

REPUBLIQUE DU MALI

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIQUES DE BAMAKO**



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2014 – 2015

N°...../

TITRE

**Consommation des stupéfiants
en milieu universitaire**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 2015 devant la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali**

Par

M. Oumar dit Noumory DIAKITE

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

IURY

Président : Professeur Tieman Coulibaly

Membre : Docteur Mamadou Keita

Codirecteur : Docteur Mamoudou Diarra

Directeur de thèse : Professeur Amadou Diallo

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH le Tout Puissant, le Miséricordieux, Omnipotent, Omniprésent et Omniscient

Le mérite de ce travail vous revient pour m'avoir laissé en vie jusqu'à ce jour.

Donnes moi Allah, longue vie faite de santé et de prospérité pour que je puisse me souvenir toujours de Toi en tout lieu et en toute circonstance, que mon dernier mot sur ce bas monde soit la prononciation du <<CHAHADA >>

Au Prophète Mohamed, paix et salue sur lui

In Memorium A mon petit frère Feu Aboubacar Sidiki Diakité décédé une semaine après ma soutenance de thèse à l'âge de 24 ans, que ton âme repose en paix,

A mon père Mamadou Salif Diakité,

Ce moment est le fruit de ton éducation, de tes sacrifices et de ton dévouement. Tu as consacré le meilleur de toi-même à notre éducation .Ainsi tu nous appris l'honneur, la dignité, la modestie, l'humilité, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du prochain, Ton sens du travail bien fait, tes sages conseils et bénédictions et surtout tes sacrifices consentis pour notre éducation sont et resteront toujours pour mes frères, mes sœurs et moi la voie de l'honneur et de la dignité.

Soit le premier à jouir de l'honneur de ce modeste travail. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et toute ma reconnaissance.

A ma maman Marcelline NDandéNGadzog

Mère irréprochable, courageuse, dévouée, soucieuse du futur de ses enfants. Mère, tu n'as jamais cessé de nous apprendre que la vie est un combat et que la souffrance est un chemin d'or. Les mots me manquent pour décrire tes qualités de bonne mère. Tout ce que j'aurai à dire ne saurait exprimer tout le sacrifice et l'endurance dont tu as fait preuve pour me donner la meilleure éducation possible. Ce travail est le fruit de tes efforts. Mère, mon admiration pour toi n'a pas de limite. Une fois de plus, Merci.

A mes mères Fanta KabaDiakite,Aminata Sissoko,Maimouna Diarra, Fatoumata Keita,

Etre mère n'est pas chose facile car c'est comprendre ce qui est incompréhensible pour les autres, supporter ce qui est insupportable pour les autres. Vous avez su exprimer dans le silence toutes les souffrances subies dans vos foyers. Vous m'avez appris l'honneur, la dignité, la courtoisie, la modestie, l'abnégation, l'humilité, la générosité, le respect de soi et

l'amour du prochain. C'est le lieu pour moi de vous dire merci pour tout le sacrifice consenti et toutes les souffrances.

Puisse la justice divine tranchée en faveur de vos enfants en récompense de vos sacrifices pour les enfants d'autrui.

Que le bon Dieu vous donne joie et longue vie.

La famille Sadio et Issa Diakité de Kayes,

Vraiment les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer toutes vos reconnaissances à ma modeste personne.

Vous m'avez entretenu et éduquer tout comme mes parents, car vous avez su développer en moi les mêmes valeurs sociales et culturelles que mon cher père. Pendant près de 5 ans il ne m'a rien manqué pour vite progresser dans mes études. Vous m'avez prouvé qu'on peut vivre mieux loin de son père et de sa mère, vous m'avez prouvé l'humilité et vous m'avez prouvé qu'est-ce que la bonne fraternité, le goût de la joie de vivre. Tout ce que j'aurai à dire ce soir ne sera pas assez. En m'inclinant devant vous en signe de reconnaissance, dévouement, et entière soumission, je vous présente mes excuses pour tout le mal lié à mon à âge et mon orgueil que vous avez du subir et demande vos bénédictions qui ne m'ont pas d'ailleurs fait défaut.

Puisse ce modeste travail fruit de votre engagement me rend digne de vous. Que Dieu le tout puissant nous reste unit, vous accorde sa grâce, sa prospérité, longévité et santé.

Amen.

A mes Tonton Bakary Diakité, Moussa Diakité, Ousmane Diakité, Mamadou Diakité, Sekouba Diakité,

C'est le moment pour moi de vous dire merci pour tous les sacrifices et l'éducation que vous m'avez donne

Que le bon Dieu vous récompense et vous donne longue vie pleine de sante.

A mes chers oncle et tantes, Mekoutou, Gabi, Nangadoum, NGar , Samira,

Merci pour l'accueil si chaleureux, la bonté et la tendresse que vous avez eu à mon égard lors de mon séjour chez vous.

A mes grands pères et mères FeuSalif Diakité, Feu Ndoassingar, Feu Wassa Diarra, Thérèse, Mariam Diarra

On dit généralement qu'un coup de piston vaut mieux que cent ans d'études. Merci de vos aides et soutiens.

A mes frères et sœurs :

Sans aucune liste nominative, vous avez été des frères et sœurs pour moi. Merci pour toutes ces années passées dans un climat familial chaleureux et convivial. Que ce travail vous sert d'exemple et que le tout Puissant renforce les liens qui nous unissent.

A ma fiancée, AlimatouDoumbia

Merci pour ton soutien, tes conseils, tes encouragements et tes sacrifices consentis. Tu as toujours suivi mes études avec intérêt et tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite. Ce travail est aussi le tien. Que le tout puissant bénisse notre union.

A tous mes ami(e)s

Sans aucune liste nominative Restons unis pour l'avenir

A tous mesparents, amis, compagnons, et connaissances je n'ai pas pu citer que le tout Puissant renforce les liens qui nous unissent. .

A tousles étudiants et étudiantes de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

REMERCIEMENTS

Il me tient à cœur de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de loin ou de près ont contribué tant soit peu à la réalisation de ce travail.

Cependant, je ne saurais énumérer de façon exhaustive les parents, les amis (es), collaborateurs et maîtres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels et scientifiques tout au long de cette thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude!

Je remercie

Mes parents à travers eux les familles Diakité, Ngadzoget NDoassingar

Ce travail est le couronnement de vos efforts. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance !

Mr Sanogo Barou et toute sa famille,

C'est l'occasion de vous remercier pour votre soutien pendant les moments difficiles.

Abbe Michel Gaudiche, pour vos qualités humaines et d'homme d'Eglise.

Mr Noumory Diakité et toute sa Famille,

Ce travail est le vôtre, les mots me manquent pour exprimer votre soutien, soyez assuré de ma profonde reconnaissance, merci pour votre disponibilité et vos conseils, que Dieu vous accorde son assistance.

Dr Diawara Ibrahima médecin a la polyclinique Mohamed V

Les mots me manquent pour exprimer tout ce que vous avez fait pour ma modeste personne.

Soyez sûr de toute ma reconnaissance. Trouvez ici toute la sympathie pour avoir collaboré, travaillé et appris auprès de vous dans un climat de joie et d'entraide ; C'est le moment de vous remercier pour votre soutien, votre disponibilité et vos conseils.

Mes camarades de la communauté Tchadienne de la FMOS merci pour l'Assistance, la collaboration et la disponibilité dont vous avez fait preuve.

Mes frères et sœurs de l'association des étudiants ressortissants de Kayes de m'avoir accepté. Puisse Dieu pérenniser nos liens.

Mes amis et membres de groupe d'exercice : Dr Konate Mamadou, Dr Keita Issiaka , Dr Djibril Ndiaye, Dr Drame Bakary, Dr FaLyNiang, Dr SoryGoita, vous êtes et vous resterez mes fidèles compagnons. Que Dieu le tout puissant puisse raffermir nos liens, merci pour tout

A tout le personnel du Centre de sante de référence de la commune VI

particulièrement :

A Docteur Traore Boubacar

Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des internes font de vous un exemple à suivre. Votre contribution morale et pratique a été indispensable pour la réalisation de cette recherche. Cher maître, vous m'avez accepté sans aucune différence et considération.

Trouvez ici toute ma reconnaissance et ma satisfaction

A tous mes maîtres du service de gynéco obstétrique du CSREF de la Commune VI, Dr SamakeAliou, Dr Keita Mamadou, Dr Kayentao Abdoul Kader dit Baber vous faites preuves d'une volonté et d'une facilité de transmission exceptionnel de vos connaissances, votre accueil, votre générosité, votre collaboration, vos conseils ainsi que votre sympathie réconfortante m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce modeste travail. J'ai tout appris à vos côtés merci pour ses moments inoubliables. Sachez que ce travail est le vôtre Que le bon Dieu resserre nos liens. Trouvez ici mes sincères remerciements.

A tout à mes aînés anciens internes du Centre de sante de référence de la commune VI: Dr Diassana Mama, Dr Konate Issa, Dr Abdoulaye Kané, Dr Samaké Issa, Dr Sanogo Daouda, Dr Traore Mariam, Dr coulibaly Abdoulaye, Dr Sidibé Souleymane.

A tous les sages-femmes, Anesthésistes, infirmières, chauffeurs, manœuvres merci pour ces moments inoubliables

A mes collègues interne du Cs réf de la commune VI : Dr Diallo Natenin Kaba Diakité, Dr Satao Sory, Dr Konate Lassine, Dr Coulibali Boubacar, Dr Samake Djeneba Coulibaly, interne Diallo Moumine, Interne Moussa Goro, Interne Mamady Kamissoko, interne Diakite Adama, interne Moussa Togola, interne Kananbaye, Interne Broulaye Doumbia.

A Docteur Diakité Cheikné Hamalah et tout le personnel du cabinet médical SORILA, Je ne saurai vous dire en si peu de mots les meilleurs souvenirs que je garderais de notre franche collaboration. Grand merci pour tout.

A Docteur Traore Oumar et tout le personnel de la polyclinique Mohamed V Mercie pour votre gentillesse, votre sympathie et votre courtoisie. J'ai beaucoup appris à vos côtés. Je vous souhaite bon courage et bon vent.

A Docteur Sanogo Daouda et tout le personnel du centre de santé communautaire de Niamakoro ASACONIA

A Docteur Yaya Sow, vous m'avez été une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Docteur Badian Dembélé

Merci pour l'Assistance, et la disponibilité dont vous avez fait preuve.

A tous mes maîtres de la FMPOS de Bamako, pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Que vous ayez la récompense divine à cet effet.

A tous mes amis de Bamako, de Kayes et du Tchad. Je ne vais pas citer de noms pour ne pas omettre certains, chers amis votre sympathie et votre sens élevé de courtoisie goût à la collaboration que Dieu nous maintienne unis pour le présent et le futur

A tous ceux ou celles que je n'ai pu citer ici, de loin ou de près.

Sachez que j'ai une pensée pour chacun de vous. Merci.

HOMMAGES AUX JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur TIEMAN COULIBALY

- **Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Toure**
- **Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Toure**
- **Maître de conférences a la Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.**
- **Membre de la société Malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique.**

Cher maître, Nous avons été très sensibles aux conseils et à l'enseignement que vous nous avez dispensés.

Votre discrétion, votre profond respect d'autrui font de vous un maître particulièrement aimé et respecté.

Soyez assurés de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY:

Docteur Mamadou KEÏTA

- **Gynécologue Obstétricien et Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako;**

Cher maître, c'est un honneur pour nous de vous compter parmi notre jury.

Votre abord facile, votre générosité, votre grande disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique ont été pour nous hautement profitable.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Mamoudou DIARRA

- **Pharmacien**
- **Chargé de l'approvisionnement et de la dispensation des Antirétroviraux au CNAM**

Cher Maître, nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous avez placée en nous pour effectuer ce travail. Les mots me manquent pour vous exprimer combien cela fut un plaisir de travailler avec vous. Vous nous avez inspiré, suivi et guidé pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Votre simplicité, votre compétence et surtout votre rigueur scientifique sont des atouts qui nous ont fascinés et dont nous avons bénéficié tout au long de notre formation. Vous n'avez ménagé aucun effort pour la belle réalisation de ce travail qui, également, est le vôtre.

Cher Maître, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Amadou DIALLO

- **Professeur honoraire de biologie animale à la FMPOS**
- **Ex Recteur de l'université de Bamako**

Cher maître, nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre amour pour le travail bien fait et votre générosité font de vous une fierté légendaire

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

- USTTB** : université des sciences et technique de Bamako
- FMOS** : faculté de médecine et d'odonto stomatologie
- FAPH** : faculté de pharmacie
- ONU** : organisation des nations unies
- OMS** : organisation mondiale de la santé
- OICS** : organisation internationale de contrôle des stupéfiants
- ONG** : organisation non gouvernementale
- ONUDC** : organisation des nations unies contre la drogue
- SNC** : système nerveux central
- GABA** : l'acide gamma-aminobutyrique
- CHU** : centre hospitalo-universitaire
- IEC** : campagne d'information et d'éducation
- BPCO** : broncho pneumopathie chronique obstructive
- ASACO** : Association de santé communautaire

SOMMAIRE :

	PAGES
I INTRODUCTION.....	1-2
II OBJECTIFS.....	3
III GENERALITES.....	4-23
IV METHODOLOGIE.....	24-27
V RESULTATS.....	28-39
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	40-43
VII CONCLUSION.....	44
VIII RECOMMANDATIONS.....	45
IX REFERENCES.....	46-47
ANNEXES	

I-INTRODUCTION

L'Homme emploie des drogues depuis l'aube de la civilisation : pour se soigner, soulager sa douleur, comme instrument rituel ou pour modifier son psychisme et son comportement [1]

Ainsi, l'opium était déjà utilisé en méditerranée orientale il y a 5000 ans et, depuis des siècles, les populations des hauts plateaux andins mastiquent la feuille de cocaïne [2]

En Afrique et en Asie, le cannabis est fumé depuis plus de trois millénaires [1]. C'était également dans l'Ouest africain qu'étaient utilisés de façon traditionnelle la noix de cola et l'iboga[3]. Mais l'expansion des échanges et des communications intervenue à la fin du XIXe siècle a fait éclater le cloisonnement qui confinait l'usage des drogues à l'intérieur des frontières politiques et culturelles[1]. Au cours des 20 dernières années, l'usage des drogues s'est répandu à un rythme sans précédent et a touché toutes les régions du globe. Dans la totalité des pays, qu'ils soient développés ou en développement, il s'est produit un accroissement de la consommation des drogues, y compris l'alcool et le tabac et une aggravation concomitante des problèmes de santé et de société[4]. En Afrique, les différentes drogues qui existaient traditionnellement assumaient des fonctions sociales. Le nouveau contexte de l'Afrique donne lieu à des pratiques sociales nouvelles qui ont changé de fond en comble le panorama de la drogue. C'est un véritable changement social fait de bouleversements de structures, de mentalités, de conduites, de comportements et de valeurs. Le premier fait important à relever, est l'envahissement du continent africain par les drogues importées, licites et illicites. La diffusion de ces drogues atteint le stade de la vulgarisation et leur usage n'épargne aucun milieu et aucun groupe social. La jeunesse est une cible importante dans ce domaine pour son importance démographique, avec un taux dépassant 60 % de la population[5]. On estime qu'environ 230 millions de personnes, soit 5 % de la population adulte mondiale, ont consommé une drogue illicite au moins une fois en 2010. On dénombre environ 27 millions d'usagers problématiques de drogues, ce qui représente 0,6 % de la population adulte,

Le cannabis était la drogue la plus consommée dans le monde. Près de 160 millions de personnes en 2005, soit 3,8 % de la population mondiale. L'héroïne, la cocaïne et les autres drogues tuent environ 200 000 personnes chaque année, brisant des familles et apportant le malheur à des milliers d'autres personnes. Au Québec Canada 33,4% des étudiants déclarent consommer du cannabis dont 13,6% ont connu un usage problématique dans leurs vie .L'ONUDC estime que l'Afrique comptait quelque 38,2 millions de consommateurs de

cannabis en 2005, soit 7,7 % de la population africaine âgée de 15 à 64 ans. La consommation est surtout prévalent en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, (13%) et en Afrique australe (8,5%). La production mondiale d'opium a été de 7 000 tonnes en 2011. Ce qui représente une augmentation par rapport à 2010. L'Afghanistan en est le premier producteur mondial. Les efforts visant à réduire la culture et la production des principales drogues problématiques d'origine végétale ont cependant été contrecarrés par un accroissement de la production des drogues de synthèse et notamment par des augmentations significatives de la production et de la consommation de substances psycho actives qui ne sont pas soumises à un contrôle international. Cependant dans le domaine de la prévalence en Afrique il existe effectivement très peu d'études disponibles surtout en milieu universitaire. Au Burkina Faso, 4,7% des étudiants déclarent avoir déjà fumé du chanvre indien. Le Mali généralement considéré, du fait de sa situation continentale et de la porosité de son septentrion, comme un pays de transit de la drogue, n'échappe plus, à l'instar des autres pays d'Afrique, à cet accroissement de la consommation des drogues. Si les données disponibles auprès des services de répression (police nationale, gendarmerie nationale, douane) révèlent une augmentation des quantités de drogues saisies nous avons en ;

-2004 390 paquets et 465 briques chanvre indien 80 keppa d'héroïne

-2005 218 briques et 7 boules cannabis et 406 briques chanvre indien 38 capsules cocaïne 85 boules et 21 capsules d'héroïne

-2006 326 boules 304 briques de cannabis 113 capsules cocaïne

-2012 cannabis 2869kg Cocaïne 5289 Kg Metamphétamine 32Kg

A la lumière de ce qui précède, nous nous proposons à travers notre étude, d'évaluer l'importance quantitative et qualitative de l'usage des stupéfiants singulièrement au sein de la population estudiantine en vue de dégager des mesures appropriées de prévention et de lutte pour limiter l'expansion du phénomène.

II-OBJECTIFS

1-Objectif général

Etudier la consommation des stupéfiants en milieu universitaire : cas de la FMOS / FAPH.

2-Objectifs spécifiques

- Estimer la prévalence de la consommation des stupéfiants en milieu universitaire ;
- Identifier les différents types de stupéfiants consommés en milieu universitaire ;
- Identifier les facteurs favorisant l'utilisation des stupéfiants en milieu universitaire ;
- Apprécier le niveau de connaissance des étudiants sur les conséquences de la consommation des drogues en milieu universitaire ;
- Proposer des moyens de lutte contre la consommation des drogues en milieu universitaire.

III- Généralités

1-Historique.[6]:

Le terme « **stupéfiant** » apparaît en France dans l'Encyclopédie du XIX^e siècle en 1858.

À l'origine, avant la convention de 1961, sur les stupéfiants ce terme possédait une définition en pharmacologie où il désignait, par analogie avec leurs effets : « qui stupéfie », un groupe de substances (essentiellement des opiacés) connues pour inhiber les centres nerveux et pour induire une sédation de la douleur. Par glissement du terme, il a ensuite désigné des substances susceptibles d'induire des effets sur le système nerveux proches des opiacés comme les narcotiques et les euphorisants.

Mais depuis son utilisation officielle par l'OMS pour désigner les substances classées aux tableaux I et II de la Convention de 1961 soit des dépresseurs du système nerveux central, il est devenu un terme de droit regroupant l'ensemble de ces produits. Tandis que celui de psychotropes désigne les substances des tableaux I, II, III ou IV de la Convention de 1971.

L'OMS ne donne pas une définition du terme « stupéfiant » dans ses conventions et se contente de les lister. Cette confusion entre le sens pharmacologique attaché à l'effet et l'utilisation du terme en droit pour désigner un groupe de substances illégales, a amené un glissement du sens de ce mot et les *stupéfiants* désignent, depuis les années 1980, les psychotropes illégaux ou soumis à réglementation, souvent aussi appelés drogues. Certains produits considérés comme stupéfiants sont tolérés dans quelques pays. Par exemple, le cannabis est toléré aux Pays-Bas (en restant sous le coup de la loi sur l'opium, donc réglementé) mais reste pratiquement illégal dans la majeure partie des pays du monde, y compris au Mali.

Enfin certaines substances psycho actives, telles que la nicotine du tabac ou l'alcool ne sont pas considérées comme des stupéfiants bien que leurs commercialisations soient sujettes à réglementation (âge légal, publicité, autorisation de débit, ...). En effet, bien que licite, la consommation excessive de ces substances relève de la toxicomanie.

2-Définitions :

Les stupéfiants sont des médicaments doués d'un effet analgésique, narcotique et euphorisant dont l'usage immodéré et prolongé produit un état de tolérance et de dépendance pouvant avoir de graves conséquences sur le plan humain et social[7].

Il s'agit d'une substance, médicamenteuse ou non, dont l'action sédatrice, analgésique, narcotique et/ou euphorisante provoque à la longue une accoutumance et une pharmacodépendance[8]

On définit les psychotropes comme étant des substances qui agissent sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Les psychotropes peuvent être ou non des substances médicamenteuses.

La distinction entre stupéfiant et psychotrope est d'ordre historique, réglementaire et non pharmacologique. Tous les stupéfiants sont des psychotropes, mais certaines substances classées parmi les stupéfiants sont en réalité des stimulants du système nerveux central, c'est le cas de la cocaïne et des amphétamines.

On appelle drogue, une substance psychotrope naturelle ou de synthèse, qui conduit au désir de continuer à la consommer pour retrouver la sensation de bien-être qu'elle procure et dont l'usage chronique est toxique en raison de la dépendance qu'il crée chez l'utilisateur. Sont considérés comme drogues : les stupéfiants et certains médicaments comme les barbituriques et les anxiolytiques (Encyclopédie Universelle, Larousse 2004).

Selon P. Lechat et Coll., on désigne sous le nom de drogues, les produits naturels employés tels qu'ils existent pour leurs propriétés thérapeutiques ou à partir desquels, il est possible d'extraire des médicaments [9].

Quant à H. SCHMIDT, il désigne par drogue, toute substance chimique synthétique ou naturelle produisant une réponse biologique, c'est-à-dire modifiant les processus physiologiques ou pathologiques des organismes vivants [10].

Pour Jean HAMBURGER et Coll., on appelle drogue, toute substance naturelle ou synthétique ayant une action psychotrope voire seulement pharmacologique.

Cette dénomination très générale désigne toutes substances psychotropes ou Toxicomanie [11].

L'OMS en Janvier 1952 proposait la définition suivante de la toxicomanie:

«Etat d'intoxication périodique ou chronique, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique, qui offre les caractéristiques suivantes :

- invincible désir, besoin ou obligation de continuer à consommer ladrogue et de se la procurer par tous les moyens ;
- tendance à augmenter la dose ;
- dépendance psychique et parfois physique à l'égard des effets de ladrogue».

Il faut souligner que la terminologie scientifique préfère aujourd'hui «pharmacodépendance» à «toxicomanie». Ce terme a été proposé en 1964 par un comité d'experts de l'OMS et défini

ultérieurement comme suit: « état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation ». [4].

- Dépendance psychique :

État dans lequel une drogue produit « un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou pour éviter le malaise ».

- Dépendance physique :

État d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intenses quand l'administration d'un médicament est suspendue. Ces troubles, c'est à dire les syndromes de sevrage ou d'abstinence, se composent de groupes de symptômes et de signes de nature psychique et physique qui sont caractéristiques de chaque type de drogue.

Substance : On entend par substance, les éléments chimiques et leurs composés comme ils se présentent à l'état naturel ou tel qu'ils sont produits par l'industrie, contenant éventuellement tout additif nécessaire à leur mise sur le marché.

3- Classification des substances psychotropes et stupéfiants [12]

Comme toute substance dangereuse pour la santé publique en raison des effets nocifs que leur abus est susceptible de produire, les substances psychotropes et stupéfiants sont inscrites à l'une des listes suivantes selon la gravité du risque que leur abus peut entraîner et selon qu'elles présentent ou pas un intérêt en santé publique.

- Liste I : correspondant au tableau A, comprenant les médicaments et produits vénéneux présentant les risques les plus élevés pour la santé. Ce sont des plantes et substances à haut risque mais dépourvues d'intérêt en médecine.
- Liste II : correspondant au tableau C, ce sont des plantes et substances à risque moins élevé que les deux autres et ayant un intérêt en médecine.
- Stupéfiants : correspondant au tableau B, on regroupe en stupéfiants toutes plantes et substances à haut risque présentant un intérêt en médecine.
- Psychotropes : Liste supplémentaire instituée par le nouveau décret ; ce décret a pour objet d'harmoniser la législation française à la législation européenne en matière de substances vénéneuses.

Il existe différentes classifications des substances psycho actives principalement selon leurs effets mais aussi selon leur facteur de dangerosité.

3-1 La classification de DELAY et DENIKER (1957) selon leurs effets, c'est la plus fréquemment utilisée. Cette classification distingue les substances psycho actives en fonction de leur activité sur le système nerveux central (SNC). Ainsi, on distingue :

- les psycholeptiques ou sédatifs psychiques, ralentissant l'activité du système nerveux, comprennent :
 - les neuroleptiques tels que les hypnotiques (barbituriques) ;
 - les thymoleptiques tels que les neuroleptiques ;
 - les régulateurs de l'humeur tels que les sels de lithium ;
 - les psycholeptiques divers tels que les tranquillisants (anxiolytiques), les sédatifs classiques (benzodiazépines) et les antiépileptiques.
 - les psychoanaleptiques ou excitants psychiques, accélérant l'activité du système nerveux, comprennent :
 - les neuroanaleptiques tels que les stimulants de la vigilance (amphétamines) ;
 - les thymoanaleptiques antidépresseurs tels que les stimulants de l'humeur (antidépresseurs) ;
 - les stimulants divers tels que le khat et la caféine ;
 - les psychodysleptiques ou perturbateurs psychiques, perturbant l'activité du système nerveux, comprennent :
 - les hallucinogènes (mescaline, peyotl, kétamine, phencyclidine, LSD) ;
 - les stupéfiants (morphine, héroïne, opium) ;
- l'alcool et ses dérivés.

3-2 La classification de l'OMS

Selon les facteurs de dangerosité, elle a une utilité juridique. En 1971, l'OMS a établi une classification des substances psycho actives en évaluant leur dangerosité selon trois critères : dépendance psychique, dépendance physique et tolérance.

Dangerosité des drogues selon l'OMS (1971)

<u>Drogue</u>	<u>Dépendance physique</u>	<u>Dépendance psychique</u>	<u>Tolérance</u>
<u>Opiacés</u>	marquée	modérée à moyenne	Marquée
<u>Cocaïne</u>	aucune	modérée à marquée	Aucune
<u>Barbituriques</u>	moyenne à marquée	moyenne à marquée	Substantielle
<u>Amphétamines</u>	minime	moyenne à marquée	Aucune
<u>Khat</u>	minime	moyenne à modérée	Minime
<u>Solvants, inhalants</u>	minime	moyenne à modérée	possible avec certains produits
<u>Hallucinogènes (LSD)</u>	aucune	moyenne à modérée	peut-être marquée avec certains produits
<u>cannabis</u>	minime	moyenne à modérée	possible à fortes doses

Tableau A Dangerosité des drogues selon l'OMS (1971)

4- Mécanismes d'action des substances psychotropes et stupéfiantes sur le système nerveux central [13]

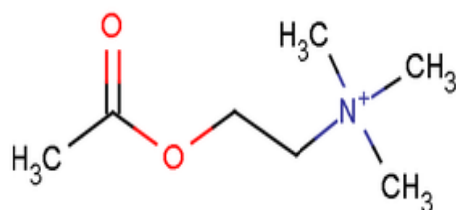
Le cerveau est un organe très fortement organisé dont les différentes régions ont des fonctions spécialisées. La région du cerveau connue sous le nom de cerveau postérieur comporte des structures indispensables au maintien de la vie, comme les centres qui contrôlent la respiration et la vigilance. Le cerveau moyen est une région qui contient de nombreuses zones importantes concernant la dépendance aux substances psycho actives, dans la mesure où elles sont impliquées dans la motivation et l'apprentissage des stimuli environnementaux fondamentaux, ainsi que dans le renforcement des comportements générateurs de plaisir et indispensables à la vie tels que boire et manger. Le cerveau antérieur est plus complexe, et chez l'homme, le cortex cérébral du cerveau antérieur est extrêmement développé, lui

permettant d'accéder à la pensée abstraite, à la prévision, et aux associations d'idée et à la mémoire.

Les cellules du cerveau ou neurones communiquent entre elles par l'intermédiaire de messagers chimiques libérés au niveau des synapses. Quand un neurone est excité, le corps cellulaire envoie un signal électrique dans un prolongement appelé axone, qui peut être court quand il est en contact avec les neurones voisins ou extrêmement long pour atteindre d'autres régions du cerveau. À l'extrémité de l'axone, se trouve un bouton terminal. Pour que le message passe du bouton terminal d'un axone au neurone suivant, il faut qu'il traverse un espace appelé synapse ou fente synaptique. Les messagers chimiques sont libérés par le neurone qui envoie le message, ou neurone pré synaptique, vers le neurone qui reçoit, ou neurone post synaptique. Ces substances chimiques ou neurotransmetteurs, ont des structures et des fonctions spécifiques, et la nature du neurotransmetteur libéré dépend du type de neurone. Parmi les neurotransmetteurs les mieux connus, ceux qui jouent un rôle dans le métabolisme psycho actives sont:

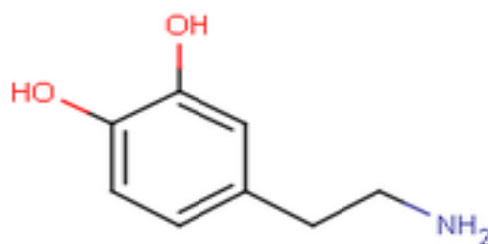
L'acétylcholine, la dopamine, la sérotonine, la norépinephrine, le GABA, le glutamate et les opioïdes endogènes :

- Acétylcholine : neurotransmetteur qui intervient dans le contrôle des muscles viscéraux, des glandes et des muscles du squelette. Il est impliqué dans les mécanismes du sommeil, de l'apprentissage et de la mémoire.



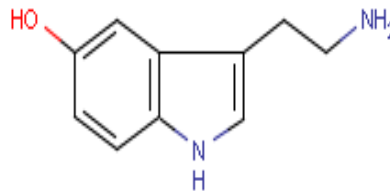
Acétylcholine

- Dopamine : neurotransmetteur présent dans le cerveau, qui participe à de nombreuses fonctions notamment la régulation des émotions. La libération de la dopamine entraîne une sensation de bien-être.



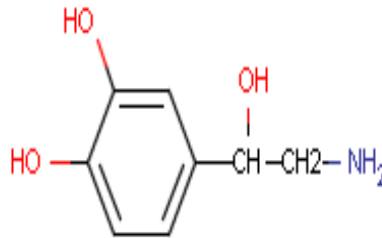
Dopamine

- Sérotonine : il joue un rôle de contrôle de l'appétit, du sommeil, de l'humeur, du comportement et de la perception de la douleur.



Sérotonine

- Norépinephrine : ses effets sont proches de ceux de l'adrénaline ; une présence massive de ce médiateur entraîne une hyper vigilance et son absence une déconnexion avec la réalité.



- Opiïdes endogènes : l'organisme utilise des substances similaires aux opiacés que s'agit des endorphines, des enképhalines et de la dynorpine que l'on désigne souvent sous l'appellation d'opioïdes endogènes.
- GABA : étant le principal neurotransmetteur inhibiteur du cerveau, il a évidemment un rôle à jouer dans le contrôle de l'hyperactivité neuronale associée à l'anxiété.



Acide gamma-aminobutyrique

La liaison du médiateur chimique à son récepteur peut entraîner diverses modifications de la membrane post synaptique. Les récepteurs sont désignés en fonction du type de neurotransmetteur avec lequel ils s'associent préférentiellement, par exemple récepteur à la dopamine ou dopaminergiques et récepteurs de la sérotonine ou sérotoninergiques. Les substances psycho actives ont la propriété de mimer les effets des neurotransmetteurs naturels ou endogènes, ou de perturber le fonctionnement normal du cerveau en bloquant une fonction ou en alternant les processus normaux de stockage, de libération et d'élimination des neurotransmetteurs. Un mécanisme important par lequel les substances psycho actives agissent est le blocage de la recapture d'un neurotransmetteur après sa libération par la terminaison pré synaptique. La recapture est un mécanisme normal par lequel le

neurotransmetteur est éliminé de la fente synaptique par la membrane pré synaptique. En bloquant la recapture, les effets normaux du neurotransmetteur sont exacerbés.

Ces substances psycho actives modifient les processus cérébraux normaux de la perception, des émotions et des motivations.

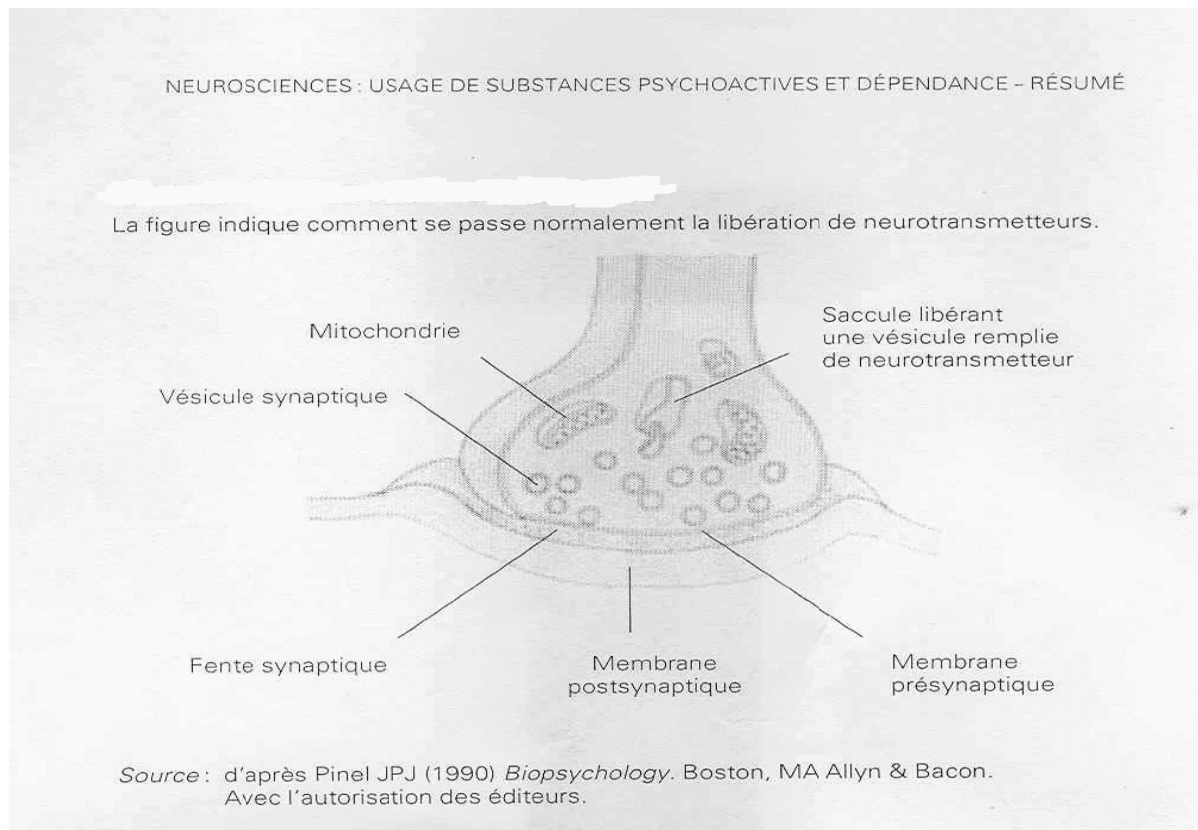


Figure 1: Schéma de la neurotransmission.

5-Effets nocifs de l'usage abusif de ces substances [13]

La raison essentiel pour laquelle les substances psycho actives sont utilisées est essentiellement que les personnes en attendent un avantage:

Soit un plaisir, soit l'évitement d'une douleur, y compris dans leurs usages sociaux. Mais l'usage de ces substances implique également une nocivité potentielle, à court et à long terme. Les principaux effets nocifs de l'usage de substances psycho actives peuvent être répartis en quatre catégories (voir figure 2) :

- Les affections chroniques comme la cirrhose et autres.
- Les effets biologiques aigus ou à court terme de la substance. Dans cette catégorie, on note les accidents dus aux effets de la substance sur la coordination physique, la concentration et le jugement. Les accidents occasionnés par la conduite d'un véhicule, le suicide et les coups et blessures y figurent également.

- La troisième et quatrième des effets nocifs induits sont les dommages sociaux dus à l'usage des substances psycho actives : difficultés sociales aiguës, telles que l'interruption brutale d'une relation ou l'arrestation, et difficultés sociales chroniques, telle que l'incapacité de remplir les obligations professionnelles ou familiales.

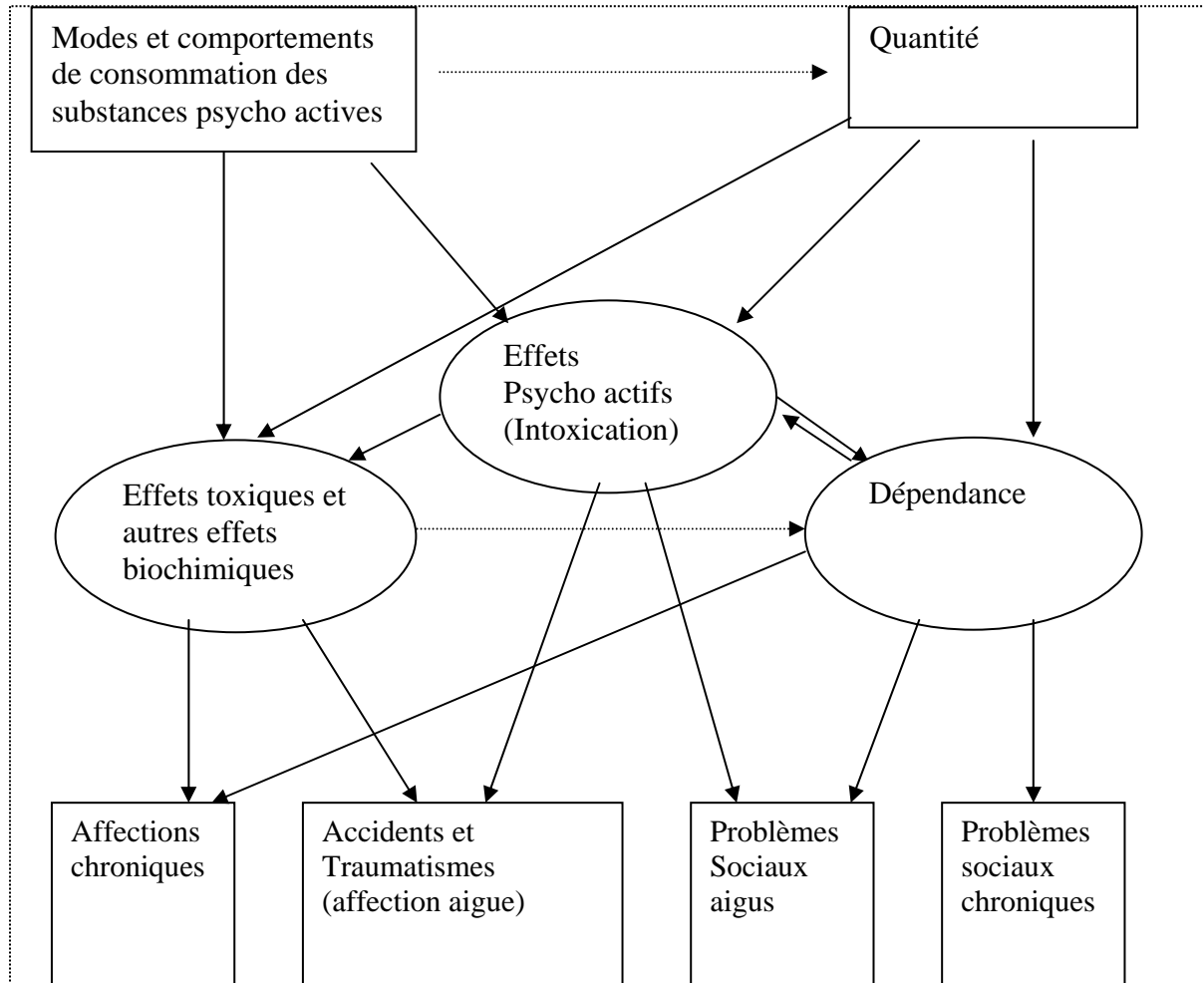


Figure 2: Mécanismes de la relation entre l'usage de substances psycho actives et les problèmes sanitaires et sociaux [5].

6-Généralités sur les principales drogues :

Nous décrivons dans ce chapitre respectivement l'historique de la production et de la consommation des principales drogues, nous ferons leur description et précisons les pays producteurs.

6-1 Les sédatifs du SNC :

6.1.1 Les opiacés

Le terme opiacé s'applique à l'opium, ses dérivés et à des analgésiques de synthèse; ils ont en commun des propriétés morphinomimétiques. On en rapproche certains antagonistes analgésiques comme la pentazocine.

6.1.2 L'opium

Apparu sans doute en méditerranée orientale il y a quelques 5000 ans, son usage s'est rapidement étendu à la Perse, l'Égypte, la Chine et l'Europe. L'opium est un exsudat sec obtenu par incision de la capsule verte du pavot (*Papaver somniferum album*), contenant une vingtaine d'alcaloïdes. Il peut se présenter sous forme de pain, fumé ou mangé.

Selon l'O.L.C.S. (Organisation Internationale de Contrôle des Stupéfiants), les principaux pays producteurs d'opium se situent au proche et moyen Orient (Iran, Turquie, Afghanistan et Pakistan), en Asie de l'Est et du Sud-Est (Birmanie, Thaïlande), en Amérique du Nord (États-Unis, Mexique)

6.1.3 La morphine :

Elle est extraite soit de l'opium, soit directement de la paille de pavot et reste l'analgésique traditionnel pour le soulagement des douleurs aiguës, mais elle laisse de plus en plus la place aux stupéfiants de synthèse qui possèdent un moindre pouvoir toxicomanogène.

6.1.4 L'héroïne (diacétylmorphine) :

Elle est produite à partir de la morphine par une manipulation chimique relativement simple. L'héroïne, qui se présente sous forme de poudre est aspirée (sniffée) ou, le plus souvent, injectée. Elle est produite globalement dans les mêmes pays que l'opium.

6.1.5 Les autres dérivés de la morphine :

Plusieurs dérivés chimiques de la morphine, très proches de la molécule mère et ayant les mêmes effets thérapeutiques et toxicomanogènes indésirables, sont également placés sous contrôle international.

6.1.5.1 La codéine (méthylmorphine), largement utilisée comme antitussif et anesthésique léger, ne possède par comparaison qu'un faible pouvoir toxicomanogène.

6.1.5.2 Les opiacés de synthèse :

Plusieurs analgésiques puissants ayant des effets comparables à ceux de la morphine ont été synthétisés dans les années 30 dans le but de mettre au point un médicament contre la douleur, dénué de pouvoir toxicomanogène de la morphine. Citons entre autres la péthidine (DOLOSAL[®]) et les dextropropoxyphènes (Antalvic[®], Dépronal[®]) [4].

6.1.6 Les hypnotiques barbituriques :

De par leur qualité sédatrice, antiépileptique et hypnotique, les produits dérivés de la malonylurée comme le véronal ont soulevé l'enthousiasme des thérapeutes au début du siècle, quand le nombre de psychotropes disponibles était réduit. Les possibilités de pharmacodépendance ne sont pas apparues d'emblée. P. DENIKER et Coll. rappellent qu'il faut attendre l'an 1925 pour que les auteurs commencent à percevoir le pouvoir toxicomane des dérivés barbituriques. Actuellement, les barbituriques comptent parmi les médicaments les plus dangereux, largement prescrits et faisant l'objet d'un commerce illégal important. Causes de nombreux décès, ils sont fréquemment utilisés dans les tentatives de suicide.

Les principaux pays producteurs sont, les Etats-Unis et le Canada où ils sont produits dans des laboratoires clandestins tandis que les substances psychotropes légalement produites par des laboratoires pharmaceutiques d'Europe occidentale continuent d'être détournées vers l'Afrique de l'Ouest et le Moyen-Orient.,

6.1.6 Les hypnotiques non barbituriques :

Ils sont dans l'ensemble moins toxicomanogènes, à l'exception de la méthaqualone (Mandrax[®], Isonox[®], Quaalude[®]) et de la mecloqualone (Nubarène[®]). Potentialisées par l'alcool, ces substances sont pourvues de pouvoirs onirogènes et représentent pour les toxicomanes des succédanés des Hallucinogènes.

La consommation de méthaqualone (Quaalude[®]), de fabrication et d'importation clandestines, s'aggrave aux Etats-Unis depuis 1978 à tel point que ce produit devient la drogue la plus utilisée après le cannabis dans certaines grandes villes. En France, par contre, la réglementation de leur utilisation médicale depuis 1974 en a freiné l'usage abusif[4].

6.1.7 Les tranquillisants :

Molécules benzodiazépines ou non, ils ont en commun, la propriété d'être anxiolytiques. Les benzodiazépines forment un groupe pharmacologiquement développé (plus de 2000 molécules), homogène sur le plan chimique. Les principales molécules sont : le chlordazépoxyde, le diazépam, le nitrazépam, le médazépam, le tétrazépam, le chlorazépoxyde,...

Les propriétés thérapeutiques expliquent leur développement. Le pouvoir anxiolytique est principalement recherché. L'action sédatrice et hypnotique est d'autant plus importante que la demi-vie est courte.

Si dans les quinze dernières années, la consommation de benzodiazépines n'a cessé de croître, il semble qu'à partir de 1975, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, puis dans le reste de l'Europe, un plateau ait été atteint. Pour J. MARKS: « il apparaît que, dans de nombreux pays,

un dixième de la population reçoit une prescription de tranquillisants pendant l'année en cours, et que sur cette fraction de la population, environ 50 % reçoit une benzodiazépine, avec une prévalence instantanée d'environ 2 %.

6.2 Les psychostimulants :

6.2.1 Amphétamines et substances apparentées :

Ces produits ont rapidement été déliés de leur usage médical. Ils avaient été proposés comme produits de substitution de la cocaïne puis utilisés comme stimulants. Dès les années, mille neuf cent cinquante, leur usage a été réglementé. Beaucoup ont été retirés du marché.

Trois types de produits sont à distinguer:

- Les amphétamines proprement dites: benzédrine, dextroamphétamine (Maxiton[®], Dexedrine[®], ...) et la méthamphétamine (Méthédrine[®] ...)
- Les anorexigènes de structure amphétaminique (phénmétrézine, méthylphénidate...)
- Les psychostimulants de structure plus complexe (pyrovalérone, fenfluramine, métoxyrnéthy. amphétamine, STP-DÜM, ...).

L'amphétamine est un sympathomimétique indirect. Les amphétamines ont été commercialisées sous des noms de spécialités différentes. La dextroamphétamine et la méthamphétamine ont donné lieu à de larges abus à une certaine période. Les amphétamines sont actuellement fabriquées illégalement à grande échelle sous la forme de sulfate d'amphétamine (parfois appelé simplement «sulfate» par les usagers [13]).

Parmi les principaux pays producteurs, citons: La Thaïlande, l'Australie, les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni et les pays scandinaves.

6.2.2 La cocaïne :

La cocaïne est un alcaloïde qui se présente généralement sous forme d'une poudre blanche. Elle est extraite par un procédé chimique simple des feuilles persistantes du Coca, un arbrisseau que l'on cultive surtout dans la région montagneuse occidentale de l'Amérique du Sud. Les populations autochtones des Andes, mâchent des feuilles de coca depuis plusieurs siècles pour soulager le mal de l'altitude et la faim. La cocaïne est un stimulant qui peut être prisé, fumé (pâte de coca) ou injecté. Elle fut d'abord proposée comme antidote des déprimeurs du système nerveux (alcool, morphine).

Les principaux pays producteurs se situent dans la région des Caraïbes, de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud (Bolivie, Pérou, Equateur). Aux Etats-Unis d'Amérique, une forme hautement purifiée appelée "crack" et considérée comme particulièrement dangereuse est largement disponible à des prix relativement faibles [15].

Les autres agents psychostimulants :

. La Caféine

C'est un stimulant mineur, retrouvé dans de multiples produits (thé, café, cacao, kola...) consommés par des millions de gens à travers le monde. [2].

. Le tabac et la nicotine :

Nicotiana rusticaL. ou petit tabac Nicotiana tabacumL. ou grand tabac sont des solanacées originaires de l'Amérique du Sud. Avant son introduction et sa culture par les Européens, le tabac était connu et fumé en Afrique [2].

Près de 4000 composés sont libérés par la combustion du tabac. On distingue la nicotine, l'oxyde de carbone, (qui interfère avec l'oxygénation tissulaire) et les irritants de la muqueuse respiratoire à potentialité cancérogènes.

La nicotine alcaloïde classiquement responsable de l'accoutumance au tabac est un ganglioplégique [16].

6.3. Psychodysléptiques

6.3.1 Le cannabis :

La drogue provient d'une plante herbacée annuelle, originaire d'Asie Centrale, le cannabis sativa, présentant une grande souplesse écologique. Sa présentation ainsi que sa teneur en produit actif, varient suivant le climat, l'altitude et le sol. Dans les pays tempérés, le chanvre fournit des fibres textiles ; dans les pays chauds, il sécrète une résine aux propriétés psychotropes, contenue en plus grande quantité dans les sommités fleuries que dans les feuilles.

Le cannabis se présente sous trois formes :

La résine est présentée sous une forme de plaques dont la teneur en produit actif peut dépasser 40 % ; ses noms diffèrent selon les pays: charas en Asie, haschich au Proche-Orient, chira en Afrique du Nord ;

Les feuilles et les sommités fleuries, séchées et hachées ou roulées prennent des noms spécifiques aux régions: marijuana d'Amérique du Nord, grifa du Mexique, lamba ou ramba du Brésil, dagga d'Afrique du Sud, kif d'Afrique du Nord et bang ou ganga aux Indes. La teneur en principe actif varie de 1 à 15 %. Le 9-tétra-hydrocannabinol (THC) est, sous la forme lévogyre, le principe actif prédominant qui fut synthétisé en 1965 par MARCHOULAM et GAONI.

Les autres cannabinoïdes sont probablement dépourvus d'action psychotrope.

Historiquement, la consommation du cannabis a été très longtemps limitée à quelques régions traditionnelles. Il y a quatre mille ans, en Chine, on retrouvait déjà de trace de son usage en médecine traditionnelle. Son utilisation s'étend par la suite à l'Inde où elle est prise comme remède ou bien associée à des rites religieux. De l'Inde, la drogue se propage vers le Moyen-Orient dès le septième siècle, puis à travers toute l'Afrique du Nord où elle entre dans les coutumes. Son extension se fait ensuite à travers toute l'Afrique où elle est véhiculée par les marchands arabes. En Europe, c'est au début du XIXe siècle que le cannabis est introduit.

En Amérique du Sud, son utilisation était ancienne surtout au niveau des classes défavorisées. Aux Etats-Unis, la consommation, limitée au début du siècle à des petits groupes (musiciens de jazz), se développe rapidement vers 1950.

Actuellement, nous assistons à une augmentation explosive du nombre des consommateurs à l'échelle mondiale. Aucune région du monde ne semble être épargnée par la culture illicite du cannabis. En Afrique, le cannabis, dont l'abus s'étend à tout le continent, est produit dans de nombreux pays (Maroc, Ghana, Nigéria,...).

6.3.2 Les hallucinogènes :

L'utilisation de plantes sacrées hallucinogènes remonte à la plus haute antiquité et a été à la source de pratiques mystico-religieuses (chamanisme...) ainsi que de médecines traditionnelles. En Amérique Centrale, les Indiens utilisaient le peyotl issu des sommités desséchées d'une petite cactacée, afin de provoquer une extase religieuse. Les Aztèques recouraient à certains champignons hallucinogènes, dénommés téotanacalt, dont l'alcaloïde est la psilocybine.

Les hallucinogènes sont répartis en deux grandes classes :

1) Les phényléthylamines :

La mescaline, principe actif du peyotl, a été isolée par HEFFLER et synthétisée par SPATH en 1918.

2) Les alcaloïdes indoliques :

- Les N-N-dialcyl - hydroxy - tryptamines ont été isolées par HEIM à partir de huit espèces d'argacées hallucinogènes appartenant aux familles des psilocybes et des stropharia; la psilocybine et la psilocine furent synthétisées par HUFFMAN en 1958.

- La butofénine est contenue dans le venin des crapauds et surtout dans une poudre (cohoba) préparée avec des graines d'une mimosée poussant dans les Andes et les Caraïbes. Cette molécule a été découverte par WULARD en 1934, et synthétisée par STULL en 1955.

- Les dérivés lysergiques: le LSD 25 est le chef de file d'une série de 27 corps, synthétisé par HUFFMAN à partir de l'acide lysergique (isomère gauche) par hydrolyse des alcaloïdes de

l'ergot de seigle. Des composés synthétiques dérivés comme le DMT (NN-Diméthyl tryptamine) et le DOET (NN - diéthyl - tryptamine), reproduisent les effets du LSD mais sont d'une durée d'action inférieure [16].

-Les cyclohexylamines :

La phencyclidine (P.C.P) est utilisée comme anesthésique en médecine vétérinaire. Utilisée dans un but toxicomane, elle a été responsable d'environ 400 décès aux USA en 1977.

Sa synthèse, relativement facile, a favorisé un trafic illicite. Elle est bien absorbée par toutes les voies (orale, inhalation,...) et possède des propriétés stimulantes et dépressives sur le SNC, un pouvoir analgésique et des propriétés hallucinogènes. [16].

Le PCP est le fait de fabrication clandestine essentiellement aux Etats-Unis [15].

6.3.3 Les solvants :

L'inhalation des solvants a pris une importance quantitative aux U.S.A, en Suède, et plus récemment dans les autres pays à travers le monde. Elle touche de jeunes utilisateurs. Les colles sont de loin les produits les plus employés. Elles contiennent du toluène et de l'acétone. Les dissolvants sont utilisés de même que les détachants et les diluants de peinture. Ils renferment de l'acétone, du toluène et des acétates aliphatiques. Les essences comprennent l'essence de voiture, mais aussi les gaz, les propulseurs d'aérosols à base de fluorocarbure. Parmi les anesthésiques volatils, l'éther et le protoxyde d'azote sont les plus connus [16].

6.3.4 Les atropiniques :

L'utilisation de médicaments antiparkinsoniens comme le trihexyphénidyle par certains toxicomanes vient rappeler l'existence de toxicomanie à ce type de produit contenu dans des plantes très courantes telles que les daturas contenant de la scopolamine qui sont fumés ou absorbés. Quelquefois, les toxicomanes ont recours à des préparations pharmaceutiques ayant dans leur formule ce type de substances (DITRAN[®], SERNYL[®]) [16].

6.3.5 L'alcool éthylique

La consommation des boissons alcoolisées remonte au début de l'humanité. Les plus anciennes étaient des breuvages fermentés à teneur relativement faible en alcool, c'est-à-dire des bières et des vins. Quand les arabes introduisirent en Europe la distillation de l'alcool, les alchimistes crurent que ce liquide était l'élixir de vie auquel on pensait depuis longtemps. Au Moyen-âge, l'alcool a été considéré comme une véritable panacée universelle, d'où le nom d'eau - de, - vie qui lui était donné [17]

L'alcool est utilisé traditionnellement en Afrique sous forme d'alcool fort ou dilué. Les Africains, en effet connaissent, bien qu'empiriquement, les végétaux riches en sucre ou en

amidon ainsi que les phénomènes de fermentations susceptibles de transformer les principes sucrés ou les produits amylicés en solutions alcooliques [2].

7 Effets cliniques de quelques stupéfiants :

7-1 Effets hypnotiques barbituriques :

L'utilisation des hypnotiques barbituriques entraîne à long terme des effets physiologiques marqués:

- altération de l'état général avec troubles digestifs, amaigrissement, troubles neurologiques divers [chutes fréquentes, pertes de connaissance brèves ou prolongées, troubles cérébelleux (incoordination motrice, ataxie, nystagmus, tremblements), vertiges, dysarthrie, paralysies oculaires, polyneuropathies par avitaminose B],
- troubles hépatiques (érythème prurigineux, plus allergique que toxique). Certains signes psychiatriques sont plus spécifiquement évocateurs des barbituriques: troubles du caractère et de l'affectivité, ralentissement puis détérioration intellectuelle; l'intoxication prolongée réalise le tableau de pseudo-paralysie générale, avec euphorie suivie d'un état d'hébétéude intellectuelle.

Quelques états démentiels ont été décrits chez le jeune toxicomane avec lésions anatomopathologiques confirmées.

Les hypnotiques barbituriques engendrent essentiellement une dépendance physique.

7-2 Effets hypnotiques non barbituriques :

Après ingestion de 150 à 500 mg de méthaqualone (seul avec la mécloqualone à avoir des pouvoirs toxicomanogènes), l'utilisateur perçoit une sensation de détente importante accompagnée de fourmillements; une désinhibition affective explique la facilitation des relations, et l'effet aphrodisiaque. La relaxation musculaire peut induire une incoordination motrice. L'overdose conduit au coma avec dépression respiratoire [16].

Tous les degrés, de l'indépendance à la dépendance physique et psychique grave, se rencontrent.

7-3 Effets des tranquillisants :

Avec les tranquillisants, des cas d'automédication à dose importante et de longue durée n'entraînent pas d'altération majeure de l'état général et renvoient à une dépendance psychique prolongeant illégalement une prescription médicale. Lors d'abus, des syndromes confusionnels allant jusqu'au coma sont observés. Leur pronostic est le plus souvent favorable.

7-4 Effets des amphétamines et substances apparentées :

À dose thérapeutique (5 à 30 mg), s'observent des effets sympathomimétiques avec tachycardie, hypertension artérielle, relaxation de la musculature lisse, mydriase et polyurie.

Sur le plan psychologique, la vigilance est accrue, avec insomnie et activation du tracé électro-encéphalographique. Les performances paraissent augmentées. Un sentiment de confiance en soi, l'initiative sont favorisés par une impression de sociabilité et d'euphorie. Une asthénie, une somnolence accompagnent une dysphorie pénible à l'arrêt du traitement. L'anorexie est marquée.

Par voie intraveineuse, survient un flash plus violent que celui des opiacés.

L'amphétaminomanie conduit à des cycles d'alternance de sommeil et d'exaltation. C'est une succession de cycles toxicomaniaques séparés de remissions plus ou moins longues. Chaque cycle dure plusieurs jours. Après 3 ou 4 jours, l'effet paranoïaque survient, associant une détérioration des fonctions intellectuelles, un trouble du jugement, des fonctions cognitives avec flou idéique, illusions et perte de contrôle émotionnel, et des troubles du comportement. Ce tableau comporte un risque d'auto ou d'hétéro-agressions. À la fin du cycle (5 à 7 jours), l'arrêt des injections est suivi d'un déficit psychomoteur avec asthénie, puis sommeil profond et prolongé. Au réveil, le sujet est somnolent avec des idées dépressives, qui aggravent le risque d'un suicide ou d'une rechute.

Un risque de psychose paranoïde «effet parano» est d'autant plus grand que les cycles sont rapprochés.

- Une psychose par intoxication massive aiguë se traduit par un onirisme hallucinatoire anxieux.

- Lors d'une intoxication chronique, s'organise progressivement un délire de mécanisme interprétatif avec thèmes de persécution (impression d'hostilité de l'ambiance, d'être traqué), forte décharge d'angoisse et des troubles dysthymiques responsables d'une excitation psychomotrice. Ce dernier tableau survient en fin de cycle et cesse après quelques jours d'abstinence. Avec les amphétamines et substances apparentées, la tolérance est rapide et marquée ainsi que la dépendance surtout sur le plan psychologique [16].

7-5 Effets de la cocaïne :

À petites doses, elle stimule les voies sensorielles, motrices et la rétículo-mésencéphalique. Cette action est responsable d'une sensation de bien-être d'euphorie avec stimulation intellectuelle et logorrhée. Un effet aphrodisiaque est rapporté. À fortes doses, la cocaïne détermine un état d'excitation, d'agitation (stéréotypies gestuelles), avec logorrhée, hallucinations visuelles voire auditives et anesthésiques. Des sensations angoissantes, un délire de persécution, voire un accès maniaque peuvent induire des actes médico-légaux. Sur le plan somatique, cette «ivresse cocaïnique» se traduira par des céphalées, des sueurs profuses, des vomissements, voire un besoin impérieux d'uriner ou de déféquer.

Destremblements et des crises tonico-cloniques peuvent survenir. L'intoxication mortelle est liée au retentissement cardio-respiratoire de la cocaïne. Elle induit une tachycardie avec inspirations profondes, à laquelle succède très vite une dépression respiratoire progressive avec tachypnée superficielle du type cheynes-stokes, qui peut aller jusqu'à la mort par arrêt respiratoire. Au rythme cardiaque, initialement accéléré, succède un ralentissement avec collapsus et mort. Lors d'usage prolongé, des psychoses cocaïniques se manifestant par des phénomènes hallucinatoires, ont été décrites. La dépendance est essentiellement psychologique.

8- Structures de contrôle des stupéfiants

8-1 La brigade des stupéfiants

Cette structure est chargée du contrôle du trafic des stupéfiants au niveau des différentes unités de sécurité Police, la Gendarmerie, les Douanes, Eaux et Forêts, elles luttent contre l'entrée et le transit illicites de ces substances sur le territoire du Mali.

8.2. L'office central des stupéfiants [33]

A. Missions :

Il a pour mission de mettre en œuvre l'ensemble des mesures envisagées au plan National, sous Régional, Régional et International pour une lutte cohérente et coordonnée contre le trafic illicite des stupéfiants.

A ce titre il est chargé de :

- collecter, centraliser, analyser et exploiter tous les renseignements pouvant faciliter la prévention et la répression du trafic illicite des stupéfiants ;
- mettre en œuvre et coordonner toutes les actions tendant à la répression du trafic illicite des stupéfiants ;
- créer et alimenter les banques de données relatives aux faits d'abus et de trafic illicite des stupéfiants ;
- assurer la diffusion, au niveau des services chargés de la lutte contre le trafic illicite des stupéfiants des informations relatives notamment à son évolution ainsi que des techniques et procédés entrant dans le cadre de cette lutte ;
- mettre en œuvre les recommandations du comité interministériel de coordination de la lutte contre la drogue. IL est destinataire sans délai, de toute information sur les saisies de stupéfiants opérées par les différents services impliqués dans la lutte contre la drogue.

B. Organisation

L'organisation de l'office central des stupéfiants est fixé par le décret n°10-212/P-RM du 13 avril 2010 portant création et organisation de l'OCS. Cette organisation est la suivante :

- une Direction ;
- une Cellule Renseignement ;
- une Cellule Appui Technique ;
- des Unités d'Intervention ;
- des Antennes.

TABLEAU B RECAPITULATIF DES SAISIES EN 2012

Types de produits	Quantités
Cannabis	2869 Kg
Cannabis en boule	139 boules
Résine	22 plaquettes
Cocaïne	5,289 Kg
Cocaïne en capsule	56 capsules
Crack et Héroïne	34 consommations
Métamphétamine	32 kg
Ephédrine	29 boîtes
Diazépam	2 cartons injectables
Drastin	248 comprimés
Bicarbonate de Sodium	1,500kg

8-4 Organe international de contrôle des stupéfiants

- Création

L'OICS est un organe de contrôle indépendant et quasi judiciaire qui est chargé de surveiller à l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Il a été établi en 1968 par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédents traités relatifs au contrôle des drogues dès l'époque de la Société des Nations

Fonctions

Les fonctions de l'OICS sont énoncées dans les traits suivants:

- Convention unique sur les stupéfiants de 1961,
- Convention de 1971 sur les substances psychotropes
- Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.
- En gros, les fonctions de l'OICS sont les suivantes:
 - ❖ en ce qui concerne la fabrication, le commerce et l'usage licites des drogues, l'OICS, agissant en coopération avec les gouvernements, s'efforce de faire en sorte que soient

disponibles en quantités suffisantes les stupéfiants requis à des fins médicales et scientifiques et d'empêcher le détournement des stupéfiants des sources licites vers les circuits illicites. L'OICS surveille également comment les gouvernements contrôlent les produits chimiques utilisés dans la fabrication illicite des drogues et les aide à prévenir le détournement de ces produits vers le trafic illicite; identifie les lacunes qui existent dans les systèmes de contrôle national et international et contribue à y remédier. Il est également chargé d'évaluer les produits chimiques utilisés dans la fabrication illicite des drogues, afin de déterminer s'il y a lieu de les placer sous contrôle international.

Pour s'acquitter des tâches qui lui sont imparties, l'OICS:

- a. administre le régime des évaluations pour les stupéfiants et un système volontaire de prévisions pour les substances psychotropes et surveille les activités licites relatives aux drogues à l'aide d'un système de rapports statistiques, pour aider les gouvernements à réaliser, notamment, un équilibre entre l'offre et la demande;
 - b. suit et encourage les mesures prises par les gouvernements pour prévenir le détournement de substances fréquemment utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes et évalue les substances de ce type afin de déterminer s'il y a lieu de modifier le champ d'application des Tableaux I et II de la Convention de 1988;
 - c. analyse les renseignements fournis par les gouvernements, les organes de l'ONU, les institutions ;
 - d. spécialisées ou d'autres organisations internationales compétentes, afin de veiller à ce que les dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues soient appliquées de façon appropriée par les gouvernements, et recommande les mesures correctives qui peuvent paraître nécessaires;
 - e. entretient un dialogue permanent avec les gouvernements pour les aider à s'acquitter de leurs obligations en vertu des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues et recommande à cette fin, le cas échéant, qu'une assistance technique ou financière leur soit fournie.

IV METHODOLOGIE :

1-CADRE D'ETUDE

Nous avons effectué une étude au niveau de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et la faculté de pharmacie (FAPH). Située en commun III District de Bamako.

1-1 Présentation du district de Bamako

Située de part et d'autre des 2 rives du fleuve Niger en pleine zone soudanaise. Bamako capitale de la république du Mali est un district selon le découpage administratif du pays il compte 66 quartiers qui sont répartis entre 6 communes.

-Superficie

Couvrant une superficie de 267km² il s'étend sur 22 km d'est en ouest et sur 12 km du nord au sud de part et d'autre du fleuve.

-Population

La population est estimée à 1.167.885 habitants répartie entre les 6 communes du district (rapport trimestriel direction régionale de la santé du district de Bamako 2000)

1-2 La commune III du district de Bamako

Cette commune a une superficie de 23 km² et une population estimée à 100755 habitants soit environ 16 % de la population du district de Bamako elle compte 23 quartiers dont 15 lotis et 8 spontanées répartis entre 2 types de milieux

-**Milieu urbain** il regroupe 13 quartiers :

Bamako coura qui a une population estimée à : 9981 habitants

Bamako courabolibana : 11 555 habitants

Centre commercial : 3118 habitants

Dravela : 4736 habitants

Dravelabolibana : 3021 habitants

Oulofobougou : 3057 habitants

Oulofobougolibana : 81 53 habitants

Badialan I : 8284 habitants

Badialan II : 2001 habitants

Badialan III : 5961 habitants

Kodalabougou : 4575 habitants

Darsalam : 85 84 habitants

N'tomikorobougou : 11499 habitants

Milieu péri urbain il regroupe 10 quartiers :

Niomirambougou : 3165 habitants

Same : 2402 habitants

Point g village : 3562 habitants

Sokonafing : 12 76 habitants

L'ensemble de sirakoro, dounfing ,koulinliko ,banconidiagoni et sanankoro pour une population estimée a 1782 habitants

L'existence de ces 2 types de milieu est un facteur de diversité des conditions socio-économiques et culturelles.

Répartition sanitaire de la commune III du district de Bamako :

Trois centres hospitalo-universitaire :

L'hôpital du point G

L'Hôpital Gabriel Toure

Institut ophtalmologique tropical africaine

Un centre de sante de référence

Et huit aires de sante dont nous avons entre autre :

Centre de sante	Localités servie	Population cible
ASCO M	Bamako coura, Bamako courabolibana et le centre commercial	24 654 Habitants
ASACODRAB	Dravela et Dravelabolibana	7757 Habitants
ASACOOB	Ouolofobougou et Ouolofobougoubolibana	11 209 Habitants
ASACOBako N	BadialanI ,BadialanII,Badialan III, Koabougou et Niomirambougou	23 986 Habitants
ASAKED	Darsalam	8584 Habitants
ASACOKOULPOINT	Koulouba ,Sokonafing et Point G	8882 Habitants
ASACOTOM	Tomikorobougou	11 499 Habitants
ASACODES	Sirakorodounfing,Koulinikoro,Banconidiagoni et Sanankoro	4184 Habitants

Tableau C aires de sante de la commune III

1-3 PRESENTATION DE LA FMOS/F-PHA

Situation géographique

Située sur la colline du point G et a proximité du centre hospitalier universitaire (CHU) de la même localité la faculté de médecine et d odontostomatologies et la faculté de pharmacie sont deux facultés de l'université des sciences des techniques et des technologies de Bamako (USTTB). Leur emplacement géographique n'est pas un fait du hasard c'est le but de rapprocher les étudiants et leurs lieu de formation pratique et afin de faciliter leurs encadrements.

Historique

L'école fut créé en 1969 elle est devenue plus tard la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie au sein de l'université de Bamako. A la division de l'université la faculté fut scindée en deux : la faculté de médecine d'odontostomatologie et la faculté de pharmacie. Depuis septembre 2011 la faculté de médecine d'odontostomatologie la faculté de pharmacie et la faculté des sciences et techniques et l'institut universitaire de technologie (LIUT) composent l'université de sciences des techniques et des technologies de Bamako. En 2012 L'USTTB comptait 451 enseignants chercheurs (dont 145 de rang magistral – professeurs et maitres de conférences) de personnel administratif et technique pour 10 607 étudiants (Ministère des affaires étrangères France fiche mali février 2013 www.diplomatie.gouv.fr)

Elle a été créée par l'ordonnance N 2011/019P-R-M du 28 septembre 2011 et ratifiée par la loi n 2011/083 – AN-RM du 29 décembre 2011 a la suite de la scission de l'université de Bamako en quatre université thématiques le décret N 2011-736/p-r-m du 03 novembre 2011 fixe son organisation et les modalités de son fonctionnement.

Mission

La mission des deux facultés est pédagogiques il s'agit de :

- La formation des docteurs en médecine en odontostomatologie et en pharmacie.
- La formation complète des spécialistes dans divers domaines des sciences médicales.

L'organisation administrative de la FMOS/F-PHA

L'administration de chacune des facultés est organisée comme suit :

- Un doyen
- 2 assesseurs
- Un secrétaire principal
- Un économiste
- Un chef du personnel

Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale consistant à distribuer aux étudiants des questionnaires anonymes et individuels.

Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 17 février 2014 au 17 mars 2014

Critères d'inclusion

Tout étudiants présent dans les salles de classe au moment de la Pause et ayant accepté de participer à notre étude.

Critères de non inclusion

Tout étudiant absent ou présent au moment de notre passage mais Ayant refusé de participer à l'étude ;

Déroulement de l'enquête

Dans les classes consistait à distribuer les questionnaires sur fiche individuelle et à expliquer les modalités de son remplissage.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête, et regroupées immédiatement après le remplissage pour chaque étudiant.

Le matériel informatique

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Word 2007 et SPSS.

Considération éthique.

Le consentement éclairé des étudiants avait été verbalement obtenu avant l'enquête. À la fin de cette étude, les résultats seront mis à la disposition du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique pour leur prise en charge dans les programmes d'enseignement supérieur.

V Résultats

Tableau I : Représentation des enquêtés selon l'âge

AGE	Effectifs	Pourcentage
Moins de 17 ans	5	0,96%
18 - 25 ans	452	87,10%
Plus de 25 ans	62	11,94%
Total	519	100%

Plus de 87% des étudiants enquêtés étaient âgés de 18 à 25 ans.

Tableau II : Représentation des enquêtés selon le sexe

SEXE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
MASCULIN	380	73,2
FEMININ	139	36,8
TOTAL	519	100%

Plus de 73% des étudiants enquêtés étaient de sexe masculin et 36,8% de sexe féminin.

Tableau III : Représentation des enquêtés selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIFS	POURCENTAGE
CELIBATAIRE	469	90,04%
MARIE	50	9,6%
TOTAL	519	100%

Parmi les enquêtés les célibataires étaient majoritaires avec 90,04%

Tableau IV: Représentation des enquêtés selon la faculté

FACULTE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
FMOS	405	78%
FAPH	114	22%
TOTAL	519	100%

Les étudiants de la FMOS représentaient 78% et la FAPH 22%

Tableau V: Représentation des enquêtés selon le niveau de scolarité

classes	effectifs	Pourcentage
1 année	64	12,3%
2 année	94	18,1%
3 année	126	24,3%
4 année	111	21,4%
5 année	97	18,7%
6 année	27	5,2%
Total	519	100,0%

Les étudiants de la 3^{ème} année étaient la plus représenté avec 24,3%

Tableau VI : Représentation des enquêtés selon La consommation des stupéfiants

consommateur	Effectifs	Pourcentage
oui	8	1,5%
non	511	98,5%
Total	519	100,0%

Le taux de consommation des stupéfiants chez les étudiants étaient de 1,5%.

Tableau VII: Représentation des consommateurs selon le stupéfiant consommé

Substance consommé	Effectifs	Pourcentage
cocaïne	3	37%
héroïne	1	13%
Marijuana/cannabis	4	50%
Total	8	100%

Le cannabis était la substance la plus consommée avec 50%.

Tableau VIII : Représentation des consommateurs selon la durée de consommation

Temps de consommation	Effectif	Pourcentage
Moins de 1an	2	25%
De 1 a 5 ans	5	62.5%
Plus de 5 ans	1	12,5%
total	8	100%

La durée moyenne de consommation était de 1 à 5 ans chez 62,5 % des étudiants.

Tableau IX : Représentation des consommateurs selon la dépense journalière

Prix journalier	Effectif	pourcentage
Moins de 500fcfa	6	75%
500 a 1000f	2	25%
total	8	100%

La dépense journalière était comprise entre 500 à 1000 FCFA chez 25% des étudiants

Tableau X : Représentation des consommateurs selon l'âge au début

Age de début	effectif	Pourcentage
Moins de 18ans	3	37,5%
18 a 25 ans	5	62,5%
Total	8	100%

Certaines étudiants consommateurs avaient commencés avant 18 ans soit 37,5%

Tableau XI : Représentation des consommateurs selon le niveau scolaire de début deconsommation

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Secondaire	4	50%
supérieure	4	50%
total	8	100%

1 étudiant sur 2 états consommateur depuis le secondaire

Tableau XII : Représentation des consommateurs selon les raisons de début

Raison de début	Effectif	Pourcentage
Plaisir	3	37,5%
Stress	2	25%
Etudes	2	25%
Mode	1	12,5%
total	8	100%

Le plaisir états la raison la plus évoqué avec 37,5%

Tableau XIII : Représentation des consommateurs selon leur connaissance des stupéfiants

Définition	effectifs	pourcentage
oui	477	91,9%
Non	42	9,1%
total	519	100%

La majeure partie des étudiants avaient une définition juste des stupéfiants soit 91,9%

Tableau XIII : Représentation des enquêtés selon La connaissance des différents stupéfiants

cocaïne	Effectifs	Pourcentage
Oui	497	95,8%
Non	22	4.2%
total	519	100%

La majeure partie des étudiants avaient déjà entendue parler de la cocaïne soit 95%

Héroïne	Effectifs	pourcentage
Oui	455	87,7%
Non	64	12,3%
total	519	100%

87,7% de l'héroïne

Cannabis	Effectifs	pourcentages
Oui	414	79,8%
Non	105	29,2%
Total	519	100%

79,8% du cannabis

Ectasie	Effectifs	Pourcentages
Oui	242	46,6%
Non	277	53,4%
Total	519	100%

46,6% de l'ectasie

Crack	Effectifs	Pourcentage
Oui	220	42,4%
Non	299	57,6%
total	519	100%

42.2% de crack

Tableau XV : Représentation des enquêtés selon La corrélation consommation et performance scolaire

Performance	Effectifs	pourcentage
Oui	32	6,2%
Non	487	93,8%
total	519	100%

Plus de 6% des étudiants pensaient que la consommation de stupéfiant pouvait améliorer la performance scolaire

Tableau X VI : Représentation des enquêtés selon les dangers des stupéfiants

dangereux	Effectifs	Total
Oui	506	97,5%
Non	13	2,5%
total	519	100%

Les stupéfiants sont dangereux pour la santé pour 97,5% des étudiants

Tableau XVII : Représentation des enquêtés selon les conséquences de la consommation

Conséquence	Effectifs	Pourcentage
Ne connais pas	23	4,4%
échec scolaire	7	1,3%
toxicomanie	78	15,0%
BPCO	27	5,2%
trouble de comportement et psychique	213	41,0%
maladie	166	32,0%
dépenses	5	1,1%
Total	519	100,0

Les troubles de comportement et du psychisme étaient la plus évoqué soit 41%

Tableau X VIII: Représentation des consommateurs selon la disponibilité des stupéfiants

Disponibilité des drogues	Effectifs	Pourcentage valide
oui	4	50%
non	4	50%
Total	8	100%

La moitié des consommateurs soit 50% trouvaient qu'il était facile de se procurer

Tableau XIX: Représentation des consommateurs sur les essais d'arrêt

Essai d'arrêt	Effectifs	Pourcentage
oui	5	62,5%
non	3	37,5%
Total	8	100%

Les étudiants consommateurs soit 62,5% avaient déjà essayé d'arrêter

Tableau XX : Représentation des consommateurs selon les motifs d'arrêt

Raison d'arrêt	Effectifs	Pourcentage valide
faute de moyen	3	60,%
maladie	2	40,%
Total	5	100%

Le manque de moyen avait poussé 60% des consommateurs d'essayer d'arrêter

Tableau XXI : Représentation des consommateurs selon le souhait d'arrêt

Souhait d'arrêt	Effectifs	Pourcentage
oui	3	37,5%
non	5	62,5%
Total	3	100%

Les étudiants consommateurs soit 37,5% souhaitaient arrêter

Tableau XXII : Représentation des enquêtés selon les moyen de luttés

Moyen de lute	Effectifs	Pourcentage valide
radio	16	3,1%
télé	11	2,1%
répression	18	3,5%
conférence	17	3,3%
campagne	23	4,4%
radio tele répression	11	2,1%
conférence et camp	35	6,7%
radio tele conférence	51	9,8%
radio tele conférence campagne	177	34,1%
radio tele	3	6%
Teleconference	9	1,7%
tout	124	23,9%
connai pas	5	1,0%
Telerepressionconferen ce campagne	8	1,5%
Teleconference camp	6	1,2%
répression campagne conférence	5	1,0%
Total	519	100,0%

Les campagnes de sensibilisation combinée étaient un moyen efficace de lutte

Tableau XXIII : Représentation des consommateurs en fonction de l'âge

Tableau consommation en fonction de l'âge					
Effectif	âge				Total
	20	21	23	25	
conso	1	1	3	3	8
pourcentage	12,5%	12,5%	37,5%	37,5%	100%

Les moins de 22 ans représentaient 50% des consommateurs

Tableau XXIV : Représentation des consommateurs en fonction du sexe

Effectif	sexe		Total
	M	F	
conso	7	1	8
mme			
pourcentage	(87,5%)	(12,5%)	100%

Le sexe féminin était le moins représenter avec 12,5%

Tableau XXV Représentation des consommateurs en fonction du statut matrimonial

Effectif			Total
	célibataire	marie	
conso	8	0	8
mme			
pourcentage	100%	0%	100%

100% des consommateurs étaient célibataire

Tableau XXVI: Représentation des consommateurs en fonction de la faculté

Effectif	faculté		Total
	fmos	fp	
conso oui	6	2	8
pourcentage	75%	25%	100%

La FMOS était la plus représentée avec 75%

Tableau XXVII: Représentation des consommateurs en fonction de la classe

Effectif	classe						Total
	1 ^{iere} année	2 ^{ieme} année	3 ^{iem} année	4 ^{ieme} année	5 ^{ieme} année	6 ^{ieme} année	
conso oui	0	5	2	1	0	0	8
pourcentage	0%	62,5%	25%	12,5%	0%	0%	100%

Les étudiants consommateurs soit 62,5% étaient en deuxième année

Tableau XXVIII : Représentation des consommateurs en fonction des substances consommées

Effectif	genre			Total
	cocaïne	héroïne	Marijuana	
conso oui	3	1	4	8
pourcentage	(37,5%)	(12,5%)	(50%)	8

Le cannabis était la substance la plus consommée 50%

Tableau XXIX : Représentation des consommateurs en fonction du temps de consommation

effectif	Temps de consommation			Total
	moins de 1 an	1 a 5 ans	plus de 5 ans	
conso oui	2	5	1	8
pourcentage	25%	62,5%	12,5%	100%

Les consommateurs 12,5% avaient plus de 5 ans de consommation

Tableau XXX : Représentation des consommateurs en fonction de la fréquence journalière

Effectif	Nombre de fois		Total
	5 a 10 fois	plus de 10 fois	
conso oui	2	6	8
pourcentage	25%	75%	100%

Consommation journalière était plus de 5 fois chez 75% des étudiants

Tableau XXXI : Représentation des consommateurs en fonction de la quantité journalière de consommation

Effectif	Quantité	Total
	de 0 a 10 g	
conso oui	8	8
pourcentage	100%	100%

Tous les étudiants avaient moins de 10 g de consommation journalière

Tableau XXXII : Représentation des consommateurs en fonction de la dépense journalière

Effectif	Prix journalière		Total
	moins de 500 francs	500 a 1000 francs	
conso oui	6	2	8
pourcentage	75%	25%	100%

Au moins 25% des étudiants consommateurs dépensaient plus de 500fcfa

Tableau XXXIII : Représentation des consommateurs en fonction des raisons de continuer

Effectifs	Raison de continuer					Total
	habitude	plaisir	stress	études	mode	
conso oui	3	1	2	1	1	8
Total	37,5%	12,5%	25%	12,5%	12,5%	100%

Les consommateurs soit 37,5% continuaient par habitude

Tableau XXXIV consommateur de stupéfiant et amélioration de la performance scolaire

effectifs			Total
	oui	non	
Conso	2	6	8
pourcentage	25%	75%	100%

Les performances scolaires sont améliorées avec la consommation selon 75%

Tableau XXXV consommation et risque pour les consommateurs de stupéfiants

Effectif			Total
	oui	non	
conso	8	0	8
pourcentage	100%	0%	100%

Tout les consommateurs pensent que ces dangereux pour la sante

Tableau XXXVI consommateur de stupéfiant et conséquence sur le parcours scolaire

effectif	Total					
	échec scolaire	toxicomane	BPCO	trouble de comportement et psychique	maladie	
conso oui	1	0	0	2	5	8
pourcentage	12,5%	0%	0%	25%	62,5%	100%

L'échec scolaire représentait 12,5% des conséquences

Tableau XXXVII représentation consommateur en fonction des moyens de luttés

Effectifs	radio téléconférence	radio téléconférence campagne	tout	Téléconférence campagne	répression campagne conférence	Total
Conso	1	3	3	1	0	8
	12,5%	37,5%	37,5%	12,5%	0%	100%

Tableau XXXVIII. Connaissance des consommateurs face a la loi d'interdictions

Effectif	loi		Total
	oui	non	
Conso mmate ur	7	1	8
Pourcentage	87,5%	12,5%	100%

VI-Commentaires et Discussions :

Le but de l'étude était d'étudier la prévalence de la consommation des stupéfiants en milieu universitaire cas de la FMOS et FAPH.

Une interview a été réalisée auprès des étudiants à partir d'un questionnaire individuel préalablement élaboré. Il s'agissait d'une étude transversale ayant porté sur 519 étudiants

Au cours de l'étude nous avons rencontré quelques difficultés dont :

La Non disponibilité de la plus part des étudiants qui suivent les cours.

Le retard dans le démarrage des cours de la faculté.

Le niveau intellectuel bas de certaine étudiants et le manque de discipline dans certaines classes.

Caractères sociodémographiques:

- Répartition des étudiants selon le sexe :

A travers notre étude nous avons trouvé dans la population d'étude une prédominance masculine avec 72,3% de garçons et 27,7% de filles. Une étude réalisée par Mr Diarra Bourama Sabake[18] à la faculté des lettres langues arts et sciences humaines de l'université de Bamako sur la prévalence du tabagisme à trouver une prédominance masculine avec 77,3% et 22,7% de sexe féminin ,

Ce constat concorde avec celui trouvé par **issa one et collaborateur**[19]. Chez les étudiants de l'université cheik anta Diop de Dakar 94% d homme 5,4% de femme et diffère complètement de celui réalisé par Mr L Simmart durant et collaborateur[20]. dans une université parisienne qui a trouver une prédominance féminine avec 79% contre 21% pour le sexe masculin.

Ceci pourrait s'expliquer par les facteurs socioculturels. Au Mali, les traditions veulent que la jeune fille soit une bonne épouse au foyer et de ce fait elle aide plutôt sa mère à faire le ménage au détriment de sa scolarisation. En plus elles sont mariées très tôt et par conséquent font des maternités précoces les obligeant à abandonner les bancs avant les études supérieures ou même à ne pas y aller du tout.

La forte représentation des hommes au sein de l'échantillon d'étude pourrait s'expliquer aussi par le fait que la FMOS et la FAPH retenus pour l'enquête dispensent un enseignement essentiellement scientifique on connaît bien la prédilection des femmes pour les études littéraires et l'on comprend aisément pourquoi. On a un taux de femme plus faible.

Répartition des étudiants selon l'âge

La plupart des étudiants étaient d'âge compris entre 18-25 ans. L'âge moyen d'inscription à l'école primaire au Mali est de 7 ans. Les étudiants arrivent donc à l'université (à l'issue des 12 années d'études primaires et secondaires) entre 18 et 22 ans cela explique le fait que la tranche d'âge de 18 - 25ans soit la plus représentée (87,10 % de l'effectif).

Répartition selon le statu matrimonial

La majeure partie des étudiants soit 90,4% étaient célibataire contre 9,6 % de mariés ce taux reste légèrement inférieure à celui de l'étude d'Issa Ouane et collaborateur [19]. Réalisée à l'université Cheik antaDiop de Dakar avec 81,6% de célibataire et 15,2 % de mariés

Consommation des stupéfiants

Au terme de notre étude 1,5% des étudiants affirmaient être consommateurs dont 13% d'héroïne 37% pour la cocaïne et 50% pour le cannabis. Cette prévalence est légèrement supérieure à celle retrouvée en Algérie par l'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie [22] qui est 1,48%, Issaouane et collaborateur [19] avaient trouvé 19,7% de consommateur de cannabis à l'université Cheik antaDiop de Dakar au Sénégal.

En France Mr L Simmart Durant et collaborateur [20] à trouver un pourcentage de 31% de consommateur de cannabis dans une université parisienne.

Kairouzet al. (2008) [23] révèlent que 53,2 % des jeunes québécois entre 15 et 24 ans ont consommé du cannabis plus d'une fois dans leur vie et 38,9 % l'ont fait dans les douze mois précédant l'enquête.

Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que la consommation de stupéfiant reste encore tabou dans notre société un jeune consommateur de stupéfiant est considéré comme un échec un délinquant on peut évoquer aussi la forte islamisation croissante de la société et le manque de moyen financier.

2- Pourcentage des consommateurs selon le sexe.

Parmi les étudiants consommateurs 87,5% étaient des garçons et 12,5% des filles soit 7 garçons et une fille.

Notre résultat montre une prédominance masculine qui concorde avec celui d'Issaouane et collaborateur [19] : Sur la prévalence du cannabisme à l'université Cheik antaDiop 118 hommes soit 94,4% et 7 femmes soit 5,6%. Par contre on a remarqué une consommation féminine plus importante dans les pays européens En France 31% de consommateur de sexe féminin contre 40,7% de consommateur garçon de cannabis selon Mr L Simmart Durant et collaborateur [20]

Ce faible taux féminin serait dû au fait que la consommation de stupéfiant est encore condamné dans la plus part des sociétés africaines, la femme consommatrice est critiquée et marginalisée par les siens. Or on attend des garçons qu'ils soient plus audacieux, téméraires et rebelles que les filles. Mais il est important aussi de souligner que la consommation féminine gagne du terrain du fait de l'alphabétisation de plus en plus croissante des filles, l'urbanisation des villes et la délinquance juvénile. Dans quelques années si nous ne faisons rien elle atteindra les taux relevés en Europe et en Amérique.

3- Pourcentage des consommateurs selon l'âge.

Au terme de notre enquête la majorité des consommateurs soit 62,5% était rencontrée dans la tranche d'âge 18-25 ans. L'âge minimum était de 17 ans.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'à cette tranche d'âge les jeunes

Passent plus de temps hors de la famille et échappent ainsi à la surveillance des parents.

C'est l'âge où les jeunes veulent s'affirmer dans la vie, se faire passer en adulte et s'identifient à ces modèles.

Ils sont convaincus que la consommation de stupéfiant est une preuve de parfaite intégration dans le monde moderne, universitaire, de l'élégance, de la détente, du passage de l'âge de l'adolescence à l'âge adulte elle lui donne l'assurance et un sentiment de valorisation.

.Age du début de consommation de stupéfiants

La consommation commence très tôt, 37,5% des étudiants consommateurs avaient moins de 18 ans au début.

- Durée de la consommation des stupéfiants

25% des étudiants consommaient depuis moins de 1 an 60% entre 1 et 5 ans et 15% depuis plus de 5 ans.

- Répartition selon la quantité des stupéfiants

La majorité des étudiants consommateurs, consommaient plus de 5 grammes par jour

- Raisons qui incitent à consommer les stupéfiants

la majorité des consommateurs avaient déclaré avoir commencé de fumer par plaisir (37,5% chez les étudiants suivi du stress avec 25 % des étudiants 25 % du aux études et 12,5% au phénomène de mode.

- Connaissance des étudiants sur la nocivité des stupéfiants

Parmi les étudiants 93,2% affirmaient connaître que les stupéfiants sont dangereux pour la santé. Les pathologies les plus citées étaient: les troubles du comportement et du psychisme la toxicomanie les bronchopathies chroniques obstructive .93,8% étudiants ne voyait pas de

corrélation entre la consommation de stupéfiant et la performance scolaire contre 6,2% des étudiants convaincu du bien fait des stupéfiants sur la performance scolaire

Arrêt de la consommation

62,5% des étudiants affirmaient avoir essayé d'arrêter de consommer les stupéfiants.

Les raisons les plus évoquées pour l'arrêt étaient le problème financier suivi du problème de maladie...

- Moyens de lutte efficace

Les étudiants, dans 99% des cas, pensent qu'il faut mener des actions de lutte (télévision radio conférence campagne répression ..

-Connaissance de la loi sur la vente et la consommation des stupéfiants au Mali

Au cours de notre étude nous n'avons retrouvé que 51,4% des étudiants

Qui étaient au courant de l'existence de cette loi.

VII-CONCLUSION

Au terme de l'étude nous pouvons conclure que La fréquence globale de la consommation de stupéfiant était de (1,50%). Cette fréquence variait selon le sexe soit (87,5%) des garçons contre (12,5%) des filles.

La plus part des étudiants consommateurs se trouvaient dans la tranche d'âge de 18-25 ans (62,5%).

L'âge minimum du début de la consommation était de 17 ans chez les étudiants.

100% des étudiants consommaient moins de 10 g par jour.

Dans les groupes, les motifs essentiels d'usage des stupéfiants étaient le plaisir (37,5%) suivi du stress (25%) les études (25%) et les phénomènes de mode (12,5 %)

Les maladies fréquemment indexées étaient les troubles du comportement et du psychisme, la toxicomanie les broncho-pneumopathies chroniques obstructives

Les conséquences évoquées étaient l'échec scolaire.

93,8% des étudiants pensent qu'ils n'y a pas de corrélation entre la consommation de stupéfiant et la performance scolaire

Les raisons principales évoquées par les étudiants concernant l'arrêt de la consommation étaient le manque de moyen financier (60%) le danger qu'il représentait pour la santé (40%)

Les moyens de lutte les plus évoqués par les étudiants sont les campagnes (4,4%) la télévision (2,1%) le radio (3,1%) la répression (3,5%) la conférence 3,3% et 83,6% des étudiants pensent qu'il faut combiner ces méthodes pour parvenir à bout. 66% des étudiants sont d'accord pour l'interdiction de la consommation de stupéfiant,

VIII-RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités

Faire respecter scrupuleusement les lois sur la vente et la consommation des stupéfiants sur tout l'étendue du territoire malien.

Mettre en place des moyens de sensibilisation de financement d'éducation et d'information plus approfondis.

Doter de moyens financier et humain les structures de lutte contre la consommation et la vente de stupéfiant.

Au ministère des enseignements supérieurs

Interdire formellement la consommation et la vente de stupéfiant en milieu universitaire

Renforcer et dynamiser la lutte dans des programmes d'enseignement universitaire,

Afficher des autocollants d'interdiction de consommation de stupéfiant dans toutes les Facultés.

Renforcer la collaboration avec les ONG en vue de l'utilisation de

L'espace universitaire pour mener des actions d'IEC.

A l'université de Bamako FMOS /FAPH

De donner plus de place dans les programmes scolaire aux conséquences de la consommation des stupéfiants.

Mener des actions d'IEC.

De revoir les méthodes d'évaluation pour que les étudiants n'aient pas à se surpasser pour réussir.

D'instituer d'autre étude de thèse sur les voies d'administrations des stupéfiants consommées

Aux enseignants :

Participer à l'élaboration des politiques et stratégies de luttés

Aux étudiants :

Participer aux différents programmes de lutte contre la consommation des stupéfiants.

IX-Références bibliographiques

- [1].-**Jouglard. J.**- Intoxication d'origine végétale. -Encycl. Med.chir, Paris, Intoxications, 2 - 1977, 16.065 A1 0 et A20.
- [2].-**Kerharo. J.** - Drogues africaines et toxicomanies. Médecine d'Afrique noire. Tome XXVII, Mars 1980, pp 187-195.
- [3].-- Rapport mondial sur les drogues 2012version électronique consulte le 12 - 09.- 13
- [4].-**O.N.U.** - Les Nations-Unies et la lutte contre l'abus des drogues,New-York, 1990.
- [5].-**Organisation Mondiale de la Santé.** Traitement de la douleur cancéreuse complétée par une analyse des problèmes liés à la mise à disposition des opioïdes. Deuxième édition, Genève. Suisse, OMS 1997.
- [6].- **O.N.U.** - Assemblée générale, commission des stupéfiants organe préparatoire de la conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues: Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues, Vienne, 12-18 Février 1987.
- [7].-Dictionnaire de médecine Flammarion 7^e édition.
- [8].- (Dictionnaire français le Larousse version électronique, consulté le 27 -03 -14 a 22h 14).
- [9].-**Lechat. P, Lagier. G, Rouveix B, Vincens. M,Weber. S.** - Pharmacologie médicale. 4^e édition, Masson,Paris, 1982.
- [10]-**Schmitt. H.** - Eléments de pharmacologie. 7^e édition, Flammarion, Paris, 1980.
- [11].-**Hamburger. J, Lepporier. M, Mery. P.** – Petite encyclopédie médicale, guide de pratique médicale, 17^e éditionFlammarion, médecine - sciences, Paris, 1987
- [12].- source Wikipédia consulte le 25 04 2014 à 16 h
- [13].-. **O.N.U.** - Assemblée générale, commission des stupéfiants, organe de la conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des préparatoire drogues: Schéma multidisciplinaire completpour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues, Vienne, 12-18 Février 1987.
- [14].-**Gossop. M, Grant .M.** - L'abus des drogues, prévention etLutte. Organisation Mondiale de la Santé, Génève, 1991
- [15].- **O.N.U.** - "Oui à la vie, non à la drogue". Tiré à part de lachronique des Nations-Unies Vol XXIV, n° 2, Vienne, Mai 1987.
- [16].-**Roux. J.M et coll.** - Toxicomanies autres que l'Alcoolisme. Encycl.Méd. Chir, Paris, Psychiatrie, 37396, A10, 7 - 1983.

- [17].-**AchaluDucan-DF**.-Drug taking by Nigerian students in American universities: prevalence for four commonly used drugs. *Int-J-addict*. 1984 May; 19(3): 253-263.
- [18].-**Mr Diarra Bourama Sabakethèse** de Médecine prévalence du tabagisme a la faculté des lettres langues art et science humaine de l'université de Bamako
- [19].-**Issa Ouane** et collaborateur thèse de médecine prévalence du cannabisme chez les étudiants de l'université cheik anta Diop de Dakar
- [20].-**Mr L Simmart** Durant et collaborateur prévalence de la consommation du cannabis dans une université parisienne
- [21].- **O.M.S.** - Politiques de santé applicable à la lutte contre les problèmes de l'usage de drogue et d'alcool, Australie Sydney et Canberra, 24-31 Mars 1988.
- [22].-Office national Algérien de lutte contre la drogue et la toxicomanie version électronique consulte le 16. - 09. - 14
- [23].-L'usage de substances psycho actives chez les jeunes québécois Portait épidémiologique institut national de sante publique du Québec juin 2009
- [24].-**O.M.S.** - Santé mentale: un nouveau jour se lève. *Santé du Monde*, GENEVE, Octobre 1982.
- [25].-Le Cannabis en Afrique office contre la drogue et le crime nation unie Novembre 2007 version électronique consulte le 12. - 08. - 13
- [26].-www.oics.com Le site de l'organe international de contrôle des stupéfiants, le 06 décembre 2006.
- [27].- Les toxicomanies. - Confrontations psychiatriques, n° 28, spécial éditeur, Paris, 1987.
- [28].-**Some Florent**. Thèse: Evaluation quantitative et qualitative de l'usage des drogues en milieu étudiant à l'Université de Ouagadougou année 1990 – 1991
- [29].-**RVALHO-De-Fv**. - Drug use among university students in the state of Sao - Paulo, Brazil. *Bull - Narc*. 1986 Jan-Jun; 38 (1-2): 37-40.
- [30].-**Pretet. S, Marsac**. - Le tabagisme. - *Encycl. Med. Chir*(Paris - France), Intoxications. Pathologie du travail, 16061 A10,- 1988, 6p.
- [31].-Evaluations des besoins médicaux en substances Stupéfiantes et psychotropes et des importations du Mali de 1998 à 2005. Thèse de médecine 2008
- [32].-**Organisation Mondiale de la Santé**
Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance.
Genève, 2004, p-40.
- [33].-Rapport annuel activité de l'office central des stupéfiants

III- Connaissance sur les stupéfiants

1. Qu'est ce qu'un stupéfiant :.....

2. Avez-vous entendu parler de drogues suivantes ?

Cocaïne 1= Oui 2= Non / /

Héroïne 1= Oui 2=non / /

Marijuana (herbe, marie-jeanne) 1= Oui 2 = Non / /

Haschich (hasch, huile de haschich) 1= Oui 2= Non / /

Cannabis (chanvre indien) 1= Oui 2= Non / /

Ecstasy 1= Oui 2= Non / /

Crack 1= Oui 2= Non / /

3. Pensez-vous que la prise de stupéfiant peut améliorer la performance scolaire ?.....

4. savez-vous que les stupéfiants sont dangereux pour la sante ? / / 1Oui 2Non

5. Si Oui, quelles sont les conséquences selon vous ?.....

IV- Lutte contre l'utilisation des stupéfiants en milieu universitaire

1. Auriez-vous du mal à vous procurer des stupéfiants que vous vouliez consommer? / /

1 oui 2 non

2. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de consommer les stupéfiants ? // 1Oui 2Non

3. Si Oui, pourquoi ?.....

4. Si Non, pensez-vous le faire dans le futur ? // 1Oui 2Non

5. Quels sont les moyens qui vous paraissent efficaces pour lutter contre la consommation des stupéfiants ?

5.1 Radio // 1Oui 2Non

5.2 Télévision / / 1Oui 2Non

5.3 La répression // 1Oui 2Non

5.4 Conférences sur les stupéfiants / / 1Oui 2Non

5.5 Campagnes de lutte contre les stupéfiants // 1Oui 2Non

5.6 Si autres, à préciser :.....

6. Savez-vous qu'il existe des lois sur la vente et la consommation des stupéfiants au Mali ?

/ / 1Oui 2 Non

7. Chacun a des jugements de valeurs différentes sur ce que font les autres.

Est-ce que vous êtes contre la consommation des drogues ? / / 1.Oui 2. Non

8. Quels conseils donner-vous aux consommateurs?

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Diakité

Prénom : Oumar dit Noumory

Titre de la thèse : Consommation des stupéfiants en milieu universitaire.

Année : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteurs d'intérêt : Santé publique, Toxicologie.

Résumé

Notre étude transversale sur la Consommation des stupéfiants en milieu universitaire qui s'est déroulée au niveau de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et la faculté de pharmacie (FAPH).

Au terme de l'étude nous pouvons conclure que La fréquence globale de la consommation de stupéfiant était de (1,50%). Cette fréquence variait selon le sexe soit (87,5%) des garçons contre (12,5%) des filles.

La plus part des étudiants consommateurs se trouvaient dans la tranche d'âge de 18-25 ans (62,5%).L'âge minimum du début de la consommation était de 17 ans chez les étudiants.

100% des étudiants consommaient moins de 10 g par jour.

Dans les groupes, les motifs essentiels d'usage des stupéfiants étaient le plaisir (37,5%) suivi du stress (25%) les études (25%) et les phénomènes de mode (12,5 %)

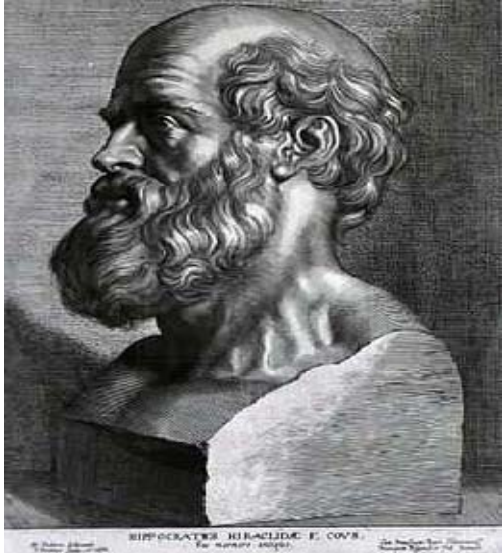
Les maladies fréquemment indexées étaient les troubles du comportement et du psychisme, la toxicomanie les broncho-pneumopathies chroniques obstructives

Les conséquences évoquées étaient l'échec scolaire.93,8% des étudiants pensent qu'ils n'y a pas de corrélation entre la consommation de stupéfiant et la performance scolaire

Les raisons principales évoquées par les étudiants concernant l'arrêt de la consommation étaient le manque de moyen financier (60%) le danger qu'il représentait pour la santé (40%)

Les moyens de lutte les plus évoqué par les étudiants sont les campagnes (4,4%) la télévision (2,1%) le radio (3,1%) la répression (3.5%) la conférence 3.3% et 83,6% des étudiants pensent qu'il faut combiner ces méthodes pour parvenir à bout. 66% des étudiants sont d'accord pour L'interdiction de la consommation de stupéfiant

Mots clés : *Stupéfiants, Etudiants, Université, Drogues, Prévalence.*



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que 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!