, p 1 - 8
- 36. Gelder M, Mayou R, Cowen P.** Traité de psychiatrie. Editions Flammarion, Paris, 2005, p 6 - 146
- 37. Duaux E, Krebs M. O, Loo H, Poirier M. F.** Genetic vulnerability to drug abuse. Eur Psychiatry, 2000, 15, p 109 - 114
- 38. OMS.** Neurosciences : usage des substances psychoactives et la dépendance. OMS, Genève, 2004, p 1 - 40
- 39. Cami J, Farre M.** Drug addiction. N Engl J Med, 2003, 349, p 979 - 986
- 40. Kolb B, Whishaw I.** Cerveau et comportement. De Boeck, Bruxelles, 2008, 2<sup>ème</sup> édition, p 203

- 41. Bailly D.** Consommation de substances psycho-actives et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent. *J Pediatr Puériculture*, 1999, 12, p 337 - 342
- 42. Bonnewitz M. L, Bonomi O, Fellingner E, Geldreich L, Grangé F, Konopinski L, Kusterer M, Lortz R.** Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool. Agence Régionale de la Santé, Alsace, 2015 P 1 - 79
- 43. De Micheaux L.** Pratiques addictives à l'adolescence et théorie de l'attachement. Thèse Med, 2008, p 22 - 28
- 44. Muzama Funzi G.** Les méfaits de l'alcool dans l'apprentissage des jeunes. *Mémoire Addictologie*, France, 2012, p 4 - 32
- 45. Bernheim A, Halfon O, Boutrel B.** Controversies about the enhanced vulnerability of the adolescent brain to develop addiction. *Front Pharmacol*, 2013, 4, 118, p 1-7
- 46. Crews F, He J, Hodge C.** Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav*, 2007, 86,2, p 189 - 99
- 47. Marshall E. J.** Adolescent Alcohol Use Risks and Consequences. *Alcohol and Alcoholism*, 2014, 49, 2, p 160 - 164
- 48. Rouvès V.** Les relations amoureuses et la consommation d'alcool à l'adolescence. Thèse Psychologie, Quebec, 2014, p 1 - 105
- 49. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R.** Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 2005, 25, p 841 - 861
- 50. Merline A, Jager J, Schulenberg J. E.** Adolescent Risk Factors for Adult Alcohol: Use and Abuse Stability and Change of Predictive Value across Early and Middle Adulthood. *Addiction*, 2008, 103, 1, p 84 - 99
- 51. Moore G. F, Rothwell H, Segrott J.** An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behavior and young people's

consumption of alcohol. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2010, 5, 6, p 1 - 14

**52. Bernadet S.** Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux à l'adolescence. Etude psychopathologique multi-échantillons, approche centrée sur la personne et facteurs de vulnérabilité. Thèse Psychologie, France, N° 1977, 2012, p 1 – 291

**53. Anderson P, Baumberg B.** L'alcool en Europe une approche en santé publique. London Institute of Alcohol Studies, 2006 p 1 - 480

**54. Maurage P.** Effets cérébraux du binge drinking chez les jeunes l'éclairage des neurosciences. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2014, 62, p 177 - 185

**55. Gagnon H, Rochefort L.** L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois conséquences et facteurs associés. Institut National de Santé Publique du Quebec (INSPQ), 2010, N°1102, p 1 - 51

**56. Paradis C.** Alcool et santé les effets de la consommation abusive d'alcool. Educ'Alcool, 2007, p 1 - 12

**57. Houle M, Lecourt M.** Prévenir l'abus d'alcool de drogue et de jeux de hasard et d'argent. Direction des Services sociaux de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec. 2006, p 1 - 76

**58. Schilling E. A, Aseltine R. H, Glanovsky J. L, James A, Jacobs D.** Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. Journal of Adolescent Health, 2009, 44, p 335 – 341

**59. Laumon B, Gadegbeku B, Martin J-L, Biecheler M-B.** Cannabis and fatal road crashes in France: population based case-control study. British Medical Journal, 2005, 331, p 1371 - 1377

**60. Arvers P.** Alcool dommages sociaux abus et dépendance. Les éditions Inserm, Paris, 2003, p 33 – 54

- 61. ANAES et SFA.** Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcool - dépendant après un sevrage, 7 et 8 Mars 2001, cité des sciences et de l'industrie Paris. p 1 - 12
- 62. Haile C.N, Kosten T.A, Kosten T.R.** Pharmacogenetic treatments for drug addiction: alcohol and opiates. Am J Drug Alcohol Abuse, 2008, 34, 4, p 355 - 381
- 63. Vidal.** Dictionnaire Vidal. Paris, 2015, 91<sup>ème</sup> édition, p
- 64. Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales.** Etude monographique de la commune VI du district de Bamako 2004
- 65. DRPSIAP /DB :** Direction régionale de la planification, de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population du district de Bamako : Annuaire statistique du district de Bamako 2009. Date de publication Mars 2011, p 250
- 66. PDSEC/OMD.** Programme de développement social économique et culturel (PDSEC)/OMD, 2009 - 2014 : Mairie de la commune VI
- 67. Ministère de l'éducation Nationale.** Rapport de rentrée 2011-2012 : CAP de Faladié, 2012, p14
- 68. Ministère de l'éducation Nationale.** Rapport de rentrée 2011-2012 : CAP de Banankabougou. 2012, p 6
- 69. Académie d'Enseignement de Bamako Rive Droite (AEBRD).** Liste établissements d'enseignement secondaire (AEBRD) 2016.
- 70. Kané M.** Usage de l'alcool en milieu scolaire bamakois. Thèse Med, Mali, 2013, N° 13-M-100, p 14 - 96
- 71. Alex-Hart B. A, Opara P.I, Okagua J.** Prevalence of alcohol consumption among secondary school students in Port Harcourt Southern Nigeria. Niger J Paed, 2015, 42, 1, p 39 - 45

- 72. Ntowbea C. C.** Prevalence of substance use among junior high school pupils of the Dangme West District. Mémoire Master santé publique, Ghana, N° 10329437, 2010, p 1 - 82
- 73. INSTAT.** Annuaire statistique du Mali 2011. INSTAT, 2012, p 60
- 74. Diboh E.** Alcoolisation chez les jeunes élèves en Côte d’Ivoire : préférence et consommation effective. European Scientific Journal, 2013, 9, 30, p 380 - 393
- 75. Kanyoni M, Gishoma D, Ndahindwa V.** Prevalence of psychoactive substance use among youth in Rwanda. BMC Research Notes, 2015, 8, 190, p 1 - 8
- 76. NKyi A. K.** Adolescents Use of Alcohol Tobacco and Marijuana The Gateway to Other Drugs. International Journal of Psychology and Behavioral Sciences, 2015, 5, 4, p 158 – 168
- 77. Onya H, Tessera A, Myers B, Flisher A.** Adolescent alcohol use in rural South African high schools. Clin Exp Res, 2013, 37, 2, p 308 - 314
- 78. Bailly D, Rouchaud A, Garciad C, Roehrig C, Ferley J. P.** Consommation d’alcool chez les jeunes adolescents enquête en milieu scolaire. Archives de pédiatrie, 2015, 22, p 510 - 517
- 79. Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, Bogt T. T, Kokkevi A, Godeau E.** Not Early Drinking but Early Drunkenness Is a Risk Factor for Problem Behaviors Among Adolescents from 38 European and North American Countries. Alcohol Clin Exp Res, 2013, 37, 2, p 308 – 314
- 80. April N, Bégin C, Morin R.** La consommation d’alcool et la santé publique au Québec. Institut National de Santé Publique du Quebec, 2010, N 1087 p 1 - 117
- 81. Moller L.** L’alcool, enjeu majeur de santé publique en France et en Europe. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2013, N° 16-17-18, p 161- 202

- 82. Diot Q.** Alcoolisation des jeunes en France. Mémoire Sociologie, 2011, p 1 - 37
- 83. Tessier S, Hamel D, April N.** La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois déterminants et problèmes liés. INSPQ, 2015, N° 2023, p 1 - 12
- 84. Beck F, Guillemon J, Legleye S.** L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique. Adsp, 2009, 67, p 9 - 15
- 85. Rugendo M. M.** Assessing Substance Abuse Among Secondary School Students in Kendu Zone, Homabay County, Kenya. Journal of Health Medicine and Nursing, 2016, 24, p 73 - 81
- 86. Donovan J. E, Molina B. S. G.** Types of Alcohol Use Experience from Childhood through Adolescence J Adolesc Health, 2013, 53, 4, p 453 - 459
- 87. Simbee G.** Prevalence of substance use and psychosocial influencing factors among secondary school students in dodoma municipality. Mémoire Med, Tanzanie, 2012, p 1 - 61
- 88. Huckle T, Gruenewald P, Ponicki W. R.** Context-Specific Drinking Risks Among Young People. Alcoholism Clinical and Experimental Research, 2016, 40, 5, p 1129 - 1135
- 89. Mve Ona U L.** La consommation d'alcool en milieu scolaire : cas de la ville de Yaoundé. Mémoire d'ingénieur d'application de la statistique, Cameroun, 2006, p 32 - 47
- 90. Bailly D.** La consommation d'alcool chez les enfants une réalité méconnue. Archives de pédiatrie, 2016, 23, 5, p 549 - 553
- 91. Foxcroft D.R, Tsertsvadze A.** Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, 5, p 10 - 120

# **ANNEXES**

**FICHE D'ENQUÊTE**

N° de fiche : ..... Date de remplissage : ..... / ..... / .....

**SECTION I : RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

**I.1) CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :**

**I.1.1) ELEVE :**

- Q1)** Age(en année):.....Ans      **Q2)** Sexe:1=Masculin;2=Féminin  
**Q3)** Classe/série:.....      **Q4)** Etablissement fréquenté:.....  
**Q5)** Résidence:.....  
**Q6)** Ethnie : 1=bambara; 2=malinké; 3=soninké; 4=peulh; 5=sonrhaï;  
6=dogon;7=sénoufo;8=minianka;9=bobo;10=si autres à préciser.....  
**Q7)** Religion:1=Musulman(ne);2=Chrétien(ne);3=Si autres à préciser.....  
**Q8)** Rang de naissance de l'Elève dans la fratrie :.....  
**Q9)** Statut matrimonial de l'Elève : 1=célibataire; 2=marié(e); 3=concubin(e)

**I.1.2) PERE :**

- Q10)** Age du Père :.....  
**Q11)** Niveau d'instruction du Père : 1=primaire;2=secondaire  
3=supérieur; 4=non scolarisé ; 5=alphabétisé ; 6=école coranique  
**Q12)** Profession du Père:1=Administrateur Civil; 2=Commerçant/Vendeur;  
3=Comptable;4=Agent de Santé; 5=Enseignant;6=Juriste;7=Militaire;  
8=Secrétaire; 9= Ouvrier/Paysan;10=Si autres à préciser :.....

**I.1.3) MERE :**

- Q13)** Age de la Mère :.....  
**Q14)** Niveau d'instruction de la Mère : 1=primaire; 2=secondaire  
3=supérieur; 4=non scolarisée ; 5=alphabétisée ; 6=école coranique  
**Q15)** Profession de la Mère: 1=Administratrice Civile;2=Commerçante/Vendeuse  
3=Comptable; 4=Agent de Santé; 5=Enseignante; 6=Juriste; 7=Militaire;  
8=Secrétaire; 9=Ménagère/Paysanne; 10=Si autres à préciser :.....

**SECTION II : STATUT ALCOOLIQUE DE L'ELEVE, PARENTS ET PROCHES :**

- Q16)** Avez-vous déjà consommé de la boisson alcoolisée au moins une fois ?  
1=Oui;2=Non  
**Q17)** Si oui, saviez-vous que c'était une boisson alcoolisée ? 1=Oui;2=Non  
**Q18)** Si oui, à quel âge avez-vous consommé de la boisson alcoolisée pour la première fois ? :.....  
**Q19)** Est-ce-que vous consommez actuellement de la boisson alcoolisée ?  
1=Oui; 2=Non

- Q20)** Si oui, depuis combien de temps consommez-vous de la boisson alcoolisée ?...
- Q21)** Combien de bouteilles de boisson alcoolisée consommez-vous en moyenne :
- a) par jour ?.....
- b) par semaine ?.....
- Q22)** combien de jours par semaine vous buvez de la boisson alcoolisée ?.....
- Q23)** Avez-vous été ivre une fois, depuis que vous avez commencé à consommer de la boisson alcoolisée ?.....
- Q24)** Quel type de boissons alcoolisées consommez-vous ?
- 1=Bière; 2=Vin; 3=Liqueur ou Spiritueux
- Q25)** Où est ce que vous consommez la boisson alcoolisée ?
- 1=Maison; 2=Restaurant; 3=Bar/Buvette; 4=Boîte de nuit/Snack-bar
- 5=Salles de jeux; 6=A l'école; 7=Si autres milieux de loisir à préciser :.....
- Q26)** Dans votre entourage y'a-t-il quelqu'un qui consomme (ou consommait) de la boisson alcoolisée ?1=Oui; 2=Non
- Q27)** Si oui, qui sont-ils ?.....

**SECTION III : CONNAISSANCE ET MEFAITS DE L'ALCOOL**

- Q28)** La boisson alcoolisée a-t-elle des Conséquences néfastes? 1=Oui; 2=Non
- Q29)** Si oui, citer au moins trois (3) conséquences néfastes de la consommation d'alcool?.....
- .....

**SECTION IV : PERCEPTION ET ATTITUDES PRATIQUES FACE A LA CONSOMMATION D'ALCOOL :**

- Q30)** Que pensez-vous de la consommation de boissons alcoolisées ? :.....
- .....
- Q31)** Que pensez-vous de quelqu'un qui boit de l'alcool ?.....
- .....
- Q32)** Quelles sont les raisons qui vous poussent à consommer de la boisson alcoolisée? 1=promiscuité; 2=stress; 3=snobisme; 4=soucis; 5 =sorties; 6= plaisir; 7=si autres à préciser :.....
- Q33)** A quelle (s) occasion(s) consommez-vous de la boisson alcoolisée en générale?
- 1=Fêtes scolaires/Soirées festives; 2=Sorties récréatives sur les plages; 3=Concert/Diner-spectacle; 4=Diner de mariage ou bapteme; 5=Si autres à préciser.....

**SECTION V : LUTTE ANTI-ALCOOL**

**Q34)** Avez-vous l'intention d'arrêter de consommer la boisson alcoolisée ?

1=Oui ; 2=Non

**Q35)** Si oui, pourquoi ?.....

**Q36)** A votre avis, est-ce qu'il existe des textes réglementant la consommation des boissons alcoolisées au Mali ? 1=Oui ; 2=Non

**Q37)** Si oui, que disent les textes réglementant la consommation des boissons alcoolisées au Mali? \_\_\_\_\_

1=interdiction de consommer de la boisson alcoolisée dans la cours de l'école

2=interdiction de consommer de la boisson alcoolisée dans les Lieux publics

3=si autres  à préciser :.....

**Q38)** Que pensez-vous de ce que disent les textes réglementant la consommation des boissons alcoolisées au Mali ?.....

**Q39)** D'après vous qu'est-ce qu'il faut faire pour réglementer la consommation des boissons alcoolisées au Mali?.....

.....  
.....

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** CISSE

**Prénom :** Ousmane

**Date de naissance :** le 02 Janvier 1986

**Lieu de naissance :** Ségou

**E-mail :** ocisse2015@gmail.com

**Titre :** «Alcoolisme en milieu scolaire : cas des lycées de la commune VI du District de Bamako».

**Année universitaire :** 2016-2017

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

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

**Secteur d'intérêt :** Santé publique ; Nutrition ; Division de Maladies Non Transmissibles.

### **Résumé**

L'alcoolisme en milieu scolaire constitue une véritable menace voire une préoccupation majeure de santé publique et sociale dans le monde, particulièrement dans les pays d'Afrique sub-sahariens comme le Mali.

Notre étude de type transversale descriptive et analytique a été menée du 19 Décembre 2016 au 19 Janvier 2017, auprès de 108 élèves âgés de 14 à 21 ans, scolarisés en commune VI du District de Bamako dans deux lycées (un lycée public et un lycée privé). Un questionnaire pré établi a permis de recueillir les données nécessaires, qui ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20, le test de chi carré de Pearson a été utilisé avec un seuil de 0,05 pour rechercher la liaison entre les variables dépendantes et les variables indépendantes. Les résultats ont montré que l'âge moyen de la population enquêtée était de  $16,71 \pm 1,81$  ans avec une prédominance féminine (sexe ratio=0,71). Cette étude a permis de situer la prévalence de l'alcoolisme chez les élèves à 9,3% dont 90% de garçons. La plus part des élèves consommateurs avaient commencé à consommer de l'alcool dans la tranche d'âge de 17-19 ans soit 18,4% des élèves. . Le motif d'incitation le plus souvent évoqué était « le plaisir » (100,0% des élèves). La majorité des élèves interrogés soit 92,6% savaient que l'alcool était nocif pour la santé. La raison de santé est la principale raison de l'envie d'arrêt de la consommation chez tous les élèves consommateurs actuels. En fin nos résultats ont montré une association entre la consommation d'alcool et les facteurs tels que la tranche d'âge, le sexe, la classe d'étude, la filière d'étude, le statut matrimonial, la présence de consommateurs d'alcool dans l'entourage, la perception sur la consommation d'alcool et la perception sur un individu buveur d'alcool.

**Mots clés:** Consommation, Alcool, Lycée, Bamako-Mali.



## **MATERIAL SAFETY DATA SHEET**

**Name:** CISSE

**First name:** Ousmane

**Date of Birth:** January 2, 1986

**Birthplace:** Segou

**Email:** ocisse2015@gmail.com

**Title:** "School Alcoholism: case of high schools in the town of Bamako District VI."

**Academic Year:** 2016-2017

**City of defense:** Bamako

**Country of origin:** Mali

**Filing Location:** Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology (FSOM).

**Area:** Public Health; Nutrition; Division of Non-Communicable Diseases.

### **summary**

Alcoholism in schools is a real threat and even a major concern for public and social health in the world, especially in Africa sub-saharian countries such as Mali.

Our descriptive and analytical cross-sectional study was carried out from December 19, 2016 to January 19, 2017, with 108 students aged 14 to 21, who were enrolled in commune VI of the District of Bamako in two high schools (a public high school and a private high school). A pre-established questionnaire was used to collect the necessary data, which was captured and analyzed using the SPSS software version 20. The Pearson chi-square test was used with a threshold of 0.05 to find the link between the dependent variables and the independent variables. The results showed that the average age of the surveyed population was  $16.71 \pm 1.81$  years with a female predominance (sex ratio = 0.71). The study identified the prevalence of alcoholism among students at 9.3%, of which 90% were boys. Most of the consumers pupils had begun to consume alcohol in the age group of 17-19 years 18.4% of students. The incentive reason most often mentioned was "pleasure" (100.0% of students). The majority of students surveyed (92.6%) knew that alcohol was harmful to health. Health reason is the main reason for the desire to stop drinking in all current students.

Finally, our results showed an association between alcohol consumption and factors such as age group, gender, class of study, field of study, marital status, presence Of alcohol consumers in the environment, the perception on the consumption of alcohol and the perception on an individual drinker of alcohol.

**Keywords:** Consumption, Alcohol, High School, 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 je 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 favoriser le crime.

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

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

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

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

**JE LE JURE.**