

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la recherche scientifique

République du Mali
Un peuple-Un But-Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2018-2019

Thèse N°/ / Médecine

THESE

Consommation de substances psychoactives chez les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Présentée et soutenue publiquement le 19/11/2019 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : **M. Issiaka TRAORE**

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

Jury

Président : Professeur Cheick Oumar GUINTO
Membres : Docteur Oumar SANGHO
Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY
Co-directeur : Dr Joseph TRAORE
Directeur : Professeur Arouna TOGORA

Dédicaces

A mes parents

A ma très chère mère **Mariam TRAORE**

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

A une personne qui m'a tout donné sans compter.

Celle qui est même arrivée à m'enseigner comment marcher (toujours se tenir droit) pour éviter la lordose sans pour autant étudier la traumatologie. Je me souviendrai à jamais de tes propos : **« partir à l'école n'est pas synonyme d'acquisition de connaissance encore moins de respect mais que tout est question d'éducation »**

Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te compenser tous les malheurs passés.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.

A mon très cher père **Alassane TRAORE**

A celui qui m'a aidé à découvrir le « *savoir* », ce trésor inépuisable.

A celui qui ne cesse de me répéter que rien n'est éternel (difficultés) et que tout est éphémère.

De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance, ton courage et ton perfectionnisme.

Je te dédie cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher qui est d'avoir un jour un enfant Médecin. Ce travail n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel pour toi.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin...

J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas.

J'espère au moins que cette thèse y contribuera en partie...

Remerciements

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

A mes très chers frères et sœurs : Dramane, Kadidiatou, Moussa, Issiaka, Boubacar, Fatoumata, Drissa, Oumar, Mamadou, Aly Badara, Nouhoum...

A travers ce travail trouvez le témoignage de mon amour et de mon attachement.

Puissent nos fraternels liens se pérenniser et se consolider encore.

Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis ; votre aide et votre générosité extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.

Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous assurer ma profonde et ma grande reconnaissance.

J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur, amour et que vos rêves se réalisent.

A mes adorables cousins, cousines, neveux et nièces

A tous mes oncles et tantes de la famille TRAORE et MAIGA :

Abdoulaye, Hamala, Mohamed, Noumouke, Madou, Assetou, Dado, Hawa, Aminata, Mariam, Oumar, Fatoumata, Hawa, Alhousseyni,

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération.

J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux.

Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous honorer.

Tous mes vœux de bonheur et de santé.

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (FMOS)

Merci pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué durant ces années, recevez ici ma profonde gratitude. Ce travail est le vôtre. Merci

Au personnel du service de psychiatrie du CHU du point G

Professeurs, Médecin psychiatre, DES, FFI, Infirmiers et infirmières, TS, Agents de sécurité, merci pour votre accompagnement, disponibilité et orientation durant tout le déroulement de cette étude.

Je tiens à remercier le **Dr Joseph TRAORE** qui a eu confiance en moi et a rendu possible ce travail. A la première rencontre vous m'avez accepté et considéré comme votre parent. Je n'oublierai jamais ces propos : « **tu veux aller vite, cela n'est point un défaut, mais vas-y doucement, ne sautons pas d'étapes** ».

A mes camarades faisant fonction d'interne au Service de Psychiatrie

Baba Bah, Cyrielle Alexandra, Issa Alpha Coulibaly, Lassana Dante, Awa Diarra, Almoustapha Cissé

Merci pour la qualité des relations de franche et loyale collaboration.

A l'équipe de L'ONG SMARA :

Souleymane SIDIBE, Dr Moussa CAMARA.

Ce travail témoigne toute votre humanité, votre rigueur et l'enseignement que j'ai reçu de vous.

Très vite j'ai été accepté, intégré et considéré comme un frère biologique.

Vos remarques et orientations m'ont permis d'acquérir beaucoup de compétences en médecine mais aussi et surtout en informatique.

Recevez dans ce travail mes particulières reconnaissances.

Puisse Allah vous accorder santé, longévité et réussite dans vos projets personnels et collectifs.

A mes amis et collègues

Dr Mahamoud CISSE, Dr Ibrahima SAGARA, Dr Alassane Issouf, Dr Hamza B TOURE, Sékou TRAORE, Moise COULIBALY, Soumaila Doumbia, Alassane MALLE, Yacouba TRAORE, Dr Lassana Mariko, Dr Togola Karim, Yacouba Sanogo, Ousmane Doumbia etc.

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.

Un grand merci pour votre soutien, votre encouragement, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.

Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

A tous les membres du bureau de la coordination local des thésards

A toute la 9^{ème} Promotion du numéris clausus

A tous ceux qui ne verront pas leurs noms cités

Merci du fond du cœur

A notre Maître et président du jury

Professeur Cheick Oumar GUINTO

- Professeur titulaire à la FMOS ;
- Chef filière de l'enseignement de la neurologie à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU Point G ;
- Coordinateur du DES de Neurologie à la FMOS ;
- Chef de Service de Neurologie au CHU Point G ;
- Membre fondateur de la Société de Neurologie du Mali ;
- Secrétaire général de la Société Malienne de Neurosciences ;
- Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa;

Cher Maître,

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

Votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un Maître respecté et admiré de tous.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Veillez agréer cher Maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre Maître et juge de thèse

Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY

- Ancien Interne des Hôpitaux du Mali
- Psychiatre au CHU du Point G
- Maître-assistant à la FMOS
- Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)
- Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa

Cher Maître

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, ainsi, nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes : rigoureux, simple, aimable et travailleur.

Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un modèle de Maître admiré. Nous avons été fiers de compter parmi vos élèves en espérant ne vous avoir pas déçu.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et juge de thèse

Docteur Oumar SANGHO

- Chef section Planification et Etudes à l'Agence de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM)
- Maître-Assistant en Epidémiologie au DER des Sciences Biologiques et Médicales, FAPH/USTTB/Mali
- Assistant au Coordinateur du Master de Santé Publique et DU-SISR, DU-FETP au DERSP/ FMOS.
- Membre du Groupe Technique Consultatif pour les Vaccins et la Vaccination au Mali (GTCV-MALI)
- Membre du Comité de réflexion et de suivi de la mise en place des dispositifs de protection sociale pour l'opérationnalisation de la Couverture Maladie Universelle au Mali

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre disponibilité, votre sens de l'honneur et votre humanisme.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et codirecteur de thèse

Docteur Joseph TRAORE

- Psychiatre d'Adultes diplômé de l'Université d'Abomey Calavi (Bénin)
- Gérontopsychiatre diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie (France)
- Spécialiste de Psychotraumatisme diplômé de l'Université Paris Descartes (France)
- Diplôme de Formation Médicale Spécialisé de Psychiatrie, Université Franche Comté (France)
- Praticien hospitalier au service de Psychiatrie au CHU Point G
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) et de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)

Cher Maître, vous nous avez initiés à la recherche. C'est avec patience et amour que vous avez codirigé ce travail.

Votre modestie fait de vous un être d'abord facile. Cher Maître, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre sens de l'honneur et votre humanisme. C'est une

fiereté pour nous d'avoir été un de vos élèves. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Arouna TOGORA

- Maître de conférences à la FMOS
- Psychiatre et Pédopsychiatre au CHU Point G
- Chef de service de psychiatrie au CHU Point G
- Coordinateur du D E S de psychiatrie à la FMOS
- Vice-président de la SOMASAM

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités d'homme de science, votre clairvoyance, votre assiduité et votre rigueur scientifique ont forgé notre admiration et ont suscité notre désir d'être compté parmi vos disciples. Tout au long de cette thèse, vous n'avez ménagé ni temps ni efforts, malgré les multiples charges qu'impliquent vos fonctions. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil bienveillant, une écoute attentionnée et une réponse immédiate.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre haute considération et notre sincère respect.

Que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1 GENERALITES	4
1.1 Définition des Concepts.....	4
1.1.1 Addiction	4
1.1.2 Substances Psychoactives.....	6
1.1.3 Addiction aux Substances	7
1.1.4 Conduites Addictives.....	11
1.2 Neurobiologie des Addictions	11
1.2.1 Le système de Récompense Dopaminergique	11
1.2.2 Le Découplage Sérotonine Noradrénaline.....	15
1.2.3 Autres Neurotransmetteurs et Mécanismes des Substances Psychoactives	18
1.2.4 Rôle du Cortex Préfrontal :	20
1.2.5 Mécanismes et Aspects Psychosociaux de la Dépendance	20
1.3 Facteurs de Risque	23
1.3.1 Facteurs Individuels	23
1.3.2 Facteurs Liés au Produit ou au Comportement	24
1.3.3 Facteurs Environnementaux :	24
1.4 Traitement des Addictions :[32]	25
1.4.1 Objectifs Principaux de la Prise en Charge	25
1.4.2 Mise en Place de la Prise en Charge	25
1.4.3 Une Approche Globale et Une Prise en Charge Multidisciplinaire	28
2 METHODOLOGIE.....	32
2.1 Cadre de l'Etude.....	32
2.2 Type d'étude	33
2.3 Période d'étude.....	33
2.4 Population d'étude	33
2.5 Echantillonnage	33
2.5.1 Technique d'échantillonnage.....	33
2.5.2 Taille de l'échantillon	33
2.5.3 Variables.....	33
2.5.4 Collecte des données	35
2.6 Traitement des données	35
2.6.1 Analyse des données	35
2.6.2 Significativité Statistique	35
2.7 Considération éthiques.....	36

3	RESULTATS :	37
4	DISCUSSION	70
	CONCLUSION	80
	RECOMMANDATIONS	81
	BIBLIOGRAPHIE	82
	ANNEXES	i

Liste des tableaux

Tableau I : Critères de l'usage nocif du CIM-10.....	8
Tableau II : Critères de la dépendance du CIM-10.....	9
Tableau III : Critères du trouble lié à l'usage de substance du DSM5.....	10
Tableau IV : Différence entre Médicaments de remplacement et Médicaments Addictolytique	31
Tableau V : Répartition des étudiants selon les filières et l'année.....	38
Tableau VI : Répartition des étudiants selon le mode d'inscription	38
Tableau VII : Répartition des étudiants selon la nationalité.....	40
Tableau VIII : Répartition des étudiants selon l'Ethnie	41
Tableau IX : Répartition des étudiants selon le lieu de vie.....	43
Tableau X : Répartition des étudiants selon le type de famille	44
Tableau XI : Prévalence de consommation des substances Psychoactives	46
Tableau XII : Répartition des étudiants selon le poly consommation	46
Tableau XIII : Répartition des étudiants selon leurs de consommation des différentes substances....	47
Tableau XIV : la répercussion de la consommation des substances psychoactives sur les études	48
Tableau XV : Répartition des consommateurs d'alcool selon l'âge	49
Tableau XVI : Répartition des consommateurs d'alcool selon le sexe.....	49
Tableau XVII : Répartition des consommateurs d'alcool selon l'année d'étude	50
Tableau XVIII : Répartition des consommateurs d'alcool selon la nationalité.....	50
Tableau XIX : Répartition des consommateurs d'alcool selon la situation matrimoniale.....	51
Tableau XX : Répartition des consommateurs d'alcool selon le type de famille	51
Tableau XXI : Répartition des consommateurs de tabac selon l'âge	52
Tableau XXII : Répartition des consommateurs de tabac selon le sexe.....	52
Tableau XXIII : Répartition des consommateurs de tabac selon l'année d'étude.....	53
Tableau XXIV : Répartition des consommateurs de tabac selon la nationalité.....	53
Tableau XXV : Répartition des consommations de tabac selon la situation matrimoniale	54
Tableau XXVI : Répartition des consommateurs de tabac selon le type de famille	54
Tableau XXVII : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactives selon l'âge.....	55
Tableau XXVIII : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactives selon le sexe ...	56
Tableau XXIX : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactives selon l'année d'étude.....	56
Tableau XXX : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactifs selon la nationalité .	57
Tableau XXXI : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactifs selon la situation matrimoniale.....	57
Tableau XXXII : Répartition des consommations des médicaments psychoactifs selon type de famille	58
Tableau XXXIII : Répartition des consommateurs de café selon l'âge	58
Tableau XXXIV : Répartition des étudiants selon la consommation de café et le sexe	59
Tableau XXXV : Répartition des consommateurs de café selon l'année d'étude	59
Tableau XXXVI : Répartition des consommateurs de café selon la nationalité.....	60
Tableau XXXVII : Répartition des consommateurs de café selon la Situation matrimoniale	60
Tableau XXXVIII : Répartition des consommateurs de café selon le type de famille.....	61
Tableau XXXIX : Répartition des consommateurs de the selon l'âge	61
Tableau XL : Répartition des consommateurs de thé selon le sexe	62
Tableau XLI : Répartition des consommateurs de Thé selon l'année d'étude	62
Tableau XLII : Répartition des consommateurs de thé selon la nationalité.	63
Tableau XLIII : Répartition des consommateurs de thé selon la situation matrimoniale	63

Tableau XLIV : Répartition des consommateurs de thé selon du type de famille	64
Tableau XLV : Répartition des consommateurs du crack selon l'âge	64
Tableau XLVI : Répartition des consommateurs du crack selon le sexe.....	65
Tableau XLVII : Répartition des consommateurs du crack selon la situation matrimoniale	65
Tableau XLVIII : Répartition des consommateurs du crack selon la nationalité.....	66
Tableau XLIX : Répartition des consommateurs du crack selon le type de famille.....	66
Tableau L : Répartition des poly consommateurs selon l'âge	67
Tableau LI : Répartition des poly consommateurs selon le sexe.....	67
Tableau LII : Répartition des poly consommateurs selon la nationalité	68
Tableau LIII : Répartition des poly consommateurs selon la situation matrimoniale.....	68
Tableau LIV : Répartition des poly consommateurs selon le type de famille.....	69

Liste des figures

Figure 1 : Des différents usages à la dépendance.....	6
Figure 2 : D'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle	11
Figure 3 : Le système limbique et les structures en relation (source : association pour la santé et l'environnement).....	13
Figure 4 : Le système limbique et ses rapports	14
Figure 5 : Schéma du système de récompense méso-cortico-limbique (source : journal international de médecine)	15
Figure 6 : Système dopaminergique, et systèmes noradrénergique et sérotonergique (source Inserm)	17
Figure 7 : Schéma du mode d'action de quelques drogues sur le neurone dopaminergique.	19
Figure 8 : le cerveau addict selon Volkow (source : CSAPA Nord de la Réunion, Pr Reynaud)	20
Figure 9 : interactions entre un individu un produit et un contexte socio-environnemental	22
Figure 10 : Diagramme de flux	37
Figure 11 : Répartition des étudiants selon le sexe.....	39
Figure 12 : Répartition des étudiants selon l'âge	40
Figure 13 : Répartition des étudiants selon le statut matrimoniale	42
Figure 14 : Répartition des étudiants selon la religion	43
Figure 15 : Proportion de la consommation de chaque substance psychoactive chez les étudiants de médecine et Odonto-Stomatologie.	45
Figure 16 : Répartition des étudiants selon le type de médicaments consommés	55

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMP : Adénosine Mono Phosphate

APA : American Psychiatric Association

ATV : Aire Tegmentale Ventrale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CHU : Centre hospitalier universitaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

EFSA : European Food Safety Authority considère

ENMP : école nationale de médecine et de pharmacie

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

FMOS : Faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie

FAPH : Faculté de pharmacie

FSS : Faculté des Sciences de la Santé

GABA : Acide Gamma amino butyrique

LSD : Lysergurediethylamid (Diethylamide de l'acide lysergique)

MDMA : Methylenedioxyamphetamine

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU DC : Office des Nations Unis Contre la Drogue et le Crime

SPA : Substances psychoactives

THC : Tétrahydro-Cannabinol

UCAD : Université Cheikh Anta Diop

USTTB : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako



INTRODUCTION

INTRODUCTION

La consommation des substances psychoactives est un problème majeur de santé publique dans le monde[1]. La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule dépendance physique. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler la consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur[1]. Ces comportements peuvent être décrits sous plusieurs angles : moral, philosophique, juridique ou médical[2]. Selon l'Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (ONUDC), On estime qu'un adulte sur 20 a consommé au moins une drogue en 2014. Cela représente 250 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans. L'ampleur du problème mondial devient plus évidente lorsqu'on tient compte du fait que plus d'un usager de drogues sur dix est un usager problématique, souffrant de troubles liés à l'usage de drogues ou de toxicomanie[3]. Une étude réalisée chez les français en juin 2013 a montré que l'alcool était la substance la plus fréquemment expérimentée chez les étudiants, devant le tabac et le cannabis avec respectivement 91,3%, 65,2% et 42,8%. Parmi les expérimentateurs d'alcool, respectivement 6,9% et 6,0% des étudiants rapportaient ne plus pouvoir s'arrêter de boire une fois qu'ils avaient consommé et une amnésie post-consommation au moins une fois par mois[4]. Le tabac était consommé quotidiennement par 18,4% des étudiants. Les poppers, la colle et les solvants étaient les autres substances les plus fréquemment expérimentées avec 17,3% des étudiants[4]. L'abus de cocaïne en Afrique subsaharienne atteindrait une prévalence de 7,6 % (soit plus de 1,1 million de personnes ; 14,5 millions de consommateurs dans le monde). Au Ghana, l'abus de cannabis serait supérieur à 13 % chez les sujets âgés de 15 à 65 ans (3,8 % dans le monde). En ce qui concerne l'abus de psychotropes, la part de la méthamphétamine dans les demandes de soins liés aux narcotiques en Afrique du Sud a augmenté entre 1996 (1 %) et 2007 (41 %) [5]. Au Togo en 1990, l'abus de drogues concernait 5 % des hospitalisations en neuropsychiatrie au CHU Campus de Lomé, la capitale. Les dépendants aux drogues (17,2 %) consommaient surtout du cannabis et des amphétamines, selon une enquête réalisée chez les militaires, collégiens, conducteurs de transports, apprentis coiffeurs et couturiers de Lomé[6]. Le phénomène de la mondialisation, les transitions économiques et culturelles rapides, le manque de moyens techniques de surveillance appropriés et les conflits armés dans les pays en voie de développement laissent circuler dans ceux-ci les substances psychoactives légales et illégales de manière chaotique[7]. La médecine a été une profession

gratifiante et tenue dans une haute estime depuis l'aube de l'histoire. Cela ne nécessite pas seulement engagement, enthousiasme et altruisme, mais les médecins doivent également faire preuve de soin, de compassion et de dévouement à leur profession[8]. La dépendance chez les médecins est un problème majeur puisqu'elle nuit directement à la santé de l'individu malade [9]. La perception que les étudiants en médecine et les résidents ont une dépendance aux substances et à l'alcool persiste dans la communauté médicale et chez la population générale [10]. Les principales causes qui font des étudiants en médecine une population à risque sont : l'accès facile aux substances et aux médicaments, le privilège d'en prescrire et l'automédication surtout par les benzodiazépines et les opiacés mineurs. Ainsi, on observe un taux plus élevé d'usage de ces substances dans cette population ; la majorité des médecins débute la consommation au moment où ils reçoivent le droit de prescrire [10-11]. Il existe aussi des facteurs sociaux et culturels qui expliquent la variabilité des prévalences observées entre les différentes études internationales. Les études anglo-saxonnes et européennes sont concordantes [12-14], avec des taux d'abus d'alcool significativement plus élevés que ceux retrouvés dans les études asiatiques ou africaines [15-16]. L'accès à l'alcool et aux autres substances illicites, ainsi que les facteurs sociaux et religieux expliquent en partie ces différences [17]. L'effet négatif de la dépendance sur les étudiants, notamment la baisse des performances académiques, constitue un motif important pour la clarification de la prévalence et de la sévérité de ce problème, ainsi que des facteurs prédisposants [18]. Cela permet la prise de mesures pratiques pour améliorer le bien-être des étudiants et prévenir les conséquences de l'addiction[19].

Des études antérieures menées dans divers milieux indiquent des taux relativement élevés de consommation d'alcool et d'autres substances chez les élèves du secondaire et ceux des établissements supérieurs. La consommation des substances licites et illicites chez les étudiantes des collèges et des universités demeure un important domaine de recherche en raison des implications à la dépendance précoce à l'égard des substances pour l'avenir des jeunes.[15]. Face à ce taux élevé de consommation et y égare au manque de données dans notre pays, nous nous sommes proposé d'étudier l'ampleur de la consommation de substances psychoactives et les raisons pour lesquelles les étudiants consomment les substances psychoactives chez les étudiants en médecine et d'Odonto-Stomatologie.

QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est l'ampleur de la consommation des substances psychoactives à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de l' USTTB?

Pour quelles raisons, les étudiants consomment-ils les substances psychoactives ?

OBJECTIF D'ETUDE

Objectif général

Etudier la consommation des substances psychoactives chez les étudiants de la FMOS de l'USTTB.

Objectifs spécifiques :

- 1 Déterminer la prévalence de la consommation des substances psychoactives chez les étudiants de la FMOS.
- 2 Identifier les raisons de la consommation de substances psychoactives chez les étudiants de la FMOS.
- 3 Identifier les répercussions de la consommation de substances psychoactives sur les études chez les étudiants de la FMOS.
- 4 Répertorier les Facteurs associés à la consommation de substances psychoactives chez les étudiants de la FMOS.

1 GENERALITES

1.1 Définition des Concepts

1.1.1 Addiction

L'addiction a été définie en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » [20].

Le comportement peut être la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, opiacés, médicaments, etc.), on parle alors dans ce cas de « trouble lié à l'usage de substances psychoactives » [20].

Mais il existe aussi des « addictions sans substance » ou « addictions comportementales » (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique) [20]. Les troubles du comportement alimentaire peuvent être considérés comme des addictions comportementales [20].

Attention, il est possible d'avoir un comportement de consommation de substance psychoactive ou de jeu qui ne réponde pas aux critères de l'addiction [20]. Au fur et à mesure que le trouble addictif se développe, la perte de contrôle sur le comportement d'usage vient répercuter de manière de plus en plus importante sur les autres sphères de vie de l'individu [20]. L'usage, et l'augmentation de l'usage, ne caractérisent pas en soi l'addiction. Il faut que des répercussions durables et importantes, en particulier sur le plan social, soient apparues, pour qu'un trouble médical soit défini [20].

L'OMS définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ». La notion de comportement est donc introduite.

Ainsi le psychiatre Aviel Goodman définit l'addiction comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répète de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » [21].

Le terme addiction regroupe les troubles liés à l'usage de substances (addictions aux substances) et les troubles liés à un comportement (addictions comportementales).

Le concept d'addiction est plus global et s'intéresse également aux différents processus mis en œuvre entre l'individu et la substance ou le comportement. Il apporte une dimension Comportementale et une approche plus qualitative. Ainsi, bien que couramment employés indifféremment, les termes addiction et dépendance n'ont pas exactement le même sens.

Le terme addiction apparaît plus juste pour regrouper addictions aux substances et addictions Comportementales que celui de dépendance.

Nous emploierons de ce fait dans la suite de ce travail le terme « addiction aux substances psychoactives ».

Par ailleurs il existe différentes situations entre des pratiques sans risque d'addiction d'une part, et l'addiction d'autre part (figure 1) :

- usage simple : usage de substance ou comportement ne posant pas de problème. Cet usage peut varier dans son intensité et peut être qualifié d'expérimental, d'occasionnel ou de régulier. Il n'entraîne pas de conséquences délétères pour l'individu hormis d'éventuelles conséquences pénales.

- usage à risques : usage de substance ou comportement susceptible d'entraîner des dommages somatiques, psychologiques, sociaux dû à des circonstances particulières (risque situationnel) ou à un problème de dosage (risque quantitatif).

-usage nocif ou abus : usage de substances ou comportement caractérisé par au moins un dommage somatique, psychologique et/ou social pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain, et avec l'absence de critère de dépendance.

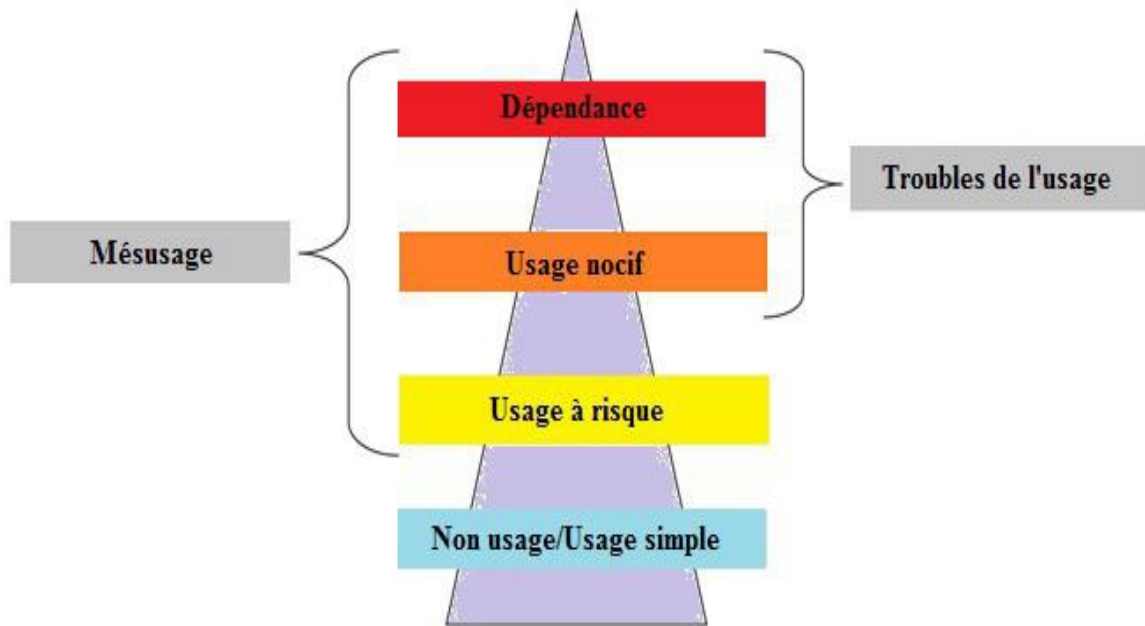


Figure 1 : Des différents usages à la dépendance

1.1.2 Substances Psychoactives

Une substance est dite psychoactive lorsqu'elle agit sur le cerveau, modifiant certaines de ses fonctions, avec comme conséquences :

- des changements au niveau de la perception (visuelle, auditive, corporelle), des sensations, de l'humeur, de la conscience, du comportement ;
- des effets physiques et psychiques variables selon les substances, les doses consommées, les associations de produits [22].

Les effets ressentis peuvent être perçus comme agréables ou désagréables, notamment selon qu'ils sont recherchés par le consommateur ou non. Certains effets psychiques ou physiques peuvent s'avérer dangereux, soit immédiatement, soit de manière différée, soit encore lorsque les prises sont répétées [22].

Une substance psychoactive peut être :

- d'origine « naturelle » (extraite d'une plante ou d'un champignon, à l'état quasi brut ou retraitée chimiquement) ou « synthétique » (totalement fabriquée en laboratoire à partir de produits chimiques) ;
- licite (usage et vente autorisés par la loi mais réglementés) ou illicite (usage et trafic interdits par la loi)[22].

1.1.3 Addiction aux Substances

Comme nous l'avons vu, l'usage de substances peut aller de l'usage simple non pathologique à un usage pathologique conduisant à une dépendance physique et/ou psychique avec l'apparition des signes suivants :

- Un syndrome de sevrage, qui est défini dans le CIM-10 comme un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. L'installation et l'évolution du syndrome de sevrage sont limitées dans le temps et dépendent de la nature et de la dose de la substance consommée immédiatement avant l'arrêt ou la réduction de la consommation.

- Une tolérance au produit, qui est le besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou la diminution de l'effet procuré pour une même intensité ou fréquence,

- Le craving : qui est l'envie irrépressible du produit, l'urgence à consommer le produit ou l'impossibilité de différer la prise de celui-ci.

L'addiction à une substance peut être décrite par l'existence d'une dépendance physique, psychologique et sociale, d'une envie puissante, compulsive d'utiliser cette substance, de difficultés à en contrôler les prises, d'un comportement de recherche de cette substance avec envahissement progressif de la vie courante.

L'OMS dans le CIM-10 et l'Association Américaine de Psychiatrie dans le DSM-IV puis le DSM5 ont établi des critères diagnostiques précis afin de bien différencier ce qui est de l'ordre de la dépendance de ce qui ne l'est pas.

Ainsi le CIM-10 et le DSM-IV différencient l'usage nocif ou abus à la dépendance à une substance (tableaux 1 et 2), tandis que le DSM5 les réunit sous le terme « trouble de l'utilisation de substance » (tableau 3).

Le trouble de l'utilisation de substance est défini par le DSM5 comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins 2 manifestations parmi un ensemble de critères, au cours d'une période de douze mois. La sévérité du trouble est basée

sur le nombre de critères rencontrés : 2-3 critères indiquent un trouble léger ; 4-5 critères, un trouble modéré, et 6 ou plus, un trouble sévère.

Nous passons donc d'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle (c figure 2).

Tableau I : Critères de l'usage nocif du CIM-10

Critères diagnostiques de l'usage nocif de l'OMS selon le CIM-10

Présence d'au moins une des manifestations suivantes :

1. Preuves manifestes que l'utilisation d'une substance psychoactive a entraîné (ou a contribué de façon significative
 - a) la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y compris une altération du jugement ou des troubles du Comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles.
2. La nature des conséquences nocives doit être clairement identifiée (et précisée).
3. Utilisation continue de substances psychoactives pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des 12 derniers mois.
4. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental ou d'un autre trouble du comportement, lié à la même substance pendant la même période (à l'exception d'une intoxication aiguë).

Tableau II : Critères de la dépendance du CIM-10

Critères diagnostiques de la dépendance de l'OMS selon le CIM-10
<p>Au moins trois des manifestations suivantes présentes en même temps au cours de la dernière année :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau d'utilisation)3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Tableau III : Critères du trouble lié à l'usage de substance du DSM5

Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de substance selon le DSM5
<p>Présence d'au moins 2 des 11 critères suivants au cours des 12 derniers mois :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Consommation de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.2. Envie persistante d'utiliser la substance, ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler cette utilisation.3. Mobilisation d'une grande quantité de temps pour se procurer la substance, l'utiliser ou récupérer de ses effets.4. Etat de manque se traduisant par une puissante envie ou un besoin irrésistible d'utiliser la substance, craving.5. Utilisation répétée de la substance, qui conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.6. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux récurrents, causes ou exacerbés par les effets de cette substance.7. Abandon ou réduction d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes à cause de l'utilisation de la substance.8. Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.9. Poursuite de l'utilisation tout en sachant que celle-ci peut provoquer un problème psychologique ou physique, ou exacerber un problème existant.10. Apparition d'une tolérance, caractérisée par :<ol style="list-style-type: none">a) un besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir l'intoxication ou l'effet désire ;b) un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de cette substance.11. Sevrage se manifestant par :<ol style="list-style-type: none">a) l'apparition d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, à l'arrêt ou à la réduction de son utilisation ;b) la nécessité d'utiliser la substance elle-même ou une substance très proche pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

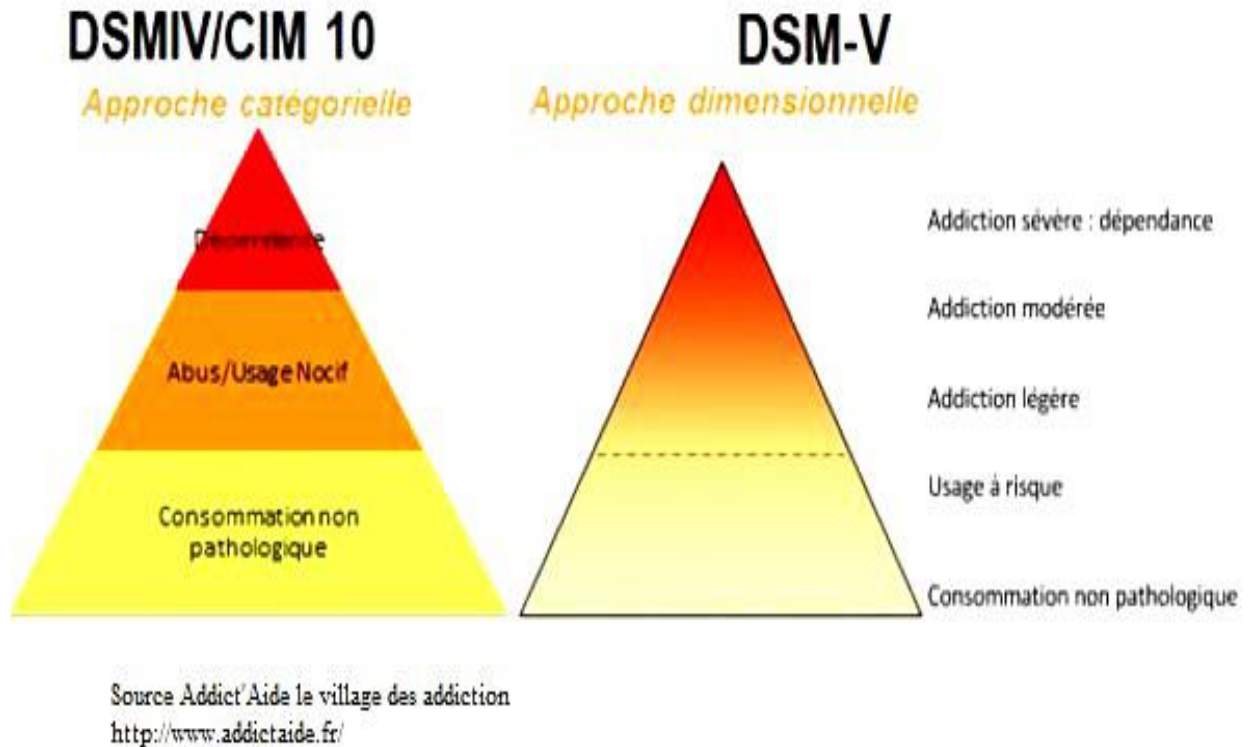


Figure 2 : D'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle

1.1.4 Conduites Addictives

C'est l'ensemble des usages de substances et/ou de comportements susceptibles d'entraîner (ou pas) un trouble.

1.2 Neurobiologie des Addictions

L'essentiel des données publiées dans le domaine des neurosciences concerne les addictions avec drogues. Cependant, les addictions sans drogue présentent les mêmes symptômes, notamment le syndrome de sevrage. On admet que ces manifestations cliniques reflètent probablement les mêmes dysfonctionnements cérébraux et relèvent donc d'une physiopathologie commune [23].

1.2.1 Le système de Récompense Dopaminergique

L'évolution de l'imagerie fonctionnelle et de la biologie moléculaire ont pu mettre en évidence que la régulation des comportements, les processus de motivation, les systèmes de récompense sont régulés par un neurotransmetteur du système nerveux central : la dopamine [23]. La dopamine agit au niveau du système limbique, qui est un réseau de voies nerveuses sur lequel vont pouvoir agir les drogues et qui joue un rôle primordial à la fois pour la survie de l'individu mais aussi de l'espèce [23]. Le système limbique [23] comprend différentes

structures formant un anneau situé en profondeur dans les lobes temporaux dont les principales sont (figures 3 et 4) :

- L'hippocampe, qui joue un rôle dans l'apprentissage et le stockage d'une information en mémoire à long terme, dans la mémorisation de souvenirs liés à une expérience.
- Le corps mamillaire.
- L'amygdale ou noyau amygdalien, qui joue un rôle dans l'agressivité, la colère, la peur, l'anxiété et la mémoire émotionnelle.
- Le cortex limbique (gyrus cingulaire, cingulum, insula et gyrus parahippocampique) : rôle dans le contrôle conscient du comportement.
- Le septum.
- Le fornix

Le système limbique est fortement lié à :

- L'hypothalamus qui joue un rôle primordial dans les régulations corporelles (cycle circadien, température, alimentation etc.).
- Cortex préfrontal permettant les fonctions cognitives, la planification, la motivation et la prise de décision.

De ce fait, de par ses structures et ses connexions il régule le système endocrinien, le système nerveux autonome et contribue à l'homéostasie.

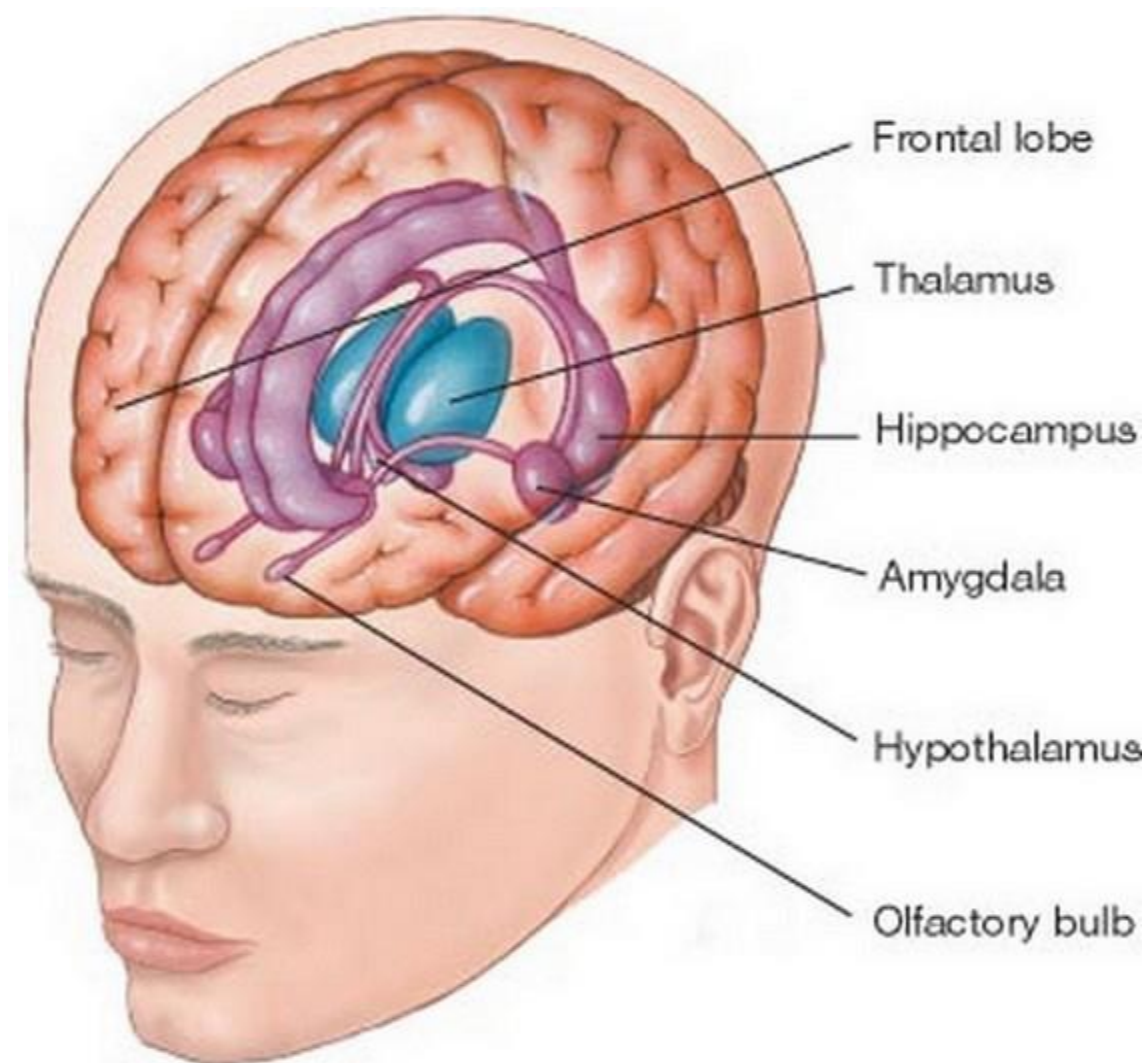


Figure 3 : Le système limbique et les structures en relation (source : association pour la santé et l'environnement)

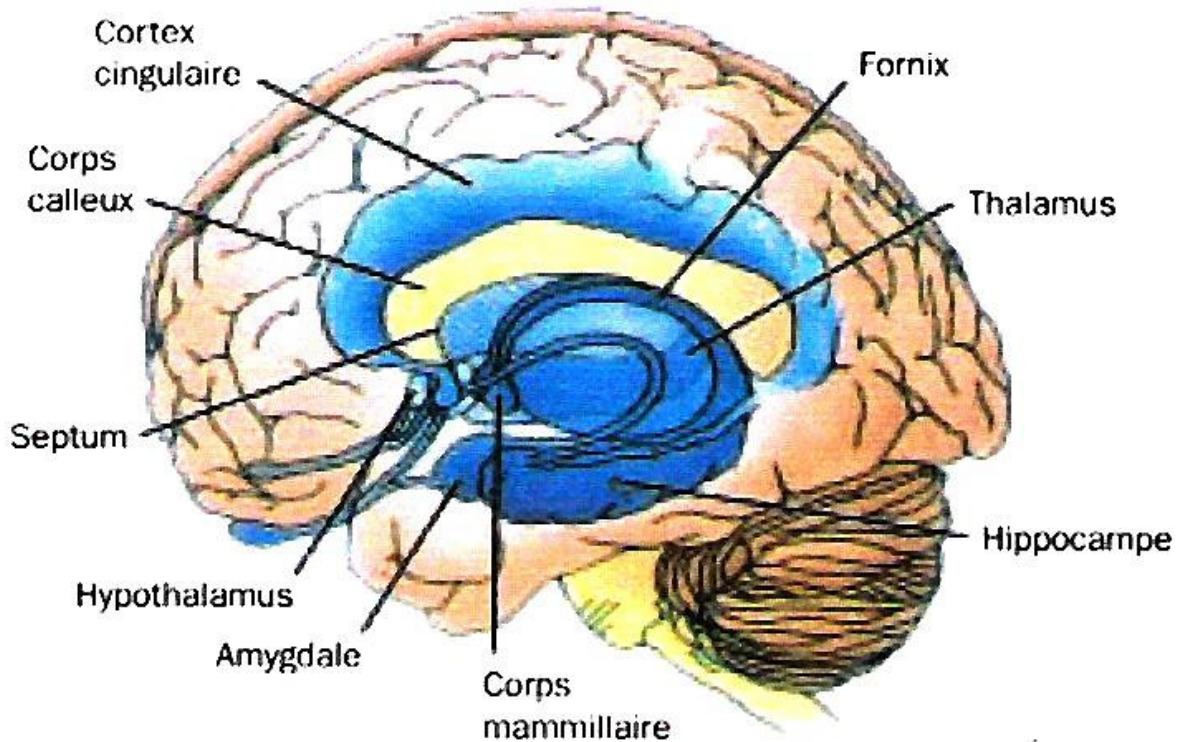


Figure 4 : Le système limbique et ses rapports

Le système limbique fait partie du système de récompense [24], ce dernier ayant pour but de repérer et de renforcer les actions, les comportements qui ont un avantage pour l'individu, afin que ces actions puissent être renouvelées dans l'avenir dans le même contexte.

Ce système de récompense comprend en plus du système limbique :

- l'aire tegmentale ventrale située dans le mésencéphale, qui va projeter des neurones à dopamine principalement vers le noyau accumbens, mais aussi vers l'amygdale, le septum et le cortex préfrontal.
- le noyau accumbens, qui reçoit les informations délivrées par l'aire tegmentale ventrale.

Toutes ces régions sont reliées par le faisceau mesocorticolimbique dont le neurotransmetteur est donc la dopamine.

En schématisant, le fonctionnement du système de récompense fonctionne comme suit :

L'arrivée d'un signal annonçant une récompense augmente l'activité de l'aire tegmentale ventrale (ATV). Celle-ci libère alors de la dopamine dans le noyau accumbens mais aussi

dans le septum, l'amygdale et le cortex préfrontal (figure5) avec mise en mémoire de la configuration sensorielle [24].

La dopamine libérée par le cerveau sert de signal d'apprentissage lorsqu'un comportement aboutit à des sensations inattendues et positives afin que ce comportement puisse être répété par la suite [24].

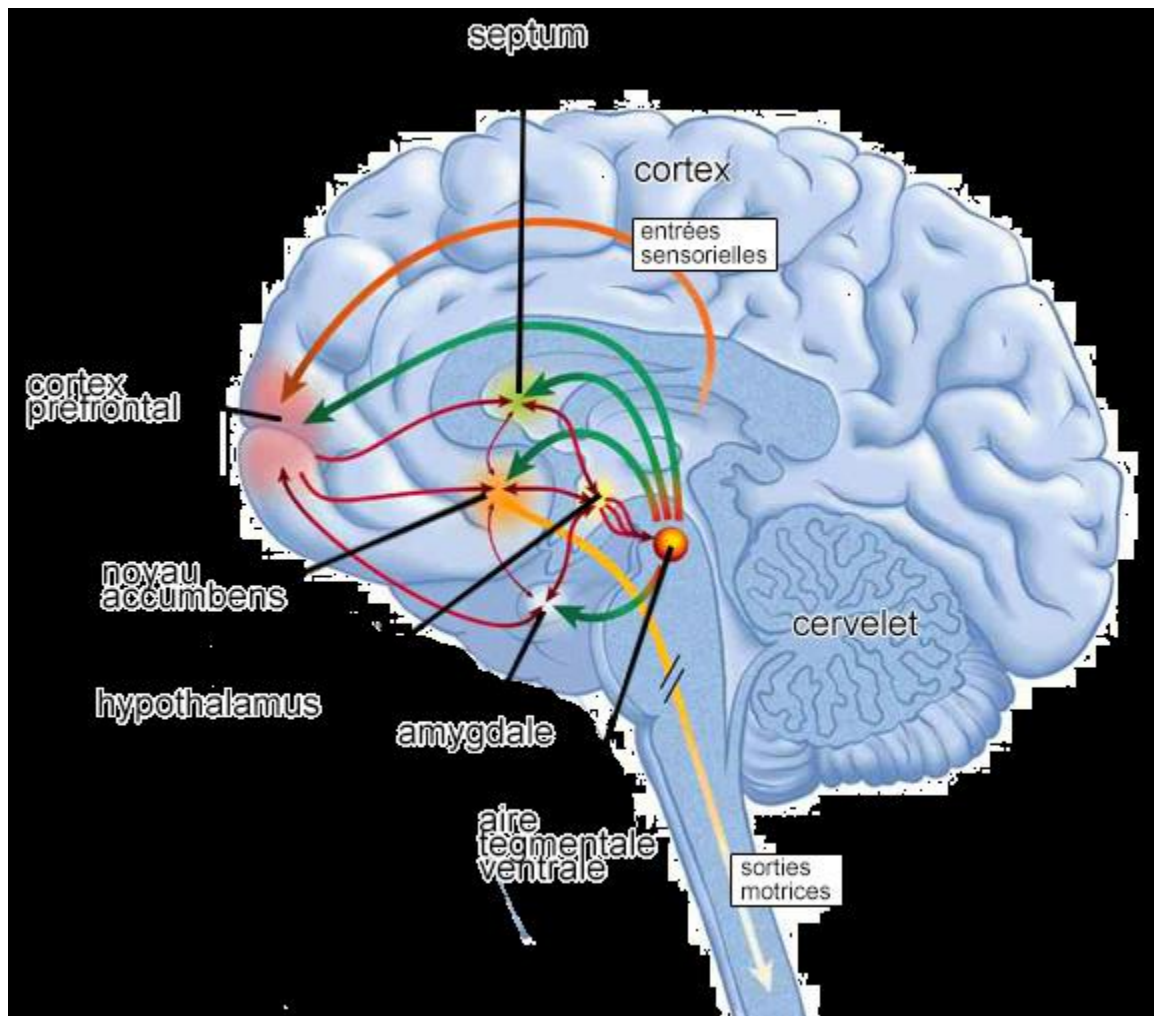


Figure 5 : Schéma du système de récompense méso-cortico-limbique (source : journal international de médecine)

1.2.2 Le Découplage Sérotonine Noradrénaline

D'autres neurotransmetteurs au niveau cérébral jouent un rôle dans les phénomènes d'addiction, en particulier la sérotonine et la noradrénaline (figure 6).

La noradrénaline est un neurotransmetteur impliqué dans l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage. La noradrénaline est aussi libérée comme une hormone dans le sang

où elle contracte les vaisseaux sanguins et augmente la fréquence cardiaque. La sérotonine contribue à diverses fonctions comme la régulation de la température, le sommeil, l'humeur, l'appétit et la douleur [25]. Les systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques permettent donc à l'individu de percevoir le monde extérieur et de s'en protéger [25].

Les systèmes noradrénaline et sérotonine sont des systèmes opposants au système dopaminergique, dont la réponse neuronale ne dure que quelques instants lors d'une récompense naturelle [25]. En situation normale les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques s'inhibent mutuellement lors de la stimulation de leurs récepteurs [25]. Par contre la prise répétée de substances psychoactives crée un découplage entre les 2 systèmes [25].

Ce découplage noradrénaline sérotonine conduit à une sensibilisation à long terme des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques, qui deviennent hyper réactifs et inhibent le système dopaminergique [25]. Ce découplage apparaîtrait aussi lors de stress chronique. L'hyper réactivité de ces deux systèmes ne serait alors soulagée temporairement que par la reprise de la substance psychoactive créant de fait un recoupage artificiel et par conséquent une désinhibition du système dopaminergique [25].

Ainsi le découplage sérotonine noradrénaline provoquerait, non pas l'apprentissage du plaisir qui est le rôle du système dopaminergique, mais l'incapacité à contrôler les impulsions quelles qu'en soient les conséquences [25].

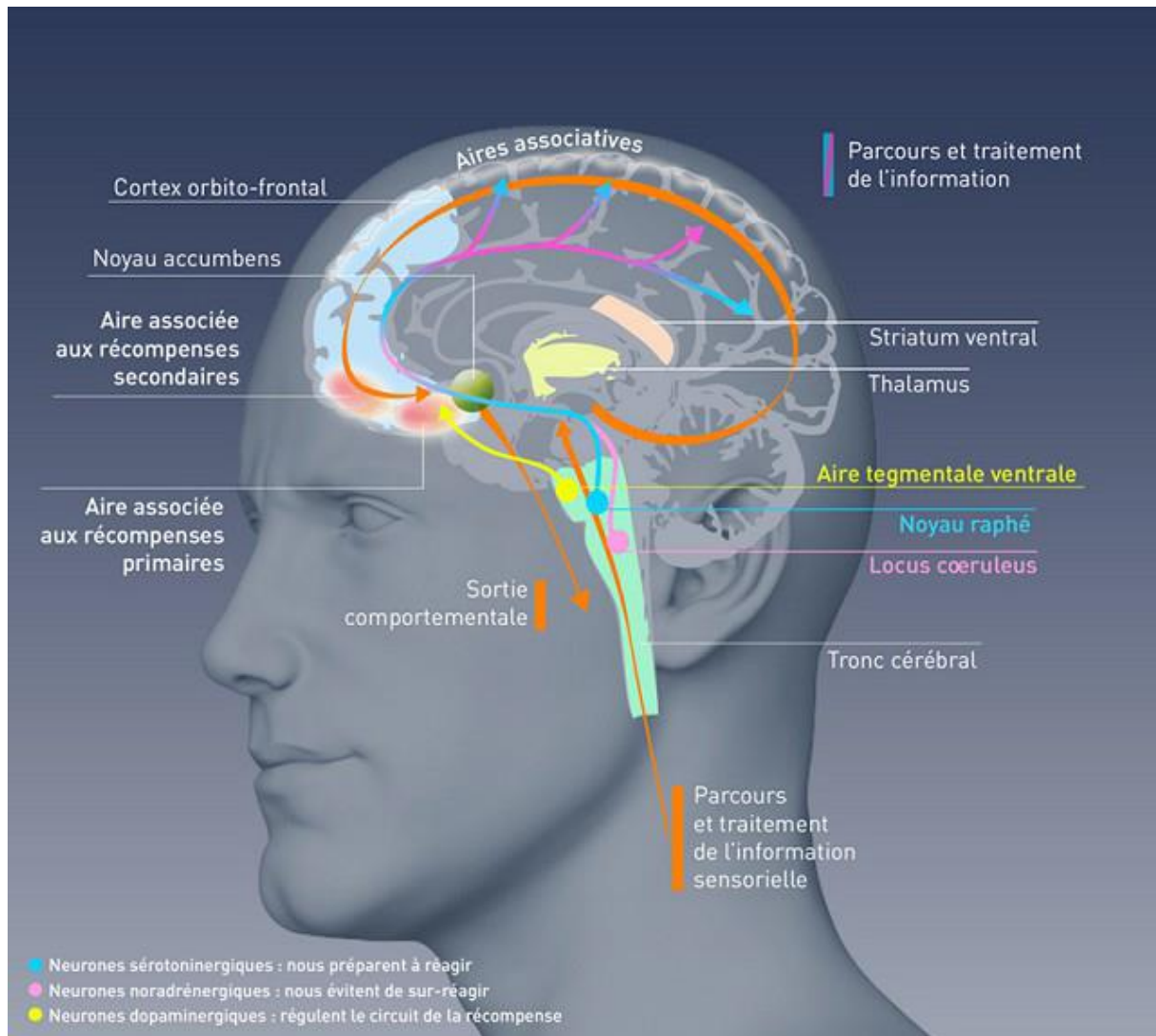


Figure 6 : Système dopaminergique, et systèmes noradrénergique et sérotoninergique (source Inserm)

1.2.3 Autres Neurotransmetteurs et Mécanismes des Substances Psychoactives

L'étude des drogues sur le système nerveux central ont permis de découvrir de nombreuses autres molécules et neurotransmetteurs en cause et leurs modes d'action [24]. Bien que les mécanismes d'action diffèrent, la résultante en sera toujours une augmentation du taux de dopamine dans le système nerveux central (figure 7).

Certaines substances imitent les neuromédiateurs naturels se substituant à eux dans les récepteurs :

- La morphine s'installe dans les récepteurs à endorphine (mu, delta et kappa)
- La nicotine se fixe à la place de l'acétylcholine sur les récepteurs nicotiniques cholinergiques
- Le delta 9 tétrahydrocannabinols (THC) agit sur les récepteurs aux cannabinoïdes CB1 et CB2.

D'autres substances augmentent la sécrétion d'un neuromédiateur naturel :

- La cocaïne augmente notamment la présence de dopamine dans les synapses en inhibant les transporteurs de sa recapture,
- L'ecstasy surtout celle de la sérotonine
- La mescaline, la prilocaïne et le LSD augmentent la sécrétion de sérotonine.

Enfin d'autres substances bloquent un neuromédiateur naturel :

- L'alcool bloque les récepteurs NMDA (récepteurs au glutamate) principal système activateur du cerveau, mais il potentialise également l'effet du GABA (action inhibitrice).

Ces substances peuvent agir également à plusieurs niveaux.

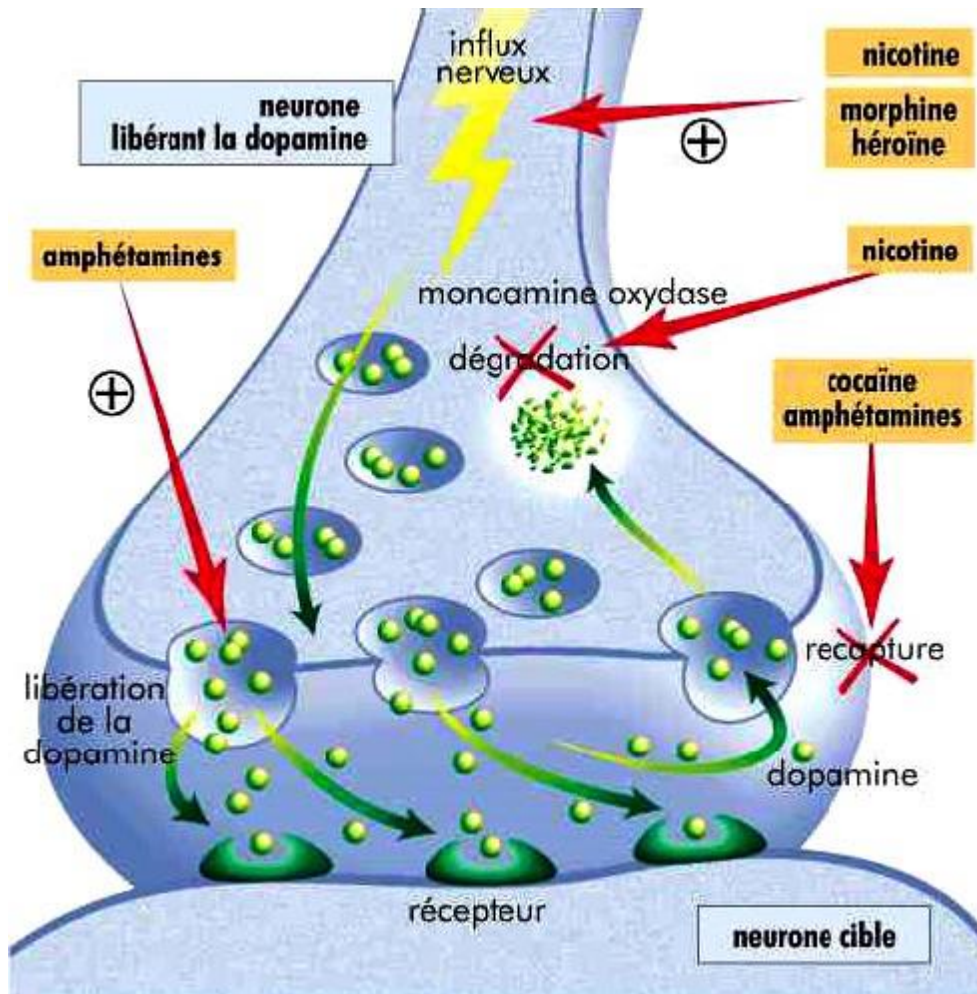


Figure 7: Schéma du mode d'action de quelques drogues sur le neurone dopaminergique.

Par ailleurs, pour illustrer la grande diversité des neurotransmetteurs en jeu dans les phénomènes d'addiction, des chercheurs ont récemment démontré le rôle important du glutamate [26]. Le glutamate contribue à réguler la libération de dopamine dans le noyau accumbens [26]. Les chercheurs ont découvert que les neurones dans le noyau accumbens synthétisant un autre neurotransmetteur l'acétylcholine sont aussi capables de synthétiser le glutamate [26]. Ces neurones peuvent ainsi permettre à la fois d'activer via l'acétylcholine et d'inhiber via le glutamate la sécrétion de dopamine [26].

Un déséquilibre de la balance entre l'acétylcholine et le glutamate favoriserait le risque d'addiction en rendant l'individu plus sensible aux effets stimulants de la drogue en augmentant in fine la libération de dopamine [26].

1.2.4 Rôle du Cortex Préfrontal :

Comme nous l'avons vu le système limbique et le système de récompense sont fortement liés au cortex préfrontal. Ce dernier joue le rôle de contrôle inhibiteur sur ces 2 systèmes, contrôle permettant à la raison de mieux contrôler les phases impulsives liées au système de récompense.

Or la prise répétée de substances psychoactives altère ce contrôle inhibiteur facilitant les conduites impulsives ou compulsives. Dans une telle situation l'individu ne sera guidé que par le seul désir irrésistible de consommer la substance psychoactive en jeu quelles qu'en soient les conséquences (figure 8).

Goldstein RZ, Volkow ND ont ainsi montré dans leur étude une dysfonction généralisée du cortex préfrontal chez les toxicomanes [27]. Pour eux la perturbation du cortex préfrontal dans la dépendance est à la base de la prise de drogue compulsive et de l'érosion du libre arbitre. Ils concluent que l'addiction peut être perçue comme une maladie neurologique du fait la perturbation du cortex préfrontal [27].

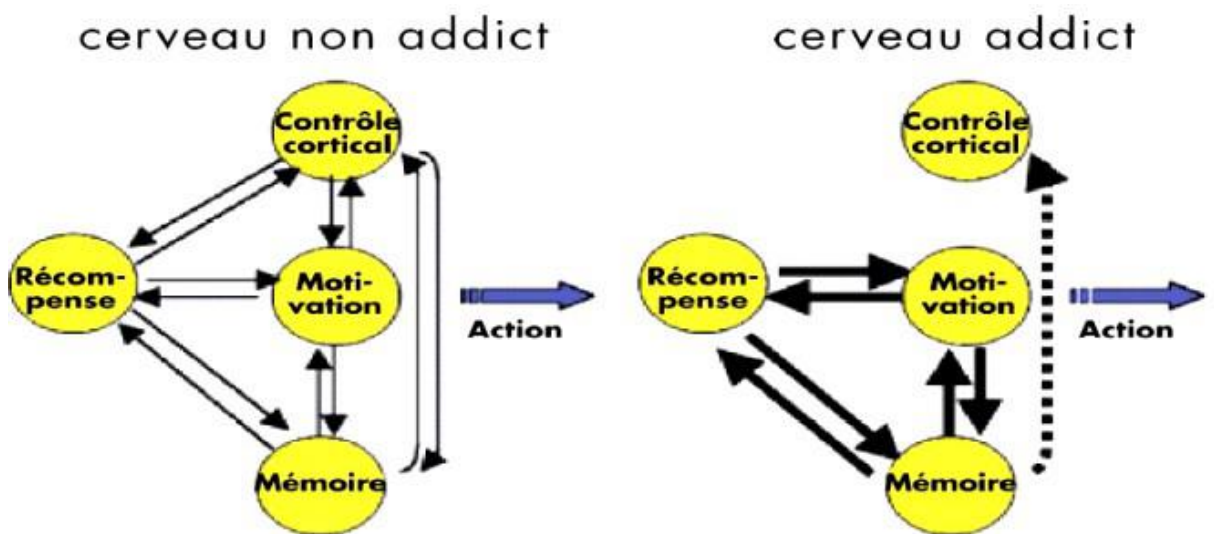


Figure 8: le cerveau addict selon Volkow (source : CSAPA Nord de la Réunion, Pr Reynaud)

1.2.5 Mécanismes et Aspects Psychosociaux de la Dépendance

Pour les théoriciens des modèles psychosociaux ou biopsychosociaux, les comportements addictifs ne peuvent pas se concevoir et s'expliquer sous le seul angle pharmacologique, mais

doivent aussi être envisagés sous celui de la personnalité dans son contexte socio-environnemental.

Les facteurs d'apparition et de gravité d'une addiction sont ainsi liés au produit, à la personnalité et à l'environnement. Il s'agit des lors d'une interaction entre un individu, un produit et ses caractéristiques (tant au niveau pharmacologique qu'au niveau des conséquences médicales et sociales, avec une certaine représentation sociale), et un contexte socio-environnemental (figure 9).

Pour le psychologue américain Stanton Peele, l'addiction est un ajustement de l'individu à son environnement [28]. Certaines personnes deviennent dépendantes d'une expérience et non pas d'une substance chimique [28]. La conduite addictive a une fonction d'évitement de situations anxigènes créées par la société. Le caractère répétitif de la conduite addictive, son déroulement prévisible car maintes fois vécues combleraient l'incertitude des relations humaines, l'incertitude dans les interactions entre l'individu et la société ; incertitude source d'anxiété [28].

Selon le modèle de Peele, les dimensions sociales et culturelles dans lesquelles évolue l'individu sont au premier plan dans le développement de l'addiction [28]. L'addiction sert à apaiser une détresse sociale, un mal de vivre, dans une société où il se sent inadapté [28]. C'est une stratégie pour faire face à un sentiment d'échec, pour fuir le doute de réussite personnelle et sociale. Dans un même temps la conduite addictive diminue le sentiment d'estime de soi, augmente le sentiment de culpabilité et d'inadaptation sociale, ce qui pousse à répéter le comportement addictif afin d'apaiser cette vision négative [28]. Le comportement addictif va permettre d'organiser et de remplir la vie de l'individu, comportement déjà connu donc réconfortant [28]. Toute situation de stress, de conflit, d'isolement social à une période difficile de la vie va être un facteur précipitant vers l'addiction [28]. A contrario pour Peele les valeurs protectrices face à l'addiction sont le contrôle de soi, l'estime de soi, la possibilité de s'accomplir, de développer des compétences [28].

Son accomplissement dans la société peut permettre à l'individu d'échapper à l'addiction qui perd ainsi son caractère inéluctable [28].

Marvin Zuckerman, quant à lui, a tenté dès 1964 une approche biopsychologique de l'addiction centrée sur la recherche de sensations [29]. Il a défini les caractéristiques du trait de personnalité lié à la recherche de sensation [29]. Zuckerman établit un lien entre les

phénomènes d'activation psychique et la recherche de sensations, qui correspondent à un besoin d'expériences nouvelles, variées et intenses, consistant à prendre des risques physiques et sociaux dans le but d'obtenir un niveau optimal d'activation cérébrale et de maintenir ce niveau [29]. La prise de substances psychoactives, ou l'accomplissement de comportement à risque, a pour but de ressentir de nouvelles sensations [29]. Il existe une corrélation entre le trait de personnalité lié à la recherche de sensations et la consommation de drogues, de tabac ou d'alcool ainsi que chez les joueurs pathologiques et les addicts sexuels [29].

Les modèles sont nombreux pour tenter d'expliquer et de comprendre le phénomène d'addiction, et le modèle tri varié du psychiatre français Claude Olivenstein permet d'appréhender l'approche médicale, psychologique et sociologique. C'est un modèle biopsychosocial. Selon Olivenstein [30] « La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité. Ce sont les trois dimensions également constitutives. »

Le contexte y est mis en évidence et est constitué par tous les aspects socio-environnementaux influençant directement ou indirectement la consommation : aspects culturels, législatifs, environnementaux [21]. Dans ce cadre, la pression du groupe, de l'environnement de travail, la valorisation de l'usage dans un groupe particulier ou au niveau de la société, l'usage social et festif ou solitaire peuvent être pris en compte pour saisir le sens de la consommation d'une personne [21].

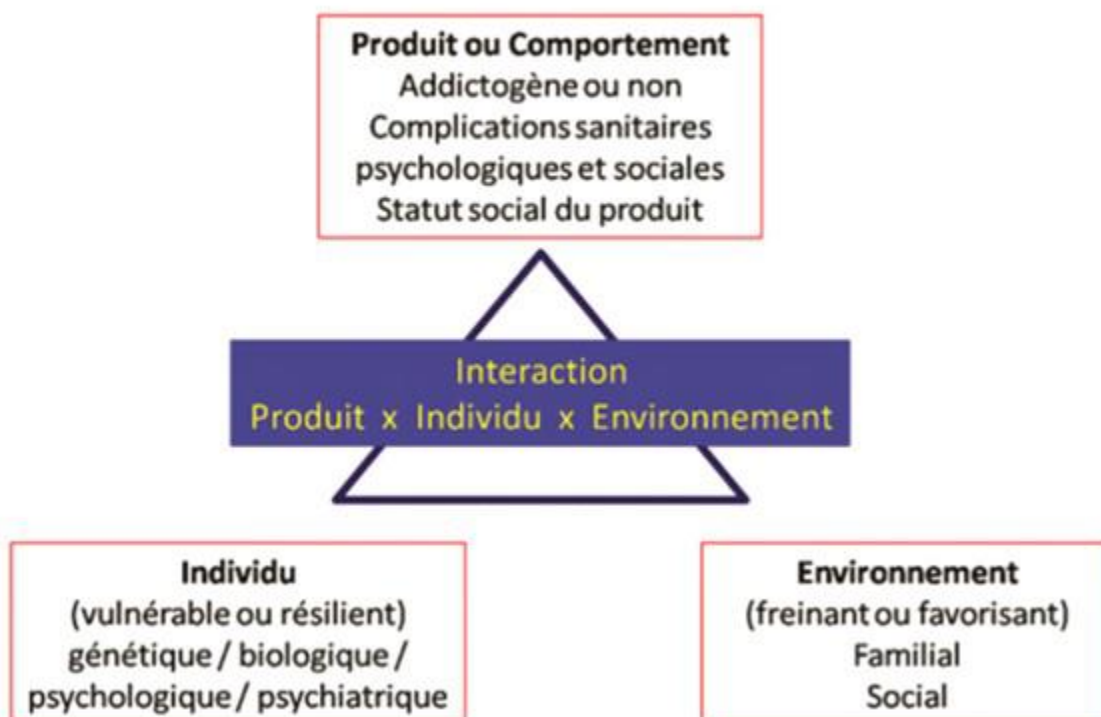


Figure 9 : interactions entre un individu un produit et un contexte socio-environnemental

Les facteurs de risque d'entrée dans l'addiction sont donc de trois ordres comme nous allons le voir ci-après

1.3 Facteurs de Risque

1.3.1 Facteurs Individuels

Dans les facteurs de risque individuels de développer une addiction les individus ne sont pas tous égaux et sont plus ou moins vulnérables [31]. On retrouve ainsi :

- Les traits de personnalité et le tempérament :

- . Faible estime de soi, timidité.
- . Difficulté à faire face à des situations, à établir des relations stables et satisfaisantes, personnalité évitante.
- . Trait de personnalité lié à la recherche de sensations, avec faible évitement du danger et recherche de nouveautés.
- . Faibles activités attentionnelles, états d'hyperactivité, forte impulsivité.
- . Réactions émotionnelles excessives, sensible au stress.

- Les comorbidités psychiatriques :

- . Troubles psychopathologiques durant l'enfance et l'adolescence tels qu'instabilité, intolérance aux frustrations, agressivité, impulsivité, conduites antisociales.
- . Syndrome anxiodépressif, troubles anxieux, troubles de l'humeur.
- . Personnalité état limite.
- . Personnalité sociopathie.
- . Troubles obsessionnels compulsifs, troubles des conduites.
- . Troubles de déficit de l'attention / hyperactivité.
- . Troubles des conduites alimentaires.

- La notion de facteurs génétiques :

L'héritabilité est généralement estimée entre 40 et 60% pour les troubles addictifs. L'addiction a une hérédité multigénique. Elle se déclare lorsqu'une combinaison d'allèles spécifiques de vulnérabilité rencontre des facteurs environnementaux propices [31].

Ainsi une personne dépendante à une substance a sept fois plus de risque de devenir dépendante à une autre substance qu'une personne non dépendante. Une personne ayant un antécédent familial d'alcoolisme a trois fois plus de risque de développer une addiction à l'alcool mais aussi à d'autres produits [31].

- La vulnérabilité de l'individu face au stress :

De grandes quantités de glucocorticoïdes sont secrétées dans le cerveau lors de situation de stress ; quantités variables selon les individus et leur seuil de tolérance au stress qui est propre à chacun [31].

Ces hormones glucocorticoïdes rendent le cerveau plus sensible aux substances psychoactives [31].

Par ailleurs un stress précoce dans la vie de l'individu, dans l'enfance et même in utero, modifierait de manière définitive la sensibilité du cerveau aux substances psychoactives [31].

1.3.2 Facteurs Liés au Produit ou au Comportement

- Le type de substances : le risque addictif est variable selon la substance et son pouvoir addictif. Ainsi parmi les substances psychoactives les plus répandues le tabac et l'héroïne ont le plus fort pouvoir addictif, suivis par la cocaïne et l'alcool. La voie d'administration de la substance peut jouer un rôle également avec une certaine ritualisation de l'acte d'injection par exemple [31].

- La précocité de la consommation : plus le sujet expérimente et consomme tôt dans sa vie plus le risque addictif augmente, surtout si la consommation est régulière. Le système neurobiologique est immature chez le sujet jeune augmentant ainsi le risque d'addiction et de comorbidités psychiques et physiques [31].

- Les modalités de consommation :

La consommation auto-thérapeutique à la recherche d'un effet anxiolytique, antidépresseur, ou contre l'ennui est un facteur de risque car elle suggère une vulnérabilité psychopathologique chez le sujet [31].

La consommation à la recherche d'ivresse, de « défonce », à la recherche de sensations, d'anesthésie est également à risque, pouvant suggérer des traits de personnalité spécifiques [31].

La perte de contrôle est d'autant plus favorisée lors des poly consommations, et lorsque l'intensité et la fréquence de celles-ci augmentent [31].

1.3.3 Facteurs Environnementaux :

- L'environnement familial joue un rôle de par son fonctionnement et des habitudes de consommation au sein de la famille. L'intégration ou la marginalisation de la famille au sein de la société modifie les comportements. Ainsi une situation de départ défavorable sur le plan

social telle une famille dysfonctionnelle, des problèmes d'addiction dans la famille vont augmenter les risques d'addiction pour un sujet de cette famille. L'absence d'un lien fort entre les jeunes et leurs parents, une carence éducative, l'échec scolaire et l'absence d'investissement parental constituent également un risque chez le sujet jeune [31].

- La société et la représentation qu'elle a d'une substance psychoactive, induit également le fait que cette dernière soit légale ou non, plus ou moins disponible [31].

S'en rapproche la banalisation du produit ou du comportement, et sa valorisation par les pairs [31].

Le rapport de l'individu et de ses pairs à la société peut définir le produit comme un acte de révolte ou de marginalisation. Le faible niveau de cohésion sociale et le manque de contrôle social est un facteur aggravant [31].

1.4 Traitement des Addictions :[32]

1.4.1 Objectifs Principaux de la Prise en Charge

Le traitement de la dépendance est un traitement à long terme. L'objectif, quel que soit l'objet (ou les objets) d'addiction, doit être l'arrêt de la consommation ou du comportement et le maintien dans la durée de cet arrêt. Le travail de tout clinicien va donc se concentrer essentiellement sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute à long terme. Dans cette perspective, la phase de sevrage, quelles que soient les modalités techniques de sa réalisation, ne peut en aucun cas résumer la prise en charge. Elle représentera le plus souvent une étape du soin ou un moment propice à l'initiation d'un suivi spécifique et prolongé. Une fois l'arrêt de l'usage obtenu, la prise en charge visera également à accompagner le sujet vers une réappropriation des domaines psychique, physique, relationnel et social.

1.4.2 Mise en Place de la Prise en Charge

➤ Disposer d'une évaluation globale du patient

Un bilan initial à l'aide de plusieurs entretiens est souvent nécessaire afin de recueillir les éléments cliniques du comportement addictif, les conséquences de ce comportement dans différents domaines fréquemment impliqués, des informations sur l'environnement du sujet et sur le contexte psychopathologique associé ainsi que sur la motivation du patient au changement. Cette évaluation initiale ne doit pas se limiter à la conduite addictive à l'origine de la demande de soin. Elle s'étend à l'ensemble des comportements susceptibles de donner lieu à dépendance. De plus, si les voies d'utilisation de l'objet d'addiction ne sont pas

nécessaires au diagnostic, leur prise en compte est indispensable pour mettre en place une prise en charge adaptée. Il s'agira ainsi de recueillir des éléments sur :

- les voies d'administration des différentes substances ;
- les quantités consommées ;
- les caractéristiques des comportements compensatoires pour les troubles sans substances ;
- le type de jeu d'argent ou d'activités liées à Internet ou le type de sport ou de travail...

L'évaluation psychopathologique tant sur le plan de la personnalité que des troubles psychiatriques associés est un moment important du bilan initial. Il replace le comportement addictif dans sa fonction psychologique. La comorbidité psychiatrique est fréquente chez les sujets dépendants. Quel que soit le type d'addiction, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont souvent associés. Cette comorbidité favorise l'accès au soin.

La recherche de comorbidités somatiques est également nécessaire. Le type d'évaluation dépendra des éléments cliniques et du type de la substance de dépendance, de sa toxicité et des possibles complications liées à son mode d'administration (sérologies virales, bilan cardiologique, pneumologique, hépatique, neurologique, etc.).

La situation sociale doit être soigneusement examinée : mode de logement, existence d'une couverture médicale, environnement familial, amical et professionnel. Les dommages sociaux représentent en effet parfois une véritable urgence et nécessitent une évaluation spécifique par un professionnel du champ éducatif.

Enfin, l'évaluation de la motivation du patient au changement est un moment essentielle du bilan initial. La motivation à l'arrêt du comportement n'est pas nécessairement en relation directe avec les dommages observés ou ressentis. La temporalité du sujet, aux prises avec les impératifs de l'addiction, coïncide rarement d'emblée avec celle des équipes qui le prennent en charge.

La motivation du sujet peut également être dissociée, ne s'affirmant que pour l'une ou l'autre des addictions, les priorités des thérapeutes pouvant entrer en conflit avec celles du patient. Il importe donc de savoir différer et réévaluer une décision afin d'adapter les stratégies de soins. Si certains éléments préalables à l'élaboration du projet thérapeutique sont indispensables, il

serait illusoire et erroné de vouloir « tout savoir » d'emblée. C'est le plus souvent au décours des Premiers mois de prise en charge que le bilan exhaustif se complètera.

- **Importance des premiers entretiens** : l'alliance thérapeutique et l'élaboration du projet de soins

Les conditions de la première rencontre sont souvent essentielles à l'instauration de la relation et de l'alliance thérapeutique. L'information sur les troubles, la notion de perte de contrôle, de *craving* sont un moment essentiel permettant de déculpabiliser le sujet vis-à-vis de ses difficultés, de replacer la démarche d'arrêt du côté du soin et non plus du côté de la volonté.

Les aspects progressifs de l'évolution des troubles, la rechute comme expression symptomatique de l'addiction et comme faisant partie de l'évolution, sont importants à partager avec le patient. Cela permet d'aborder le soin de façon réaliste et non idéalisée et de maintenir une continuité de prise en charge. Sur la base des informations apportées au patient sur le trouble addictif, les premiers entretiens permettent ainsi de définir, d'explicitier les objectifs thérapeutiques, en les replaçant notamment sur un projet à long terme.

Il existe un partage des objectifs. La prise en charge de l'addiction vise en effet à permettre un changement de comportement en profondeur. Il s'agit de trouver un compromis acceptable entre les objectifs rationnels de soins et ce que le patient souhaite et peut accepter. Plusieurs sont parfois nécessaires pour permettre au patient de s'engager activement dans une prise en charge ciblée sur le comportement addictif. Les entretiens sont alors focalisés sur la résolution de mécanismes de défense psychologiques comme la projection et le déni. Il faut à certains patients du temps pour accepter cette démarche. Pour ceux qui ne sont pas dans une démarche de changement de comportement, la nature de l'intervention proposée doit être adaptée à leur motivation. Elle s'oriente vers une réduction des risques liés au comportement. Elle ne cherchera pas à agir sur le comportement de dépendance en tant que tel, mais plutôt à diminuer les risques et les dommages qui lui sont associés et à améliorer la qualité de vie du sujet. Pour certaines addictions (avec ou sans substance), cette approche pourra s'appuyer sur des traitements pharmacologiques. Les traitements médicamenteux dits de substitution consistent à échanger une forme de consommation contre une autre plus "sûre", sans aborder directement le comportement de dépendance. Ces traitements agissent comme des médicaments de « remplacement ».

En pratique, il est essentiel d'adapter les interventions au degré de prise de conscience et de motivation du patient, tout en ayant le souci de lui permettre de développer cette motivation

pour des soins adaptés. Des échelles visuelles analogiques peuvent permettre d'objectiver avec une certaine fiabilité ces degrés de prise de conscience et de motivation. Ils servent de points de repère utiles dans l'accompagnement des patients.

1.4.3 Une Approche Globale et Une Prise en Charge Multidisciplinaire

La prise en charge s'inscrit dans une dynamique Medico-psycho-sociale quel que soit le lieu du premier contact. Cette approche globale découle d'une conception multifactorielle du trouble. Elle va également permettre de traiter les problèmes accumulés dans différents domaines, en lien direct avec le comportement addictif. Les interventions des psychologues comme celles des travailleurs sociaux et des autres professionnels spécialisés doivent s'intégrer au travail des équipes pluridisciplinaires.

Ainsi, à l'issue du bilan initial et selon la situation clinique, le projet de soins et les différentes interventions et acteurs du soin vont être définis en collaboration avec le patient. La difficulté réside souvent dans le fait de bien articuler les différents aspects de la prise en charge afin de conférer au soin un cadre cohérent et pertinent, stable dans le temps et le plus adapté possible à l'évolution clinique. Le projet thérapeutique doit offrir une gamme diversifiée de soins ambulatoires, être caractérisé par son aspect multidisciplinaire, aménageable et plus ou moins intensif selon l'évolution clinique du patient. Un référent unique de la prise en charge globale doit être repéré. Il est le garant de l'histoire du patient, de son évaluation régulière et de son évolution clinique, permettant des réajustements thérapeutiques et de prise en charge régulière. Il permet également de garantir la cohérence du soin entre les différents acteurs de la prise en charge. Ce travail d'articulation peut se concevoir aussi bien dans le cadre d'une structure spécialisée multidisciplinaire que dans celui de réseaux en médecine de ville.

➤ Prise en charge relationnelle

L'accompagnement et la prise en charge psychologique sont essentiels.

Cette prise en charge relationnelle n'est pas l'exclusivité d'un groupe professionnel. Au contraire, elle doit être partagée par l'ensemble des professionnels qui vont intervenir. Les membres des équipes spécialisées en addictologie et notamment les psychologues travaillent auprès des patients et/ou des familles afin d'évaluer la place tenue par l'addiction dans l'histoire et le fonctionnement psychique de la personne. Ces équipes soutiennent la motivation au changement et l'implication dans la prise en charge. Chaque fois que

nécessaire, des psychothérapies individuelles ou familiales plus structurées peuvent être proposées. Les thérapies cognitives et comportementales peuvent particulièrement participer au maintien de l'abstinence et à la prévention de la rechute.

Un travail cognitif sur la balance décisionnelle vise à modifier des schémas cognitifs renvoyant à de fausses attentes positives de la consommation. Il engage le patient à peser les bénéfices et les inconvénients de ses consommations ainsi que ceux de l'abstinence. L'anticipation et l'analyse des situations de rechute, le développement d'alternatives comportementales, un entraînement à l'affirmation de soi, à l'expression des émotions et des sentiments sont favorisés. Le travail sur les situations de rechute vise à élaborer des stratégies efficaces pour y faire face ou les éviter. Entre deux consultations, la tenue d'un carnet peut être utile pour évaluer le comportement, sa fréquence, les facteurs associés au niveau des cognitions et des émotions. Outre l'évaluation clinique régulière, cette approche participe à une prise de conscience de la conduite addictive, de ses déterminants et de ses conséquences.

Un autre élément crucial dans la prise en charge est le fait d'aider le patient à réorganiser sa vie afin de valoriser l'arrêt du comportement addictif. Le thérapeute invite à s'engager dans des activités « renforçantes » ou gratifiantes non liées à la substance, à se réinsérer dans une vie professionnelle satisfaisante, à développer des relations positives avec des personnes peu impliquées dans des addictions et à améliorer ses compétences sociales.

Des entretiens familiaux plus ou moins structurés ou formalisés représentent également un temps thérapeutique complémentaire pertinent. La création d'un espace spécifiquement dédié à l'écoute et la résolution des problématiques intrafamiliales s'inscrit dans une approche familiale dite « systémique » (étude des systèmes de communication) du trouble addictif. Cette approche permet de replacer la conduite addictive du sujet dans un contexte systémique d'interactions familiales, de révéler et de réduire les interactions les plus problématiques potentiellement impliquées dans son maintien. Les entretiens aident chacun des membres de la famille à gérer de façon plus tranquille les relations avec les autres et en particulier le patient.

Les psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique sont rarement indiquées en première intention. Elles interviennent surtout après l'obtention d'une rémission stable, à distance d'une phase active du comportement addictif. Nombre de travaux ont cependant porté sur la compréhension psychodynamique du phénomène addictif. Ils en individualisent les déterminants émotionnels et inconscients.

➤ **Traitement médicamenteux**

Pour qu'un agent pharmacologique participe au traitement d'une addiction, il doit avoir la propriété d'apaiser significativement l'envie puissante et envahissante de consommer, élément clé de la clinique de l'addiction, afin de délivrer le patient de la contrainte de consommation que représente la dépendance. L'effet de réduction de l'envie/besoin de consommer sera une constatation à posteriori, qui nécessite du temps. L'objectif n'est pas, en tant que tel, de compenser ou masquer les signes de sevrage. Ce point est important, car les doses suffisantes pour réduire les signes de sevrage sont inefficaces pour réduire l'envie/besoin de la substance. Cette approche pharmacologique libère le sujet du lien pathologique qui l'unit à la substance. Elle lui permet d'investir les autres champs de la prise en charge.

Pour la dépendance à l'héroïne, les traitements disponibles sont la méthadone et la buprénorphine. Pour la dépendance au tabac, il s'agit essentiellement des patchs de nicotine et de la varénicline. Le traitement de la dépendance à l'alcool consiste en une prescription de naltrexone ou d'acamprosate. Alors que la naltrexone atténue l'effet renforçant de l'alcool, l'acamprosate agit en diminuant le *craving*. Il n'existe pas aujourd'hui de médicaments pour les autres addictions. Cependant, des essais thérapeutiques sont en cours. Il est indispensable, chez un patient traité pour une dépendance principale, de suivre attentivement l'évolution des autres consommations de substance, qui doivent diminuer au cours de la prise en charge et de l'installation d'une abstinence stable.

Si le sujet demeure attaché aux effets renforçant de la substance et ne souhaite pas s'engager dans une démarche active d'arrêt et de maintien de l'abstinence, des outils pharmacologiques de « substitution vraie » peuvent lui être proposés pour certaines substances. L'intérêt de ces traitements réside en la réduction des risques et des dommages associés à l'usage. Il s'agit ici de remplacer la substance dont le patient est dépendant par une autre, dont les dangers sont réduits, sans chercher à modifier le comportement de dépendance.

On dispose de traitements de substitution vraie pour la dépendance au tabac (gommes, comprimés, inhalateur) ou la prise s'accompagne d'un effet renforçant perceptible de la nicotine. Pour la dépendance à l'héroïne, la substitution fait appel à la buprénorphine et à la méthadone.

Tableau IV : Différence entre Médicaments de remplacement et Médicaments Addictolytique

Médicament de remplacement (Qui se substitue vraiment)	Médicament addictolytique (qui maintient l'abstinence)
Pas d'effort ou de contrainte particulière pour le patient	Engagement et efforts importants pour le patient. Nécessité préalable d'être dans une démarche active de chercher à arrêter
Conduite addictive inchangée	Conduite addictive supprimée
Expérience euphorique	Pas d'effets euphoriques
Compatible avec la consommation de la substance de dépendance	Compatible avec la consommation de la substance de dépendance, mais en supprime l'effet renforçant
Supprime les symptômes de sevrage, sans supprimer l'envie/besoin de substances	Supprime l'envie/besoin de substances, et aussi les symptômes de sevrage
Ne modifie pas les autres usages de substance ou les augmente	Réduit les autres usages de substance

➤ **Prise en charge sociale et éducative**

La prise en charge de l'addiction sous-entend un changement en profondeur du style de vie du patient, qui comprend notamment, parallèlement l'arrêt du comportement, l'élaboration et l'investissement d'un autre mode de relation à soi et aux autres marqué par une plus grande autonomie. L'intervention sociale prend ici tout son sens, intégrée dans l'approche médicale et psychologique, visant à favoriser le processus de resocialisation et de réinsertion. Le soutien éducatif est indispensable. Il consiste à accompagner le patient pour l'aider à s'organiser au quotidien, gérer son budget, réinvestir des liens sociaux afin de développer ses compétences sociales et relationnelles indispensables à une démarche d'autonomisation et de réinsertion. Il peut s'associer à un accompagnement dans différentes démarches. L'accompagnement socioéducatif vise de façon progressive à une responsabilisation du sujet dans les choix et les décisions le concernant.

Nous sommes maintenant à la fin des généralités ; nous passons au Cadre et à la méthode d'étude.

2 METHODOLOGIE

2.1 Cadre de l'Etude

L'étude a eu lieu à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie dont l'effectifs est de 6667 étudiants. Cette Faculté est située sur la colline du Point G à proximité du Centre Hospitalier Universitaire Point G.

Créée en 1969 pour former des assistants médicaux, l'Ecole Nationale de Médecine de Pharmacie (ENMP) commence à former des médecins et des pharmaciens à partir 1974. En 1996, l'ENMP devient Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) avec la création de l'université du Mali. En 2007 la filière Odontologie fut ouverte.

En 2010, la faculté fut scindée en deux : la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie et la Faculté de Pharmacie, toutes deux rattachées à l'Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako nouvellement créée le 28 septembre 2011.

La faculté de médecine et d'odonto-stomatologie offre des formations en médecine générale, odonto-stomatologie, des diplômes de spécialisations dans plusieurs spécialités médicales et chirurgicales ainsi que des formations en santé publique.

Quatre Départements d'Enseignement et de Recherche (DER) sont chargés d'assurer ses missions spécifiques. Ce sont les DER de Santé publique, de DER de spécialités chirurgicales, de Médecine et spécialités Médicales, et DER de Sciences Fondamentales.

La Faculté comprend en termes de bâtiments :

- Cinq (05) amphithéâtres : un de 550 ; un de 350 ; un 150 et deux de 110 places ;
- Trois salles de 50 places ;
- Un bloc administratif ;
- Une salle informatique ;
- Une bibliothèque ;
- Des laboratoires de recherches et des dortoirs pour les étudiants.

L'Organisation Administrative de la FMOS

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

- Un doyen
- Vice doyen
- Un secrétaire principal
- Un économiste

- Un chef du personnel

2.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive de recrutement prospectif.

2.3 Période d'étude

L'étude s'est déroulée de mai 2018 à juillet 2019. L'enquête a été réalisée du 27 juillet au 31 août 2018.

2.4 Population d'étude

Elle est constituée des étudiants de la faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie inscrits au titre de l'année académique 2017 – 2018.

- Critères d'inclusion :

- Être étudiant inscrit de la première à la sixième année de l'année académique 2017-2018 à la faculté de Médecine ou d'Odonto-Stomatologie de Bamako.
- Avoir donné son consentement pour participer à l'étude.

- Critères de non inclusion :

- Ne pas donner son consentement pour participer à l'étude.
- Être étudiants en septième année

2.5 Echantillonnage

2.5.1 Technique d'échantillonnage

La méthode aléatoire systématique est celle qui a été choisie. Elle consistait à numérotter de 1 à N les unités incluses dans notre base de sondage (ou N est la taille de la population totale). De déterminer l'intervalle d'échantillonnage (K) en divisant le nombre d'unités incluses dans la population par la taille de l'échantillon. K était égal à 8. Nous avons sélectionné au hasard un nombre entre 1 et 8. Le nombre choisie était huit. Huit étant le nombre choisi au hasard, serait le premier nombre inclus dans l'échantillon. Les autres unités ont été obtenu en ajoutant huit jusqu'à atteindre l'échantillon d'étude.

2.5.2 Taille de l'échantillon

Les étudiants inscrits en formation au titre de l'année académique 2017-2018 étaient 5459.

2.5.3 Variables

2.5.3.1 Variables Dépendantes

- Consommation de substances psychoactives
 - Consommation d'alcool

- Consommation de café
- Consommation de thé
- Consommation de la noix de cola
- Consommation du tabac
- Consommation des médicaments psychoactifs
- Consommation du cannabis
- Consommation de l'héroïne
- Consommation de la cocaïne
- Consommation du crack
- Consommation des autres substances psychoactives (Coca cola, boissons énergisantes)

2.5.3.2 Variables Indépendantes

- Facteurs socio démographiques
 - Filière
 - Année d'étude
 - Age
 - Sexe
 - Nationalité
 - Ethnie
 - Religion
 - Situation matrimoniale
 - Lieu de résidence
 - Types de familles
- Facteur socioéconomique
 - Types d'inscription
 - Source de revenu
- Facteurs environnementaux
 - Travail en groupe
 - Activités para universitaires/ loisirs

2.5.4 Collecte des données

2.5.4.1 Technique de collecte

Un questionnaire auto-administré anonyme a été remis aux étudiants. Il a été rempli et récupéré 15 jours plus tard, souvent le même jour.

2.5.4.2 Outils de collecte

La collecte s'est faite à l'aide d'un questionnaire comportant des questions aux choix multiples et de questions ouvertes.

2.5.4.3 Equipe de collecte

Elle était constituée de 10 étudiants en 2^{-ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} année de médecine générale qui se sont portés volontaires pour la distribution et la récupération des questionnaires aux étudiants répondant aux critères d'inclusion. Ils ont été préalablement formés en 24 heures afin de pouvoir répondre aux diverses questions que poseront les étudiants surtout relatives aux échelles. Nous avons personnellement supervisé l'enquête avec l'équipe de collecte.

2.5.4.4 Déroulement de l'enquête

Avant l'enquête, le questionnaire a été testé auprès de vingt (20) étudiants pris au hasard bien qu'en Médecine et en Odonto-Stomatologie qui ont été consentant. Ce pré-test nous a permis d'affiner certaines questions et d'en retirer d'autres jugées trop complexes.

2.6 Traitement des données

2.6.1 Analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires appropriés et entrées dans le logiciel SPSS 25. L'apurement de la base a été aussi faite avec SPSS 25.

La description des variables a été faite à l'aide de tableaux statistiques. La comparaison des proportions a été faite à l'aide du test de CHI2 lorsque les conditions s'y prêtaient. En effet, lorsque les effectifs théoriques dans les cases (cellules) sont tous supérieurs à 5, on utilise le test de CHI2 de Pearson. Lorsque les effectifs sont compris entre 5 et 2,5, on utilise le test de CHI corrigé de Yates et enfin quand les effectifs sont inférieurs à 2,5, on utilise le test de Fischer exact. Nous avons réalisé les tableaux à l'aide de Microsoft Word 2019 et les graphiques à l'aide de Microsoft d'Excel 2019.

2.6.2 Significativité Statistique

La significativité statistique a été établie par la valeur prise par le degré de significativité (p – value notée p). Lorsque $p \leq 0,05$, la variable explicative est significativement liée à la variable dépendante. Dans les conditions où $p > 0,05$, il n'y a pas de lien statistique.

2.7 Considération éthiques

Le doyen a accordé une autorisation pour la réalisation de cette étude. Seuls les étudiants, ayant donné leur consentement écrit, ont été inclus dans l'étude. La notice de l'étude leur a été exposée oralement. L'étude ne leur porte aucun préjudice. Les informations ont été recueillies de façon anonyme. Aucun indice sur les questionnaires ne permet de les relier nommément aux participants.

3 RESULTATS :

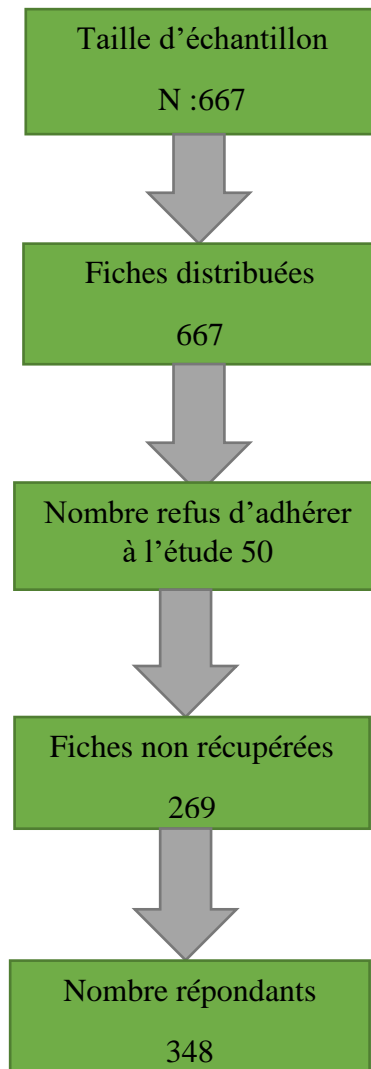


Figure 10 : Diagramme de flux

3.1 Caractéristiques Socio-démographiques

Au terme de notre enquête, 348 questionnaires ont été correctement répondus et répartis dans les différentes filières de la première à la sixième année.

Tableau V : Répartition des étudiants selon les filières et l'année d'étude

Année d'étude	Filières		Total
	Médecine	Odonto-Stomatologie	
1ère Année	69(19,8%)	4(1,1%)	73(21,0%)
2ème Année	44(12,6%)	3(0,9%)	47(13,5%)
3ème Année	53(15,2%)	3(0,9%)	56(16,1%)
4ème Année	45(12,9%)	2(0,6%)	47(13,5%)
5ème Année	51(14,6%)	2(0,6%)	53(15,2%)
6ème Année	72(20,7%)	0(0,0%)	72(20,7%)
Total	334(96,0%)	14(4,0%)	348(100,0%)

La médecine était la filière dans laquelle nous avons recruté le plus d'étudiants ; 334/348 soit 96,0% de la population d'étude.

Tableau VI : Répartition des étudiants selon le mode d'inscription

Mode d'inscription	Fréquence	Pourcentage (%)
Boursier	303	87,1
Titre payant	35	10,1
Dérogation	10	2,9
Total	348	100,0

Les étudiants boursiers étaient les plus nombreux dans la population d'étude (87,1%).

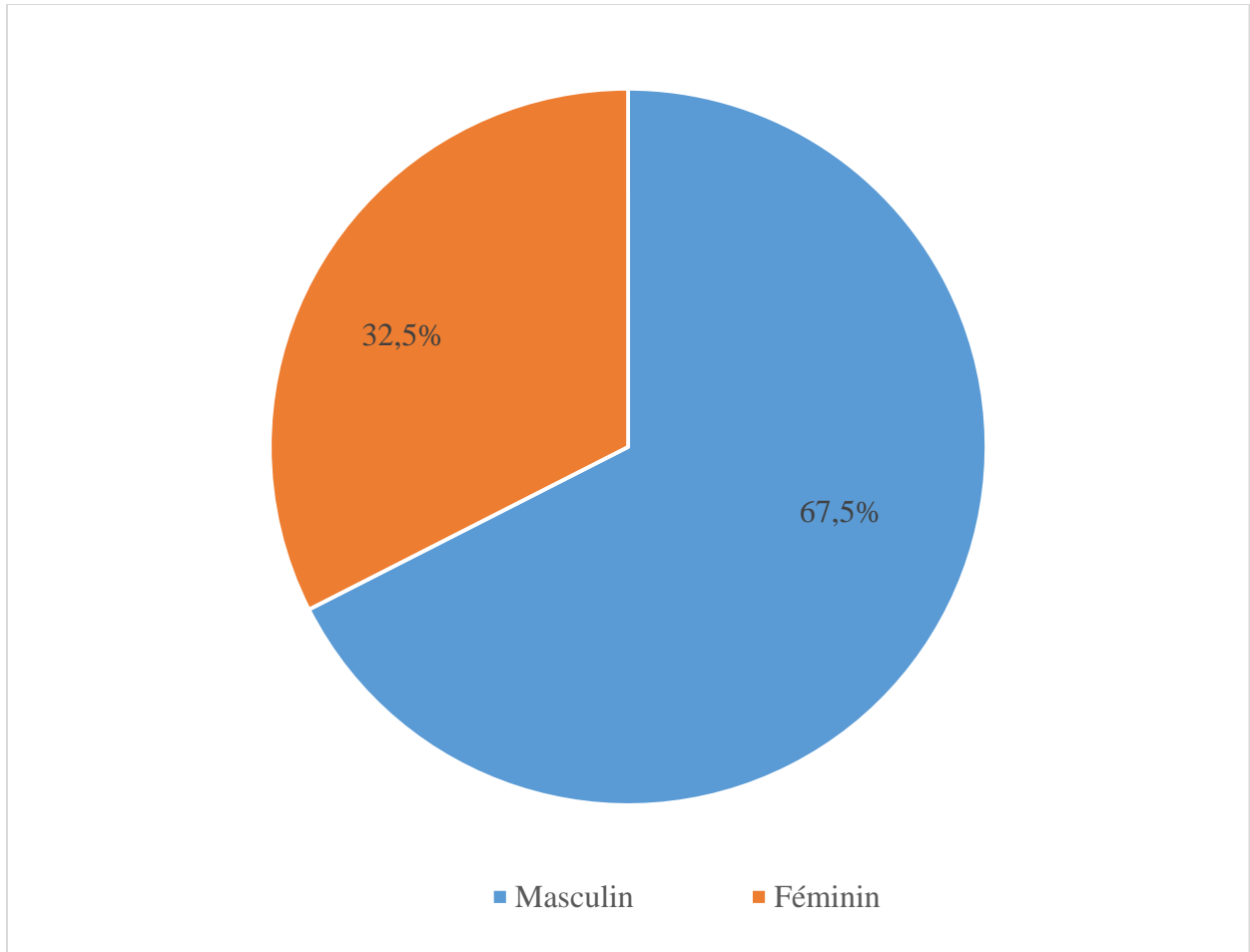


Figure 11 : Répartition des étudiants selon le sexe

Nous avons retrouvé une prédominance du sexe masculin avec 67,5 sujets contre 32,5 de sexe féminin soit un sexe ratio = 2,1.

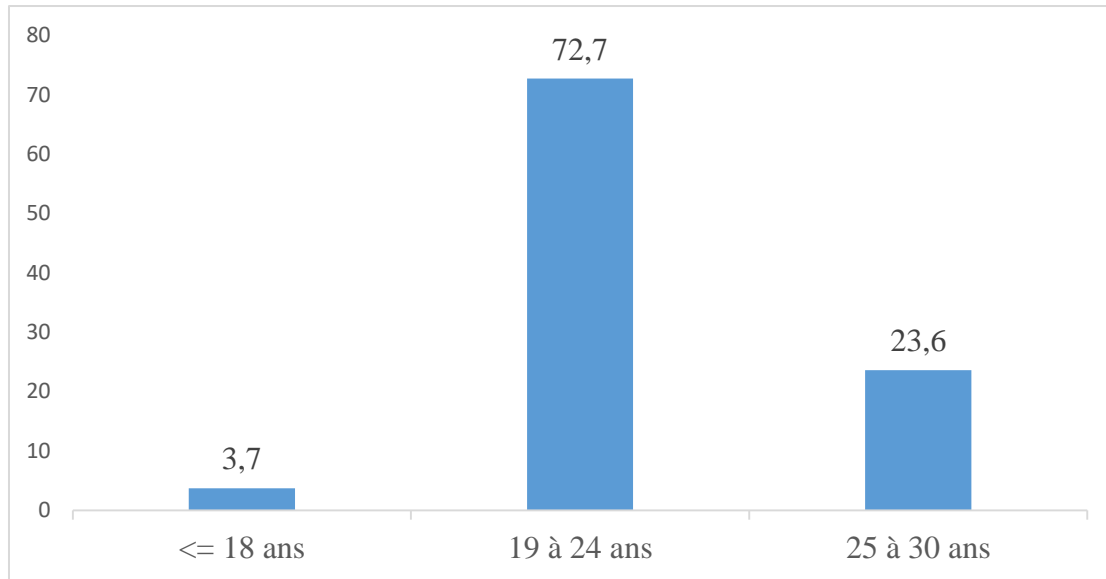


Figure 12 : Répartition des étudiants selon la tranche d'âge

La tranche d'âge 19 à 24 ans était la plus représentée avec 72,7%

L'Age moyen des sujets était de 18 ± 5 ans avec des extrêmes de 17 ans et 29 ans.

Tableau VII : Répartition des étudiants selon la nationalité

Nationalité	Fréquence	Pourcentage (%)
Maliennne	313	89,9
Togolaise	3	0,9
Béninoise	4	1,1
Tchadienne	6	1,7
Nigérienne	1	0,3
Congolaise	1	0,3
Ivoirienne	8	2,3
Camerounaise	12	3,4
Total	348	100

La nationalité malienne était la plus représentée avec 313 étudiants soit (89,9%).

Tableau VIII : Répartition des étudiants selon l'Ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage (%)
Bambara	88	25,3
Malinké	36	10,3
Soninké	35	10,1
Sonrhäï	27	7,8
Senoufo	20	5,7
Dogon	27	7,8
Peulh	41	11,8
Mianka	15	4,3
Bozo	6	1,7
Maure	1	0,3
Tamasheq	2	0,6
Autre*	50	14,4
Total	348	100

*Bamileke, Arabe, Fon, Gana, Bobo, Dafing, Béti, Ewé, wolof.

L'ethnie bambara était la plus représentée avec 25,3%.

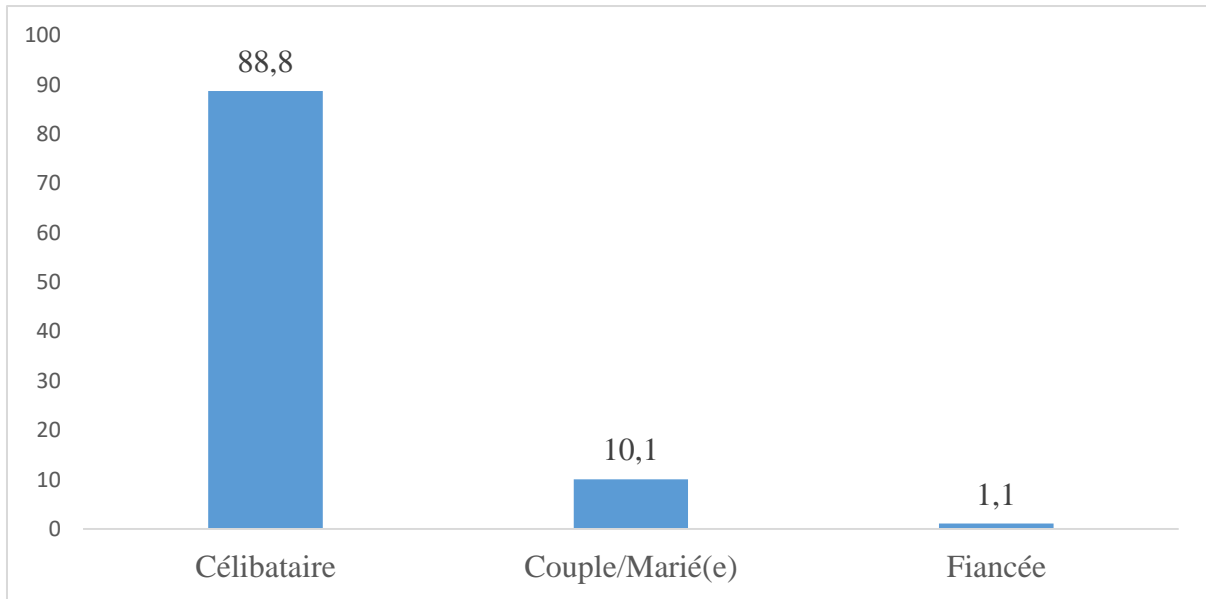


Figure 13 : Répartition des étudiants selon le statut matrimoniale

Les célibataires étaient les plus représentés avec 88,7%.

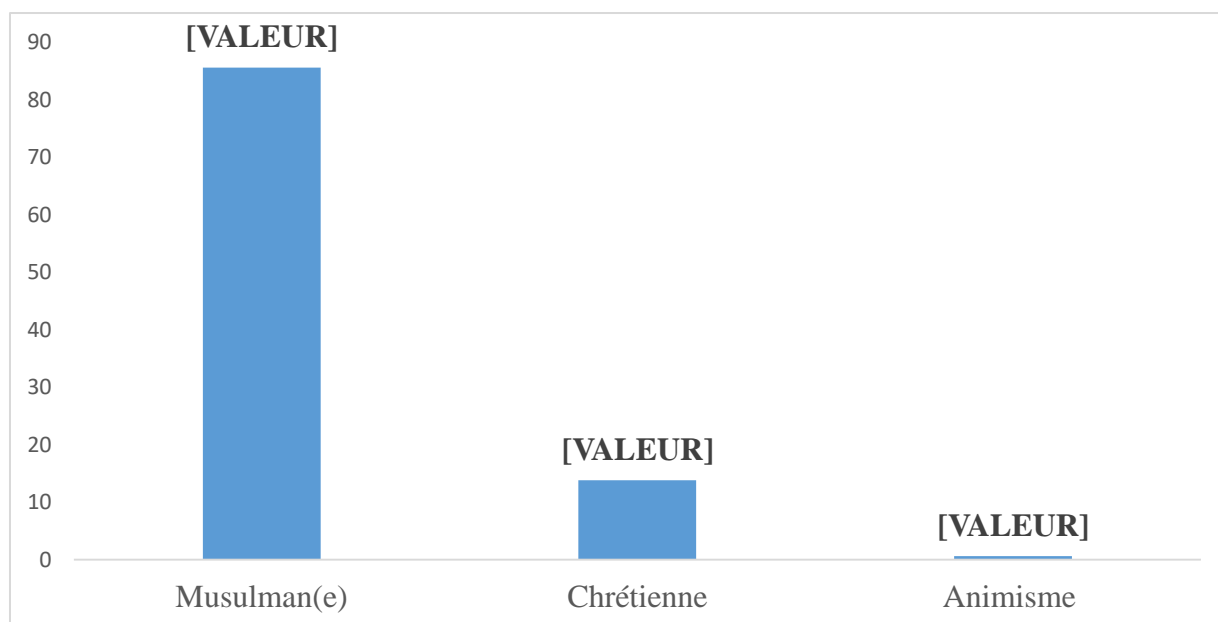


Figure 14 : Répartition des étudiants selon la religion

Les musulmans étaient les plus représentés avec 85,6%.

Tableau IX : Répartition des étudiants selon le lieu de vie

Lieu de vie	Fréquence	Pourcentage (%)
Chez le Père	4	1,1
Chez la Mère	8	2,2
Chez les deux parents	77	22,1
Avec un tuteur	92	26,4
Résidence universitaire	30	8,6
En location	66	19
En colocation	64	18,4
En colocation avec un étudiant non inscrit à la faculté	3	0,9
Au foyer	4	1,1
Total	348	100

les étudiants vivant chez un tuteur étaient les plus représentés avec 92/348 soit 26,4% des cas.

Tableau X : Répartition des étudiants selon le type de famille

Type de famille	Fréquence	Pourcentage (%)
Famille nucléaire ¹	168	48,3
Famille mono parentale ²	22	6,3
Famille reconstituée ³	37	10,6
Famille élargie ⁴	55	15,8
Polygame ⁵	66	19,0
Total	348	100

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les étudiants issus de la famille nucléaire étaient les plus représentés avec 48,3% des cas.

3.2 Prévalence de consommation des différentes substances psychoactives

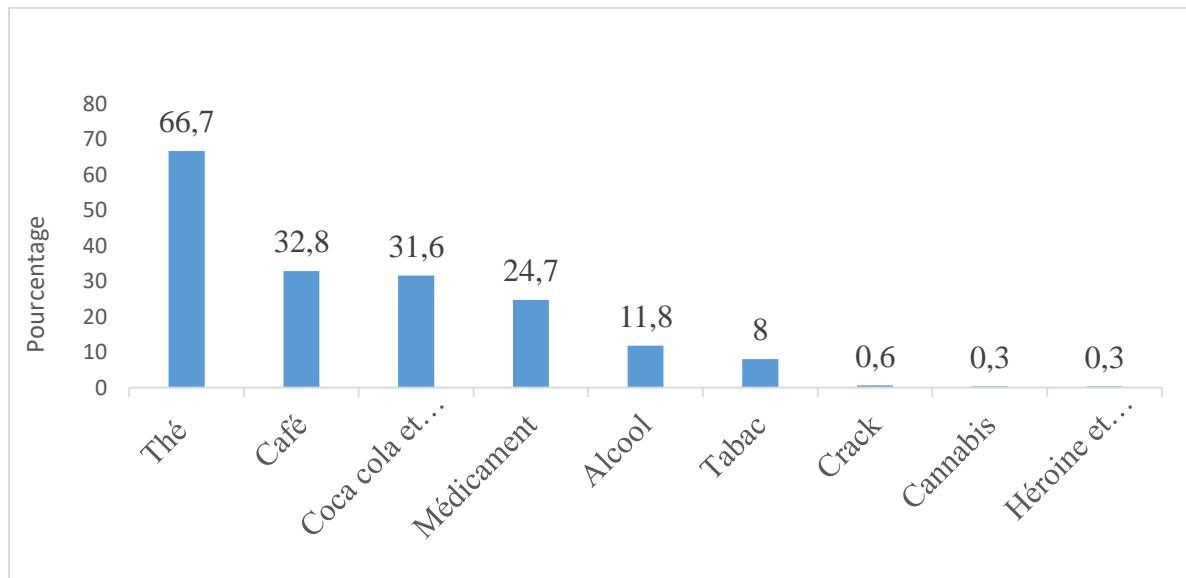


Figure 15 : Proportion de la consommation de chaque substance psychoactive

Le thé était la substance psychoactive la plus consommée au cours de l'année académique avec 66,7% des cas.

3.3 Prévalence de la consommation des substances psychoactives

Tableau XI : Prévalence de consommation des substances Psychoactives

consommation des substances Psychoactives	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	302	86,8
Non	45	13,2
Total	348	100

Les étudiants consommateurs de substances psychoactives étaient les plus représentés avec 86,8% des cas.

3.3.1 Nombre de substances psychoactives consommées

Tableau XII : Répartition des étudiants selon le nombre de substances psychoactives consommées

Nombre de substances psychoactives	Fréquence	Pourcentage (%)
0	46	13,2
1	128	36,8
≥ 2	174	50,0
Total	348	100

Les étudiants ayant consommé au moins deux substances au cours de l'année académique étaient les plus représentés soit 50,0% des cas.

3.4 Raison de consommation des substances psychoactives

Tableau XIII : Répartition des étudiants selon leurs raisons de consommation des différentes substances

Raison de consommation	Alcool	Tabac	Médicaments	Café	Thé	Crack	Cannabis	Héroïne cocaïne	Total
Se détendre	20	7	15	13	89	1	0	0	145
Evacuer le stress	9	0	9	4	11	0	0	0	33
Se concentrer	5	4	5	74	46	0	0	0	134
Sans raison	6	6	5	23	86	0	1	0	127
Se soigne	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Oublier les soucis	0	11	0	0	0	1	0	0	12
Traiter maladie, Céphalées	0	0	47	0	0	0	0	0	47
Rester en éveil	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Dormir	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Plaisir	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Les étudiants consommaient les substances psychoactives pour se détendre dans la majorité.

3.5 Les Répercussion de la consommation de substances psychoactives chez les étudiants de médecine et odonto-stomatologie au titre de l'année académique 2017-2018 sur leurs études

Tableau XIV : la répercussion de la consommation des substances psychoactives sur les études

Répercussion de la consommation	Consommation		Total	p
	Oui	Non		
Travaillez-vous en groupe	221(63,5%)	82(23,6%)	303(87,1%)	0,96
Suivez-vous régulièrement les cours	190(54,6%)	113(32,5%)	303(87,1%)	0,17
Avez-vous redoublé une classe	134(38,5%)	169(48,6%)	303(87,1%)	0,27
Faites-vous régulièrement vos stages	147(52,5%)	97(34,4%)	303(87,1%)	0,04

Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de substances psychoactives et la régularité dans le stage

3.6 Facteurs associés à la consommation des substances psychoactives

3.6.1 Facteurs associés à la consommation de l'alcool

Tableau XV : Répartition des consommateurs d'alcool selon l'âge

Age	Alcool		Total	p
	Oui	Non		
< 18 ans	0(0,0%)	13(3,7%)	13(3,7%)	0,3
19 à 24 ans	29(8,3%)	224(64,4%)	253(72,7%)	
25 à 30 ans	12(3,4%)	70(20,1%)	82(23,6%)	
Total	41(11,8%)	307(88,2%)	348(100%)	

Les étudiants de la tranches d'âge 19-24 ans consommaient plus d'alcool avec 29/41 consommateurs soit 8,3% des cas.

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation de l'alcool et l'âge.

Tableau XVI : Répartition des consommateurs d'alcool selon le sexe

Sexe	Alcool		Total	p
	Oui	Non		
Masculin	29(8,3%)	206(59,2%)	235(67,5%)	0,7
Féminin	12(3,4%)	101(29,0%)	113(32,5%)	
Total	41(11,8%)	307(88,2%)	348(100,0%)	

Le sexe masculin consommait plus d'alcool avec 29/41 consommateurs soit 8,3% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation d'alcool et le sexe.

Tableau XVII : Répartition des consommateurs d'alcool selon l'année d'étude

Année d'étude	Alcool		Total	p
	Oui	Non		
1ere année	7(2,0%)	66(19,0%)	73(21,0%)	
2eme année	7(2,0%)	40(11,5%)	47(13,5%)	
3eme année	4(1,1%)	52(14,9%)	56(16,1%)	
4eme année	4(1,1%)	43(12,4%)	47(13,5%)	0,4
5eme année	6(1,7%)	47(13,5%)	53(15,2%)	
6eme année	13(3,7%)	59(17,0%)	72(20,7%)	
Total	41(11,8%)	307(88,2%)	348(100%)	

Les étudiants de la sixième année consommaient plus d'alcool que ceux des autres classes avec 13/41 consommateurs soit 3,7% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'année d'étude et la prise d'alcool.

Tableau XVIII : Répartition des consommateurs d'alcool selon la nationalité

Nationalité	Alcool		Total	p
	Oui	Non		
Maliennne	21(6,0%)	292(83,9%)	313(89,9%)	
Togolaise	1(0,3%)	2(0,6%)	3(0,9%)	
Béninoise	2(0,6%)	2(0,6%)	4(1,1%)	
Tchadienne	3(0,9%)	3(0,9%)	6(1,7%)	
Nigérienne	0(0,0%)	1(0,3%)	1(0,3%)	
Congolaise	1(0,3%)	0(0,0%)	1(0,3%)	
Ivoirienne	5(1,4%)	3(0,9%)	8(2,3%)	
Camerounaise	8(2,3%)	4(1,1%)	12(3,4%)	
Total	41(11,8%)	307(88,2%)	348(100%)	

Les maliennes consommaient plus d'alcool que les étrangères avec 21/41 consommateurs soit 6,0% des cas.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de l'alcool et la nationalité.

Tableau XIX : Répartition des consommateurs d'alcool selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Alcool		Total	p
	Oui	Non		
Célibataire	40(11,5%)	273(78,4%)	313(89,9%)	
Couple/Marié(e)	1(0,3%)	34(9,8%)	35(10,1%)	0,02
Total	41(11,8%)	307(88,2%)	348(100%)	

Les célibataires consommaient plus d'alcool avec 40/41 consommateurs soit 11,5% des cas.

La situation matrimoniale avait un lien statistiquement significatif avec la consommation d'alcool.

Tableau XX : Répartition des consommateurs d'alcool selon le type de famille

Types de famille	Alcool		Total	p
	Oui	Non		
Famille nucléaire ¹	25(7,2%)	143(41,1%)	168(48,3%)	
Famille mono parentale ²	3(0,9%)	19(5,5%)	22(6,3%)	
Famille reconstituée ³	3(0,9%)	34(9,8%)	37(10,6%)	0,3
Famille élargie ⁴	3(0,9%)	52(14,9%)	55(15,8%)	
Polygame ⁵	7(2,0%)	59(17,0%)	66(19,0%)	
Total	41(11,8%)	307(88,2%)	348(100,0%)	

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les étudiants issus de la famille nucléaire consommaient plus d'alcool que les autres familles avec 25/41 consommateurs soit 7,2% des cas.

Il n'existait pas un lien statistiquement significatif entre le type de famille et la consommation d'alcool.

3.6.2 Facteurs Associés à la Consommation de Tabac

Tableau XXI : Répartition des consommateurs de tabac selon l'âge

Age	Tabac		Total	p
	Oui	Non		
< 18 ans	0(0,0%)	13(3,7%)	13(3,7%)	0,3
19 à 24 ans	19(5,5%)	234(67,2%)	253(72,7%)	
25 à 30 ans	9(2,6%)	73(21,0%)	82(23,6%)	
Total	28(8,0%)	320(92,0%)	348(100,0%)	

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans consommaient plus de tabac avec 19/28 consommateurs soit 5,5% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et la consommation de tabac.

Tableau XXII : Répartition des consommateurs de tabac selon le sexe

Sexe	Tabac		Total	p
	Oui	Non		
Masculin	28(8,0%)	207(59,5%)	235(67,5%)	0,0001
Féminin	0(0,0%)	113(32,5%)	113(32,5%)	
Total	28(8,0%)	320(92,0%)	348(100,0%)	

Les étudiants de sexe masculin étaient les consommateurs de tabac avec 28/28 consommateurs soit 100% des cas.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de tabac et le sexe.

Tableau XXIII : Répartition des consommateurs de tabac selon l'année d'étude

Année d'étude	Tabac		Total	p
	Oui	Non		
1ere année	7(2,0%)	66(19,0%)	73(21,0%)	
2eme année	3(0,9%)	44(12,6%)	47(13,5%)	
3eme année	4(1,1%)	52(14,9%)	56(16,1%)	
4eme année	2(0,6%)	45(12,9%)	47(13,5%)	0,8
5eme année	5(1,4%)	48(13,8%)	53(15,2%)	
6eme année	7(2,0%)	65(18,7%)	72(20,7%)	
Total	28(8,0%)	320(92,0%)	348(100,0%)	

Les étudiants de la première et sixième année consommaient plus de tabac que ceux des autres classes avec 7/28 consommateurs soit 2,0% pour chacune des deux classes.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation de tabac et l'année d'étude.

Tableau XXIV : Répartition des consommateurs de tabac selon la nationalité

Nationalité	Tabac		Total	p
	Oui	Non		
Maliennne	27(7,7%)	286(82,2%)	313(89,9%)	
Etranger	1(0,3%)	34(9,8%)	35(10,1%)	1
Total	28(8,0%)	320(92,0%)	348(100,0%)	

Les maliennes consommaient plus de tabac que les étrangers avec 27/28 consommateurs soit 7,7% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation de tabac et la nationalité.

Tableau XXV : Répartition des consommations de tabac selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Tabac		Total	p
	Oui	Non		
Célibataire	27(7,7%)	282(81,0%)	309(88,7%)	0,1
Couple/Marié(e)	1(0,3%)	34(9,8%)	35(10,1%)	
Fiancée	0(0,0%)	4(1,1%)	4(1,1%)	
Total	28(8,0%)	320(92,0%)	348(100,0%)	

Les célibataires consommaient plus le tabac avec 27/28 consommateurs soit 7,7% des cas. La situation matrimoniale n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation de tabac.

Tableau XXVI : Répartition des consommateurs de tabac selon le type de famille

Types de famille	Tabac		Total	p
	Oui	Non		
Famille nucléaire ¹	20(5,7%)	148(42,5%)	168(48,3%)	0,2
Famille mono parentale ²	1(0,3%)	21(6,0%)	22(6,3%)	
Famille reconstituée ³	1(0,3%)	36(10,3%)	37(10,6%)	
Famille élargie ⁴	3(0,9%)	52(14,9%)	55(15,8%)	
Polygame ⁵	3(0,9%)	63(18,1%)	66(19,0%)	
Total	28(8,0%)	320(92,0%)	348(100,0%)	

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les étudiants issus de la famille nucléaire consommaient plus le tabac que les autres types de familles avec 20/28 consommateurs soit 5,7% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation de tabac et le type de famille.

3.6.3 Facteurs associés à la consommation des médicaments psychoactifs

La Figure 16 présente la prévalence des étudiants selon le type de médicaments consommés

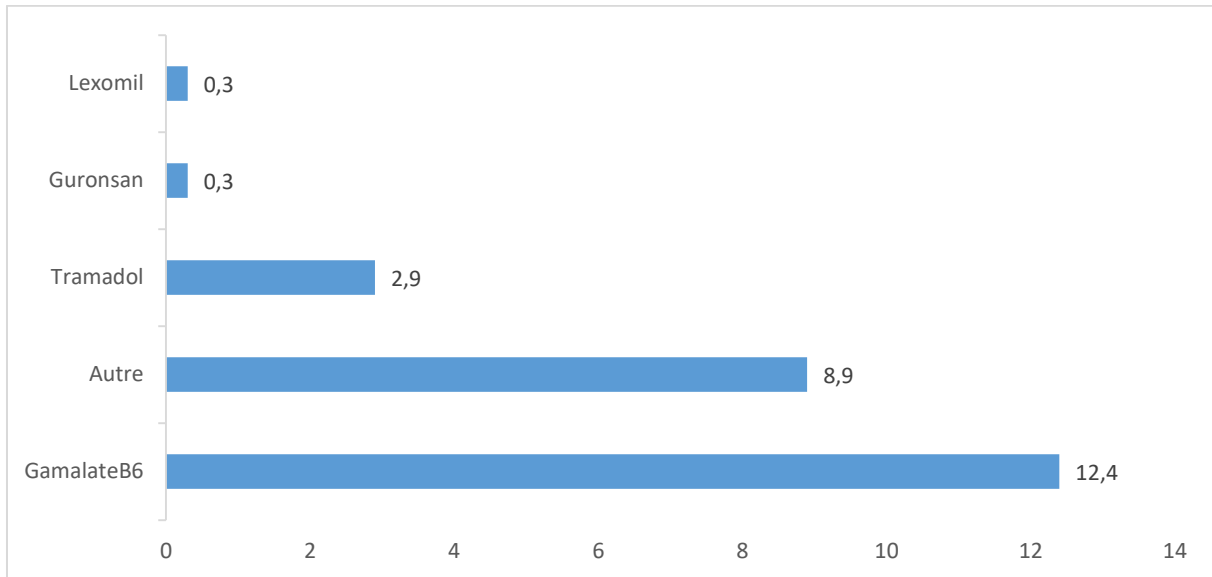


Figure 16 : Répartition des étudiants selon le type de médicaments psychoactifs consommés

Les Gamalate B6 étaient les plus consommées avec (12,4%) au cours de l'année académique.

Tableau XXVII : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactifs selon l'âge

Age	Médicaments		Total	p
	Oui	Non		
< 18 ans	3(0,9%)	10(2,9%)	13(3,7%)	
19 à 24 ans	62(17,8%)	191(54,9%)	253(72,7%)	0,9
25 à 30 ans	21(6,0%)	61(17,5%)	82(23,6%)	
Total	86(24,7%)	262(75,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 62/86 consommateurs soit 17,8% des cas.

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation des médicaments psychoactifs et l'âge.

Tableau XXVIII : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactifs selon le sexe

Sexe	Médicaments		Total	p
	Oui	Non		
Masculin	56(16,1%)	179(51,4%)	235(67,5%)	
Féminin	30(8,6%)	83(23,9%)	113(32,5%)	0,5
Total	86(24,7%)	262(75,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants masculins consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 56/86 consommateurs soit 16,1% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation des médicaments psychoactives et le sexe.

Tableau XXIX : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactifs selon l'année d'étude

Année d'étude	Médicaments		Total	p
	Oui	Non		
1ere année	14(4,0%)	59(17,0%)	73(21,0%)	
2eme année	10(2,9%)	37(10,6%)	47(13,5%)	
3eme année	16(4,6%)	40(11,5%)	56(16,1%)	
4eme année	16(4,6%)	31(8,9%)	47(13,5%)	0,4
5eme année	15(4,3%)	38(10,9%)	53(15,2%)	
6eme année	15(4,3%)	57(16,4%)	72(20,7%)	
Total	86(24,7%)	262(75,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants de la troisième et la quatrième année consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 16/86 consommateurs soit 4,6% des cas pour chacune des deux classes. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation des médicaments psychoactifs et l'année d'étude.

Tableau XXX : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactifs selon la nationalité

Nationalité	Médicaments		Total	p
	Oui	Non		
Maliennne	77(22,1%)	236(67,8%)	313(89,9%)	
Etranger	9(2,6%)	26(7,5%)	35(10,1%)	0,6
Total	86(24,7%)	262(75,3%)	348(100,0%)	

Les maliens consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 77/86 consommateurs soit 22,1% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation des médicaments psychoactifs et la nationalité.

Tableau XXXI : Répartition des consommateurs des médicaments psychoactifs selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Médicaments		Total	p
	Oui	Non		
Célibataire	77(22,1%)	232(66,6%)	309(88,7%)	
Couple/Marié(e)	9(2,6%)	26(7,5%)	35(10,1%)	0,6
Fiancée	0	4(1,1%)	4(1,1%)	
Total	86(24,7%)	262(75,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants célibataires consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 77/86 consommateurs soit 22,1% des cas.

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation des médicaments psychoactifs et la situation matrimoniale.

Tableau XXXII : Répartition des consommateurs de médicaments psychoactifs selon le type de famille

Type de famille	Médicaments		Total	p
	Oui	Non		
Famille nucléaire ¹	37(10,6%)	131(37,6%)	168(48,3%)	0,5
Famille mono parentale ²	17(4,9%)	49(14,1%)	66(19,0%)	
Famille reconstituée ³	14(4,0%)	41(11,8%)	55(15,8%)	
Famille élargie ⁴	13(3,7%)	24(6,9%)	37(10,6%)	
Polygame ⁵	5(1,4%)	17(4,9%)	22(6,3%)	
Total	86(24,7%)	262(75,3%)	348(100,0%)	

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les étudiants issus de famille nucléaire consommaient plus les médicaments psychoactifs que ceux des autres types de familles avec 37/86 consommateurs soit 10,6% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation des médicaments psychoactifs et le type de famille.

3.6.4 Facteurs associés à la consommation de café

Tableau XXXIII : Répartition des consommateurs de café selon l'âge

Age	Café		Total	p
	Oui	Non		
< 18 ans	7(2,0%)	6(1,7%)	13(3,7%)	0,01
19 à 24 ans	90(25,9%)	163(46,8%)	253(72,7%)	
25 à 30 ans	17(4,9%)	65(18,7%)	82(23,6%)	
Total	114(32,8%)	234(67,2%)	348(100,0%)	

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans consommaient plus le café avec 90/114 consommateurs soit 25,9% des cas.

L'âge avait un lien statistiquement significatif avec la consommation de café.

Tableau XXXIV : Répartition des étudiants selon la consommation de café et le sexe

Sexe	Café		Total	p
	Oui	Non		
Masculin	73(21,0%)	162(46,6%)	235(67,5%)	
Féminin	41(11,8%)	72(20,7%)	113(32,5%)	0,3
Total	114(32,8%)	234(67,2%)	348(100,0%)	

Les étudiants de sexe masculin consommaient plus le café avec 73/114 consommateurs soit 21,0% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation du café et sexe.

Tableau XXXV : Répartition des consommateurs de café selon l'année d'étude

Année d'étude	Café		Total	p
	Oui	Non		
1ere année	38(10,9%)	35(10,1%)	73(21,0%)	
2eme année	11(3,2%)	36(10,3%)	47(13,5%)	
3eme année	13(3,7%)	43(12,4%)	56(16,1%)	
4eme année	16(4,6%)	31(8,9%)	47(13,5%)	0,001
5eme année	21(6,0%)	32(9,2%)	53(15,2%)	
6eme année	15(4,3%)	57(16,4%)	72(20,7%)	
Total	114(32,8%)	234(67,2%)	348(100,0%)	

Les étudiants de la première année consommaient plus le café que ceux des autres classes avec 38/114 consommateurs soit 10,9% des cas.

Il existait un lien statiquement significatif entre la consommation de café et l'année d'étude.

Tableau XXXVI : Répartition des consommateurs de café selon la nationalité

Nationalité	Café		Total	p
	Oui	Non		
Maliennne	99(28,4%)	214(61,5%)	313(89,9%)	
Etranger	15(4,4%)	20(5,7%)	35(10,1%)	0,3
Total	114(32,8%)	234(67,2%)	348(100,0%)	

Les étudiants maliens consommaient plus le café avec 99/114 consommateurs soit 28,4% des cas.

La nationalité n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation de café.

Tableau XXXVII : Répartition des consommateurs de café selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Café		Total	p
	Oui	Non		
Célibataire	105(30,2%)	204(58,7%)	309(88,8%)	
Couple/Mariée	7(2,0%)	28(8,0%)	35(10,0%)	0,2
Fiance(é)	2(0,6%)	2(0,6%)	4(1,2%)	
Total	114(32,8%)	234(67,2%)	348(100,0%)	

Les étudiants célibataires consommaient plus le café avec 105/114 consommateurs soit 30,2% des cas.

La situation matrimoniale n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation de café.

Tableau XXXVIII : Répartition des consommateurs de café selon le type de famille

Type de famille	Café		Total	p
	Oui	Non		
Famille nucléaire ¹	55(15,8%)	113(32,5%)	168(48,3%)	0,6
Famille mono parentale ²	20(5,7%)	46(13,2%)	66(19,0%)	
Famille reconstituée ³	19(5,5%)	36(10,3%)	55(15,8%)	
Famille élargie ⁴	15(4,3%)	22(6,3%)	37(10,6%)	
Polygame ⁵	5(1,4%)	17(4,9%)	22(6,3%)	
Total	114(32,8%)	234(67,2%)	348(100,0%)	

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les étudiants issus de famille nucléaire consommaient plus le café que ceux des autres types de familles avec 55/114 consommateurs soit 15,8% des cas.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation de café et le type de famille.

3.6.5 Facteurs associés à la consommation de thé

Tableau XXXIX : Répartition des consommateurs de thé selon l'âge

Age	Thé		Total	p
	Oui	Non		
< 18 ans	8(2,3%)	5(1,4%)	13(3,7%)	0,01
19 à 24 ans	158(45,4%)	95(27,3%)	253(72,3%)	
25 à 30 ans	66(19,0%)	16(4,6%)	82(23,6%)	
Total	232(66,7%)	116(33,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans consommaient plus le thé avec 158/232 consommateurs soit 45,4% des cas.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de thé et l'âge.

Tableau XL : Répartition des consommateurs de thé selon le sexe

Sexe	Thé		Total	p
	Oui	Non		
Masculin	178(51,1%)	57(16,4%)	235(67,5%)	
Féminin	54(15,5%)	59(17,0%)	113(32,5%)	0,0001
Total	232(66,7%)	116(33,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants de sexe masculin consommaient plus le thé avec 178/232 consommateurs soit 51,1% des cas.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de thé et le sexe.

Tableau XLI : Répartition des consommateurs de thé selon l'année d'étude

Année d'étude	Thé		Total	p
	Oui	Non		
1ere année	36(10,3%)	37(10,6%)	73(21,0%)	
2eme année	35(10,1%)	12(3,4%)	47(13,5%)	
3eme année	35(10,1%)	21(6,0%)	56(16,1%)	
4eme année	27(7,8%)	20(5,7%)	47(13,5%)	0,0001
5eme année	45(12,9%)	8(2,3%)	53(15,2%)	
6eme année	54(15,5%)	18(5,2%)	72(20,7%)	
Total	232(66,7%)	116(33,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants de la sixième année consommaient plus le thé que ceux des autres classes avec 54/232 consommateurs soit 15,5% des cas.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de thé et l'année d'étude.

Tableau XLII : Répartition des consommateurs de thé selon la nationalité.

Nationalité	The		Total	p
	Oui	Non		
Maliennne	210(60,3%)	103(29,3%)	313(89,9%)	
Etranger	22(6,4%)	13(3,7%)	35(10,1%)	0,2
Total	232(66,7%)	116(33,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants maliens consommaient plus le thé avec 210/232 consommateurs soit 60,3% des cas.

Il n'existait pas un lien statistiquement significatif entre la consommation de thé et la nationalité.

Tableau XLIII : Répartition des consommateurs de thé selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Thé		Total	p
	Oui	Non		
Célibataire	209(60,1%)	100(28,8%)	309(88,7%)	
Couple/Marié(e)	20(5,7%)	15(4,3%)	35(10,1%)	0,6
Fiancée	3(0,9%)	1(0,3%)	4(1,1%)	
Total	232(66,7%)	116(33,3%)	348(100,0%)	

Les étudiants célibataires consommaient plus le thé avec 209/232 consommateurs soit 60,1% des cas.

La situation matrimoniale n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation du thé.

Tableau XLIV : Répartition des consommateurs de thé selon le type de famille

Type de famille	Thé		Total	p
	Oui	Non		
Famille nucléaire ¹	110(31,6%)	58(16,7%)	168(48,3%)	0,4
Famille mono parentale ²	47(13,5%)	19(5,5%)	22(6,3%)	
Famille reconstituée ³	40(11,5%)	15(4,3%)	37(10,6%)	
Famille élargie ⁴	23(6,6%)	14(4,0%)	55(15,8%)	
Polygame ⁵	12(3,4%)	10(2,9%)	66(19,0%)	
Total	232(66,7%)	116(33,3%)	348(100,0%)	

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les étudiants issus de famille nucléaire consommaient plus le thé avec 110/232 consommateurs soit 31,6% des cas.

Le type de famille n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation de thé.

3.6.6 Facteurs associés à la consommation du crack

Tableau XLV: Répartition des consommateurs de crack selon l'âge

Age	Crack		Total	p
	Oui	Non		
< 18 ans	0(0,0%)	13(3,7%)	13(3,7%)	1
19 à 24 ans	2(0,6%)	251(72,1%)	253(72,7%)	
25 à 30 ans	0(0,0%)	82(23,6%)	82(23,6%)	
Total	2(0,6%)	346(99,4%)	348(100,0%)	

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans étaient les consommateurs de crack avec 2/2 consommateurs.

La consommation de crack n'avait pas de lien statistiquement significatif avec l'âge.

Tableau XLVI : Répartition des consommateurs de crack selon le sexe

Sexe	Crack		Total	p
	Oui	Non		
Masculin	2(0,6%)	233(67,0%)	235(67,5%)	
Féminin	0(0,0%)	113(32,5%)	113(32,5%)	0,3
Total	2(0,6%)	0,6	348(100,0%)	

Les étudiants de sexe masculin étaient les consommateurs de crack avec 2/2 consommateurs. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la consommation du crack et le sexe.

Tableau XLVII: Répartition des consommateurs de crack selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Crack		Total	p
	Oui	Non		
Célibataire	2(0,6%)	307(88,2%)	309(88,7%)	
Couple/Marié(e)	0(0,0%)	35(10,1%)	35(10,1%)	1
Fiancé(e)	0(0,0%)	4(1,1%)	4(1,1%)	
Total	2(0,6%)	346(99,4%)	348(100,0%)	

Les étudiants célibataires étaient les consommateurs de crack avec 2/2 consommateurs. La situation matrimoniale n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation du crack.

Tableau XLVIII: Répartition des consommateurs du crack selon la nationalité

Nationalité	Crack		Total	p
	Oui	Non		
Maliennne	2(0,6%)	311(89,4%)	313(89,9%)	
Etranger	0(0,0%)	35(10,0%)	35(10,0%)	1
Total	2(0,6%)	234(99,4%)	348(100,0%)	

Les étudiants maliens étaient les consommateurs du crack avec 2/2 consommateurs. La nationalité n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation de crack.

Tableau XLIX: Répartition des consommateurs du crack selon le type de famille

Type de famille	Crack		Total	p
	Oui	Non		
Famille nucléaire ¹	1(0,3%)	167(48,0%)	168(48,3%)	
Famille mono parentale ²	0(0,0%)	22(6,3%)	22(6,3%)	
Famille reconstituée ³	1(0,3%)	36(10,3%)	37(10,6%)	0,4
Famille élargie ⁴	0(0,0%)	55(15,8%)	55(15,8%)	
Polygame ⁵	0(0,0%)	66(19,0%)	66(19,0%)	
Total	2(0,6%)	346(99,4%)	348(100,0%)	

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les étudiants issus de famille nucléaire étaient les consommateurs du crack avec 2/2 consommateurs.

Le type de famille n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation de crack.

3.6.7 Facteurs associés au nombre de substances psychoactives consommées

Tableau L : Répartition selon le nombre de substances psychoactives consommées en fonction de l'âge

Nombre de substances	Age			Total	p
	≤ 18 ans	19 à 24 ans	25 à 30 ans		
0	46(13,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	46(13,2%)	0,8
1	4(1,1%)	92(26,4%)	32(9,2%)	128(36,7%)	
≥2	7(2,0%)	123(35,4%)	44(12,7%)	174(50,1%)	
Total	57(16,3%)	215(61,8%)	76(21,9%)	348(100,0%)	

Les étudiants qui consommaient au moins deux substances étaient les plus représentés dans les tranches d'âge de 19 à 24 ans et de 25 à 30 ans avec respectivement 123/215 soit 35,4%, et 44/76 soit 12,7%.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le nombre de substances psychoactives consommées et l'âge.

Tableau LI : Répartition selon le nombre de substances psychoactives consommées en fonction du sexe

Nombre de substances	Sexe		Total	P
	Masculin	Féminin		
0	0(0,0%)	46(13,2%)	46(13,2%)	0,08
1	88(25,3%)	40(11,5%)	128(36,8%)	
≥2	125(35,9%)	49(14,1%)	174(50,0%)	
Total	213(61,2%)	135(38,8%)	348(100,0%)	

Les étudiants de sexe masculin consommaient au moins une substance psychoactive. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le nombre de substances psychoactives consommées et l'âge.

Tableau LII : Répartition selon le nombre de substances psychoactives consommées en fonction de la nationalité

Nationalité	Nombre de substance			Total	p
	0	1	≥ 2		
Maliennne	0(0,0%)	1 20(34,5%)	151(43,4%)	271(77,9%)	
Etranger	46(13,2%)	8(2,3%)	23(6,6%)	77(22,1%)	0,1
Total	46(13,2%)	128(36,8%)	174(50,0%)	348(100,0%)	

Les étudiants maliens consommaient au moins une substance psychoactive. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le nombre de substances psychoactives consommées et la nationalité.

Tableau LIII : Répartition selon le nombre de substances psychoactives consommées en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Nombre de Substance			Total	p
	0	1	≥2		
Célibataire	38(10,9%)	114(32,8%)	157(45,1%)	309(88,8%)	
Couple/Marié(e)	8(2,3%)	13(3,7%)	14(4,0%)	35(10,0%)	0,1
Fiancé(e)	0(0,0%)	1(0,3%)	3(0,9%)	4(1,2%)	
Total	46(13,2%)	128(36,8%)	174(50,0%)	348(100,0%)	

Les étudiants qui consommaient au moins deux substances psychoactives étaient les plus représentés au niveau de chaque statut matrimonial.

La situation matrimoniale n'avait pas de lien statistiquement significatif avec le nombre de substances psychoactives consommées.

Tableau LIV : Répartition selon le nombre de substances psychoactives consommées en fonction du type de famille

Type de famille	Nombre de substance			Total	p
	0	1	≥2		
Famille nucléaire ¹	23(6,6%)	57(16,4%)	88(25,3%)	168(48,3%)	0,7
Famille mono parentale ²	7(2,0%)	7(2,0%)	8(2,3%)	22(6,3%)	
Famille reconstituée ³	3(0,9%)	17(4,9%)	17(4,9%)	37(10,7%)	
Famille élargie ⁴	3(0,9%)	24(6,9%)	28(8,0%)	55(15,8%)	
Polygame ⁵	10(2,8%)	23(6,6%)	33(9,5%)	66(18,9%)	
Total	46(13,2%)	128(36,8%)	174(50,0%)	348(100,0%)	

NB : (père, mère et enfants)¹, (père ou mère et enfants)², (père ou mère remarié(e))³, (père, mère, oncle, tante, grand parent)⁴, (père, mère et coépouses et enfants)⁵.

Les consommateurs d'au moins deux substances psychoactives étaient les plus représentés au niveau de chaque type de famille.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le nombre de substances psychoactives consommées et le type de famille.

4 DISCUSSION

Nos difficultés ont surtout été en rapport avec la collecte des données. En effet, bien qu'informés d'avance et vu que les rendez-vous ont été pris de commun accord avec les responsables suivant la disponibilité des étudiants dans chaque amphithéâtre, nous avons dû faire face à des situations ayant nécessité la sensibilisation des étudiants afin qu'ils participent à l'étude. La grande difficulté s'est avérée être le mauvais remplissage des fiches bien que nous ayons expliqué le questionnaire et étions présents dans la salle pour répondre aux éventuelles préoccupations. Mais aussi la plupart des enquêteurs ont failli à leur responsabilité occasionnant la perte de beaucoup de fiches d'enquête.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques

4.1.1 Répartition des étudiants selon le sexe

Dans notre étude nous avons trouvé une prédominance masculine avec 67,5% d'hommes et 32,5% de femmes. Une étude réalisée par Diakité O. [33] à la FMOS et FAPH en 2015 sur les stupéfiants a retrouvé une prédominance similaire avec 72,3% d'hommes et 27,7% de femmes, Diarra B S. [34] à la Faculté des Lettres Langues Arts et Sciences Humaine (FLASH) de l'université de Bamako dans son étude sur la prévalence du tabagisme a trouvé une prédominance masculine avec 77,3% et 22,7% de sexe féminin.

Ce constat concorde aussi avec celui trouvé par Ouane I. [35], chez les étudiants de l'université cheik Anta Diop de Dakar avec 94% d'hommes et 5,4% de femmes.

Notre résultat diffère de celui trouvé par Simmart L.[36] dans une université parisienne avec une prédominance féminine à 79% contre 21% pour le sexe masculin.

Cette différence pourrait s'expliquer par les facteurs socioculturels. Au Mali, comme dans les autres pays africains, 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.

4.1.2 Répartition des étudiants selon l'âge

La tranche d'âge 19-24 ans était la plus représentée avec 72,7% des cas. 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 pourrait expliquer la prédominance de la tranche d'âge 19 – 24 ans dans notre études.

4.1.3 Répartition selon le statut matrimonial

Les célibataires étaient les plus représentés avec 88,7% des cas. Ce taux est proche de ceux trouvés par Diakité O. [33] au Mali avec 90,4% de célibataires, et Ouane I. [35] au Sénégal avec 81,6% de célibataires.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les études universitaires ne donnent pas une autonomie financière permettant de se marier surtout pour les hommes.

4.2 Prévalence absolue de la consommation des substances psychoactives

Au terme de notre étude 86,8% des étudiants ont affirmé avoir consommé au moins une substance psychoactive au cours de l'année académique. Ce résultat est proche de celui de Adoho S B et col. qui ont trouvé dans leur étude au Bénin 92,8% [37] de consommation de substance psychoactives chez les étudiants de la Faculté des Sciences de la Santé.

Notre résultat est supérieur de celui de Diakité O. [33] qui a trouvé dans son étude sur les stupéfiants à la FMOS et FAPH en 2015 au Mali une prévalence de consommation de 1,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Diakité O. portait sur les drogues illicites d'une part, et par la technique d'échantillonnage utilisée d'autre part.

4.2.1 Prévalence de la consommation de l'alcool

Dans notre étude prévalence de la consommation de l'alcool était estimée à 11,8% chez les étudiants de la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie au cours de l'année académique. Cette prévalence est proche de celles trouvées par Heydari et al. [38] en population universitaire à Jahrom en Iran avec 13% de consommation d'alcool, et Moaouad et col[19] au Liban qui ont trouvé 5,71% chez les étudiants en médecine et 8,57% chez les étudiants non-inscrits en médecine.

Notre prévalence est inférieure à celle trouvée par Adoho S B. [37] au Bénin avec 61,2% de consommation d'alcool. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Adoho S B [37] s'est passée au sud du Bénin où la population est majoritairement chrétienne. Ce qui fait que la consommation de l'alcool n'est pas prohibée. Là-bas la consommation de l'alcool est un fait de société, la religion ne constituant pas un frein. Par contre au Mali comme en Iran ou au Liban, la religion musulmane est la plus pratiquée avec prohibition de la consommation d'alcool.

4.2.2 Prévalence de la consommation de tabac

La prévalence de la consommation de tabac chez les étudiants de la Faculté de médecine d'Odonto-Stomatologie au cours de l'année académique était de 8%.

Ce taux de prévalence s'expliquerait par une accessibilité plus facile de la cigarette. Ce résultat est proche de ceux d'autres auteurs en Afrique. Au Kenya, Komu P et col. [39] ont

trouvé à Nairobi une prévalence de 12,1% en 2009 chez les étudiants du Collège des sciences de la santé et de l'université de Nairobi. Au Bénin, Adoho S B. et col[37] ont trouvé une proportion de 4,5%.

Notre résultat est différent de ceux trouvés dans d'autres études : à Parakou au Bénin, Houemenou et col [40] ont retrouvé une prévalence de 20,8% ; au Nigéria, une étude réalisée en 2014 chez les étudiants en médecine de l'université d'Ilorin a noté une prévalence de 1,7% [41] ; alors qu'une autre étude réalisée en 2016 en population estudiantine de l'université de Benin City dans le même pays a noté une prévalence de 23,4% [42] ; au Sénégal, une étude réalisée chez les étudiants en sciences de la santé a noté une prévalence de 34,6% en 2003[43].

Il faut reconnaître que la prévalence du tabagisme parmi les étudiants varie largement selon la ville, le pays ou la région et surtout selon les habitudes tabagiques au sein de la population.

4.2.3 Prévalence de la consommation de cannabis

Au cours de notre étude, 0,3% des étudiants ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année académique. Cette prévalence est proche de celles trouvées par Moaouad [9] au Liban chez les étudiants en médecine avec 0,71%, Adoho S B.[37] au Bénin avec 1,6%, Houemenou [40] à Parakou au Bénin avec 1,8% et Makanjuola et col[41] au Nigéria avec 1,7%. Notre prévalence est différente de celle de Ouane I. [44] à Dakar qui a trouvé 19,7% de consommation de cannabis chez les étudiants.

La faible prévalence retrouvée dans notre population d'étude serait liée au fait que la répression en matière de lutte contre les drogues ne faiblit pas le taux de consommateur. Il en ressort que son usage se fait dans la clandestinité et n'est pas facilement avoué donc peut-être sous-estimé dans notre étude.

4.2.4 Prévalence de la Consommation de Café

La prévalence de la consommation de café dans notre étude était de 32,8%.

Notre résultat est proche de celui trouvé par Adeyemo et al. avec 36,8% chez les étudiants au Nigéria.

Notre prévalence est différente de celles trouvées au Bénin par Adoho S B. [37] avec 65,1%, et Houemenou [40] avec 57% ; en Inde par Gera M. [45] avec 97% chez les adolescents.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans la conscience collective au Mali, la consommation de café serait considérée comme réservée à la classe sociale nantie. Cette consommation serait beaucoup un fait de société dans les pays comme le Bénin ou l'Inde. s

4.2.5 Prévalence de la consommation des médicaments psychoactifs

Dans notre population d'étude, 24,7% des étudiants ont consommé au cours de l'année académique des médicaments psychoactifs.

Notre prévalence est supérieure à celles de Houemenou [40] qui a trouvé 2% de prise d'anxiolytique, et de Moaouad et col. [19] qui ont trouvé 3,57% de consommation de sédatifs et d'amphétamines chez les étudiants en médecine au Liban.

La différence observée entre ces prévalences et la nôtre s'expliquerait par le fait que ces études ont fait l'objet d'exploration de classes précises de médicaments psychoactifs.

Les médicaments les plus consommés à la FMOS sont les multivitaminés 11,5%.

4.2.6 Prévalence de la consommation de thé

Dans notre étude, 66,7% des étudiants de la FMOS ont consommé le thé au cours de l'année académique.

Notre prévalence est proche de celle trouvée par Adoho SB. [37] au Bénin avec 51,8% chez les étudiants de la FSS. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le thé est une préparation de plus en plus présente au cours des repas et des retrouvailles. Surtout dans notre pays où le thé est utilisé par tous sans différence d'âge ni de religion.

4.2.7 Le nombre de substances psychoactives consommées

Dans notre étude, 50% des étudiants ont associé au moins deux substances psychoactives au cours de l'année académique. La plus grande proportion d'étudiants a associé trois substances psychoactives au cours de l'année académique. La combinaison la plus remarquée était l'association de l'alcool, du café, aux médicaments et aux boissons énergisants.

Au Bénin Adoho SB [37] avait trouvé dans son étude que 79,2% des étudiants avaient associé au moins deux substances psychoactives au cours de la période d'étude.

En Tunisie en 2011, Hajer M. et al avaient montré que la consommation du cannabis est, en général, associé ou précédé de la consommation de tabac et d'alcool dans 72 % de cas [64].

Beck F et al [66] sur la poly consommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2008 avaient trouvé que la poly consommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concernait 8,3 % de la population.

4.3 Raison de consommation des substances psychoactives

4.3.1 Raison de consommation de l'alcool

Dans notre étude à la FMOS les étudiants consommaient de l'alcool pour se détendre (48,8%) et parfois pour évacuer le stress(22%). Ce résultat est différent de ceux de Adoho SB [37] à la FSS et Houemenou [40] à Parakou au Bénin. Ils ont trouvé comme raison principale

de consommation d'alcool chez les étudiants Médecine la recherche de convivialité. Notre résultat est proche de celui de Yéo-Tenena et al [46] en RCI sur la recherche d'euphorie et différent sur la recherche de la consolidation des liens amicaux. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la consommation de l'alcool n'est pas prohibée dans ces pays. La consommation de l'alcool dans ces conditions se conçoit facilement en groupe pour plus de convivialité. Alors que la consommation de l'alcool est prohibée à cause de la religion musulmane, qui est la religion dominante dans la population malienne. Ainsi cette convivialité en groupe dans les maisons ou aux abords des routes n'est pas tolérée au Mali. Notons que l'alcool a un effet tranquillisant et euphorisant ce qui est souvent recherché par la majorité des consommateurs de notre étude. Un étudiant dans notre étude a utilisé de l'alcool de façon topique pour se traiter contre la varicelle. C'est une pratique populaire fréquente dans la population.

4.3.2 Raison de consommation de tabac

Les étudiants consommaient le tabac pour oublier les soucis (39,3%) et se détendre (25,0%). Ce résultat est proche de ceux trouvés par Houemenou au Bénin [40] et Laure en France [47] qui ont trouvé comme raison de consommation du tabac : la recherche du moment de détente et l'évacuation du stress.

4.3.3 Raisons de consommation du cannabis, de la cocaïne, de l'héroïne et du crack

4.3.3.1 Cannabis

Dans notre étude à la FMOS les étudiants consommaient le cannabis sans raison. Ce résultat est similaire de ceux trouvés au Bénin par Adoho SB [37] avec comme raison de consommation : sans raison apparent, se détendre et évacuer le stress, et par Houemenou [40] faire la fête, suivre les amis ou la recherche du plaisir et de détente.

De même, selon l'OFDT [48], les motifs de consommation de cannabis déclarés par les consommateurs réguliers sont variés : relaxation, partage, fête, habitudes, endormissement et la défonce.

4.3.3.2 L'héroïne ou cocaïne et le crack

Les étudiants consommaient l'héroïne, la cocaïne et le crack pour le plaisir, la détente et l'oubli des soucis.

4.3.4 Raison de consommation des médicaments psychoactifs

Les étudiants ont consommé les médicaments psychoactifs pour se traiter de maladie et céphalée (54,6%), et pour se détendre (17,5%). Ce résultat est différent de celui de Adoho SB [37] au Bénin qui a trouvé comme raison de consommation de médicaments psychoactifs, lutte contre la fatigue, se concentrer et accroître la capacité de mémorisation. Notre résultat

est aussi différent de celui de Franchi M et col.[49] qui dans leur étude ont trouvé que les étudiants français consommaient les médicaments pour l'amélioration des performances scolaires, de leur état de vie/vigilance, se concentrer et augmenter leur capacité cognitive. Cette différence pourrait s'expliquer par les croyances aux propriétés des médicaments consommés. Il s'agissait surtout de multivitaminés au Bénin comme au Mali, et d'anxiolytiques et de sédatifs en France.

4.3.5 Raison de consommation de café

Les étudiants consommaient le café pour oublier les soucis (39,3%) et se détendre (25%). Ce résultat est différent de ceux de Adoho SB [37], et Houemenou [40] au Bénin, qui ont trouvé que les étudiants consommaient le café pour rester en éveil. Même si les raisons évoquées sont différentes pour les étudiants maliens et béninois, ils utilisent tous le café pour ses effets stimulants.

4.3.6 Raison de consommation de thé

Ils consommaient le thé pour se détendre (38,4%) et sans raison (37,1%). Ce résultat est proche de celui trouvé par Adoho SB[37] au Bénin.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le thé contient la **théanine** (ou **L-théanine**) qui est un acide aminé communément présent dans le thé (*Camellia sinensis*) dont l'activité sur le cerveau permet une réduction du stress mental et physique et produit un effet relaxant [50]. Cela explique les principaux motifs de consommation qui étaient : se détendre, sans raison, se concentrer.

4.4 Répercussions de la consommation des substances psychoactives sur les études

Dans notre étude nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la consommation de substances psychoactives et la régularité dans le stage avec $p < 0,05$. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études qui ont abordé ce point.

4.5 Facteurs associés à la consommation des substances psychoactives

4.5.1 Facteurs associés à la consommation de l'alcool

4.5.1.1 Sexe

Les consommateurs d'alcool de sexe masculin représentaient plus du double de ceux de sexe féminin au cours de l'année académique avec respectivement 8,3% et 3,4%.

Cette prédominance masculine a été trouvée par Akpakpo B. [51] dans son étude sur l'évaluation de la consommation d'alcool dans le département du Borgou au Bénin ; Adoho SB. [37] au Bénin ; Duroy et al [52] en France et Moaouad et col [19] au Liban.

Notre résultat est différent de ceux trouvés par Hélène G. [53] dans son enquête sur les campus universitaires canadiens et par Houemenou à Parakou [40] au Bénin. Ils ont trouvé une réduction de l'écart entre la proportion d'étudiants et d'étudiantes consommateurs d'alcool.

Cette réduction de l'écart entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la consommation d'alcool, pourrait être due à une modernisation accrue de la société et la lutte pour l'égalité des genres. La modernisation a, en effet, favorisé l'émancipation de la femme africaine.

Le sexe n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation d'alcool.

4.5.1.2 Age

Dans notre étude à la FMOS nous avons une prévalence de consommation d'alcool élevée dans la tranche d'âge 19-24 ans avec 8,3%. En 2014 Cédric M.[54] dans son étude sur la consommation d'alcool chez étudiants à la FMPOS au Mali a trouvé une prédominance de la tranche d'âge 22-30 ans avec 33,8%.

Notre résultat est différent de celui trouvé par Chande H. et Salum I. [55] en Tanzanie (25-35 ans). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que leur étude était en population générale chez les personnes âgées de plus de 15 ans.

4.5.1.3 Statut matrimonial

Dans notre population d'étude nous avons trouvé que les célibataires étaient les plus représentés parmi les consommateurs d'alcool avec 11,5%. Nous avons trouvé aussi qu'il existe un lien statistiquement significatif entre la consommation d'alcool et le statut matrimonial.

Cédric M [54] en 2014 a trouvé les mêmes constatations dans son étude sur la consommation d'alcool chez étudiants à la FMPOS.

Notre résultat est différent de ceux de Adoho SB [37] et Kpozehouen [56] au Bénin qui ont trouvé dans leurs études que les étudiants en couple consommaient plus d'alcool que les célibataires. Cette différence pourrait être expliquée par le fait que la consommation d'alcool n'étant pas prohibée dans ce pays les étudiants en couple consommeraient plus par convivialité. La majeure partie des étudiants sont célibataires.

4.5.2 Facteurs associés à la consommation de tabac

4.5.2.1 Sexe

Les consommateurs de tabac étaient les hommes au cours de l'année académique. Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de tabac et le sexe. Ce résultat est proche de ceux de Adoho SB [37] et Houemenou [40] au Bénin, Moaouad et col [19] au

Liban et Manoudi et al [57] au Maroc qui ont constaté dans leurs études que la proportion des étudiants consommateurs de tabac de sexe masculin étaient plus élevés que ceux de sexe féminin.

Cette proportion de consommateurs de tabac de sexe masculin pourrait s'expliquer par le fait que les filles qui fument de la cigarette sont vues au mali comme des prostitués. La consommation de tabac (fumer) chez les femmes dans notre société est perçue comme une dépravation des mœurs.

4.5.2.2 Age

Les étudiants consommateurs de tabac entre l'âge de 19 à 24 ans étaient les plus représentés soit 5,5%. Ce résultat est proche de celui trouvé par Houemenou [40] à Parakou au Bénin, Kouassi et al [58] en Côte d'Ivoire et Manoudi [57] au Maroc.

Adoho SB [37] au Bénin a fait les mêmes observations avec une proportion plus élevés (61,8%) de consommateurs de tabac âgés de 19 à 24 ans.

Nous n'avons pas de lien statistiquement significatif entre la consommation de tabac et l'âge.

4.5.2.3 Statut Matrimonial

Dans notre étude les consommateurs de tabac étaient essentiellement les célibataires avec 7,8%. Ce résultat est proche de celui trouvé par Adoho SB [37] au Bénin.

Ce résultat pourrait s'explique par le fait que la plus part des étudiants étaient célibataire.

Nous n'avons pas trouvé de lien statistique entre le statut matrimonial et la consommation de tabac.

4.5.3 Facteur associés à la consommation des médicaments psychoactifs

4.5.3.1 sexe

Les étudiants masculins consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 16,1% des cas. Le sexe n'est pas statiquement lié à l'usage des médicaments psychotropes.

Moaoquad et al, quant à eux ont trouvé les résultats similaires avec la consommation de médicaments psychotropes dans leur étude [19].

Cette prédominance du sexe masculin pourrait s'expliquer par la tendance des hommes à l'automédication.

4.5.3.2 Age

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 17,8% des cas. L'âge n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation des médicaments psychoactifs.

Ce résultat est proche de celui trouvé par Adoho SB [37] au Bénin.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la tranche 19-24 ans correspond à l'âge des études universitaire.

4.5.3.3 Statut matrimoniale

Les étudiants célibataires consommaient plus les médicaments psychoactifs avec 22,1% des cas. Le statut matrimonial n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la consommation des médicaments psychoactifs. Ce résultat est proche de celui trouvé par Adoho SB [37] au Bénin.

4.5.4 Facteurs associés à la consommation du café

4.5.4.1 Sexe

Les étudiants de sexe masculin consommaient plus le café avec 21,0% des cas.

Ce résultat est proche de celui de Adoho SB [37] au Bénin.

Cette prévalence pourrait s'expliquer par le fait que les étudiants utilisent l'effet excitant de la caféine pour mieux assimiler les cours.

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre sexe et la consommation de café.

4.5.4.2 Age

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans consommaient plus le café avec 25,9% des cas.

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la consommation de café et l'âge. Ce résultat est proche de celui trouvé par Adoho SB [37] au Bénin.

4.5.4.3 Année d'étude

Les étudiants de la première année consommaient plus le café que ceux des autres classes avec 10,9% des cas.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la consommation de café et l'année d'étude.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la première année est une classe de concours ainsi les étudiants recourraient au café pour rester éveiller et mieux apprendre.

4.5.5 Facteurs associés à la consommation de thé

4.5.5.1 Sexe

Les étudiants de sexe masculin consommaient plus le thé avec 51,1% des cas.

Il existait une relation statistiquement significative entre la consommation du thé et le sexe.

Cette prévalence s'expliquerait par le fait que le thé est beaucoup plus consommé en groupe dans les grins qui restent un apanage des garçons.

4.5.5.2 Age

Les étudiants âgés de 19 à 24 ans consommaient plus le thé avec 45,4% des cas. Il existait un lien statistiquement significatif entre consommation de thé et l'âge.

Les mêmes remarques ont été faites par Adoho SB [37] au Bénin.

4.6 Nombre de substances psychoactives consommées

4.6.1.1 Sexe

Les étudiants de sexe masculin consommaient au moins une substance psychoactive.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la poly consommation et le sexe.

4.6.1.2 Age

Les étudiants qui consommaient au moins deux substances étaient les plus représentés dans les tranches d'âge de 19 à 24 ans et de 25 à 30 ans avec 35,4%, et 12,7% des cas. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la poly consommation de substances psychoactives et l'âge. Cette proportion pourrait s'expliquer par le fait que la tranche d'âge 19 à 24 ans et 25 à 30 ans correspond à l'âge des études universitaires.

4.6.1.3 Statut matrimonial

Les étudiants qui consommaient au moins deux substances psychoactives étaient les plus représentés au niveau de chaque statut matrimonial. Mais les étudiants consommateurs d'au moins deux substances psychoactives étaient les plus représentés parmi les célibataires. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des étudiants étaient célibataire.

La situation matrimoniale n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la poly consommation de substances psychoactives.

CONCLUSION

Nos résultats ont montré une forte consommation de substances psychoactives au cours de l'année académique. Les substances licites étaient les plus consommées. Les consommateurs étaient majoritairement constitué d'hommes. Les raisons principales de la consommation évoquées par les étudiants étaient : se détendre, oublier les soucis, traiter une maladie, et mieux concentrer.

Nous avons trouvé que la consommation des substances psychoactives a une répercussion sur la régularité au stage.

La consommation des substances psychoactives chez étudiants n'étaient pas liée à un facteur particulier.

Cette étude mériterait d'être approfondie par d'autres travaux afin de mieux apprécier la répercussion de la consommation des substances psychoactives sur la formation médicale.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes

❖ **Aux autorités politico-administratives :**

- Mettre en place des moyens pour la sensibilisation des étudiants

❖ **Au ministère de l'éducation nationale :**

- Introduire dans les programmes d'enseignement du secondaire des modules sur les addictions.

❖ **A l'université des sciences des techniques et des technologies de Bamako**

- Mettre à la disposition des étudiants des espaces de détente et de récréation.
- Mettre des psychologues à la disposition des étudiants pour leur accompagnement psychologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Pousset M. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine : Observatoire français des drogues et des toxicomanies ; 2013.
2. Lejoyeux M. Addictologie. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Elsevier Masson ; 2013.
3. WDR_2016_ExSum_french.pdf [Internet]. [Cité 15 mai 2018]. Disponible sur : https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_french.pdf
4. Addictions et comportements à risque chez les étudiants français [Internet]. [Cité 18 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.sfsp.fr/manifestations/congres2015/donnees/resumes/resume250.htm>
5. Acuda W, Othieno CJ, Obondo A, Crome IB. The Epidemiology of Addiction in Sub-Saharan Africa: A Synthesis of Reports, Reviews, and Original Articles: Addiction Psychiatry in Sub-Saharan Africa. *Am J Addict*. janv 2011;no-no.
6. Kolou Dassa S, M Bassa Menick D, Karfo K, Apide Talbikpeti E, Djassoa GC, Ahyi R-G. Les difficultés psychosociales des toxicomanes : Étude dans des ghettos de Lomé (Togo). *Alcoologie Addictologie*. 2009 ;31(1) :21-6.
7. Herault J. Diplôme D'état de Docteur en Médecine. 2012 ;44.
8. Yousafzai A, Ahmer S, Syed E, Bhutto N, Iqbal S, Siddiqi M, et al. Well-being of medical students and their awareness on substance misuse: a cross-sectional survey in Pakistan. *Ann Gen Psychiatry*. 2009 ;8(1) :8.
9. O'Connor PG, Spickard Jr A. Physician impairment by substance abuse. *Med Clin North Am* 1997 ;81(4) :1037—52.
10. Croen LG, Waesner M, Herman M, et al. A longitudinal study of substances use and abuse in a single class of medical students. *Acad Med* 1997 ;72(5) :376—81.
11. Hughes PH, Conard SE, Balduin Jr DC, et al. Resident physician substance use in the United States. *JAMA* 1991 ;266(16) :2069—73.
12. Shah AA, Bazargan-Hejazi S, Lindstrom RW, et al. Prevalence of at-risk drinking among a national sample of medical students. *Subst Abus* 2009 ;30(2) :141—9.
13. Thakore S, Ismail Z, Jarvis S, et al. The perceptions and habits of alcohol consumption and smoking among Canadian medical students. *Acad Psychiatry* 2009 ;33(3) :193—7.

14. Voigt K, Twork S, Mittag D, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res* 2009 ;9 :219.
15. Atwoli L, Mungla PA, Ndung'u MN, et al. Prevalence of substance use among college students in Eldoret, western Kenya. *BMC Psychiatry* 2011 ;11 :34.
16. Rotheray KR, Cattermole GN, Liow EC, et al. Alcohol misuse is rare among Hong Kong medical students. *Drug Alcohol Rev* 2011 ;30(6) :685—8.
17. Tenorio KA, Lo CC. Social location, social integration, and the co-occurrence of substance abuse and psychological distress. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011 ;37(4):218— 23.
18. Newbury-Birch D, White M, Kamali F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Depend* 2000 ;59(2):125—30.
19. Moaouad J, Kazour F, Haddad R, Rouhayem J, Chammai R, Richa S. La dépendance chimique et comportementale chez les étudiants en médecine. Étude comparative chez une population d'étudiants libanais. *L'Encéphale*. déc. 2012 ;38(6):467-72.
20. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2016.
21. Goodman A. Addiction définition and implications. *British Journal of Addiction* 1990 ; 85 :1403-1408.
22. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. *Drogues et conduites addictives*. INPES & MILDECA ; 2015. 228 p.
23. Stamm R. *Neurosciences de l'addiction*. COROMA. 2009. disponible sur www.romandieaddiction.ch
24. Feltenstein M, See R. The neurocircuitry of addiction : an overview. *Br J Pharmacol*. 2008;154:261-74.
25. Tassin JP. Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction. *Psychotropes*. 2008 ; 14 :11-28.
26. Sakae DY, Marti F, Lecca S, et al. The absence of VGLUT3 predisposes to cocaine abuse by increasing dopamine and glutamate signaling in the nucleus accumbens. *Mol Psychiatry*. 2015Nov ; 20(11) :1448-59.
27. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction : neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci*. 2011 Oct 20 ; 12(11) :652-69.

28. Peele S, Brodsky A. Love and addiction. New-York : Taplinger. 1975 ; 284p.
29. Zuckerman M. The sensation seeking motive. Progress in experimental personality research. New York. Maher BA Academic Press. 1974.
30. Olivenstein C. La drogue ou la vie. Paris. Robert Laffont. 1983.
31. Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. Trends Neurosci. 2008 Apr; 31(4):183-91.
32. Lejoyeux M, Adès J. Addictologie. 2017.
33. Oumar dit numory Diakité thèse de Médecine sur les stupéfiants à la FMOS et PAPH en 2015
34. Mr Diarra Bourama Sabake thèse de Médecine prévalence du tabagisme a la faculté des lettres langues art et science humaine de l'université de Bamako
35. Issa Ouane et collaborateur thèse de médecine prévalence du cannabisme chez les étudiants de l'université cheik Anta Diop de Dakar
36. Mr L Simmart Durant et collaborateur prévalence de la consommation du cannabis dans une université parisienne
37. Sèdjro Belgas Adoho thèse de médecine sur addiction aux substances psychoactives et comportementale REPUBLIQUE DU BENIN. :271.
38. Heydari ST, Izedi S, Sarikhani Y, Kalani N, Akbary A, Miri A, et al. The Prévalence of Substance use and Associated Risk Factors Among University Students in the City of Jahrom, Southern Iran. Int J High Risk Behav Addict. Juin 2015 ;4(2) : e22381.
39. Komu P, Dimba E a. O, Macigo FG, Ogwel AEO. Cigarette smoking and oral health among healthcare students. East Afr Med J. avr. 2009 ;86(4) :178-82.
40. Houemenou M. Prévalence de l'usage des substances psychoactives chez les étudiants de l'Université de Parakou [Thèse Médecine]. [Parakou] : Faculté de Médecine de Parakou ; 2012
41. Makanjuola AB, Daramola TO, Obembe AO. Psychoactive substance use among medical students in a Nigerian university. World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA. Juin 2007 ;6(2) :112-4.
42. O AF, Beatrice O, Okpala PU, Oghale O, O AF, Beatrice O, et al. Prévalence of Drug Abuse Amongst University Students in Benin City, Nigeria. Public Health Res. 2016 ;6(2) :31-7.

43. Ndiaye M, Ndir M, Quantin X, Demoly P, Godard P, Bousquet J. [Smoking habits, attitudes and knowledges of medical students of Médecine, Pharmacy and Odonto-Stomatology's Faculty of Dakar, Senegal]. *Rev Mal Respir.* nov 2003;20(5 Pt 1):701-9.
44. Wone I, Dia AT, Ndiaye P, Fall IS, Sarr YF. Prévalence de l'usage du cannabis en milieu étudiant à Dakar. *Cah D'études Rech Francoph Santé.* 1 janv. 2004 ;14(1) :49-53.
45. Gera M, Kalra S, Gupta P. Caffeine Intake Among Adolescents in Delhi. *Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med.* Juin 2016 ;41(2) :151-3.
46. Yeo-tenena YJM, Yao YP, Konan YE, Koffi K., Amani N, Delfosse RC. Enquête épidémiologique à propos des usagers des débits de boissons traditionnelles (bandjidromes d'Abidjan et de sa banlieue). *Médecine Trop.* 2006(67) :53-6
47. Laure P, Lecerf T, Le Scanff C. Les motivations à la consommation de produits dangereux sont-elles liées au nombre de substances utilisées ? Enquête auprès de 840 adolescents scolarisés. *Arch Pédiatrie.* janv. 2001 ;8(1):16-24
48. OFDT. Cannabis, données essentielles. France : OFDT ; 2007 p. 229.
49. Micoulaud-Franchi J-A, MacGregor A, Fond G. A preliminary study on cognitive enhancer consumption behaviors and motives of French Médecine and Pharmacology students. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* juill 2014;18(13):1875-8
50. Lu K, Gray M, Oliver C, Liley D, Harrison B, Bartholomeusz C, Phan K, Nathan P, « The acute effects of L-theanine in comparison with alprazolam on anticipatory anxiety in humans », *Hum Psychopharmacol*, vol. 19, no 7, 2004, p. 457-65 (PMID 15378679)
51. Akpakpo. Evaluation de la consommation d'alcool dans le département du Borgou (Nord-Bénin) [Thèse Médecine]. [Parakou] : Faculté de Médecine de Parakou ; 2008.
52. Duroy D, Iglesias P, Perquier F, Brahim N, Lejoyeux M. Alcoolisation à risque chez des étudiants en médecine parisiens. *L'Encéphale* [Internet]. [Cité 28 oct. 2016] ; Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700616301233> chez les adolescents au Bénin. *Santé Publique.* 10 févr 2016 ;27(6) :871-80
53. Gagnon H. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : portrait épidémiologique. Canada ; 2009 juin.
54. M Bira Cédric thèse de Médecine sur la consommation d'alcool à la fmos au Mali

55. Chande H, Salum I. Prevalence of and factors associated with alcohol consumption in Temeke in August/September, 2002. *East Afr J Public Health*. oct 2007;4(2):64-6.
56. Kpozehouen A, Ahanhanzo YG, Paraiso MN, Munezero F, Saizonou JZ, Makoutodé M, et al. Facteurs associés à l'usage de substances psychoactives
57. Manoudi F, Boutabia S, Asri F, Tazi I. Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2010 ;168(9) :698-701.
58. Kouassi BA, Horo K, Nigue L, Kassi O, Ahui BJM, Koffi N, et al. Tabagisme en milieu scolaire dans la commune de Cocody à Abidjan. *Rev Pneumol Clin*. 1 janv 2007;63(1):35-9.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I – IDENTIFICATION

Q1 FILIERE (Entourer le bon numéro) Médecine :1 Odonto-Stomatologie : 2

Q2 ANNEE D'ETUDE (Entourer la bonne réponse)

1èreA : 1 2èmeA : 2 3ème A : 3 4ème A : 4 5ème A : 5 6ème A : 6

Q3 AGE (Préciser) : ans

Q4 SEXE (Entourer la réponse) : Masculin : 1 Féminin : 2

Q5 NATIONALITE (Entourer le bon numéro)

Maliennne : 1 Autres : 2(Préciser)

Q6 ETHNIE : (Entourer la réponse) Bambara : 1 Malinké : 2

Soninké : 3 Sonrhai : 4 Senoufo : 5 Dogon : 6 Peulh : 7

Mianka :8 Bozo :9 Maure :10 Tamasheq:11

Autre :12(Préciser).....

Q7 RELIGION (Entourer le bon numéro) Musulmane: 1 Chrétienne :2

Sans religion :3 Autre :4(Préciser).....

Q8 SITUATION MATRIMONIALE : (Entourer le bon numéro)

Célibataire :1 Couple/marié(e) :2 relation libre :4 Divorcé(e) :5 séparé(e) :6

veuf (veuve) : 7 Autres : 8 (préciser)

Q09 OU VIVEZ VOUS ACTUELLEMENT ? (Entourer le bon numéro et la/les bonne(s) lettre(s))

Avec les parents : 1 a : chez le Père b : chez la Mère c : chez les deux parents

Avec un tuteur : 2 Résidence universitaire : 3

En location : 4 a : seul (e) b : avec des compatriotes c en colocation avec un étudiant

d : en colocation avec un étudiant non inscrit à la faculté

5 Autres (Préciser).....

Q10 LIEU DE RESIDENCE DE VOS PARENTS (Entourer le numéro correspondant à la bonne réponse)

Bamako et environs : 1 Autre : 2(préciser)

Q11 LES PARENTS a : Père vivant b : Père décède (Quand)..... c : Mère Vivant
d : Mère décédée (Quand).....

Q12 SITUATION MATRIMONIALE DES PARENTS : (Entourer le numéro correspondant à la bonne réponse)

Marie : 1 Sépare :2 Non unis :3 Autre :4(préciser)

Q13 TYPES DE FAMILLE (Entourer le bon numéro et la/les bonne(s) lettre(s))

1 : Famille Nucléaire (Famille constituée du père, de la mère et des enfants)

2 : Famille Mono parentales (père ou mère)

3 : Famille reconstituée (père remarié ou mère remarié)

4 : Famille élargie (père, mère, oncle, tante, grand parents, autre)

3 : Polygame (Famille constituée du père, de la mère et d'autres épouses du père)

Q14 TYPES D'INSCRIPTION A LA FACULTE (Entourer le bon numéro)

1 : Boursier

2 : Titre Payant

3 : Dérogation

Q15 SOURCE DE REVENU (Entourer le bon numéro et la bonne lettre)

1 : Parents : a : Père b : Mère c : Les deux d : Tierce personne(préciser) :.....

2 Vous-même : a Oui b Non

Si oui, comment : a- Activités génératrices de revenus (ouverture d'un commerce)

b- Prêt auprès d'un particulier ou banque

c-Employé

d-Autres (Préciser).....

3 Autres (préciser).....

Q17 RESPONSABILITE : (Entourer le bon numéro)

Avez-vous des responsabilités : (avez-vous des contraintes d'ordre familiales, professionnelles, sociales...)

1 Oui (Préciser)

2 Non

Q18 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUE PERSONNELS : (Entourer le bon numéro)

1 : Oui 2 : Non

Q19 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUE FAMILIAUX : (Entourer le bon numéro)

1 : Père 2 : Mère 3 : collatéraux (préciser).....

II – VIE FACULTAIRE

Q20 TRAVAILLEZ VOUS EN GROUPE ? (Entourer le bon numéro)

Q21 SUIVEZ VOUS REGULIEREMENT LES COURS ? : (Entourer le bon numéro)

1 : Oui 2 : Non

Q22 AVEZ-VOUS REDOUBLE UNE CLASSE ? (Entourer le bon numéro)

1 : Oui 2 : Non

Q23 EST ETE VOUS REGULIERE POUR VOS STAGES ? (Entourer le bon numéro)

1 : Oui 2 : Non

Q24 FAITES VOUS VOS ACTIVITES DE RECHERCHE SEUL? (Entourer le bon numéro)

1Oui 2Non Si oui pourquoi(préciser) :.....

Q25 FAITES VOUS VOS ACTIVITES DE RECHERCHE EN GROUPE ? (Entourer le bon numéro) 1Oui 2Non Si Non pourquoi(préciser) :.....

Q26 QUELLES SONT VOS LOISIRS ? (Entourer le bon numéro)

1 : Sport 2 : Internet 3 : Music 4 : Jeu d'argent 5 : Jeu de pari

6 : Sortir en boite de nuit 7 : Lecture 8 : Films 9 : Autre(préciser).....

Q27 Te sens tu apprécié(e) par tes collègues ? 1 Oui 2 Non 3 Ne sais pas

Q28 Penses-tu être un bon étudiant (e) ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sais pas

III – CONDUITES ADDICTIVES AVEC SUBSTANCES

Q29 Consommez-vous un substance psychoactive ?

1 : Oui 2 : Non

Q30 Parmi ces substances, là ou lesquelles as-tu consommé au moins une fois dans ta vie (Entourer le ou les bon(s) numéro(s))

1 Alcool 2 Café 3 thé 4 Noix de Cola 5 Tabac

6 Médicaments (vitamines, amphétamines...) 7 Cannabis 8 Héroïne

9 Cocaïne 10 Autres (préciser autre substance) :

Q31 Quel (s) type (s) de boissons alcoolisées consommes-tu ? (Entourer le ou les bon(s) numéro(s))

1 Bière

2 Liqueur, Préciser :

3 Alcool Local, Préciser : a Tiapalo b Autres:

4 Vin importé

5 Autre (préciser) :

Q32 Est-ce que consommes vous l'alcool ? (Entoure le bon numéro)

1 : Oui 2 : Non *Si Non pas passe à la question 39*

Q33 A quand remonte ta premier prise d'alcool ? (Entoure le bon numéro)

Age : 1 Avant l'université 2 Pendant le cursus universitaire

Q34 A quand remonte ta dernière prise d'alcool ? Préciser :

Q35 Dans quel cadre consommes-tu l'alcool : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 A la fête 2 Avec les amis 3 Seul à la maison 4 Autre : (Préciser)

Q36 Pourquoi consommes-tu l'alcool : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 Me détendre 2 Évacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer

5 Affronter la foule (lutter contre la timidité) 6 Rester en éveil 7 Sans raison 8
Autre (Préciser).....

Q37 Quel quantité d'alcool prenez-vous par :

1 : Jour(préciser)..... 2 : Semaine(préciser) : 3 : Mois(préciser) :

Q38 A quelle fréquence le prenez-vous ? (Entoure le bon numéro)

1 : une fois 2 : deux à quatre fois 3 : Ou plus

Q39 Manque/Envie lieu à l'alcool (Entoure le bon numéro)

1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation
6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q40 Est-ce que consommes tu de tabac ? (Entoure le bon numéro)

1 : Oui 2 : Non *Si Non pas passe à la question 47*

Q41 A quand remonte ta première prise de tabac ? (Entoure le bon numéro)

Age : ... 1 Avant l'université 2 Pendant le cursus universitaire

Q42 Sous quelle forme consommes-tu le Tabac ? (Entoure le bon numéro)

1 Tabac chiqué 2 Tabac prisé 3 Tabac fumé 4 Tabac+ potasse
5 Tabac mâché

Q43 A quand remonte ta dernière prise de Tabac ? : Préciser :

Q44 Dans quel cadre consommes-tu le tabac : ((Entoure le ou les bon (s)numéro (s))

1 A la fête 2 Avec les amis 3 Seul à la maison 4A la Fac

5Autre(Préciser)

Q45 Pourquoi consommes-tu le tabac ? : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 Me détendre 2 Évacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer
5 Affronter la foule (lutter contre la timidité) 6 Rester en éveil 7 sans raison
8 Autres (Préciser).....

Q46 Quel quantité de tabac prenez-vous par jour ?

1 : Demi paquet 2 : Une à deux paquets 3 : Ou plus(préciser) :.....

Q47 Manque/Envie lieu au tabac (Entoure le bon numéro)

1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation
6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q48 Est-ce que consommes tu du cannabis ?

1 : Oui 2 : Non Si Non , passe à la question 53

Q49 A quand remonte ta première prise de cannabis (marijuana, guei, gandja) ? (Entoure le bon numéro),

Age : 1 Avant l'université 2 Pendant le cursus universitaire

Q50 A quand remonte ta dernière prise de cannabis (marijuana, guei, gandja) ?

Préciser :

Q51 Dans quel cadre consommes-tu le cannabis ? : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 A la fête 2 Avec les amis 3 Seul à la maison 4 A la Fac
5 Autre(Préciser).....

Q52 Pourquoi consommes-tu le cannabis : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 Me détendre 2 Évacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer
5 Affronter la foule (lutter contre la timidité) 6 Rester en éveil 7 Sans raison
8 Autre (Préciser).....

Q53 Manque/Envie lieu au cannabis (Entoure le bon numéro)

1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation
6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q54 Est-ce que consomme tu de la cocaïne ou de l'héroïne ? (Entoure le bon numéro)

1 Oui 2 Non, *Si Non passe à la question 59*

Q55 A quand remonte ta première prise de cocaïne et/ou d'héroïne ? (Entoure le bon numéro)

Age : 1 Avant l'université 2 Pendant le cursus universitaire

Q56 A quand remonte ta dernière prise de cocaïne et /ou d'héroïne ?

Préciser:

Q57 Pourquoi consommes-tu la cocaïne et/ou l'héroïne : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

- 1 Me détendre 2 Evacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer
5 Affronter la foule (lutter contre la timidité) 6 Rester en éveil 7 Dormir
8 Sans raison 9 Autre (Préciser).....

Q58 Manque/Envie lieu au cocaïne et/ou à l'héroïne (Entoure le bon numéro)

- 1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation
6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q59 Est-ce que consommes tu du crack ? (Entoure le bon numéro)

- 1 Oui 2 Non, *Si Non passe à la question 63*

Q60 A quand remonte ta première prise du crack ? (Entoure le bon numéro)

- Age :..... 1 Avant l'université 2 Pendant le cursus universitaire

Q61 A quand remonte ta dernière prise du crack ? Préciser:.....

Q62 Pourquoi consommes-tu du crack : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

- 1 Me détendre 2 Evacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer
5 Affronter la foule (lutter contre la timidité) 6 Rester en éveil 7 Dormir
8 Sans raison 9 Autre (Préciser).....

Q63 Manque/Envie lieu du crack (Entoure le bon numéro)

- 1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation
6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q64 Est-ce que consommes tu du Café ? (Entoure le numéro)

- 1 Oui 2 Non ; *Si Non, passe à la question 68*

Q65 A quand remonte ta première prise de café ?

- Age :..... 1 Avant l'université 2 Pendant le cursus universitaire

Q66 A quand remonte ta dernière prise de café ?

Préciser :

Q67 Pourquoi consommes-tu le café : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 Me détendre 2 Évacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer

5 Rester en éveil 6 Dormir 7 Sans raison 8 Autre

(Préciser).....

Q68 Manque/Envie lieu à la consommation du café (Entoure le bon numéro)

1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation

6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q69 Est-ce que consommes tu du thé ?

1 Oui 2 Non , *Si non, passe à la question 73*

Q70 A quand remonte ta première prise de thé ? (Entoure le bon numéro)

Age : 1 Avant l'université 2 Pendant le cursus universitaire

Q71 A quand remonte ta dernière prise de thé ?

Préciser:.....

Q72 Pourquoi consommes-tu le thé ? : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 Me détendre 2 Évacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer

5 Rester en éveil 6 Dormir 7 Sans raison 8 Autres (Préciser).....

Q73 Manque/Envie lieu à la consommation du thé (Entoure le bon numéro)

1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation

6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q74 Le ou lesquels des médicaments suivants consommes tu le plus ? (Entoure le ou les bon(s)numéro(s)) *Si tu n'en consommes pas passe à la question III*

1 Valium® 2 Xanax ® 3 Témesta® 4 Halcion® 5 Lexomil®

6GamalateB6® 7 Guronsan® 8 Fortal® 9 Sulbutiamine (Arcallion®, surmenalitR...)

10 Tramadol

11 Vitamines ou multivitaminés 12 Autres (Préciser):

Q75 Qui te procure ces médicaments ? (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

1 Parents 2 Toi-même 3 Ami ou copain 4 Autre (préciser) :.....

Q76 Où te procures-tu ces médicaments ? (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

1 Pharmacie 2 Marché 3 Chez une tierce personne 4 Sur ordonnance
5 Autre(préciser).....

Q77 Pourquoi consommes-tu les médicaments ? : (Entoure le ou les bon (s) numéro (s))

1 Me détendre 2 Évacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer
5 Affronter la foule (lutter contre la timidité) 6 Rester en éveil 7 Dormir
8 Sans raison 9 Autre (Préciser).....

Q78 Manque/Envie lieu à la consommation des médicaments citez en dessus (Entoure le bon numéro)

1 : céphalée 2 : Angoisse 3 : Vertige 4 : Instabilité 5 : Agitation
6 : Agressivité 7 : Irritabilité 8 : Insomnie 9 : Autre(préciser) :

Q79 Y a t – il d'autres produits ou autres substances que vous avez l'habitude de consommer ?

1 Oui 2 Non

Si oui, préciser :

a Coca Cola b Boissons énergisantes c Autres :.....

Q80 A quelle fréquence le ou les consommez-vous en moyenne ? (Préciser).....

Q81 Pourquoi en consommez-vous ? : (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

1 Me détendre 2 Évacuer le stress 3 Oublier les soucis 4 Se Concentrer
5 Rester en éveil 6 Dormir 7 Sans raison 8 Autres (Préciser).....

FICHE DE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Issiaka

E-mail : tissiaka28@yahoo.fr

Titre de la Thèse : Consommation des substances psychoactives chez les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Année Académique : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique, psychiatrie, Toxicomanie

Résumé

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive à recrutement prospectif qui s'est déroulée du 27 juillet au 31 août à la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie. La méthode d'échantillonnage aléatoire systématique a été utilisée portant sur 667 dont 348 questionnaires ont pu être exploités.

L'objectif de l'étude était d'étudier la consommation des substances psychoactives chez les étudiants de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie de l'université des sciences techniques, technologies de Bamako (USTTB) de l'année académique 2017-2018.

La fréquence globale de la consommation des substances psychoactives était de (87,1%). Cette fréquence était majoritairement constituée de sexe masculin. Le thé était la substance psychoactive la plus consommée.

Les prévalences spécifiques se présentent comme suit : le Thé 66,7%, le café 32,8%, les médicaments 24,7%, l'alcool 11,5%, le Tabac 8%, le crack 0,6%, le cannabis 0,3% et la cocaïne ou l'héroïne 0,3. Les raisons principales de consommation évoquées par les étudiants étaient se détendre, oublier les soucis, traiter la maladie et se concentrer. Nous n'avons pas trouvé de répercussion remarquable sur la consommation des substances psychoactives et les études.

La consommation des substances psychoactives chez étudiants n'étaient pas liée à un facteur particulier.

Mots clés : Consommation, Substance psychiatrie, Université, Etudiant.

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 leur père.

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

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

Je le jure.