

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

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

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



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

Année Universitaire : 2008-2009

N° _____ /

TITRE

**LA PREVALENCE DU TABAGISME CHEZ
LE PERSONNEL SOCIO SANITAIRE DU
CERCLE DE KOLOKANI**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 30/06./2009 devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali*

Par Monsieur Demba TRAORE

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

JURY :

Président du Jury: Pr. Elimane MARIKO

Membres : Pr. Tieman COULIBALY

Dr Demba DIARRA

Directeur de thèse: Pr. Mamadou KONE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2007 – 2008

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES

2éme ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembriologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique,
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medicine interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Bouacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie –Traumatologique
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.

Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssout COULIBALY	Anesthésie/Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie (en détachement)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie-Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie –réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamdou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréssy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odonto-Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R.DESCIENCESFONDAMENTALES

1.PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie

Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie - Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie (en détachement)
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. Cisse	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadou GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka Menta	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

D.E.R.DESSCIENCESPHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R.DESANTEPUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A.MAIGA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique chef de D.E.R
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A.DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Entropologie Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGHO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique

Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3.ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique (Ministre)
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

**A DIEU LE TOUT PUISSANT, OMNIPOTENT, CLÉMENT ET MISÉRICORDIEUX
POUR M'AVOIR DONNÉ LA FORCE NÉCESSAIRE ET LE COURAGE DE
RÉALISER CE MODESTE TRAVAIL**

Je dédie ce travail

- ✓ A ma mère Filifing FOMBA : Tu as été et tu seras toujours ma principale actrice dans l'enseignement du travail et de la persévérance. Tu m'as toujours supporté malgré mes caprices, mes turbulences et tu m'as constamment aidé dans mes études scolaires afin de faire du bon travail pour finalement réussir dans la vie professionnelle. Je vous souhaite une longue vie et beaucoup de bonheur à toi et à toute la famille FOMBA. Je vous aime et je vous aimerais toujours.
- ✓ A mon père Guanéqué TRAORE : Ce moment est le résultat de ta bonne éducation, de tes nombreux sacrifices, de ton enseignement sur le travail, la persévérance et l'humilité, trois notions qui m'ont permis d'arriver là où je suis et qui ont fait de toi le grand homme que tu es aujourd'hui .Je m'efforcerai d'avantage pour devenir comme toi.
- ✓ A ma femme Adia M TRAORE : Ta patience, ton courage, ton endurance et ta persévérance te prédisposent à être une bonne épouse. Les mots me manquent pour l'exprimer combien de fois j'ai de l'affection pour toi. Que Dieu le tout puissant nous réserve du bonheur dans notre foyer, ce travail est le tien.
- ✓ A mes frères Bourama, Tionkon, Bakary, Tieman, Drissa Cheickina, vous avez contribué de près ou de loin à la réussite de mes études, je vous dis merci.

- ✓ A tous mes parents : Dating, Djirikoro, Famory, M'piè, M'péné, je vous dis merci.

- ✓ A Dating: grâce à toi je suis là aujourd'hui, tu n'as ménagé aucun effort pour l'épanouissement de tes enfants, par ta rigueur et ton courage tu m'as procuré le goût du travail bien fait. Nous ne remercions jamais assez le seigneur pour le père exemplaire et aimable dont il nous a gratifiés.

- ✓ A toute la famille MAGASSA : Bouacar, Aminata, M'péné, Boukari, Mory, Fatoumata, Madou, Modibo, Oumou, Bintou, Niafity et Binta : Ces lignes ne suffiraient à vous témoigner ma gratitude, jamais vous n'avez manqué de me soutenir pendant ces longues années, vous avez partagé mes moments de tristesse et de joie, je vous dédie ce modeste travail en témoignage de toute ma reconnaissance. Qu'Allah le Miséricordieux vous bénisse et vous accorde sa grâce.

- ✓ A ma belle mère Awa KANE et sa famille à Koulouba : Vous avez tous contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, votre soutien moral et matériel me restera toujours à cœur.
Recevez ce travail comme le votre.

- ✓ A tout le personnel du CSRéf de KOLOKANI, ce travail est le fruit de votre dévouement et de votre générosité .Je vous dis merci

REMERCIEMENTS

- ✓ Au Docteur DIARRA Demba : Aucun mot, aucune phrase, aucun paragraphe ne saura déterminer ma reconnaissance à votre égard, le docteur aimable, exemplaire, indulgent, rigoureux, disponible, celui là qui a le don de partager son savoir et son humanisme avec les autres. Vous avez été un frère, un maître à travers vos encadrements et conseils prodigués tout au long de notre séjour au centre de santé de référence de Kolokani.

Notre avenir a été une préoccupation de tous les instants pour vous, vous êtes l'un des rares hommes que l'on recherche d'ici bas. Je prie le Miséricordieux pour qu'il vous donne une longue vie pleine de santé et tout en exauçant vos vœux les meilleurs.

- ✓ Au Dr TRAORE : Ces lignes ne sauraient en aucun cas signifier ma gratitude à votre égard, je ne saurais comment vous remercier
- ✓ Au Dr KONATE, grâce à vous cet ouvrage a été conçu, je vous remercie.
- ✓ Au Dr COULIBALY Etienne : Pendant ces nombreux mois de jour comme de nuit vous m'avez conservé votre temps si précieux, vous avez guidé ce travail avec beaucoup d'intelligence et de dévouement, les mots me manquent pour vous qualifier mais je prie Dieu qu'il vous accorde une longue vie et à travers vous je remercie toutes les unités maternité, médecine, et chirurgie du CSRéf.
- ✓ A tout le personnel du CSRéf : Merci pour votre admiration à l'égard de ma personne surtout grand merci à Mme NAMAKO,

- Djenebou NIAKATE, Rebecca, Mayama ,Sitan TOURE, Tata SENE, et tous les autres pour les conseils et gestes affectueux
- ✓ A tous les chefs de postes médicaux des différents CSCom de kolokani, merci pour votre collaboration.
 - ✓ A mes aînés médecins Etienne, SIMPARA, Moussa G, TOURE, Kassime DIARRA, DIABATE grand merci pour tout ce que vous m'avez apporté pendant mon séjour parmi vous.
 - ✓ Au Dr KONE, je vous dis merci pour vos conseils et à travers vous je salue tout le personnel du CSCom de Koulouba.
 - ✓ Aux collègues : Seydou D, Aziz, SANOGO, Seybou, Dr DIARRA Bourama S , Rachelle, Amadou, Dr KONARE Tieting, Dramane BAGAYOGO, Dr SYLLA, Bouacar, Aliou, SOGODOGO, Dr TRAORE Soiba

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

- ✓ A mes oncles et tantes : Votre soutien et vos bénédictions m'ont sûrement éclairé dans cette aventure, recevez cet humble travail preuve de ma respectueuse admiration et de ma sincère reconnaissance.
- ✓ A mes neveux et nièces : Que Dieu vous protège et vous guide afin que votre mérite dépasse le mien.
- ✓ A mes belles sœurs et beaux frères : Merci pour votre encouragement tout en me faisant espérer que le future sera meilleur pour moi, grand merci à vous tous.
- ✓ Aux Familles : TRAORE (Kolokani, Guezena, Koumi, Koulouba), DIABATE (Guezena), COULIBALY, MAGASSA (Koulouba), DIARRASSOUBA, DIARRA, KONTE (Nioro, Nara) Je vous remercie.

- ✓ A Sékou SIDIBE; vous avez contribué à la réussite de ce document, je vous dis merci infiniment et que le seigneur veille sur votre famille.
- ✓ A mes amis d'enfance : N'golo, Adama, Daboulou, Diofan, Modibo, Kissima et à tous les habitants de Guezena. Ce travail est le votre.
- ✓ A mes cadets du CESCKS, merci pour votre confiance et vos gestes affectueux à l'égard de ma personne.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES DU
JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur Elimane MARIKO

- Pharmacien Colonel
- Ancien chef de DER des sciences pharmaceutiques
- Chargé de missions au Ministère de la Défense et des Anciens combattants

Cher maître

Vous nous avez honoré en acceptant de présider le jury de notre thèse ; vous nous avez toujours montré un grand intérêt pour tout ce qui touche à notre formation.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre grande admiration et de notre profonde reconnaissance

A notre maître et juge

Professeur Tieman COULIBALY

- Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique,
- Maître de conférences de chirurgie orthopédique et traumatologique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie,
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Membre de la société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un immense privilège en acceptant de figurer dans ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Votre ardeur dans le travail, votre expérience médicale, votre rigueur scientifique, votre humanisme et vos connaissances forcent notre admiration.

Recevez honorable maître nos sentiments d'estime, de respect et de gratitude.

A notre maître et juge

Dr Demba DIARRA

- Médecin Chef au Centre de santé de Référence de Kolokani.
- Médecin Généraliste.

Cher Maître,

La spontanéité avec la quelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touché.

Votre simplicité, votre qualité de vie humaine expliquent toute l'admiration que nous éprouvons à votre égard.

Trouvez ici l'expression de notre profonde estime.

A notre Maître et directeur de thèse,

Professeur Mamadou KONE,

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

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Vous êtes un homme de science mais aussi un homme de lettre. Nous avons été séduits au cours de nos visites par votre culture, votre simplicité, votre accessibilité, votre disponibilité et votre grande ouverture. Nous gardons de vous l'image du maître aux qualités humaines inestimables.

Cher maître, recevez l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CO : Monoxyde de Carbone

OHVN : Office des Hautes Vallées du Niger

ONG : Organisation Non Gouvernementale

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto
Stomatologie

SONATAM : Société Nationale de Tabac et Allumettes du Mali

BAT: British American Tobacco

Hb: Hémoglobine

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

Pb : Plomb

HBCO : Carboxyhémoglobine

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

Coll. : collaborateurs

PEV : Programme Elargi de Vaccination

HTA : Hypertension Artérielle

CESCKS : Collectif des Etudiants en Santé du Cercle de Kolokani et
Sympathisants

SOMMAIRE

	Pages
1. INTRODUCTION	1à3
2. OBJECTIFS	4
1-Objectif général	4
2- Objectif spécifiques	4
III- GENERALITES	5
1-Historique	5
2-Tabac et tabagisme	6
3-Composition du tabac	7
3-1-La nicotine	7
3-2- Le monoxyde de carbone	8
3-3-Les irritants	8
3-4-Les substances cancérigènes	9
4-Pourquoi fume t on ?	10
5- Tabagisme et Toxicomanie	12
6-Quantification du Tabagisme	13
7-Les pathologies liées au tabac	15
7-1- Les cancers	15
A- Le cancer bronchique primitif	15
B- Les autres cancers	15 à 16
7-2-Les maladies respiratoires non cancéreuses	17
7-3- Les complications cardio vasculaires	18
7-4- Le tabac ; la mère et l'enfant	19
8- Servage tabagique	19 à 23
9- Traitement du tabagisme	23
9-1- Règles générales	23
9-2- Pharmacothérapie	23

a) Psychotropes	23
b) Nicotine	23 à 24
9-3- Psychothérapie	24
10- Tabagisme Passif	25 à 26
11-Lutte contre le tabagisme	26 à 31
IV-METHODOLOGIE	32
4-1 Lieu d'étude	32 à 36
4-2 Type d'étude	37
4-3 Période d'étude	37
a- Critères d'inclusion	37
b- Critères de non inclusion	37
4-4 Paramètres étudiés	37
4-5 Technique de collecte des données	38
4-6 Analyse des données	38
V- RESULTATS	39 à 50
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	51 à 57
VII- CONCLUSION	58
VIII- RECOMMANDATIONS	59
VIX- REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES	60 à 63
X- ANNEXES	64
1- Fiche d'enquête	64 à 66
2- Fiche signalétique	67
3-Serment d'Hippocrate	68

I-INTRODUCTION

Les civilisations Egyptiennes, grecques et romaines ont laissé des indices formels qui témoignent de la consommation par combustion puis inhalation à l'aide de pipe, de plantes diverses (origan, climatite...).

Le tabagisme se définissant comme le fait d'inhaler la fumée de la cigarette est une forme de consommation largement répandue dans le monde. Il est responsable d'une morbidité et mortalité importantes. A l'échelle de la planète ,1/3 au moins de la population adulte soit 1,1 milliard d'individus sont concernés par le tabagisme. En 2025, ce nombre dépasse probablement 1,6 milliard [1]. Il devrait être la cause la plus facilement évitable de morbidité et de mortalité, car les dangers sont maintenant connus de la majorité de la population y compris des fumeurs.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que dans les pays développés, 42% chez les hommes et 24% chez les femmes fument tandis que dans les pays en voie de développement, ces proportions sont de 48% chez les hommes et 7% chez les femmes [2].

En France ; 65. 000 décès annuels sont liés à la consommation de tabac.

La lutte contre le tabagisme constitue une des préoccupations la plus importante en santé publique et est un des principaux objectifs du plan de lutte contre le cancer mise en place par le gouvernement [3].

Aux Etats-Unis, le tabac est responsable de 400. 000 décès chaque année. Il provoque 80% des cancers du poumon, le plus meurtrier de tous les cancers, ainsi que de l'emphysème et favorise les

maladies cardiovasculaires, selon un rapport des centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies [4].

Les Africains sont sous l'influence des multinationales du tabac, qui les attirent grâce à des activités culturelles et ludiques, les gouvernements ferment les yeux et refusent de dénoncer les liens entre le tabac et la mortalité. Pourtant deux millions d'Africains en meurent par an sur 700 millions de consommateurs potentiels, constitués de jeunes de moins de 20 ans.

Le tabagisme doit être considéré comme une véritable endémie d'envergure mondiale.

La lutte contre ce fléau met en jeu des intérêts contradictoires au centre des quels on retrouve des hommes politiques, des médecins, des magistrats, des industriels, des agriculteurs et des ouvriers.

Au Mali, la prévalence du tabagisme n'est pas connue, une étude réalisée par Haïdara [4], révèle que sur un échantillon de 5433 sujets recrutés dans la ville de Bamako, 27,89% étaient des fumeurs avec un taux de 43,86% d'hommes et 2,6% femmes.

Les méfaits du tabac ne sont plus à démontrer de nos jours. Le tabac est une cause connue de plus de 25 maladies notamment le cancer du poumon qui occupe la première place des cancers dans le monde, l'emphysème, les cardiopathies et d'autres maladies graves. Malgré cela, de nombreux marchés ne cessent de s'ouvrir, les anciens marchés résistent toujours. Le tabac constitue une menace mondiale, il l'est aussi pour le Mali.

On a longtemps cru que le tabagisme était une simple habitude jusqu'à une date récente. Les médecins étaient peu ou pas impliqués dans l'aide au sevrage et se limitant à des conseils ou une exhortation à la volonté.

Arrêt de fumer permet de réduire la surmortalité liée à la consommation de tabac. Tous les professionnels de la santé doivent intervenir dans ce domaine et se doivent exemplaires vis-à-vis des fumeurs.

La prévalence du tabagisme n'est pas connue dans le cercle de Kolokani, car aucune étude jusque là n'a été réalisée dans ce domaine, c'est pourquoi il nous a paru intéressant de mener une étude sur ceux qui sont à la charge d'informer, sensibiliser et de traiter les victimes de tabac afin d'évaluer leur connaissance sur les méthodes et les mesures de lutte contre ce fléau.

II- LES OBJECTIFS

1- Objectif général :

Evaluer la prévalence du tabagisme chez le personnel socio sanitaire du cercle de Kolokani.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer le profil socio démographique du personnel socio Sanitaire du cercle de Kolokani ;
- Déterminer le niveau du tabagisme passif ;
- Déterminer le niveau du tabagisme actif ;
- Déterminer le niveau de connaissances et les mesures de lutte antitabac.

III- GENERALITES

1- HISTORIQUE

Lorsque Christophe Colomb a découvert l'Amérique en 1492 [5] ; il ne se doutait pas, que parmi les fabuleuses richesses qu'il allait ramener en Espagne, l'une d'elles aurait des effets néfastes sur la santé et l'environnement : il s'agit du tabac.

Introduit en France par Jean Nicot (1530-1600) ; ambassadeur au Portugal qui le rapporte à Catherine de Médicis [6] dont les migraines vont s'en trouver soulagées. Le tabac est doué comme plante de vertus thérapeutique avant d'être utilisé pour le plaisir, par l'intermédiaire d'une pipe en Angleterre au XVII^{ème} siècle ou sous forme de chique ou de prise, puis de cigare, enfin à partir du XIX^{ème} siècle sous forme de cigarettes qui va devenir au XX^{ème} son principal mode de consommation.

Le tabac parvint en Turquie en 1580 ; ce qui lui ouvre la porte de l'Asie. L'entrée du tabac en Afrique c'est faite par le Maroc d'abord en 1593 et dès la fin du 19^{ème} siècle, le tabac est connu dans le monde entier [7]. Le tabac a été introduit au Mali pendant la période coloniale dans le but d'occuper les paysans pendant la saison sèche.

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

Si aujourd'hui la nocivité du tabac pour la santé est connue, c'est surtout grâce à l'américain Richard Pearl qui établit en 1938 un lien entre la consommation du tabac et l'abrégement de la vie [8]. Mais aussi grâce à de nombreuses études qui ne cessent d'être réalisées depuis cette date rendant ainsi le tabac sujet à des controverses de

la part des médecins, des acteurs économiques et des hommes de loi. Le tabac est aujourd'hui un problème de santé publique au Mali. Aucune étude épidémiologique n'ayant été jusqu'ici réalisée sur le sujet, des données fiables ne sont pas encore disponibles sur la morbidité et la mortalité liées au tabagisme au Mali. Néanmoins, une étude réalisée par le Pr. DIALLO B [6] a montré que le tabac est le premier facteur connu de douleur thoracique rencontrée en pratique quotidienne dans le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point. G

2- Tabac et tabagisme :

Le tabac est une plante originaire d'Australie, elle fait partie de la famille des solanacées ; c'est une plante annuelle, herbacée ou vivace dont l'espèce principale est *Nicotiana tabacum* qui représente à elle seule 90% de la production mondiale et les 10% *Nicotiana rustica* [7].

Au Mali on cultive traditionnellement la variété *rustica*. La plante de tabac atteint 1,5 à 2m de haut et les feuilles mesurent environ 80 cm de long et 40 cm de large. La graine très petite, est plantée en semis sous châssis et les plantes sont repiquées deux mois plus tard en pleine terre.

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

Le tabac est récolté au bout de trois mois selon la méthode mixte qui s'effectue en trois phases : d'abord la récolte des feuilles basses, puis celle des feuilles médianes et enfin on coupe la tige lorsque les feuilles arrivent en maturité [6].

Ces éléments influencent la qualité du tabac produit après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis la fermentation avant d'être prêt à la consommation [9].

Le tabac peut être consommé avec de la fumée (cigarette, cigare, pipe) ou sans fumée (tabac à chiquer ou à priser) [10].

La composition de la fumée du tabac nous intéresse ici car la cigarette est la forme la plus répandue aujourd'hui. En général lorsqu'une cigarette se consume, un grand nombre de composés chimiques se forment à l'extrémité et sont inhalés par le fumeur (courant de fumée principale ou primaire) ou rejetés dans l'air (courant de fumée latérale ou secondaire) [11].

3. Composition du tabac :

Les pathologies rencontrées au cours du tabagisme dépendent de la façon dont le tabac est consommé.

C'est essentiellement par la fumée que l'organisme du fumeur va être agresse'. Le « crapotage » ou la fumée reste dans la bouche entraîne des conséquences insignifiantes par rapport aux conséquences de l'inhalation ou la fumée pénètre dans les poumons en faisant passer massivement des éléments toxiques dans la circulation sanguine par la quelle ils atteindront de nombreux organes.

Pour mieux comprendre les méfaits du tabagisme, il conviendrait tout d'abord de faire un bref aperçu sur la fumée et ses constituants. Parmi les nombreuses substances que la fumée de tabac contient, seuls quatre groupes de constituants seront pris en considération du fait de leur toxicité. Il s'agit de :

3-1- La nicotine : c'est un alcaloïde découvert en 1809 par Vauquelin [12]. Il est responsable de la dépendance tabagique.

La nicotine absorbée dans les alvéoles passe dans le sang et se fixe sur les récepteurs nicotiques, récepteurs à l'acétylcholine présents dans les jonctions neuromusculaires, les ganglions parasympathiques, la médullosurrénale et surtout certaines zones du cerveau, principalement les voies dopaminergiques. La stimulation de ces neurones induit la libération de la dopamine et celles des autres neuromédiateurs, expliquant les effets psycho actifs de la nicotine [13]. La décharge de l'adrénaline entraîne une accélération du rythme cardiaque, la dépression du système nerveux central et du système respiratoire. Elle est à l'origine de la constriction des petites artères du corps pouvant être à l'origine d'hypertension artérielle. La dose létale de la nicotine chez l'homme est voisine de 0,06 gramme [14].

3-2- Le monoxyde de carbone (CO) :

Le CO, une fois dans l'organisme se fixe sur l'hémoglobine. Il diminue à la longue la capacité d'oxygénation du sang. 20 cigarettes transforment presque 20% de l'hémoglobine en carboxyhémoglobine.

En outre le monoxyde de carbone augmente la teneur en graisse du corps humain et ainsi le risque d'artériosclérose [15].

Une cigarette libère 15 à 20 ml de CO. C'est pourquoi les sujets n'inhalant pas la fumée ont une oxycarbonémie sensiblement égale à celle du non-fumeur.

3-3- Les irritants : La présence d'irritants dans la fumée de tabac est à l'origine de nombreux phénomènes allergiques de la muqueuse respiratoire. Il s'agit d'aldéhyde, d'acroléine, d'éthanol, de benzoquinone, etc. Ils sont responsables de l'hypertrophie de la muqueuse, l'atrophie ciliaire et l'inflammation des bronches.

Le retentissement bronchique du tabac augmente avec l'inhalation de la fumée, la quantité de tabac consommée et l'ancienneté du tabagisme. La pondération que l'on est amené à faire en fonction des types de tabac ou des filtres associés aux cigarettes semble faible [16].

3-4 Substances cancérigènes :

L'action cancérigène du tabac est liée à la présence dans le condensât de la fumée de tabac de facteurs chimiques de cancérisation (les hydrocarbures inhérents à la combustion, le 3-4 benzopyrène, les anthracènes, etc.) et les facteurs physiques (éléments radioactifs comme le polonium) [17].

Ces substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [17].

Il existe une réglementation sur la teneur du tabac en goudron et en nicotine autorisée aux industries de tabac du monde avec obligation d'inscription sur les paquets.

Des arguments solides indiquent que cette exposition à la fumée ambiante de tabac est nocive pour la santé des non-fumeurs.

Récemment l'agence américaine pour la protection de l'environnement a classé l'exposition à la fumée ambiante de tabac comme cancérigène de classe A, pouvant être à l'origine de cancer du poumon [18].

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

nitrosamines sont présentes à des concentrations beaucoup plus hautes dans la fumée ambiante que la fumée primaire [18].

Les femmes enceintes qui fument, risquent d'avantage de perdre le fœtus par avortement spontané. Dans les pays à revenus élevés, les enfants nés de mères fumeuses ont très souvent un faible poids à la naissance et ils ont un risque élevé de mourir peu après la naissance jusqu'à 37% supérieur à celui des enfants des non-fumeuses. Les chercheurs ont observé récemment la présence d'un cancérigène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac dans l'urine du nouveau-né dont la mère est fumeuse [18].

Le tabagisme passif est grave chez les enfants. Des études ont montré que le tabagisme passif avait un retentissement sur la fonction respiratoire des enfants arrivés à l'âge adulte notamment les infections respiratoires à répétition ou l'exacerbation des crises d'asthme, les otites, cause la plus fréquente de surdité chez les enfants [19].

La fumée de tabac produit également divers effets immédiats : irritation des yeux et du nez, céphalées, maux de gorge, étourdissement, nausées, toux et problèmes respiratoires [19].

L'appréciation des risques de la fumée ambiante est importante pour le médecin, car elle fournit une base pour conseiller aux parents de ne pas fumer quand les enfants sont à la maison ; pour insister sur l'interdiction dans les établissements de soins pour enfants et pour recommander des restrictions du tabagisme sur les lieux de travail et autres endroits publics [20].

4- Pourquoi- fume t-on ?

Facteurs qui poussent un individu à fumer :

Au début, fumer ne répond à aucun besoin organique.

Des incitations multiples collaborent pour pousser le sujet moderne à fumer : parmi les principaux facteurs, on retrouve avant tout :

-Conformité aux rites sociaux : adoptée initialement par les marins et les militaires, fumer fut longtemps réservé aux hommes d'âge mur.

Puis avec le temps et la publicité soutenue par des intérêts énormes, l'acte s'est banalisé du fait d'un conditionnement collectif. La cigarette est ainsi présentée comme témoin de la jeunesse du bonheur, de la réussite, de la parfaite intégration dans le monde moderne, de l'élégance, de la détente, de l'activité et pour l'adolescent du passage à l'âge adulte ; de la virilité.

La cigarette est souvent associée aussi à une forme de convivialité : on la propose, on l'accepte, on communit avec elle.....

Aux timides elle donne de l'assurance, à ceux qui connaissent l'échec ou la peur de l'échec, un sentiment de valorisation.....

-Le « besoin » oral et le plaisir de la bouche

Le fait de fumer peut être interprété comme la satisfaction d'un besoin élémentaire, celui d'absorber quelque chose pour se nourrir, en faisant intervenir les lèvres et la bouche.

Fumer peut être considéré comme une forme de tic buccal : l'adulte fume comme l'enfant tête ou suce son pouce.

Facteurs qui conditionnent à poursuivre l'usage du tabac même si l'on a pris conscience de sa nocivité :

Ils peuvent se résumer par le phénomène complexe de la dépendance. D'une manière générale, la dépendance se définit comme étant une perte de liberté, une certaine aliénation, une sorte d'esclavage vis-à-vis d'un produit chimique, d'une habitude, d'un environnement, facteur qui apporte une satisfaction immédiate

d'ordre physique et/ou psychique. Quand cette dépendance est relative à un produit, elle se nomme toxicomanie.

Ainsi, nous pouvons classer les fumeurs en quatre catégories :

a- Le fumeur par plaisir : c'est le consommateur pas dépendant qui savoure vraiment le fait de fumer (par exemple après un repas) lui procure véritablement une sensation de détente et de stimulation. Il fume en général 1 à 3 cigarettes par jour.

b-Le fumeur par réaction : il fume avant tout quand il a des difficultés ou lorsqu'il est sous pression. La cigarette est censée dissiper chez lui un sentiment de tension, d'angoisse ou de refus. C'est une dépendance psychologique.

c-Le fumeur dépendant par habitude : ce dernier remarque à peine qu'il a une cigarette à la bouche. Il est esclave de ses habitudes car fumer ne lui procure aucun plaisir particulier.

d-Le fumeur « intoxiqué » : il ressent consciemment le manque de cigarette et cela le rend inquiet et nerveux. Il a besoin de cigarette et attend d'elle qu'elle dissipe sa sensation de malaise, ce qu'elle fait provisoirement ; ce qui pousse le fumeur à retourner à la prochaine cigarette. Ici, il s'agit d'une dépendance pharmacologique et psychologique.

5- Tabagisme et toxicomanie : [21]

La toxicomanie est une appétence morbide pour les drogues douées d'effets tonique, euphorisant ou analgésique, dont l'usage prolongé entraîne toujours un état d'accoutumance préjudiciable à l'individu autant qu'à la société. On a proposé une classification des drogues en drogues de toxicomanies majeures (opium, morphine, cocaïne, alcool..) et en drogues de toxicomanies mineures dont fait parti le tabac, mais aussi les barbituriques, les amphétamines, le café et le

thé. Les associations de divers toxiques sont fréquentes : l'alcool vient souvent aggraver l'état de grande toxicomanie.

- **Aspects cliniques** : La toxicomanie vraie se définit par trois caractères cliniques :
 - L'irrésistible perversion du besoin, qui pousse le sujet à consommer sans cesse la drogue et à se procurer par tous les moyens.
 - Accoutumance, qui invite le toxicomane à utiliser des doses de plus en plus fortes.
 - Une soumission totale de l'individu à sa drogue, l'assuétude (ou dépendance), véritable tyrannie physique et morale.

Aspects psychiques : Les raisons profondes de la toxicomanie sont à rechercher dans une perturbation instinctivo affective ancienne. La nature de ce déséquilibre intime de la personnalité se révèle variable : on a décrit des toxicomanes déprimés chroniques, anxieux, schizoïdes, obsédés, etc. En fait le phénomène est complexe, et tous les cas de toxicomanie ne peuvent recevoir d'explication.

A une fixation et à une régression au stade oral de la personnalité (stade psychanalytique) s'ajoute peut être le rôle de l'équipement génétique de l'individu dans la fragilité des toxicomanes. Parmi les facteurs déclenchant, on peut citer les maladies ou accidents aux conséquences douloureuses, dévalorisantes ou invalidantes, tous les échecs familiaux, conjugaux, professionnels, les deuils, etc.

6- La quantification du tabagisme [22]

L'interrogatoire va permettre de préciser :

- Le début du tabagisme. Plus il est précoce, plus le risque de cancer bronchique est élevé.

- Le nombre de cigarettes fumées/jour (permettant de déterminer la quantité de cigarette fumée en paquets années) en sachant que le risque de cancer bronchique est proportionnel à ce nombre

$$N = (n \div 20) \times a$$

n = nombre de cigarettes fumées/jour

a = nombre d'années de tabagisme

- La quantité du tabagisme dont le poids est beaucoup plus important que la durée. Ainsi, le risque de cancer bronchique est multiplié par 3 lorsque la quantité est multipliée par 2, lorsque la durée du tabagisme double.

Dans cette mesure, l'expression en paquets x années est incorrecte puisqu'elle donne le même poids à la quantité et à la durée. Néanmoins c'est une expression commode du tabagisme.

- L'usage de filtre, de tabac brun ou blond, de cigarettes légères ou non. Le risque de développer un cancer bronchique ou des voies aéro- digestives supérieures est diminué d'environ 1/3 par l'usage des filtres... à condition de ne pas compenser en fumant d'avantage. Ceci est souvent le cas chez les fumeurs qui passent aux cigarettes légères (teneur moindre en goudron et nicotine) qui pour maintenir un taux de nicotine suffisant augmentent leur consommation.
- Le passage très ancien aux cigarettes avec filtre et de tabac blond aux USA a entraîné une modification des types histologiques de cancer du poumon : du fait d'une inhalation plus profonde ce sont les adénocarcinomes qui se développent plus volontiers que les épidermoïdes. En France les fumeurs sont restés beaucoup plus longtemps fidèles au tabac brun et

aux cigarettes sans filtre et le carcinome épidermoïde est le type histologique prédominant.

- La pipe et le cigare induisent moins de risque cancer bronchique en raison d'une inhalation moindre. En revanche, ils constituent un facteur de risque important pour les cancers des VADS.

7- Pathologies liées au tabac :

7-1 Les cancers

A- Le cancer bronchique primitif : est certainement la maladie dont le lien causal avec le tabagisme est le plus marqué. Quarante cinq pour cent des cancers bronchiques sont attribuables au tabac. Les facteurs de risques professionnels comme par exemple l'exposition à l'amiante ne sont pas simplement additifs mais multiplicatifs.

Le risque relatif de développer un cancer bronchique est de 10, globalement pour un fumeur.

Le risque va augmenter avec la quantité fumée par jour mais surtout la durée du tabagisme. L'âge de début surtout s'il est inférieur à 15 ans est également important. Le risque augmente avec la teneur en goudron, l'absence de filtre, l'inhalation et l'usage du tabac brun. Il diminue après l'arrêt du tabagisme de façon exponentielle après une période transitoire d'augmentation paradoxale pour revenir au risque de la population non- fumeuse au bout de 10 à 15 ans [22].

B- Les autres cancers : Comme le cancer du poumon, ces cancers sont dûs aux goudrons contenus dans les fumées du tabac. Parmi eux c'est le benzo-pyrène qui s'est révélé le plus cancérigène.

Des découvertes récentes établissent un lien entre le tabagisme et le cancer du gros intestin, certaines formes de leucémie, les cancers de l'œsophage, du colon **[23]**.

En 1986, le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de Lyon conclut : « il existe de preuves suffisantes que l'inhalation de la fumée de tabac, ainsi que l'application locale des condensas de fumée provoquent le cancer chez l'animal d'expérience **[24]**. Il existe des preuves suffisantes que la fumée de tabac est cancérigène pour l'homme. La survenue des tumeurs malines de la vessie, du pelvis rénal, du pancréas est liée de façon causale au fait de fumer des cigarettes » **[25]**.

En raison de l'élimination de plusieurs constituants de la fumée de tabac, l'implication du tabagisme dans la survenue du cancer du rein doit être étudiée : le risque relatif entre le fumeur et le non-fumeur est environ égal à 2 .L'explication serait la présence de cadmium et de dymethyl-nitrosamine qui sont des cancérogènes rénaux **[26]**.

Dans la littérature, au moins 6 études prospectives ont montré que le risque de cancer du pancréas était statistiquement plus élevé chez le fumeur. Il semble que l'action carcinogène du tabac se fasse soit par voie générale ; soit par l'intermédiaire de l'excrétion biliaire de ses métabolites qui agissent par le biais d'un reflux dans les canaux pancréatiques. Le fait d'arrêter de fumer pendant plus de 15 ans semble faire revenir le risque de cancer à un niveau voisin de celui observé dans la population de non fumeur **[27]**.

La responsabilité du tabac des polypes susceptibles de dégénérer en cancer des lèvres est signalée en 1765 par un médecin anglais **[28]**.

Toute fois la responsabilité du tabac semble majorée dans les statistiques de mortalité par cancers à l'inverse de la responsabilité des boissons alcooliques. En effet, l'alcool se comporte comme un co-cancérogène, produit qui en réduisant les moyens de défense multiplie le pouvoir des produits cancérogènes tels que le goudron du tabac.

7-2 Les maladies respiratoires non cancéreuses :

Le tabagisme est un facteur important affectant l'appareil respiratoire. Comme la fumée de tabac, le tabac non fumé peut entraîner des maladies de la cavité buccale notamment les leucoplasies, les gingivites, les parodontolyses et les tâches dentaires [28]. De plus les tabagiques sans fumée courent le risque d'avoir un cancer du larynx, de la cavité buccale au site où le tabac est habituellement placé ou un cancer nasal chez les sniffeurs de tabac [29].

Le tabagisme dépasse de loin tous les autres facteurs y compris la pollution de l'air et l'exposition professionnelle qui pourraient être responsables de cet état.

Une étude portant sur une importante cohorte de sujets fumeurs et non fumeurs surveillés pendant 8 ans a permis d'affirmer que le tabac était la cause principale de l'obstruction chronique irréversible des voies aériennes [30].

Chaque année, le tabagisme est responsable d'un nombre important de décès par suite de maladies respiratoires. D'autre part, l'usage de la cigarette est à l'origine de décès et d'invalidités en rapport avec des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (bronchite chronique, emphysème....) [31].

La bronchite chronique résulte d'une dégradation lente du revêtement muqueux des bronches par une destruction des cils et une atteinte des macrophages (cellules qui assurent un grand rôle de protection et de défense en captant et en détruisant des particules étrangères parvenant à leur niveau) [24].

A un stade encore plus avancé, les parois alvéolaires sont irrémédiablement détériorées : c'est l'emphysème, atteinte qui réalise une dilatation permanente des alvéoles pulmonaires et qui peut aller jusqu'à une rupture des parois de ces cavités [32].

Les personnes souffrant de ces maladies traversent souvent de longues périodes d'invalidité, caractérisée par un essoufflement progressif et des limites imposées à de nombreuses activités de tous les jours.

Le tabagisme a un effet nocif sur le système immunitaire du corps et les autres mécanismes de défense. En fait le tabac entraîne un déficit en ALPHA-1 anti-protéase pulmonaire qui produit un déséquilibre similaire entre l'activité protéase et anti-protase pulmonaire.

Le danger d'infection respiratoire comme la pneumonie à influenza est accru chez les fumeurs, si on les compare aux non-fumeurs [29].

Le déclin du VEMS chez le fumeur est prouvé, de même que son ralentissement à l'arrêt du tabac.

L'histiocytome X est une maladie, ne se développant pratiquement que chez les grands fumeurs [22].

7-3 Les complications cardio-vasculaires : Le tabac est l'un des facteurs de risque dans le développement d'une HTA, d'une maladie coronarienne et d'une artériopathie chronique des membres

inférieurs. La diminution du taux de goudron des cigarettes ne modifie pas l'incidence de l'infarctus du myocarde chez le fumeur [22].

7-4 Le tabac, la mère et l'enfant [22]

Le tabagisme est responsable d'une diminution de la fécondité, d'une augmentation des avortements spontanés et d'une mortalité périnatale et néonatale plus importante.

Le poids de naissance est inférieur en moyenne d'environ 150 à 250g. Un syndrome de sevrage peut s'observer à la naissance.

La mort subite du nourrisson est plus fréquente lorsque l'enfant a été exposé in utero au tabagisme de sa mère.

Les leucémies et les cancers cérébraux sont plus fréquents chez les enfants exposés in utero.

Chez la femme le tabagisme associé à la prise de pilule multiplie par 20 le risque d'AVC et l'association doit être fortement déconseillée.

8-Sevrage tabagique [33]

Le tabagisme est la cause de maladie et de mort la plus facilement évitable. Alors que les méfaits du tabac sont maintenant largement connus du grand public, et que la loi règlemente le tabagisme, le nombre de fumeurs régresse peu en France.

En dépit de l'information voire de la surinformation sur les méfaits du tabac, de nombreuses victimes de la cigarette continuent de fumer. Bien souvent angoissés par cette situation, ces sujets voudraient arrêter, mais sans réussir à se motiver suffisamment ou bien échouent ou rechutent à plus ou moins courte échéance.

« Jamais la connaissance d'un risque ne suffit à elle seule à modifier un comportement ». Ceci explique que malgré le risque couru et connu, le nombre de fumeurs reste élevé même parmi les

médecins. Le tabagisme est un comportement entretenu et amplifié par une dépendance pharmacologique dont la nicotine est responsable. En effet la nicotine, par ses propriétés psycho actives, est à l'origine d'un renforcement positif en induisant des sensations ressenties comme agréables :

- Stimulation lorsqu'il y a un travail intellectuel difficile à réaliser ;
- Effet tranquillisant, réduisant les phénomènes d'anxiété et aidant à résister dans les situations de stress,
- Effet stimulation générale, la nicotine pouvant être considérée comme un anti- dépresseur ;
- Actions sur le métabolisme général et l'appétit, sous l'action de la nicotine, pour un travail identique, les dépenses caloriques sont plus importantes. De plus, la nicotine constitue un « coupe-faim » extrêmement efficace.

La dépendance comportementale et psychologique qui en résulte permet de comprendre pourquoi la cigarette est devenue en un siècle le mode principal de consommation de tabac.

L'inhalation de la fumée aboutit à une absorption très rapide de la nicotine qui, en moins de 10 secondes, exerce ses effets psychologiques.

Ultérieurement, après plusieurs années de tabagisme, peut survenir chez certains fumeurs une dépendance physique.

Le sujet fume alors aussi pour éviter les sensations désagréables liées à une privation de nicotine, phénomène de manque associant pulsion irrésistible à fumer, nervosité, irritabilité.

C'est le renforcement négatif du comportement.

Par ailleurs, chaque fumeur passe par toute une série d'étapes qui s'échelonnent généralement sur plusieurs décennies. Pendant

plusieurs années il n'a aucune envie d'arrêter et c'est seulement après une ou deux décennies d'évolution que survient la phase de l'indécision, puis ensuite celle du fumeur décidé à l'arrêt. Le degré de motivation à l'arrêt est donc très variable d'un fumeur à l'autre. Il est rare que l'arrêt soit obtenu lors de la première tentative. Le niveau de motivation à l'arrêt est apprécié par le test de Démaria Grimaldi et Largue.

Tableau I : Test d'autoévaluation des chances de réussite de sevrage tabagique

1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle.	2
	Je viens à la consultation sur avis médical	1
	Je viens à la consultation sur avis de ma famille	1
2	J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine	1
3	Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels.	1
4	Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux	1
5	Je veux me libérer de cet esclavage	2
6	Je fais du sport où j'ai l'intention d'en faire	1
7	Je veux être en meilleure forme physique	1
8	Je veux préserver mon aspect physique	1
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	1
10	J'ai des enfants en bas âge	2
11	J'ai bon moral actuellement	2
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	1
13	Je suis plutôt de tempérament stable	1
14	Mon poids est habituellement stable	1
15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	2

Moins de 6= Motivation faible

7-15= Motivation moyenne

Plus de 16= Motivation forte

Apprécier la dépendance physique est possible grâce à l'échelle de Fagerström qui va guider un éventuel traitement de substitution.

Tableau II : Questionnaire de dépendance de Fagerström [34]

Dans quel délai après votre réveil fumez- vous votre première cigarette ?

- moins de 5 minutes.....3
- 6 à 30 minutes.....2
- 31 à 60 minutes.....1
- Après 60 minutes.....0

Trouvez – vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- oui.....1
- non.....0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- La première.....1
- Une autre.....0

Combien de cigarette fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins.....0
- 11 à 20.....1
- 21 à 30.....2
- 31 ou plus3

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après votre réveil que pendant le reste de la journée ?

- Oui1
- Non0

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- Oui1
- Non0

Score total.....

- 0 à 2 = pas de dépendance
- 3 à 4 = dépendance faible
- 5 à 6 = dépendance moyenne
- 7 à 8 = dépendance forte
- 9 à 10 = dépendance très forte

9- Traitement du tabagisme :

9-1 Règles générales :

Il faut donner une série de conseils importants :

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

9-2 Pharmacothérapie :

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

a- Psychotropes : Un état d'anxiété nécessite l'emploi des benzodiazépines, de la buspirone. Un état dépressif patent ou latent est fréquemment rencontré, justifiant alors l'utilisation d'antidépresseurs notamment la doxépine, la tianeptine.

b- Nicotine : Elle est administrée chez des patients présentant une dépendance physique importante (score Fagerström >5). C'est le moyen le plus efficace pour combattre ce syndrome de sevrage.

La nicotine est fournie sous une autre forme que le tabac, en quantité suffisante pour supprimer les besoins, puis à doses dégressives, ce qui peut prendre en moyenne 3 mois.

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

9-3 Psychothérapie : [35] Il s'agit d'un mode de traitement utilisant exclusivement des techniques psychologiques. Ses indications dépendent du trouble instinctivo- affectif présenté, du déséquilibre de la personnalité, de l'âge et de la situation du fumeur. Les types de psychothérapie sont multiples :

- La psychothérapie directive ou de « soutien » a pour but d'apporter une aide à un fumeur dans une situation difficile de son existence, sans chercher à analyser en profondeur l'origine du malaise.
- La psychothérapie en profondeur est fondée sur la méthode psychanalytique utilisant « les associations libres ». A partir du phénomène du transfert, ce travail consiste à analyser les conflits profonds inconscients, à rechercher leurs liens avec les troubles présentés et, ainsi faire évoluer la personnalité du fumeur.
- La psychothérapie d'inspiration psychanalytique, dont les règles sont peu strictes qui peut s'appliquer à un plus grand nombre de cas ; la psychothérapie d'expression (psychodrame, rêve éveillé, expressions plastiques) ; la psychothérapie de groupe, qui s'adresse à plusieurs personnes réunies.

- La psychothérapie de l'enfant utilise les techniques de jeu, du dessin, de la peinture, du modelage.
- La psychothérapie par le milieu, ou psychothérapie institutionnelle, fait appel à des établissements spécialisés (écoles, ateliers, maison, etc.).

10 Tabagisme passif

C'est celui dont est victime le non-fumeur qui s'ajourne dans une atmosphère enfumée

A côté du tabagisme direct, le rôle du tabagisme passif est aujourd'hui démontré dans la survenue des pathologies telles que le cancer du poumon [36] (en Suisse, on estime que 200 personnes décèdent chaque année d'un cancer du poumon dû au tabagisme passif), les pathologies cardiovasculaires, des pathologies respiratoires de l'enfant [37]

Le tabagisme passif a deux sources : celle du courant secondaire (l'exhalation de la fumée) et celle du courant tertiaire qui semble le plus toxique car sa température qui dépasse 800°C favorise la formation des hydrocarbures cancérigènes [38]

L'enfant dans le ventre de sa mère réagit immédiatement à la cigarette « maternelle ». Ses mouvements spontanés diminuent de façon significative, son rythme cardiaque s'accélère de même que ses mouvements respiratoires.

Il ressort des statistiques que la fumeuse présente plus fréquemment que la non-fumeuse un retard de croissance in utero, des avortements ou des accouchements prématurés et même des accouchements de nouveau-nés à faible poids de naissance [39].

Le tabagisme passif est grave chez les enfants. Des études ont montré que le tabagisme passif avait un retentissement sur la

fonction respiratoire des arrivés à l'âge adulte notamment les infections respiratoires à répétitionou l'exacerbation des crises d'asthme, les infections de l'oreille moyenne, de l'otite mucoïde, cause la plus fréquente de surdité chez l'enfant [27], les cancers du poumon ; et le risque de mort subite de nourrisson [40].

Selon plusieurs études américaines récentes, les enfants de mères fumeuses auraient en moyenne un coefficient intellectuel (QI) inférieur de l'ordre de 4 points par rapport à celui de mères non fumeuses

C'est là la conséquence d'une oxygénation insuffisante du fait de la présence d'oxyde de carbone : gaz toxique qui franchit la membrane placentaire [40]

La fumée de tabac produit également divers effets immédiats : irritation des yeux et de nez, céphalées, maux de gorge, étourdissements, nausées, toux et problèmes respiratoires

11 – Lutte contre le tabagisme :

Depuis les années 70, l'OMS a sonné l'alarme sur les conséquences néfastes du tabac sur la santé.

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

- Une protection des enfants contre les risques de dépendance à l'égard du tabac
- Une protection efficace contre l'exposition à la fumée du tabac
- Une apposition de mise en garde bien visible sur les emballages de tous les types de produits de tabac
- Les recours à des mesures financières : par exemple l'augmentation des impôts sur le tabac pour corriger la consommation.

- L'élimination progressive de la publicité sur le tabac
- SOS tabagisme qui a été crée en 1997 au Mali, et qui avait gagné son procès contre la firme Craven pour avoir affiché ses supports publicitaires à un stade.

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

-- La réduction de la toxicité par la diminution progressive des taux maximums de goudron produit lors de la combustion, 15mg depuis 1993 et 12 mg à partir de 1998.

-- L'obligation d'avertissement sanitaire en langage clair et de formant lisible porté sur les unités de conditionnement **[41]**.

Il est indispensable que soit enfin développée une véritable politique de prévention et d'éducation tournée vers les populations les plus ciblées par l'industrie du tabac. Celle-ci cherche de nouveaux consommateurs qui doivent remplacer ceux qui sont morts prématurément ou ceux qui ont abonné afin que soit maintenu l'état du marché. Les populations les plus sensibles sont les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les catégories les plus démunies de la société **[42]**.

Pendant longtemps au Mali, il n'existait aucun texte législatif spécifique tendant à réduire l'usage du tabac ou la publicité sur le tabac. La documentation internationale de lutte contre le tabac (affiches, autocollants) constituait avec les normes culturelles la principale mesure restrictive du tabagisme **[42]**. Ce n'est qu'en 1996 plus précisément le 29 juin que l'assemblée Nationale du Mali a adopté la loi 96-041 portant sur la restriction, de la publicité et de l'usage de tabac au Mali. La loi fut promulguée le 07 août 1997 par décret 97-162.

Elle a été l'acte majeur en faveur des soins préventif et promotionnel au Mali. La loi interdit la publicité sur le tabac en de nombreux points sensibles : cinéma, télévision, radio, etc. Elle interdit de fumer dans de nombreux espaces publics :

- L'article 1, de la loi est flou quant à l'interdiction de la publicité sur « certains panneaux publicitaires ».
- L'article 2, du décret autorise la publicité en faveur du tabac quand les firmes parrainent des manifestations.
- La législation ne donne aucune norme quant à l'impression des mentions d'avertissement sanitaire sur les paquets de cigarettes.

Elle a besoin d'une réforme plus claire et efficace en manière à infléchir la courbe de la consommation de tabac.

La réalité sur le terrain :

- La SONATAM seul fabricant au Mali applique sur les paquets de cigarettes qu'elle produit et ceux qu'elle importe la mention « dangereux pour la santé » ; mais l'écriture est de petit caractère et se trouve généralement sur la face latérale du paquet.
- Les médias respectent la loi sur la diffusion de la publicité sur le tabac. Mais du fait que les parrainages soient autorisés, il se passe souvent une publicité indirecte.
- Plusieurs études réalisées sur des individus à Bamako avaient révélé que la majorité des bamakois déclaraient ignorer l'existence de cette loi et de ce fait ne l'appliquaient pas [42].

En général nous pouvons dire que ces dernières années le processus de lutte antitabac est bien engagé au Mali. Du fait de l'expression de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays notamment à travers la COCAN, lors de la CAN

2002, mais aussi par l'engagement des organes de la presse dans la lutte à travers divers articles consacrés au tabagisme. Notons aussi la mobilisation sociale suscitée autour des questions du tabagisme. A l'instar d'autres pays, le Mali célèbre la journée mondiale sans tabac tous les ans, suscitant de nombreuses manifestations dans tous le pays **[43]**.

Depuis l'époque coloniale, la culture du tabac a connu un essor considérable. La production locale est à 875 tonnes pour la seule année de 2003. c'est surtout la région comprise entre Bamako et la frontière avec la Guinée Conakry, sur les deux rives du Niger dans la zone OHVN qu'est produit l'essentiel du tabac cultivé en République du Mali. On y produit notamment des variétés Paraguay et Burnley de l'espèce *Nicotiana Rustiqua* **[2]**.

La SONATAM est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes. Créée en 1965, elle a comme activités traditionnelles l'importation, la fabrication et la distribution de cigarettes et allumettes au Mali. Elle renaît aujourd'hui de ses cendres après une longue traversée du désert qui a commencé à partir des années 1990. C'est en 2002 que la privatisation de la SONATAM SA a été décidée par les autorités politiques. Elle mène des activités florissantes au Mali.

Ses importations officielles de tabac se sont élevées en 2002 à 8 757 455 663 FCFA contre 7 283 149 504 en 1991.

Un plan d'investissement ambitieux de 9 milliards de FCFA a été soumis aux administrateurs pour la période de 2002-2006. Ce plan prévoit entre autres :

- La relance des activités commerciales avec lancement de plusieurs marques du groupe Impériale Tobacco en 2004.

- La relance des activités industrielles avec un plan complet de réimplantation et de modernisation du site afin d'en faire une des usines les plus modernes de l'UEMOA.

- La relance des activités de tabaculture, avec des essais déjà effectués de nouvelles variétés et la mise en place d'un nouveau plan de partenariat avec l'Office de la Haute Vallée du Niger (OHVN). Le groupe British American Tobacco (BAT) est présent au Mali depuis les années 1980. Le système de commercialisation de ses produits s'effectue avec le concours de la SONATAM. Les activités de BAT concernent exclusivement la promotion de ses marques de cigarettes à travers l'aide à l'installation des vendeurs de ses marques et l'organisation des soirées de promotion dans les boîtes de nuit ou chez des particuliers. Il faut noter que BAT ne vend pas directement des cigarettes mais passe par SONATAM pour l'importation de ses produits.

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

Il est incorporé dans le budget global de l'Etat. Par ailleurs, les timbres fiscaux ne sont pas obligatoires pour les paquets de produits de tabac. La contrebande s'est développée dans de proportions considérables ces dernières années. L'axe guinéen est considéré comme une zone de grande introduction de cigarettes de contrebande. Il est devenu une préoccupation grave quant aux conséquences néfastes qu'elle engendre. Au Mali, les services

compétents ont estimé la fraude sur les cigarettes pour l'année 2001 à 5 707 000 000 FCFA.

Face à cette situation et dans le souci de mieux cerner le phénomène, le gouvernement du Mali en collaboration avec les douaniers a pris des mesures législatives, réglementaires et stratégiques en vue de mener une lutte acharnée contre la contrebande **[44]**.

IV- METHODOLOGIE

4-1 Lieu d'étude :

Le cercle de Kolokani encore appelé BELEDOUGOU fait parti de la deuxième région administrative du pays (région de Koulikoro)

Selon la légende, le terme Kolokani serait une déformation linguistique du mot Bamanan « Kolonkagni » qui signifie “puits serviable”.

Le village serait crée dans la 2^{ème} moitié du 18^{ème} siècle par Seyi Niama Traoré, accompagné de son fils.

Il fut érigé en poste administratif en avril 1915 et en cercle après l'indépendance du Mali.

a) SITUATION GEOGRAPHIQUE :

Le cercle de Kolokani couvre une superficie de 14.380 km². La ville de Kolokani est située à 119 km du district de Bamako sur l'axe Bamako Nara (route nationale N° 3),

Le cercle est limité :

- Au nord par le Nara,
- A l'est par le cercle de Banamba,
- A l'Ouest et au nord-Ouest par les cercles de Kita et Diéma,
- Au Sud et Sud-Ouest par le cercle de Kati et,
- Au Sud-est par le cercle de Koulikoro.

Le cercle de Kolokani compte administrativement 298 villages repartis entre dix (10) communes rurales (Nonsombougou, Massantola, Kolokani Central, Didieni, Sébécoro, Sagabala, Tioribougou, Guihoyo, Ouolodo, et Nonkon).

Il est constitué d'un immense plateau gréseux avec une altitude moyenne de 200 mètres, situé à la jonction des zones soudanienne et sahélienne, au nord de Bamako à 14 degrés de l'altitude Nord.

b) DONNEES DEMOGRAHIQUES :

Sur le plan démographique, le cercle compte une population résidente de 217 832 habitants dont 111.966 femmes, et 105 866 hommes (recensement général de la population et de l'habitat de 1998 actualisé en 2009).

La densité de la population est très faible : 13 habitants au km².

Le cercle de Kolokani, bénéficie d'une quasi-unicité ethnique dominée par les Bamanans qui représentent près de 90% de la population, à côté d'eux vivent une faible proportion de peulhs éleveurs, de sonikés et de kakolos.

Dans le cadre de la transhumance, le cercle reçoit pendant la saison sèche les peulhs et maures de Nara, Diema et de Mauritanie.

Sur le plan de l'organisation sociale, la famille élargie est la base de la société dans le Bélé Dougou.

D'une manière générale, la société Bamanan est organisée en villages totalement indépendants les uns des autres et dont les seuls liens réciproques se situent uniquement à travers les alliances.

c) DONNES-SOCIO-ECONOMIQUES :

L'économie du cercle est basée essentiellement sur le secteur primaire qui comprend l'agriculture, l'élevage et la cueillette.

- L'agriculture : le Bélé Dougou est avant tout une zone d'agriculture. La principale production vivrière est le mil, destiné à l'autoconsommation. L'arachide est la principale culture de rente (principale source de revenus agricoles).

- L'élevage : Le type d'élevage est l'élevage sédentaire extensif.
Les espèces élevées sont :
 - Les ovins, caprins et bovins
 - Les assins et volailles
 - Les chevaux et porcins.
- La cueillette : elle se résume au ramassage des noix de karité, de néré et de Tamarin.

Cette activité rapporte un revenu substantiel aux femmes.

D'une manière générale, la population de Bélé Dougou est une population pauvre à pouvoir d'achat très faible.

Sur le plan social, le cercle compte 1 tons villageois, 13 coopératives, 11 associations de jeunes, 135 associations féminines, 63 associations villageoises et 22 associations de santé communautaire.

d) LA SITUATION SANITAIRE :



Figure 1 : La carte sanitaire du cercle de Kolokani

L'organisation sanitaire est basée sur le système de santé du district à deux échelons.

- Le premier échelon est constitué par le réseau des centres de santé communautaires conformément à la politique sectorielle de santé et de population du Mali.
- Le deuxième échelon est représenté par le centre de santé de référence.

Les structures sanitaires de premier échelon assurent le PMA (paquet minimum d'activités de soins).

Elles réfèrent ou évacuent les cas de maladies plus complexes vers le centre de santé de référence où il existe un personnel plus compétant et un plateau technique plus approprié.

Extension de la couverture et amélioration de la qualité des services :

*** Premier échelon**

Selon la carte sanitaire du cercle, il est prévu 22 aires de santé dont 18 sont actuellement fonctionnelles ; cependant il existe encore des maternités et des dispensaires ruraux dans certaines aires.

Les services sont offerts au premier niveau en centres fixes et en stratégie avancée dans les villages des aires de santé fonctionnelles, dans les aires non fonctionnelles les services sont offerts surtout à travers l'équipe mobile de vaccination (PEV+ : PEV de routine incluant l'administration de vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois et aux femmes ayant accouché avant la quarantaine, la consultation prénatale, la distribution de fer acide folique aux femmes enceintes (90 comp/ femmes), celle de la sulfadoxine pyriméthamine aux femmes enceintes entre le 4^{ème} et le 8^{ème} mois de la grossesse (TPI),

*** Le deuxième échelon**

Le centre de santé de référence du cercle est la structure qui assure la prise en charge des cas référés et évacués venant du niveau périphérique.

La séparation des fonctions entre le CSCOM Central et le centre de santé de référence a permis à celui-ci de jouer pleinement son rôle d'appui aux structures périphériques.

4-2 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et exhaustive

4-3 Période d'étude :

L'étude a été réalisée du 08 au 31 janvier 2009

Nous avons pris en compte : les médecins, les techniciens supérieurs de la santé, les techniciens de la santé, les sages femmes les matrones, les aides soignants et autres (les techniciens de surface, chauffeurs, étudiants et stagiaires,)

Nous avons considéré comme :

- Tabagiques : les fumeurs permanents ou occasionnels
- Ex fumeurs : les sujets qui avaient arrêté de fumer
- Non fumeurs : les sujets qui n'ont jamais fumé

4-3-1 : Critères d'inclusion : a été inclu, tout le personnel présent et qui a accepté de participer à cette étude

4-3-2 : Critères de non inclusion : tout le personnel absent, ou présent mais qui n'a pas accepté l'étude

4-4 Paramètres étudiés :

- Profil socio- démographique
- Tabagisme passif
- Comportement tabagique
- Attitudes tabagiques
- Degré d'information du personnel
- Moyens de lutte contre le tabagisme

4-5 Le recueil des données :

Le recueil des données a été fait à l'aide de questionnaire individuel en français.

Le consentement éclairé de tout le personnel a été obtenu avant leur inclusion dans le protocole.

L'anonymat a été observé au cours de cette étude grâce à une confidentialité des résultats

L'étude s'est déroulée selon plusieurs étapes :

- dans un premier temps, une correspondance a été adressée au Directeur régional de la santé de Koulikoro et au Médecin chef du CSRef de Kolokani pour leur expliquer l'étude
- dans un second temps, une note a été adressée à tous les chefs de postes médicaux des différents CSCOM à fin d'obtenir une bonne collaboration

L'enquête a été effectuée en allant de « CSCOM à CSCOM » en distribuant au personnel le questionnaire, qui a été recueilli immédiatement

NB : Les sujets qui avaient la difficulté à remplir le questionnaire ont été interrogés individuellement

4-6 La saisie et l'analyse des données

Les données ont été analysées par le Logiciel SPSS version 12 et la saisie des résultats sous World office.

Pour la comparaison des variables qualitatives, nous avons utilisé le test de « CHI-2 » standard lorsque les conditions de validité de ce test étaient réunies.

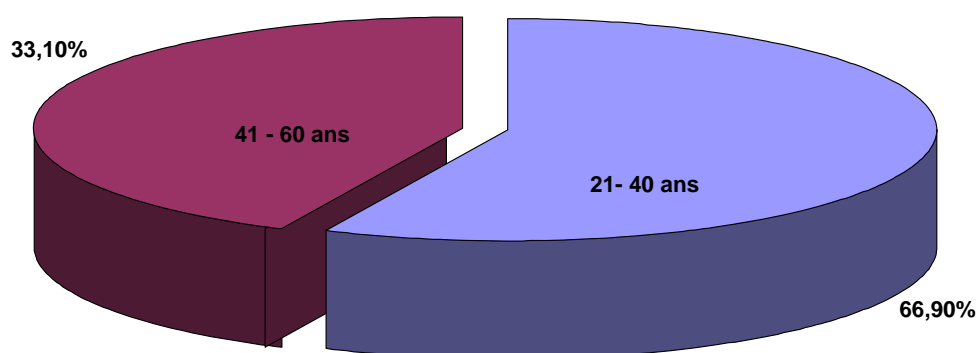
Les liaisons entre les variables ont été considérées comme statistiquement significatives au seuil d'une probabilité $P = 0,05$

V- RESULTATS

Elle a été réalisée au près de 133 personnes sur un effectif de 140 soit un taux de participation de 95%.

5-1 Profil sociodémographique

Graphique 1 : Répartition du personnel par tranche d'âge



La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 21 et 40 ans soit 66,90% des cas.

Tableau I : Répartition du personnel selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	84	63,20
Féminin	49	36,80
Total	133	100

Le sexe masculin était le plus représenté avec 63,20% des cas soit un sexe ratio égal à 1,7

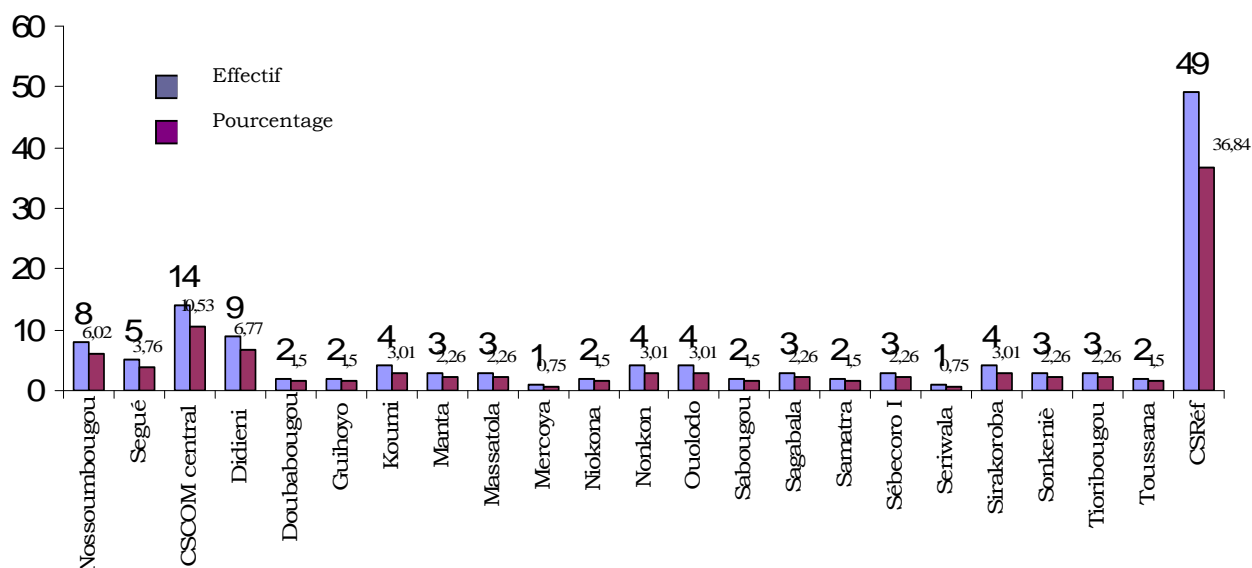
Tableau II : Répartition du personnel selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Médecin	8	6,00
Infirmier	38	28,60
Sage-femme	5	3,80
Matrône	32	24,10
Etudiant	3	2,30
Aide-soignant	25	8,80
Manœuvre et chauffeurs	9	6,80
Autres à préciser	13	9,80
Total	133	100

Les infirmiers (Technicien supérieur de santé et technicien de santé) représentaient la majorité de nos professionnels avec 28,60% des cas.

Autres : stagiaire, étudiants, comptable

Graphique 2 : Répartition du personnel par aire de santé.



Toutes les aires étaient représentées avec une prédominance du personnel de CSRef dans 36,84% des cas.

5-2 Les antécédents pathologiques

Tableau III : Répartition du personnel selon les antécédents pathologiques.

Les antécédents pathologiques	Effectif	Pourcentage(%)
Cardio vasculaire	16	36,36
Respiratoire	7	15,91
Autres pathologies	21	47,73
Total	44	100

La pathologie cardio-vasculaire a été majoritaire soit 36,66% des cas.

5-3 Tabagisme Passif

Tableau IV : Répartition du personnel selon la concession renfermant des fumeurs.

Concession renfermant de fumeurs	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	75	56,40
Non	58	43,60
Total	133	100

Le tabagisme passif a été signalé dans 56,40% des cas.

5-4 Tabagisme actif

Tableau V : Répartition du personnel selon le comportement vis-à-vis du tabac.

Habitudes	Effectif	Pourcentage (%)
Fumeurs	37	27,80
Ex fumeurs	19	14,30
Non fumeurs	77	57,90
Total	133	100

Les sujets non fumeurs constituaient 57,90% des cas.

Tableau VI : Répartition du personnel selon le motif d'entrée dans le tabagisme.

Motif	Effectif	Pourcentage (%)
Entourage	10	17,86
Stress	10	17,86
Plaisir	33	58,93
Publicité	1	1,78
Mode (snobisme)	2	3,57
Total	56	100

Le plaisir a été évoqué dans 58,93 des cas, ce pendant moins de 2% ont été sensibles à la publicité sur le tabac.

Tableau VII : Répartition du personnel selon l'âge du début du tabagisme.

Age en année	Effectif	Pourcentage (%)
7 à 20	38	67,86
21 à 30	15	26,78
31 à 40	3	5,36
Total	56	100

L'âge compris entre 7 et 20 ans a été évoqué dans 67,86 des cas.

Tableau VIII : Répartition du personnel selon le nombre de cigarettes fumées par jour.

Nombre de cigarettes fumées par jour	Effectif	Pourcentage (%)
10 ou moins	37	66,07
11 à 20	19	33,93
Total	56	100

La majorité de nos sujets fumaient au moins dix cigarettes par jour, soit 66,07% des cas.

Tableau IX : Répartition du personnel fumeur selon le sexe.

Sexe	Habitude			Total	Pourcentage
	Fumeur	Ex fumeur	Non fumeur		
Masculin	37	19	28	84	44,05%
Féminin	0	0	49	49	0
Total	37	19	77	133	27,82%

Le sexe masculin fumait dans 44,05% des cas

Tableau X : Répartition du personnel selon le motif d'arrêt du tabac.

Raisons	Effectif	Pourcentage (%)
Maladie	11	57,9
Economique	4	21,1
Indisposition de l'entourage	1	5,2
Emissions médicales (radio, télé presse)	3	15,8
Total	19	100

La maladie était le principal motif d'arrêt du tabac, soit 57,9% des cas.

Tableau XI : Répartition du personnel selon le coût direct mensuel estimatif du tabagisme.

Coût (CFA)	Effectif	Pourcentage (%)
1000 à 5000	9	16,07
5500 à 10000	20	35,71
10500 à 15000	17	30,36
15500 à 30000	10	7,86
Total	56	100

Près du quart des tabagiques dépensaient en moyenne 5500 à 10000 FCFA par mois pour leur consommation en cigarette, soit 35,71% des cas.

5-5 Les attitudes tabagiques

Tableau XII : Répartition du personnel selon l'attitude vis-à-vis du tabac en présence des patients.

Fumer en présence des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	6	10,70
Non	50	89,30
Total	56	100

Le tabac n'était pas fumé dans 89,30 des cas en présence des patients.

Table X III: Répartition du personnel selon l'attitude vis-à-vis du tabac en présence des enfants.

Fumer en présence des enfants	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	36	64,29
Non	20	35,71
Total	56	100

Les personnels qui fumaient en présence de leurs enfants constituaient 64,29% des cas.

5-6 Abandon du tabac

Tableau XIV: Répartition du personnel selon la tentative d'arrêt de fumer.

Essai d'arrêt	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	23	62,2
Non	14	37,8
Total	37	100

La plupart de nos agents fumeurs soit 62,2% ont essayé d'arrêter de fumer

Tableau XV : Répartition du personnel selon le souhait d'arrêt de fumer.

Souhait d'arrêt	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	28	75,7
Non	9	24,3
Total	37	100

Les sujets qui souhaitaient arrêter de fumer étaient représentés dans 75,7% des cas.

Tableau XVI : Répartition du personnel selon le type d'aide au sevrage.

Type de soutien	Effectif	Pourcentage (%)
Psychologique	6	24
Médicamenteux	11	44
Les deux	8	32
Total	25	100

Parmi les sujets qui souhaitent arrêter de fumer, 44% avaient exprimé le soutien médicamenteux.

5-7 Connaissances sur le tabac et la santé

Tableau XVII : Répartition du personnel selon le besoin d'information sur le tabagisme.

Besoin d'information sur le tabac	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	125	93,98
Non	8	6,02
Total	133	100

Le besoin a été exprimé dans 93,98% des cas.

Tableau XVIII : Répartition du personnel selon les moyens d'information.

Les moyens d'information	Effectif	Pourcentage (%)
Presse, radio télé	23	17,3
Publicité	23	17,3
Campagne nationale	0	0
Ancien consommateur	87	65,4
Total	133	100

Les anciens consommateurs représentaient 65,4% des cas.

Tableau XIX : Répartition du personnel selon les maladies causées par la cigarette.

Maladies	Effectif	Pourcentage (%)
Cancer bronchique	40	30 ,07
Maladies respiratoires	10	7,52
Maladies cardio-vasculaires	20	15,03
Tuberculose	30	22,56
Autres cancers	3	2,26
Autres maladies	30	22,56
Total	133	100

Le cancer bronchique a été signalé dans 30,07% des cas.

Autres cancers : œsophage, prostate, estomac, vessie

Autres maladies : impuissance sexuelle, amaigrissement, gastrite.

5-8 Lutte contre le tabagisme

Tableau XX : Répartition des sujets selon la connaissance de l'existence de la journée mondiale sans tabac.

Existence de la journée	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	65	49
Non	68	51
Total	133	100

Plus de la moitié de nos sujets soit 51% ne connaissaient pas l'existence de la journée mondiale sans tabac.

Tableau XXI : Répartition des sujets selon l'impact de la journée mondiale sans tabac sur la consommation du tabac.

Impact de la journée	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	42	32
Non	91	68
Total	133	100

Parmi les sujets enquêtés, 68% pensent que l'existence de la journée mondiale sans tabac n'a pas d'impact sur la consommation du tabac au Mali.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude était un travail prospectif transversal et exhaustif qui s'est étalé du 08 au 31 janvier 2009.

L'objectif était de décrire la prévalence du tabagisme et de déterminer les attitudes, les connaissances et les mesures de lutte anti-tabac. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaire individuel et a concerné 133 sur 140 personnels soit 95%.

I Profil sociodémographique :

a) La tranche d'âge :

-La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude était comprise entre 21 et 40 ans soit 66,90%. Diaw [43] avait trouvé une tranche d'âge de 30 et 40 ans soit 72%. Au Sénégal une étude réalisée par N'Diaye et coll. [14] chez les médecins exerçant à Dakar avaient trouvé un âge moyen compris entre 18 et 30 ans soit 60%.

Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge était la plus représentée dans l'échantillon.

b) Le sexe :

-Nous avons eu une prédominance masculine parmi la population enquêtée soit 63,2% avec un sexe ratio de 1,7. Ce résultat est similaire à celui de Diaw [43] qui avait eu 73,9% de sujets masculins. Notre résultat pourrait s'expliquer à cause du fait qu'il y'a plus d'hommes que de femmes dans les structures concernées

c) La profession :

-La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des infirmiers soit 28,60% tant dis que 80,72% de professionnels de Diaw [43] étaient des paramédicaux. Ce résultat est très significatif car la plupart de nos CSComs sont gérés par les infirmiers

Le personnel du CSRef était majoritairement représenté soit 36,84% du fait que c'était la structure la plus représentée

II Les antécédents pathologiques :

-Nous avons eu 36,36% de pathologie cardio-vasculaire ; 15,91% de pathologie respiratoire. Ces taux sont supérieurs à ceux de Diaw [43] qui avait trouvé 5,6% de pathologie cardio-vasculaire et 8,8% de pathologie respiratoire.

III Le tabagisme Passif :

La fréquence du tabagisme dans l'environnement familial de nos sujets était très importante soit 56,40% et cette habitude peut avoir une conséquence néfaste. Stéphanie [2] a eu la même conclusion à la fin de son enquête soit 63,80%. Il a été démontré que deux facteurs se conjuguent pour inciter les jeunes à allumer leur première cigarette : l'omniprésence du tabac dans l'environnement familial et culturel et l'intense pression des cigarettiers qui focalisent leurs manœuvres commerciales vers les jeunes.

IV Le tabagisme actif :

a) Habitudes tabagiques :

-Nous avons eu 27,80% de sujets fumeurs, 14,30 d'Ex fumeurs et 57,90% de sujets non fumeurs. Diaw [43] avait trouvé 12,9% de fumeurs, 13,2% d'ex fumeurs et 73,9% de non fumeurs. Au Maroc une étude réalisée par Alaoui et coll. [17] chez le personnel de santé ont trouvé 14,9% de fumeurs ; 7,6% d'ex fumeurs et 77,5% de non fumeurs. Le taux élevé de fumeurs pourrait s'expliquer par la diversité de la catégorie socioprofessionnelle, l'inaccessibilité à l'information et la tranche d'âge dominante.

b) Motif du tabagisme :

Parmi les facteurs initiateurs du tabagisme, le plaisir a été fréquemment cité soit 58,93% ; moins de 2% avaient débuté en imitant la publicité. Effectivement les personnes d'une certaine admiration (acteurs de cinéma, ou stars de musique) quand elles fument à l'écran emmènent souvent les jeunes à fumer en tendant simplement de les imiter , ou enfin d'acquérir cette image du tabac que renvoie la publicité comme moyen d'être mature, adulte, populaire et attirant. Ces motivations ont été retrouvées par Diaw [43] parmi le personnel médical et paramédical du CHU du point G où 55,38% avaient fumé leur première cigarette par plaisir ; 24,15% par stress et 13,85% par l'entourage.

c) Age de début du tabagisme :

-L'âge de début du tabagisme chez nos sujets était compris entre 7 et 20 ans soit 67,86%. Diaw [43] avait trouvé cette même tranche d'âge avec un taux de 76,9%. Liliane [42] avait trouvé un âge minimum du début variant entre 14 et 16 ans.

Tous ces résultats indiquent qu'il est notoire que les jeunes fument précocement. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que c'est généralement dans cette tranche d'âge que le jeune veut s'affirmer ,se faire passer pour un « adulte » , s'identifier à ses modèles.

d) Nombre de cigarettes fumées par jour :

-Nous n'avons pas trouvé au cours de cette étude de gros fumeurs (c'est-à-dire qui fume plus d'un paquet par jour), 66,07% de nos agents fumaient moins de dix cigarettes par jour et 33,93% fumaient un paquet par jour. Diaw [43] au cours de son étude avait

trouvé 20% de gros fumeurs chez le personnel médical et paramédical du CHU du Point G.

e) Tabagisme et Sexe :

- Au cours de notre étude seuls les hommes étaient les tabagiques. Liliane [42] avait trouvé 95% d'hommes fumeurs et 5% de femmes fumeuses. L'absence de tabagisme féminin serait due au fait qu'il est encore condamné dans notre société en raison de la pluralité des coutumes. La femme qui fume est critiquée et marginalisée par les siens.

f) Raisons d'arrêt de fumer :

-Parmi les sujets qui avaient arrêté de fumer, les raisons d'arrêt étaient similaires à celles observées par COORREMAN et coll. [44] chez les élèves infirmiers au Maroc à savoir les problèmes de santé qui occupaient la première place soit 57,9%. Notre résultat est différent de celui de Diaw [43] avec la culpabilité qui occupait 45,5% des cas.

g) Dépenses hebdomadaires :

-Nous avons trouvé 35,71% de fumeurs qui consommaient en moyenne 5 500 à 10 000 FCFA par mois soit 25% du revenu mensuel ; 30,36% consommaient 10 500 à 15 000 FCFA par mois soit 37,5% du revenu mensuel et 17,86% consommaient 15 500 à 30 000 FCFA par mois soit 75% du revenu mensuel. Ces valeurs sont largement supérieures à celles de Diaw [43] dont le coût maximum était 7 000 FCFA et Liliane [42] dont les sujets tabagiques ne dépensaient pas plus de 5 000 FCFA. Ceux-ci pourraient s'expliquer par le fait que quelque soit le revenu qu'il soit élevé ou faible, le fumeur s'engage à tout prix pour palier ses besoins en cigarette.

h) Les attitudes tabagiques :

-La plupart de nos personnels ne fumaient pas en présence des patients soit 89,30%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le personnel soignant doit toujours montrer le bon exemple de ne pas fumer dans le but de promouvoir un environnement sain pour ses patients.

-Plus de la moitié de nos sujets fumaient en présence de leurs enfants soit 64,29%. Le tabagisme passif est grave chez les enfants à cause des risques élevés d'infections respiratoires à répétition, les infections de l'oreille moyenne, le risque de mort subite et même le cancer de poumon.

i) Abandon du tabac :

-Parmi les fumeurs 62,2% avaient manifesté le désir d'arrêter de fumer. Ce résultat est en dessous de celui de Diaw [43] dont 86,2% de ses sujets avaient déjà essayé d'arrêter de fumer.

-Actuellement 75,7% de nos fumeurs souhaitent cesser de fumer, 44% pensent avoir besoin de soutien médicamenteux. Cette tendance converge avec l'étude faite par Diaw [43] où 93,7% de ses sujets souhaitaient arrêter de fumer et 81,25% avaient exprimé le soutien psychologique et /ou médical.

V Connaissances sur le tabac et la santé :

-Dans notre étude 73,98% du personnel avaient jugé nécessaire d'avoir une bonne information sur le tabac contre 83,1% des sujets de Diaw [43].

-Parmi les moyens d'information proposés (émissions médicales, publicité, campagne nationale et les anciens consommateurs) ; les anciens consommateurs ont été constamment sollicités avec un taux de 65,4% suivis d'émissions médicales et de publicité chacune

17,3%. Tous ces éléments font penser comme N'Diaye et coll. [14] que les ex fumeurs doivent être nécessairement impliqués dans la sensibilisation de tous les fumeurs pour l'aide au sevrage. Dans l'étude faite par Diaw [43], tous les moyens proposés : médias, contact personnel, consultation anti- tabac, campagne nationale avaient recueilli plus de 50% d'avis favorables avec une prédominance pour les media à plus de 60%. Dans l'étude de N'Guyen et Coll. [22] ; un médecin était demandeur d'une formation IEC. Au Maroc COOREMAN et coll. [44] ont retrouvé une forte préférence pour la consultation anti-tabac soit 69% et le contact personnel 79%.

-Parmi les maladies causées par la cigarette, la majorité de nos sujets avaient cité le cancer bronchique soit 30,07%, 15,03% de maladie cardio-vasculaire ; 7,52% de maladies respiratoires.

Ce pendant 22,56% pensent que la tuberculose est causée par la cigarette. Au cours d'une étude menée chez les lycéens de Bamako [2], plus de 90% pensaient que le tabac est un facteur favorisant de la survenue de certaines maladies parmi elles la bronchite et autres maladies pulmonaires. Ces résultats interpellent la société toute entière. Les parents, les éducateurs, les agents de santé , le gouvernement doivent jouer un rôle prépondérant dans la promotion d'un « monde » sans tabac.

VI La lutte contre le tabagisme :

-Presque la moitié de nos sujets enquêtés soit 51% ignorent l'existence de la journée mondiale sans tabac. Mais parmi eux, seulement 32% pensaient qu'elle a eu aujourd'hui un impact sur la consommation du tabac au Mali. Ce constat est différent de celui observé par Stéphanie [2] où un peu plus de la moitié des jeunes

étaient au courant de la journée mondiale sans tabac et parmi eux seulement 1/3 pensaient qu'elle a eu aujourd'hui un impact sur la consommation du tabac au Mali.

Le Mali fut l'un des premiers pays Africains à adopter une loi anti-tabac avec une interdiction de la publicité et du parrainage. Suite aux pressions des multinationales du tabac, cette loi est suspendue mais non abrogée. Le ministère de la santé a établi des stratégies pour le plan d'action nationale de lutte contre le tabac 2002- 2007 **[39]**.

Sur le plan de la prise en charge individuelle du tabagique, il n'y a pas de « méthode pour arrêter de fumer, mais la nécessité d'une approche spécifique adaptée aux caractéristiques de chaque fumeur [33]. La stratégie désormais recommandée est basée sur une prise en charge globale des dépendances psychiques et physiques en association avec des techniques de modifications comportementales **[33 ; 39]**.

VII CONCLUSION

La lutte contre le tabagisme reste l'une des priorités qui font l'objet de mesures nouvelles dans le combat pour la santé publique que mène l'OMS.

Le tabagisme constitue en effet un problème de santé publique très actuel, avec des répercussions inquiétantes qui devraient aller en s'aggravant dans les années à venir en raison de la précocité du tabagisme, de sa féminisation et de sa délocalisation dans les pays en développement

Au total sur 133 agents recensés 63,20% étaient des infirmiers, le tabagisme passif a été évoqué dans 56,40% des cas.

Nous avons trouvé : 27,80% de fumeurs .La majeure partie avait commencé à fumer entre 7 et 20 ans et consommait moins d'un paquet par jour.

Plus de la moitié de ses sujets ne fumaient pas en présence des patients mais fumaient en présence de leurs enfants.

Actuellement 75,7% souhaitent cesser de fumer, 44% pensent avoir besoin de soutien médicamenteux ; 93,98% du personnel souhaitent d'avoir une bonne information sur le tabac. Les anciens consommateurs ont été signalés comme principal moyen d'information. Presque la moitié de l'échantillon ignore l'existence de la journée mondiale sans tabac.

VIII RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude des recommandations ont été formulées et s'adressent :

« **Au Ministère de la santé**

- Augmenter la proportion des médecins dans les structures sanitaires du 1^{er} niveau ;
- Informer la population sur l'existence de la journée mondiale sans tabac.

« **A la Direction Régionale de la Santé de Koulikoro**

- Créer des structures d'aide au sevrage tabagique ;
- Assurer la formation du personnel dans l'aide au sevrage.

« **A l'Administration du CSRef**

- Interdire toute forme de tabagisme dans le CSRef et dans tous les CSCom ;
- Confectionner des pancartes montrant les dangers du tabagisme à l'entrée du CSRef et dans tous les CSCom.

« **Au Personnel soignant**

- Informer les populations sur les risques du tabagisme au cours des consultations mais également par des émissions médicales.

« **Aux Associations de lutte contre le tabagisme**

- Multiplier des conférences débats, les campagnes d'éducation et de communication (IEC) sur le danger du tabagisme auprès de la population.

IX REFERENCES

- 1** Banque Mondiale : Maitriser l'épidémie, l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.
Washington 2000, P10, 53,57.
- 2** Tchuinden Stéphanie Flaviette : tabagisme chez les lycéens dans le district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2002 P1 N° 39
- 3** Banque mondiale : maîtriser l'épidémie, l'état et l'aspect économique de la lutte contre le tabagisme.
Washington, Ester 200, 143P
- 4** Haïdara A. M : le tabac et les intoxications des fumeurs.
Proposition et moyen de lutte contre le tabagisme au Mali. BKO 1981 N° 6
- 5** La ligue nationale contre le cancer : le tabac pour mieux connaître ses dangers. Paris 2000 P11
- 6** Traoré M.B : Diverses utilisations du tabac au Mali et leurs incidences sur la santé et le développement.
Thèse Pharm. BKO 1983
- 7** Kouana Dena : Eude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du Mali. Thèse de Médecine. BKO 1994-P25
- 8** POROT (A) : Le tabac pour mieux connaître ses dangers 1983
- 9** Paul FREOUR : le médecin, le fumeur et le tabac
- 10** OMS : Fiche d'information N°3
- 11** Benowitz et coll. 20002 : le tabagisme que sais-je ?
- 12** Grossman DW, Konox JJ, Nash C and Jiménez J G : Smoking : Attitudes of costarican physicians and opportunities for intervention. Bull World Health Organ 1999; 77; 315-22.

13 Baylet R, Frament V, Diop S, Ndobelinga, De Moderios D: Enquête sur l'utilisation du tabac dans les centres contumiers et en milieu urbain à Dakar

Dakar Médical 1974 ; 19 ; 77=315-22

14 Ndiaye M, Hane AA, Ndir M, Ba O, Diop, Dia D, Kandji M : le tabagisme parmi les médecins exerçant à Dakar. Revu pneumol clin 2001 ; 57 : 7-11

15 Josseran L, King G, Velter A, Dressen C : Smoking behavior and opinions of french général practitioners. J Nalt Med Assoc 2000; 92: 382-90

16 Pobee Jom, Larbi EB, Kpodonou J: The profil of African Smoker. E Afr. Med 1984; 61: 227-33

17 Alaoui Yazidi A, El Bazie M, El Meziane A: tabagisme chez le personnel de santé au Maroc. 5^e conférence panafricaine de santé au travail. Tunis, 22 septembre – 2 octobre 1993

18 S Nafti, A Bakir, A Chiban : le tabagisme chez les étudiants en médecine d'Algerie. Rev. Mal. Respir 2005 ; 22 : 1998

19 Taieb, Piergiovani J, Mariono N : De la première cigarette à fumer régulier. Rev. Mal. Respir 2005 : 22 : 1s99

20 Carion, Valero F, Blazavalia P : smoking in health care workers identification of related factors. Arch pneumol 1998; 34: 379-83

21 Ravel C, Bardote E, Pujot E, Hoa D: Acteurs prédictifs du sevrage tabagique au sein d'une population vue en consultation spécialisée. Rev .Mal Respir 2005 ; 22 : 1s100

22 Nguyen LT, Perrot J : Pratique des médecins généralistes, pneumologues, médecins du travail et tabacologues, addictologues face à la BPCO et au tabagisme. Rev. Mal, Respir 2005 ; 22 : 1597.

23 International Agency for research on cancer.

IARC monographs on the évaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans, 1986, vol 38

24 Jean Chretien : Pneumologie (Masson) P115

25 Bennett, Plum, Gill, Kokko, Mandell, Ockner, Smith : traité de médecine interne. Cecil. Médecine. Sciences. Flammarion P34-35

26 Haillet O, Lanson Y: le cancer du rein de l'adulte. Rev du praticien. Paris 1992,42(10) : 1211-1215

27 Programmes nationaux de lutte contre le cancer :

Politiques et principes gestionnaires. OMS (Genève) 1996 P31

28 Pretet, Marsac J : le tabagisme, Encyclopédie M.C, Paris 1992

29 La ligue nationale contre le cancer : « le vrai combat ». Guide de l'utilisateur 2000. P10-27

30 Bernard Lebeau : université francophone. UREF – Pneumologie 1989 P 56

31 J Germonty et F Bonnaud : Dossiers médicochirurgicaux de l'infirmière. Fascicule 22. Pneumologie (Malaine SA-editeur) : les affections pulmonaires P115

32 Chabaïnou A, Sellam A, Achachi L : evaluation en milieu pneumologique et cardiologique, 130 cas. Rev. Mal. Respir 2005 ; 22 : 1s101

33 Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac. Paris : EDK ; 1998

34 Talmond J, Lallert M J, Randriamanantenasoa C : Effets et méfaits du tabac en Afrique Noire. Apport du sport. Médecine Afrique Noire 1990, 37 (11) : 689-698

35 Journée mondiale sans tabac : 31 mai 2000. OMS. Fiche d'information N°5

- 36** Largue G et Marel A : Tabagismes et maladies vasculaires, encyclopédie médico-chirurgicale. (Elsevier, paris). Cardiologie, angiologie, 11-930-6. 1997, P5
- 37** Rush D, Callahan KR : Exposure to passive smoking and child development. A critical review, Anny Academic Science. 1989, 562, 74-100
- 38** Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) : Tabacco smoking. Monographis du CICR sur l'évaluation de la cancerogenicité pour l'homme des substances chimiques. Lyon 1986, vol 86
- 39** Agence Française de sécurité sanitaire des produits sanitaires : les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Rev. Pneumol clin 2003, 59 : 291-34
- 40** Ministère de la santé de l'hygiène et de la prevention du Mali : Plan d'action nationale de lutte contre le tabac, 2002-2007
- 41 Strategies publics consultants SARL : Etat des lieux du tabac au Mali (décembre 2003)
- 42** Youche Longue Liliane : Etude du tabagisme chez les sujets âgés 15-30ans dans le village de point G à Bamako à propos de 360 cas. Thèse de Médecine : Bamako 2005 80P ; N°131
- 43** A Diaw : tabagisme chez le personnel médical et paramédical à l'hôpital national du point G. Thèse de Médecine 2008 N°168
- 44** Cooreman J, Pretet, Levallois M, Marsac J, Perrize S : Le tabagisme chez les élèves infirmiers. Rev. Mal. Respir 1998 ; 5 :115-21.

X. ANNEXES

1- FICHE d'ENQUETE

Numéro _____

Date de remplissage ____/ ____ / _____

Identité

- Nom et prénom (facultatif).....
- Age : a) 15-20 ans /...../, b) 21- 40 ans /...../,
c) 41-60 ans /...../, d) ≥ 61 ans /...../
- Sexe : a) Masculin /...../, b) Féminin /...../
- Etes-vous ? Célibataire /...../, Marié (e) /...../
Divorcé (e) /...../, Veuf (ve) /...../
- Avez-vous des enfants ? Oui /...../, Non /...../
- Profession : a) Médecin /...../ b) Infirmier /...../
c) Sage femme /...../ d) Matrone /...../
e) Etudiant /...../ f) Aide soignant /...../
g) Manœuvres et chauffeurs /...../
h) Autres à préciser.....
- Aire de santé.....
- Avez-vous souffert, dans le passé de :
- Pathologie cardio-vasculaire Oui /...../ Non /...../
- Autre pathologie Oui /...../ Non /...../
- Si oui la
quelle ?.....
- Dans votre maison, y'a-t-il quelqu'un qui fume (ait) ?
Oui /...../ Non /...../
- Si oui qui est-ce ? : a) Votre père /...../, b) Votre mère /...../
c) Votre frère/...../
d) Autre personne à préciser.....
- Savez- vous le motif de son tabagisme ? Oui /..... / Non /...../
- Est-ce qu'il fume (ait) à votre présence ? Oui /...../ Non /...../
- A quand date son tabagisme ?.....
- Etes-vous ? : a) Fumeur/...../, b) Ex- fumeur /...../,
c) Non- fumeur /..... /
- Précisez le motif d'entrée dans le tabagisme ?
a) Entourage /...../, b) Stress/...../, c) Plaisir /...../
d) Publicité /...../ e) Mode (snobisme) /..... /
f) Autre à préciser.....
- Depuis combien de temps fumez- vous ?.....
- A quel âge avez-vous commencé de fumer ?..... (ans)
- Quel type de cigarettes fumez-vous ?.....

- Combien de cigarettes fumez- vous par jour ?
 - a) 10 ou moins /..... /, b) 11 à 20 /..... /,
 - c) 31 ou plus /...../
- Fumez-vous en présence de vos patients ? Oui /.... /, Non /.... /
- Fumez- vous en présence de vos enfants ? Oui /.../, Non /.... /
- Fumez-vous si une maladie vous oblige à rester au lit ?
Oui /...../, Non /..... /
- A quels moments fumez-vous ?.....
- Etes-vous malade actuellement ? Oui /...../, Non /..... /
- S oui quel type de maladie ?.....
- Pensez-vous que cette maladie est en rapport avec votre tabagisme ?
Oui /...../ Non /...../
- Si Ex- fumeur :
 - 1- Depuis combien de temps avez-vous cessé de fumer ?.....
 - 2- Pour quelle (s) raison (s) avez-vous cessé de fumer ?
 - a) Maladie /...../, b) Economique /..... / c) Indisposition de l'entourage /...../,
 - d) Religieuse /...../, e) Emissions médicales (radio, télé, presse) /..... /,
 - f) Autre à préciser
- Quel est (était) le coût mensuel estimatif de votre tabagisme ?
.....FCFA
- Pensez-vous qu'il soit indispensable que vous puissiez disposer d'une bonne information sur le tabac ? Oui /...../, Non /...../
- Pensez- vous qu'il soit dans le rôle du personnel soignant d'aider les autres à arrêter de fumer ? Oui /...../, Non /.... /
- Citez une maladie causée par la cigarette
- Trouvez- vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits interdits ?
Oui /...../, Non /..... /
- Est-ce qu'une bonne chose de faire la publicité du tabac ?
Oui /..... /, Non /...../
- Savez-vous qu'il existe une journée mondiale sans tabac ?
Oui /...../ Non /..... /
- Pensez-vous qu'une telle journée ait un impact sur la consommation du tabac au Mali ? Oui /..../, Non /..... /
- Quel est le moyen d'information qui vous parait le meilleur pour arrêter de fumer.
 - a) Presse, radio, télé / /
 - b) Publicité / /

- c) Campagne nationale / /
- d) Ancien consommateur / /
- e) Autres (préciser).....
- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?
Oui /..... /, Non /...../
- Si oui, pourquoi ?.....
- Si non, souhaiteriez-vous actuellement cesser de fumer ?
Oui /...../, Non /...../
- Quel type de soutien ?
- a) Psychologue /...../, b) Médicamenteux /...../,
- c) Les deux /...../

2 Fiche Signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : Demba

Titre : Prévalence du tabagisme chez le personnel socio sanitaire du cercle de Kolokani

Année académique : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto Stomatologie de L'Université de Bamako

Résumé: Notre étude a porté sur 133 agents de santé présents au moment de l'enquête et ayant consenti à répondre à notre questionnaire. Il s'agissait d'une étude allant du 08 au 31 janvier 2009 soit une période d'un mois. Parmi notre échantillon 27,80% étaient des fumeurs, 14,30% d'Ex fumeurs et 57,90% de non fumeurs Les raisons motivant la consommation de la cigarette était dominée le plaisir chez 58,93%.

Les dépenses hebdomadaires dues à l'achat des cigarettes étaient de 5 500 à 10 000 FCFA par mois soit 25% chez 35,71% de fumeurs. Parmi les fumeurs 62,2% avaient manifesté le désir d'arrêter de fumer ; 75,7% souhaitent cesser de fumer. Parmi les maladies causées par la cigarette, la majorité de nos sujets avaient cité le cancer bronchique soit 30,07%. Les 73,98% du personnel avaient jugé nécessaire d'avoir une bonne information sur le tabac. Plus de la moitié de nos sujets pensaient qu'il faut surtout impliquer les anciens consommateurs pour mieux informer les dangers liés au tabac enfin que les jeunes abandonnent cette mauvaise pratique. Presque la moitié de nos sujets enquêtés soit 51% ignorent l'existence de la journée mondiale sans tabac.

3- SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure