

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de
La Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013

N°...../

Thème :

Connaissances et comportements
tabagiques des patients dans le service de
chirurgie « A » du Centre Hospitalier

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/.../2013 Devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

PAR : *M. PLEA Adama Moussa*

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

Jury

Président	:	Pr SANOGO Zimogo Zié
Membre	:	Dr TOLOBA Yacouba
Co-directeur	:	Dr OUATTARA Moussa Abdoulaye
Directeur	:	Pr YENA Sadio

Dédicace :

Je dédie ce travail à :

Mon père, feu Moussa Pléa

Merci de m'avoir enseigné les vertus du travail bien fait, de l'amour de mon prochain et de la persévérance. Cher père je n'oublierai jamais tous les conseils que tu n'as jamais cessé de m'inculquer. Retrouve ici l'expression de tout mon amour. Que ton âme repose en paix, amen.

Ma mère, Bintou Coulibaly

Femme forte, courageuse, tu n'as ménagé aucun effort pour que tes enfants bénéficient de la meilleure éducation possible. Ce travail est le résultat de tes efforts constants, et tes bénédictions constantes. Puisse Allah te garde longtemps avec nous.

Remerciements :

A mes frères et sœurs : Assitan Pléa, Bakary Tangara, Ousmane Pléa, Ramata Pléa, Fatoumata Pléa, Oumar Pléa, Lassina Pléa, Hawa Pléa et Djélika Pléa. Chers frères et sœurs préservons l'unité et l'entraide qui ont toujours prévalués entre nous.

A la famille Yéna à Banankabougou,

Papa, Mama ainsi qu'à toute la famille je dis merci pour tout le soutien moral et financier. Qu'Allah nous prête une longue vie accompagnée de santé et de bonheur.

A la famille Traoré à Niamakoro cité UNICEF,

Vous m'aviez accueilli chaleureusement dans votre famille. Ma thèse fut une de vos préoccupations majeures. Recevez tout mon respect et ma reconnaissance.

A ma tante Tilengo Pléa,

Que Dieu le tout puissant te protège et t'accorde une longue vie couronnée de santé et de bonheur.

Mention spéciale à mon grand frère et cher maître Pr Sadio Yéna,

Merci pour votre soutien indéfectible. Ma thèse fut une de vos préoccupations majeures. Recevez tout mon respect et ma reconnaissance les plus sincères.

A mes amis et camarades de la FMPOS : Adama M. Coulibaly, Amadou L. Fofana, Bakoroba Ballo, Birahim Y. Gueye, Youba Kandako, Lassana Sanogo, Abdoul Rachid Ibrahim, Mamadou Gory, Mahamadou Sokona, Seydou Camara, Salif Konaté, Moussa S. Samaké, Mamadou Balam, Fatoumata Bomou, Djouma Kansaye, Aminata Nènè Konipo, Rokiatou Diarra, Aminata Dabo, Fatoumata M.B. Cissé, Chers amis et camarades, je n'ai pas de mots pour qualifier tous les bons moments et les difficultés que nous avons affronté ensemble. Tout simplement merci. Recevez ici toute ma gratitude.

A la grande famille RASERE,

Qui m'a accueilli comme un frère, saches que, je ne t'oublierai jamais. « La parole n'est que la parole, la puissance réside dans l'action ».

A tous mes maitres qui m'ont enseigné de l'école fondamentale jusqu'à la fin de mes études :

Retrouvez ici tout mon respect et toute ma reconnaissance.

A mes aînés, que je me priverai de citer les noms par souci de ne pas en oublier. Chers aînés votre soutien et vos conseils n'ont jamais fait défaut tout le long de notre cycle universitaire. Trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A mes amis d'enfance,

Daouda Doucouré, Abdramane Diarisso, Ibrahim Niaré.

Au personnel du Service de Chirurgie « A » du CHU du Point G,

Vous m'avez accueilli chaleureusement dans votre Service. Ma thèse fut une de vos préoccupations.

Une de vos qualités qui m'a beaucoup impressionné c'est votre unité. Que Dieu le tout puissant nous protège et nous accorde une longue vie couronnée de santé et de bonheur.

Recevez tout mon respect et toute ma reconnaissance pour le soutien sans faille que vous m'avez accordé.

A tous les malades du Service de Chirurgie « A » du CHU du Point G,

Je n'oublierai jamais le temps qu'on a passé ensemble. Je prie le tout puissant Allah pour qu'il nous accorde une longue vie et une santé de fer afin de bien poursuivre nos activités quotidiennes.

Au personnel du Service de Chirurgie Thoracique de l'Hôpital du Mali, service dans lequel nous avons achevé ce travail. Je prie Allah le tout puissant pour que la chirurgie thoracique puisse prospérer au Mali à fin qu'elle continue à soigner ces multiples malades dans un cadre de vie beaucoup plus conforme et avec des moyens plus avancés. En fin que Dieu fasse régner la paix et l'entente entre vous.

A L'association des étudiants ressortissants de Ségou et sympathisant : AMERS, venu de la même région administrative nous nous sommes retrouvés ici à la FMPOS et avons toujours collaboré comme des frères.

Je suis fier d'être de Ségou, je prie Allah pour que l'entente et la solidarité puissent demeurer entre nous comme une famille.

A ma patrie le Mali,

Cher pays où j'ai vu le jour, tu m'as tous donné en commençant par l'enseignement, le droit d'avoir une nation à travers le monde etc.

Cher Mali, je prie Allah le tout puissant pour que nous puissions sortir de cette crise et retrouver l'unité de la nation.

Enfin à tous ceux qui ont, de près ou de loin, bien voulu participer à l'élaboration de ce travail,

Merci pour vos aides morales, financières et matérielles.

A notre maître et Président du Jury :

Pr SANOGO Zimogo Zié

- Professeur agrégé de chirurgie générale à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.
- Praticien hospitalier au CHU du Point G.
- Malgré vos multiples occupations, vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury.
- Ceci témoigne de votre engagement à transmettre à la jeune génération l'immense savoir acquis au cours de votre brillante carrière, mais aussi de votre générosité.
- En somme cher maître nous aimerions vous ressembler malgré le temps que sa prendra et demandons au Seigneur de vous garder longtemps pour l'Afrique en général et le Mali particulièrement.
- Sachez que nous sommes très honoré de vous avoir comme Maître et de compter parmi les bénéficiaires de vos conseils si précieux.

A notre Maître et juge :

Dr Yacouba TOLOBA

- Maître-Assistant en Pneumologie
- Praticien Hospitalier au CHU Point G
- Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.
- Votre exigence scientifique, votre disponibilité et votre abord facile font de vous un enseignant respecté et considéré.
- Recevez cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.
- Que Dieu vous donne une longue vie afin que nous puissions continuer à bénéficier de vos enseignements.

A notre Maître et co-directeur :

Dr OUATTARA Moussa Abdoulaye

- Maître-assistant en chirurgie générale, thoracique et cardiovasculaire.
- Secrétaire général de la SOTCAV.
- Praticien hospitalier à l'hôpital du MALI.
- C'est un privilège pour nous de vous avoir à nos coté même le dernier jour du travail, vous êtes un homme pragmatique qui nous a toujours enseigné la rigueur dans le travail.
- Votre compétence théorique et votre habilité dans la pratique chirurgicale font de vous une référence pour nous jeunes apprenants.
- Vos conseils et vos critiques sont pour beaucoup dans la qualité de ce travail.
- Veuillez accepter l'expression de notre sincère remerciement.

A notre Maître et directeur de thèse :

Pr YENA Sadio

- Professeur agrégé en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.
- Chef de service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire de l'hôpital du MALI.
- Président de la SOTCAV.
- Cher maitre, ce travail est le vôtre.
- Vous nous avez fait un immense honneur en nous confiant ce travail original tout en mesurant l'ampleur des difficultés.
- Malgré vos multiples occupations vous nous avez ouvert grandement vos portes ce qui a donné à ce travail toute sa valeur.
- Votre dévouement pour la formation continue des étudiants est sans limite.
- J'ai découvert en vous un homme rigoureux au sens de responsabilité élevé.
- Veuillez agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Liste des abréviations :

- **ALUTAS MALI** : Association de lutte contre le tabac, l'alcool et les stupéfiants
- **BAT** : British American Tobacco
- **BPCO** : Broncho-pneumopathies chroniques obstructives
- **CHU** : Centre hospitalier Universitaire
- **CO** : Monoxyde de carbone
- **COCAN** : Commission d'organisation de la coupe d'Afrique des Nations
- **FDA** : Food and Drug Administration
- **FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **OHVN** : Office de la Haute Vallée du Niger
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ORL** : Oto Rhino Laryngologie
- **RELUTAS MALI** : Regroupement des ONG et Associations de Lutte contre Tabac et les Stupéfiants au Mali
- **SONATAM** : Société nationale de tabac et allumettes du Mali
- **UEMOA** : Union économique et monétaire ouest africain
- **VADS** : Voies aéro-digestives supérieures
- **VEMS** : Volume expiratoire maxima seconde
-

SOMMAIRE :

I- INTRODUCTION

II- OBJECTIFS

III-GENERALITES

IV- METHODOLOGIE

V- RESULTATS

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VII- CONCLUSION

VIII- RECOMMANDATIONS

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction :

Le tabac est aujourd'hui une cause majeure de décès évitables dans les pays développés et en voie de développement. Chaque jour, plus de 13000 personnes dans le monde meurent des conséquences du tabagisme [1, 2, 3]. En supposant que la prévalence de la consommation de tabac demeure constante, l'OMS projette qu'entre 2000 et 2025 le nombre de fumeurs passera de quelque 1,2 milliards à plus de 1,7 milliards, et que le nombre annuel des décès, actuellement estimé à 5 millions environ, doublera en 20 ans [4].

Parmi tous les problèmes de santé publique, l'épidémie de tabagisme fait figure d'exception. Le tabac et les produits du tabac sont des produits de consommation très courants et hautement appréciés. Son usage est considéré comme acceptable dans de nombreuses cultures. La promotion agressive à laquelle se livre l'industrie du tabac, ainsi que les conditions permissives qui font du tabac un produit aisément accessible et bon marché, jouent un rôle majeur pour amener les jeunes à commencer à fumer. L'accoutumance induite par la nicotine garantit que la majorité des consommateurs de tabac en resteront dépendants à vie. Plusieurs pays possèdent ou subventionnent l'industrie nationale du tabac, et les revenus tirés du tabac constituent une part non négligeable de l'économie de bien des pays [5]. Les aspects économiques de la production et de la consommation de tabac doivent donc jouer un rôle central dans l'élaboration de stratégies visant à en réduire l'usage [1, 3].

Le tabagisme est responsable d'une augmentation très importante des risques de complications péri-opératoires, mais il est trop souvent négligé [6]. Une bonne prise en charge du tabagisme apporterait un bénéfice rapide en termes de diminution des complications générales et du site opératoire en particulier, ce qui constituerait un gain important en termes de santé et en termes d'économie [6].

Toutefois, les coûts sanitaires et économiques de l'usage du tabac ne sont pas supportés par les seuls consommateurs, mais par la société dans son ensemble [1].

En France, 65 000 décès annuels sont liés à la consommation de tabac. La lutte contre le tabagisme constitue une des préoccupations les plus importantes en santé publique et est un des principaux objectifs du plan de lutte contre le cancer mis en place par le gouvernement [6].

Aux Etats Unis le tabac est responsable de 400.000 morts 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 cardio-vasculaires, selon un rapport des centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies [1].

Au Mali, dans les études effectuées sur le tabagisme, très peu d'enquêtes se sont intéressées aux connaissances et comportements tabagiques des patients en milieu chirurgical.

Cependant une enquête nationale sur le tabagisme des jeunes a retrouvé une prévalence de 28% chez les jeunes de l'école fondamentale [7].

C'est pourquoi il nous a paru important d'étudier les connaissances et comportements tabagiques des patients dans le service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Pour traiter ce sujet nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

I. Objectifs :

1- Objectif général :

- Etudier les connaissances et comportements tabagiques des patients dans le service de chirurgie « A ».

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des malades ;
- Déterminer la prévalence du tabagisme chez les malades ;
- Evaluer le niveau d'information des malades relatif aux dangers du tabagisme ;
- Décrire le comportement tabagique des malades.

II. Généralités :

1. Historique :

On suppose que la culture du tabac a débuté sur le continent Sud-américain il y a plus de 8000 ans. Certains situent ces origines sur l'Ile de Tobago dans les caraïbes [2].

Depuis plus de 2000 ans les amérindiens utilisent le tabac dans les rituels religieux et pour ses vertus médicinales (utilisé comme analgésique ou dans sa forme mâchée contre les rages de dents) [2].

En 1588, le premier promoteur connu du tabac, Thomas Haret, préconise l'usage du tabac fumé ou inhalé. Il est mort d'un cancer du nez, imputable dans la lumière des connaissances actuelles à la prise de tabac.

En 1700, Lorillard crée la première compagnie du tabac, compagnie qui à l'heure actuelle est la plus ancienne au monde [2].

C'est à la fin du XV^{ème} siècle que les européens découvrirent le tabac [2].

Jean Nicot en 1560 l'introduisit en France. Il le fit connaître à la reine Catherine de Médicis qui l'utilisa pour ses migraines. Cela exhorta le succès de l'herbe de Nicot à laquelle on attribua des vertus médicales et des pouvoirs magiques [2].

L'entrée du tabac en Afrique s'est faite par le Maroc d'abord en 1593 et au Soudan français pendant la période coloniale dans le but d'occuper les paysans pendant la saison sèche. Dès la fin du XV^{ème} siècle le tabac était connu dans le monde entier.

Le tabac sous forme de cigare voit le jour puis la forme de cigarette [8].

Si aujourd'hui la nocivité du tabac pour la santé est connue, c'est surtout grâce à l'américain Pearl qui établit en 1938 un lien entre la consommation du tabac et l'abrégement de la vie [2].

2. Tabac et tabagisme :

La plante du tabac, *Nicotiana tabacum*, fait partie de la famille des solanacées [9].

C'est l'espèce la plus cultivée dans le monde. Au Mali on cultive traditionnellement la variété *Rustica*. La culture se fait par semis sous forme de pépinière. Les plants sont ensuite repiqués. La température optimale pour la végétation est de 27°C, le sol doit être sablonneux et léger, riche en éléments fertilisants notamment l'azote, l'acide phosphorique et la potasse. Ces éléments ont une influence sur la qualité du tabac

produit. Après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis fermentation avant d'être prêt à la consommation. Le tabac peut être consommé avec de la fumée (cigarette, cigare, pipe) ou sans fumée (tabac à chiquer ou à priser) [9].



a : Plante de tabac



b : Plantation de tabac

Figure 1 : *Nicotiana tabacum*

La composition de la fumée de 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) [10].

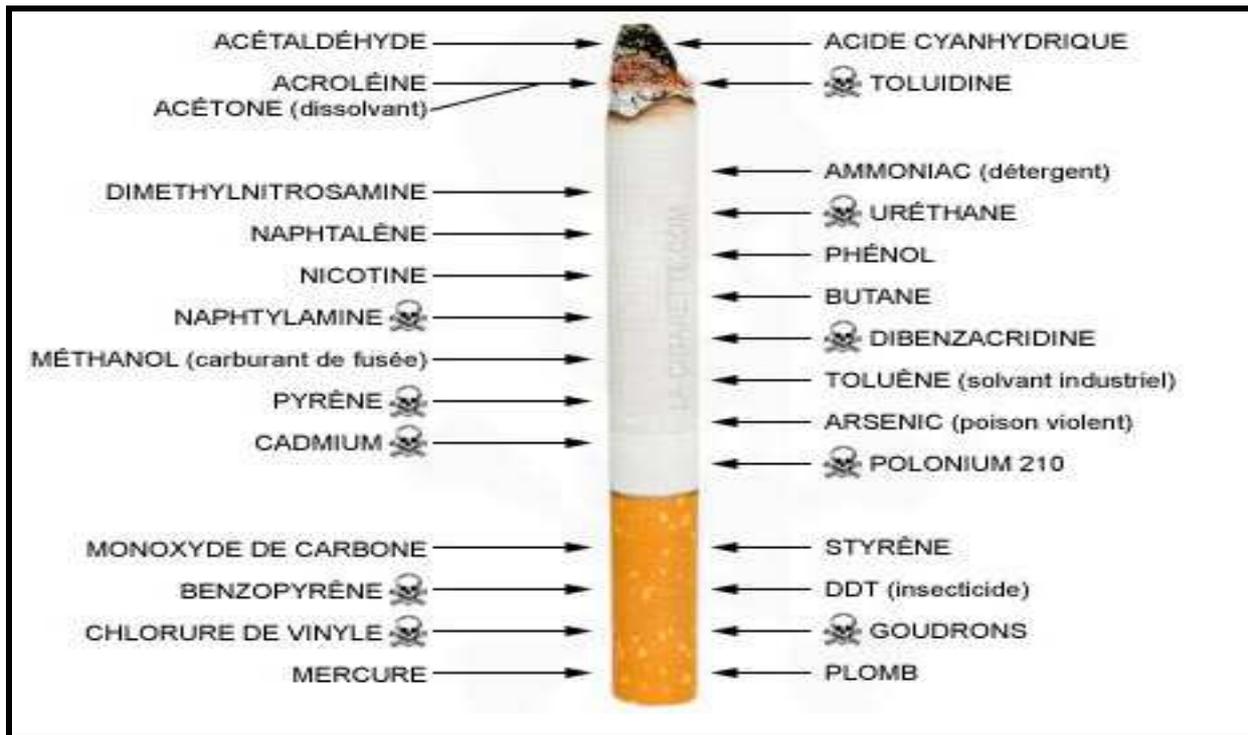


Figure 2 : Composition de la cigarette et la fumée de cigarette

a. **La nicotine** : c'est un alcaloïde découvert en 1809 par Vauquelin [2].

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 celle des autres neuromédiateurs, expliquant les effets psycho-actifs de la nicotine. La décharge d'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 [2, 9].

b. 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.

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 [2].

c. 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.

Les effets du tabac sur l'arbre bronchique augmentent avec l'inhalation de la fumée, proportionnelles à la quantité de tabac consommée et à 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 [10].

d. 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). Ces substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [2, 11, 12]. 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 [3].

Des arguments solides indiquent que l'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 [11].

La fumée ambiante est constituée de la fumée produite pendant que la cigarette couve et de la fumée primaire exhalée par le fumeur. Plus de 75% des produits de combustion d'une cigarette entrent dans l'air. Les constituants de la fumée ambiante sont qualitativement similaires à ceux de la fumée primaire. Cependant certaines toxines comme l'ammoniac, le formaldéhyde et les nitrosamines sont présents à des concentrations beaucoup plus hautes dans la fumée ambiante que la fumée primaire [2].

Les femmes enceintes qui fument risquent davantage de perdre le fœtus par avortement spontané. Dans les pays à revenus élevés, les enfants nés de mères fumeuses ont très souvent un faible poids à la naissance et ils ont un excès de risque de mourir peu après la naissance jusqu'à 37% supérieur à celui des enfants des non-fumeuses. Les chercheurs ont observé récemment la présence d'un cancérigène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac dans l'urine du nouveau-né dont la mère est fumeuse [9].

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. 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 [2]. 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 [2, 9].

3. Tabagisme et toxicomanie [2, 13] :

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 partie le tabac,

mais aussi les barbituriques, les amphétamines, le café et le thé. Les associations de divers toxiques sont fréquentes : l'alcool vient souvent aggraver l'état de grande toxicomanie.

a. Aspects cliniques :

La toxicomanie vraie se définit par trois caractères cliniques :

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

b. 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, schizoïde, obsédés, etc. En fait le phénomène est complexe, et tous les cas de toxicomanie ne peuvent recevoir d'explication. 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.

4. La quantification du tabagisme [2, 11] :

L'interrogatoire va permettre de préciser :

a. Le début du tabagisme : Plus le tabagisme est précoce, plus le risque de cancer bronchique augmente.

b. 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

c. La quantité du tabagisme dont le poids est beaucoup plus importante 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 /années est incorrecte puisqu'elle donne le même poids à la quantité et à la durée. Néanmoins c'est une expression commode du tabagisme [14].

d. 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 davantage.

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.

e. Le passage très ancien aux cigarettes avec filtre et de tabac blond aux Etats Unis 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.

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

5. Pathologies liées au tabac [2, 11] :

a. Les cancers :

➤ Le cancer bronchique primitif est certainement la maladie dont le lien causal avec le tabagisme est le plus marqué. 85% 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-fumeurs au bout de 10 à 15 ans.

➤ Les cancers des VADS (cancers ORL et de l'œsophage) : action synergique du tabac et de l'alcool.

➤ Cancers de la vessie. Ce dernier est fortement lié au tabagisme.

Pour ce qui est des cancers du rein, du pancréas, du col de l'utérus, le lien est moins marqué mais prouvé.

b. Les maladies respiratoires non cancéreuses :

➤ **L'accélération des BPCO** : le tabac a une responsabilité majeure prédominant largement tous les autres facteurs étiologiques des BPCO.

Le déclin du VEMS chez le fumeur est prouvé, de même que son ralentissement à l'arrêt du tabac. Environ 10 à 15 % des fumeurs développent une obstruction clinique bronchique.

➤ L'histiocytome X est une maladie ne se développant pratiquement que chez les grands fumeurs.

c. 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.

d. Le tabac, la mère et l'enfant :

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.

Les « bienfaits » du tabac : Moins de maladies de Parkinson et de sarcoïdose.

6. Sevrage tabagique [2, 14] :

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 réglemente 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 ou encore score de sevrage (cf. Annexes).

7. Traitement du tabagisme [15] :

a. 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.

b. 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 :

➤ **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.

➤ **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.

c. Psychothérapie [16] :

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.).

8. Lutte contre le tabagisme [2, 3, 7] :

a. Les efforts fournis :

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.

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

- La réduction de la toxicité par la diminution progressive des taux 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 format lisible porté sur les unités de conditionnement [15].

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 [17].

C'est dans ce sens que la Convention-cadre de l'OMS a vu le jour.

La Convention-cadre de l'OMS [11] est un traité universel de santé publique, conçu pour combattre la propagation de l'épidémie de tabagisme au niveau mondial. Elle vise à alléger la charge des maladies et des décès que provoque le tabagisme. Entrée en vigueur le 27 février 2005, elle réaffirme le droit de tous les peuples d'accéder au meilleur état de santé possible. La Convention-cadre de l'OMS est le premier traité jamais promulgué à l'initiative de l'Organisation.

Elle se distingue parmi les traités concernant les substances addictives en ce qu'elle traite de la lutte antitabac dans la perspective aussi bien de l'offre que de la demande; elle comprend des dispositions relatives à l'étude et à la coopération en matière de

responsabilité pénale et civile; et elle retient des approches à bases factuelles, c'est-à-dire des mesures qui ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire la consommation de tabac. Le texte définitif de la Convention-cadre de l'OMS a été adopté à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003, au terme de près de quatre ans de négociations. La Convention-cadre de l'OMS est devenue l'un des traités les plus rapidement ratifiés dans l'histoire des Nations Unies : en deux ans et demi, elle a rassemblé plus de 100 Parties.

La première session de la Conférence des Parties, qui s'est tenue à Genève du 6 au 17 février 2006, a réuni 113 Parties de plein droit, ainsi que des représentants d'autres pays et de la société civile, autour de l'objectif commun de faire reculer l'épidémie de tabagisme.

L'article 1^{er} de la Convention-cadre de l'OMS dispose : « On entend par « produits du tabac » des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de tabac en feuilles comme matière première et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés ». En outre, un paragraphe du préambule de la Convention reconnaît « que des données scientifiques ont établi de manière irréfutable que la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont causes de décès, de maladie et d'incapacité, et qu'il existe un décalage entre l'exposition à la cigarette et l'utilisation d'autres produits du tabac et l'apparition des maladies liées au tabac ».

En conséquence, la Convention-cadre n'établit aucune distinction entre les cigarettes et les autres produits à base de tabac.

À la suite du préambule et des articles concernant la primauté de la santé, la terminologie et les obligations des Parties contractantes, la Convention-cadre de l'OMS traite de la réduction de la demande dans ses articles 6 à 14, puis de celle de l'offre dans les articles 15 à 17. Trois articles ouvrent la voie à la réglementation en matière de contenus, d'émissions, de forme et d'étiquetage des produits. Ce sont les suivants :

>Article 9 : Réglementation de la composition des produits du tabac ;

>Article 10 : Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer ;

>Article 11 : Conditionnement et étiquetage des produits du tabac.

Ces articles contribueront à réduire la demande de tabac en favorisant les actions destinées à prévenir sa consommation.

La recherche et les données scientifiques ont guidé la négociation des dispositions contenues dans les articles 9, 10 et 11 de la Convention-cadre de l'OMS.

Ces recherches ont contribué à la position de consensus entre les Parties, reconnaissant que la réglementation servirait les objectifs de santé publique en introduisant un certain contrôle sur la fabrication, le conditionnement, l'étiquetage et la distribution des produits à base de tabac. La même base scientifique qui préside à l'application des articles 9 et 10 est également sous-jacente aux principes gouvernant l'article 11. Pour cette raison, et afin d'obtenir un effet de synergie de ces dispositions, ces trois articles sont à considérer au niveau des concepts comme un seul et même ensemble de règles.

La réalisation des objectifs de réglementation des produits sera facilitée par l'article 20 (Recherche, surveillance et échange d'informations), qui promet le développement de recherches, analyses et échanges d'informations considérées comme essentielles à l'application des articles 9 à 11.

L'article (Coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et fourniture de compétences Connexes) pose un principe supplémentaire en reconnaissant l'importance critique de la collaboration internationale, du soutien mutuel et de la facilitation des capacités techniques pertinentes.

La description détaillée qui figure dans chacun de ces articles implique d'adopter pour leur mise en œuvre une approche objective à bases factuelles, grâce à des recherches et des tests sur les produits du tabac conçus de façon à éclairer les responsables de la santé publique [3].

Aux Etats-Unis, le 2 avril 2009, la Chambre des représentants a adopté un projet de loi octroyant à l'autorité de contrôle de la sécurité alimentaire et des médicaments (FDA), une agence du gouvernement fédéral, d'importants pouvoirs afin d'imposer des restrictions à l'industrie du tabac [18].

Ce projet donnerait le pouvoir de contrôler l'usage du tabac chez les jeunes et la dépendance envers ce produit. Ainsi, la FDA (Food and Drug Administration) devra s'assurer par exemple que les publicités pour le tabac sont interdites à moins de 300 mètres des écoles et terrains de jeux. Le parrainage d'événements sportifs culturels sera interdit. La politique de prévention contre le tabac sera donc renforcée. Les avertissements aux fumeurs figurant sur les paquets de cigarettes seront rendus plus lisibles. En outre la FDA pourra contrôler la composition des cigarettes (teneur en goudron, nicotine et autres substances dangereuses) et disposera de moyens coercitifs supplémentaires pour superviser l'application de la loi chez les cigarettiers.

Des centaines d'associations de santé publique américaines soutiennent ce projet de loi et espèrent que le Sénat approuvera rapidement le texte voté par la chambre, et qu'il sera signé par le président Barack Obama, qui a avoué être un fumeur occasionnel.

L' Australie, un modèle de lutte antitabac dans le monde : le gouvernement australien a récemment renforcé sa lutte contre les fumeurs en utilisant une nouvelle tactique de combat avec des paquets de cigarettes entièrement recouverts de photos grotesques censées montrer les ravages de la cigarette. Dans ce pays, 7000 personnes meurent chaque année du cancer des poumons. Le tabac étant responsable de la plupart de ces décès. Désormais quand les australiens achètent le tabac, ils seront confrontés à des images réalistes les mettant en garde contre les conséquences du tabac. Le gouvernement australien et des groupes antitabac espèrent que ces photos provoqueront un électro-choc [19].



Figure 3 : paquets de cigarettes avec photos choquantes en Australie

Source : http://www.lesoir.be/sites/default/files/imagecache_tabac_afp.

Depuis le 1^{er} décembre 2012, les fabricants de cigarettes ont l'obligation de vendre leur cigarette dans un seul type d'emballage sur le territoire australien, qui est aussi le premier à faire adopter cette mesure. Le paquet de cigarette, d'un vert olivâtre sombre et couvert d'avertissements choc est identique pour toutes les marques, seul le nom de la marque peut figurer sur le paquet. Cette décision, vise à réduire l'influence d'une marque et de son logo par le biais de la publicité sur les fumeurs. A la suite de cette réglementation, la directrice de l'OMS Margaret Chan a appelé les autres à suivre l'exemple de l'Australie, en matière de marketing du tabac, tandis que la Commission Européenne a fait savoir qu'elle suivrait de près l'impact que cette initiative aura sur la population [19].



Figure 4 : Paquets de cigarettes identiques en Australie

Source : http://www.lesoir.be/sites/default/files/imagecache_tabac_afp.

Au Mali, SOS tabagisme créé en 1997 avait gagné son procès contre la firme Craven pour avoir apposé ses affiches sur les façades d'un stade.

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 [17]. 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 préventifs et promotionnels au Mali.

Le conseil des ministres a adopté le 17 mars 2010 un projet de loi portant réglementation de la commercialisation et de la consommation du tabac et des produits du tabac qui vise à renforcer les actions de lutte contre le tabagisme et interdit toute forme de publicité et toute activité de promotion du tabac. Ce projet de loi vient renforcer la loi portant restriction de la publicité du tabac adoptée en 1996 [20].

Ce projet de loi s'est matérialisé le 12 juillet 2010 par la promulgation de la loi 10-033 du 12 juillet 2010. Contrairement à la loi 96-041, cette dernière permet de renforcer les mesures de protection contre le tabac avec la création d'un comité national de contrôle du tabac qui a pour mission de veiller à l'application des textes en vigueur relatifs à l'importation, à la distribution, à la publicité, à la promotion et à la consommation du tabac et des autres produits du tabac.

Dans son article 8, cette loi interdit de vendre un produit du tabac à toute personne âgée de moins de dix-huit ans ou que cette personne d'âge mineur soit revendeur ou distributeur de produits du tabac (cf. annexes).

Le Mali a ratifié en 2005 la Convention-Cadre de lutte anti-tabac de l'OMS dans le cadre de l'initiative pour un monde sans tabac.

Alutas Mali créée en 1998 est le fer de lance des associations de lutte contre le tabac et les stupéfiants au Mali. Le RELUTAS Mali est le regroupement des ONG et associations de lutte contre tabac et les stupéfiants au Mali.

Ces organisations ont comme objectifs :

- Informer, éduquer et sensibiliser les populations particulièrement les jeunes et les femmes sur les méfaits de la consommation de ces drogues sur leur santé et le développement durable.
- Aider les consommateurs à l'arrêt de leur consommation.
- Fournir des données sur la problématique du fléau dans le pays.
- Plaidoyer et lobbying auprès des autorités.
- Suivi et évaluation des résultats.

La réalité sur le terrain :

➤ La SONATAM seul fabricant au Mali applique sur les paquets de cigarettes qu'elle produit et sur 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.

➤ 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 [17].

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, 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 (31 mai) tous les ans, suscitant de nombreuses manifestations [21].

Depuis l'époque coloniale, la culture du tabac a connu un essor considérable. La production locale était estimée 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* [22].

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 le lancement de plusieurs marques du groupe Impérial Tobacco en 2004.
- La relance des activités industrielles avec un plan complet de réimplantation et de modernisation du site afin d'en faire une des usines les plus modernes de l'UEMOA.
- La relance des activités de tabaculture, avec des essais déjà effectués de nouvelles variétés et 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 [23].

III. Méthodologie :

1. Cadre d'étude : cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G, dernier niveau de référence au Mali. Il est situé à 8 km du centre-ville de Bamako sur la colline du Point G. Présentement l'hôpital regroupe 18 services spécialisés dont deux de chirurgie générale.

Le service de chirurgie « A » : les activités chirurgicales sont dominées par la chirurgie digestive, thoracique et endoscopique (coeliochirurgie).

Le service comprend deux pavillons : le Pavillon Tidiane Faganda Traoré et le Pavillon Chirurgie II qui forment un total de 38 lits d'hospitalisation dont 16 de troisième catégorie, 16 de deuxième catégorie et 6 de première catégorie.

Le service comprend :

- Un (01) Professeur titulaire, Chef de service ;
- Un (01) Professeur Agrégé ;
- Trois (03) maitres assistants ;
- Trois (03) chirurgiens praticiens hospitaliers ;
- Deux (02) infirmiers major ;
- Huit (08) infirmiers ;
- Une (01) aide-soignante ;
- Une (01) secrétaire ;
- Six (06) garçons de salle.

2. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive réalisée dans le service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

3. Période d'étude : Cette étude s'est déroulée sur une période allant de Janvier 2012 à Avril 2012, soit 4 mois.

4. Population d'étude :

Notre étude a concerné les patients du service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G. Les activités du service sont axées sur la chirurgie générale et laparoscopique. Ainsi les patients de tout âge sans distinction de sexe ou d'autres particularités sont consultés dans le service du lundi au jeudi.

a. Critères d'inclusion :

Notre critère d'inclusion était les patients vus en consultation dans le service de chirurgie « A » pendant la période d'étude.

b. Critères de non inclusion :

Les patients qui n'ont pas donné leur consentement éclairé n'ont été inclus dans l'étude.

5. Echantillonnage :

a. Technique d'échantillonnage :

Nous avons utilisé l'échantillonnage aléatoire simple sans remise. C'est-à-dire qu'un individu déjà choisi ne peut l'être de nouveau.

b. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été déterminée sur la base des calculs statistiques suivants :

$$Q = 1 - P = 72,22\%$$

Marge d'erreur : $i = 5\%$; Précision : $\Sigma = (1,96)$; Prévalence : $P = 27,78\%$ [8].

$$N = \frac{(\Sigma)^2 \times PQ}{i^2} = 315$$

Ainsi nous avons recruté **315** patients qui ont constitués notre échantillon.

c. Techniques et outils de collecte des données :

La collecte des données a été réalisée grâce à un questionnaire qui a visé une série consécutive de 315 malades suivis en consultation ou hospitalisés dans le service de chirurgie « A ». Le questionnaire était administré par interview directe du malade ou d'un proche ou du représentant légal en cas de malade mineur.

Plan de collecte des données :

- **1^{ère} étape :** interview pour noter les données socio démographiques et les connaissances et attitudes par rapport au tabagisme ;
- **2^{ème} étape :** recueil des données cliniques à partir du dossier médical du patient ;
- **3^{ème} étape :** recueil des données par rapport à l'hospitalisation, l'intervention chirurgicale et les suites opératoires toujours à partir du dossier médical.

d. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel 2010 de Microsoft. L'analyse des données a été réalisée par le logiciel Epi Info version 3.5.3 du 26 Janvier 2011.

Le traitement de texte sur le logiciel Word office 2010 de Microsoft.

6. Considérations éthiques :

Le consentement éclairé de tous les patients a été obtenu avant leur inclusion dans le protocole. L'anonymat a été respecté au cours de cette étude grâce à une confidentialité des résultats.

Tous(tes) les patients(es) qui ont participé à cette étude ont été informés oralement et par écrit des buts de l'étude, de son déroulement, des effets attendus, des avantages et inconvénients possibles ainsi que des risques éventuels. Ils (elles) ont reçu des réponses satisfaisantes aux questions concernant leur participation à cette étude.

IV. Résultats :

1. Caractéristiques sociodémographiques des patients :

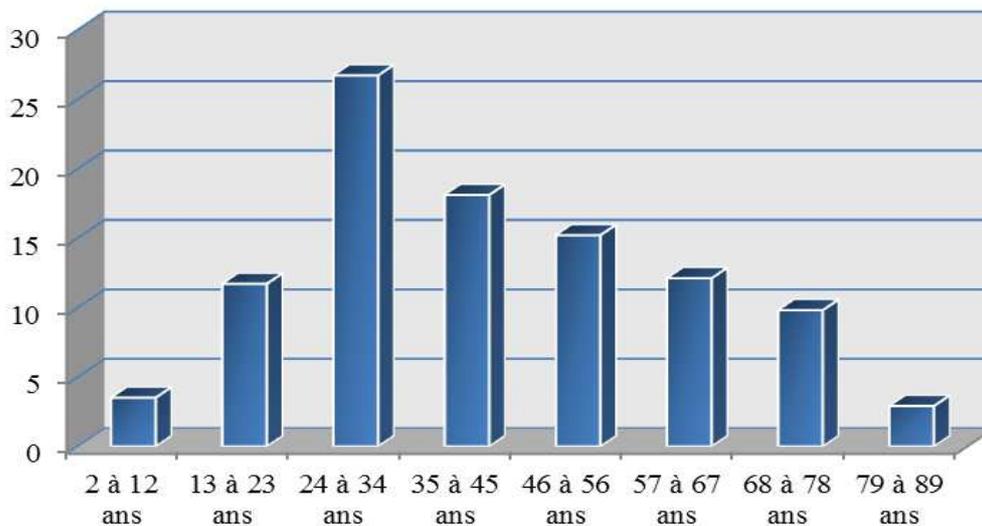


Figure 5 : Répartition en fonction de la tranche d'âge

La tranche d'âge de 24 à 34 ans était la plus représentée avec 26,7%.

L'âge moyen était 42,25, avec des extrêmes de 2 et 86 ans.

Tableau I : Répartition en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Masculin	128	40,6
Féminin	187	59,4
Total	315	100,0

Le sexe féminin était le plus représenté avec 59,4%.

Le Sex-ratio était égal à 1,46 en faveur des femmes.

Tableau II : Répartition en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Marié/Mariée	225	71,4
Célibataire	63	20,0
Veuf/veuve	27	8,6
Total	315	100,0

La majorité des malades de l'échantillon était des personnes mariées soit 71,4%.

Tableau III : Répartition en fonction de la provenance.

Provenance	Effectifs	Pourcentage (%)
Bamako	238	75,6
Kayes	16	5,1
Koulikoro	32	10,2
Sikasso	13	4,1
Ségou	10	3,2
Mopti	4	1,3
Gao	2	0,6
Total	315	100,0

La majorité de nos patients provenait de Bamako soit 75,6%.

Tableau IV : Répartition en fonction de la nationalité.

Nationalité	Effectifs	Pourcentage (%)
Malienne	313	99,4
Ivoirienne	1	0,3
Haïtienne	1	0,3
Total	315	100,0

La nationalité malienne était la plus représentée avec 99,4%.

Tableau V : Répartition en fonction de l'ethnie.

Ethnies	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	97	30,8
Sarakolé	75	23,8
Peulh	59	18,7
Sonrhäi	16	5,1
Dogon	14	4,4
Senoufo	13	4,1
Bozo	5	1,6
Malinké	34	10,8
Autres	2	0,6
Total	315	100,0

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 30,8%.

Tableau VI : Répartition des malades en fonction de la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Femme au foyer	124	39,4
Ouvrier qualifié	25	7,9
Ouvrier non qualifié	10	3,2
Cultivateur	34	10,8
Fonctionnaire	45	14,3
Commerçant	34	10,8
Elève/étudiant	39	12,4
Autres	4	1,3
Total	315	100,0

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 39,4%.

Tableau VII : Répartition des malades en fonction du niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage (%)
Etudes primaires	98	31,1
Etudes secondaires	80	25,4
Etudes supérieures	47	14,9
Non lettré	90	28,6
Total	315	100,0

Les patients ayant un niveau d'étude primaire étaient les plus nombreux avec 31,1%.

Tableau VIII : Répartition des malades en fonction de l'indice de performance OMS.

Grade	Effectifs	Pourcentage (%)
I	131	41,6
II	126	40,0
III	56	17,8
IV	2	0,6
Total	315	100,0

Les patients ayant un indice de performance OMS de grade 1 représentaient 41,6%.

Tableau IX : Répartition des malades en fonction de l'hospitalisation.

Hospitalisation	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	190	60,3
Non	125	39,7
Total	315	100,0

Les malades ont été hospitalisés dans 60,3% des cas.

Tableau X : Répartition des malades en fonction du motif de consultation.

Motif consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	185	58,73
Douleur thoracique	11	3,49
Stérilité secondaire	59	18,73
Tuméfaction antéro-cervicale	33	10,48
Autres	27	8,57
Total	315	100,00

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent avec 58,73%.

Tableau XI : Répartition des malades en fonction des antécédents médicaux.

Motif consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Hypertension artérielle	43	13,65
Ulcère gastroduodéal	11	4,76
Diabète	4	1,27
Inconnus	237	75,24
Autres	3	0,95
Total	315	100,00

L'hypertension artérielle était retrouvée chez 13,65% des patients enquêtés.

Tableau XII : Répartition des malades en fonction du diagnostic.

Diagnostics	Effectifs	Pourcentage (%)
Adénome prostate	16	5,08
Appendicite aigue	7	2,22
Bronchite chronique	5	1,59
Brulure thermique	4	1,27
Goitre	33	10,48
Hémorroïdes	9	2,86
Hernie pariétale	19	6,03
Hydrocèle	3	0,95
Kyste de l'ovaire	8	2,54
Lithiase rénale	7	2,22
Lithiase vésiculaire	33	10,48
Occlusion intestinale	10	3,17
Obstruction tubaire	41	13,02
Myome utérin	6	1,90
Péritonite	11	3,49
Pneumothorax	3	0,95
Tumeur de l'œsophage	3	0,95
Tumeur du colon et rectum	7	2,22
Tumeur gastrique	12	3,82
Tumeur osseuse	2	0,63
Tumeur sein	8	2,54
Tumeur tête du pancréas	4	1,27
Ulcère gastroduodéal	15	4,76
¹ Autres	49	15,56
Total	315	100,00

¹Autres : Fissure anale, GEU, abcès pariétal, crise drépanocytaire, lymphome abdominal, œsophagite.

Tableau XIII : Répartition des malades en fonction de l'intervention chirurgicale.

Chirurgie	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	194	61,6
Non	121	38,4
Total	315	100,0

Les patients ayant subi une intervention chirurgicale représentaient 61,6%.

Tableau XIV : Répartition en fonction des complications postopératoires.

Complications postopératoires	Effectifs (n=194)	Pourcentage (%)
Oui	32	16,5
Non	162	83,5
Total	194	100,0

Des complications postopératoires ont été retrouvées chez 16,5% des patients.

Tableau XV : Répartition des malades en fonction des complications.

Type de complication	Effectifs (n=32)	Pourcentage (%)
Eviscération	2	6,25
Fistule digestive	12	37,5
Hémorragie	3	9,4
Suppuration pariétale	15	46,85
Total	32	100,0

La suppuration pariétale était la complication postopératoire la plus retrouvée dans 46,85% des cas.

2. Connaissances tabagiques des patients :

Tableau XVI : Répartition des malades en fonction de la connaissance des dangers du tabac sur la santé.

Connaissances des dangers du tabac	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	301	95,55
Ne sais pas	14	4,45
Total	315	100,00

La plupart des patients soit 95,55% affirmait connaître des dangers du tabac sur la santé.

Tableau XVII : Répartition des malades en fonctions des Maladies citées par les patients.

Maladies citées par les patients	Effectifs	Pourcentage (%)
Toux chronique/BPCO	76	24,13
Maladies cardio-vasculaires	52	16,51
Cancers	56	17,78
¹ Autres	117	37,14
Ne sais pas	14	4,44
Total	315	100,00

¹ Vieillesse précoce, fatigue, baisse de la libido etc.

Tableau XVIII : Dangers du tabagisme * Niveau d'étude

Dangers du tabagisme	Niveau d'étude				Total
	Primaire	Secondaire	Supérieur	Non lettré	
Toux chronique/BPCO	22	17	7	30	76
Maladies cardio-vasculaires	12	14	10	16	52
Cancers	4	26	24	2	56
Autres	54	23	6	34	117
Ne sais pas	6	0	0	8	14
Total	98	80	47	90	315

La connaissance des dangers comme les cancers était proportionnelle au niveau d'étude élevé.

Tableau XIX : Répartition en fonction des sources d'informations.

Sources d'informations	Effectifs	Pourcentage (%)
Ecole	16	5,08
Médias (presse, radios, télévision)	285	90,48
Ne sais pas	14	4,44
Total	315	100,00

Les médias (presse écrite et orale, télévision etc.) étaient les sources d'informations les plus courantes chez **90,48%** des patients.

Tableau XX : Répartition selon la connaissance de la loi anti-tabac au Mali.

Connaissance de la loi anti-tabac	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	55	17,46
Non	246	78,10
Ne sais pas	14	4,44
Total	315	100,00

La grande partie des patients n'étaient pas au courant l'existence de lois anti-tabac au Mali.

3. Comportement tabagique des patients :

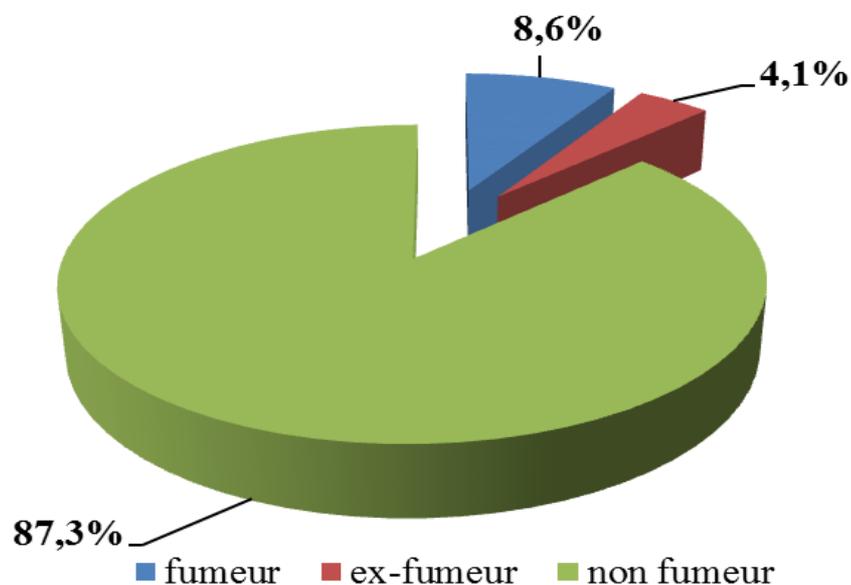


Figure 6 : Répartition selon le comportement tabagique.

Les fumeurs actifs étaient au nombre de 27, soit **8,6%** ; 13 ex-fumeurs, soit 4,1% ; et 87,3% de non-fumeurs.

Tableau XXI : La prévalence du tabagisme chez les patients de sexe masculin.

Comportement tabagique	Effectifs	Pourcentage (%)
Fumeurs	27	21,10
Ex-fumeurs	13	10,15
Non-fumeurs	88	68,75
Total	128	100,0

La prévalence du tabagisme dans la population de sexe masculin est de 31,25%.

Tableau XXII : Répartition des non-fumeurs selon le tabagisme passif.

Tabagisme passif	Effectifs (n=275)	Pourcentage (%)
Oui	70	25,45
Non	205	74,55
Total	275	100,0

Les non-fumeurs étaient exposés au tabagisme passif dans 25,45% des cas.

Tableau XXIII : répartition des patients exposés au tabagisme passif selon le sexe.

Sexe	Effectifs (n=70)	Pourcentage
Masculin	49	70,0%
Féminin	21	30,0%
Total	70	100,0%

Les patients exposés étaient de sexe féminin dans 30% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients exposés en fonction de la durée de l'exposition.

Durée d'exposition	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Moins de 4 heures	3	4,29
Plus de 4 heures	24	34,29
Indéterminée	43	61,42
Total	70	100,00

Les patients qui fumaient de façon passive n'étaient pas à mesure de déterminer la durée de leur exposition dans 61,42% des cas.

Tableau XXV : Répartition en fonction de la source d'exposition

Source d'exposition	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Parents	6	8,57
Amis	23	32,86
Collègue	18	25,71
Grins	9	12,86
Conjoint	14	20,00
Total	70	100,00

L'amitié était la source d'exposition la plus rencontrée soit 32,86%.

Tableau XXVI : Répartition des fumeurs actifs et ex-fumeurs en fonction de l'âge de début du tabagisme.

Age de début du tabagisme	Effectifs (n=40)	Pourcentage (%)
12 à 17 ans	39	97,5
18 ans et plus	1	2,5
Total	40	100,0

Les patients tabagiques qui avaient commencé à fumer avant l'âge de 18 ans étaient au nombre de 39 soit 97,5% des cas.

Les fumeurs actifs (27) et ex-fumeurs (13) étaient tous de sexe masculin.

Tableau XXVII : Répartition en fonction de la raison qui a poussé au tabagisme.

Raison	Effectifs (n=40)	Pourcentage (%)
Amis	26	65,0
Expérience à vivre	14	35,0
Total	40	100,0

L'influence d'un ami était le motif du tabagisme chez 65% des patients fumeurs.

Tableau XXVIII : Répartition des fumeurs et ex-fumeurs en fonction de la durée du tabagisme.

Durée tabagisme	Effectifs (n=40)	Pourcentage (%)
5 à 20 ans	16	40,0
21 à 40 ans	22	55,0
≥ 41 ans	2	5,0
Total	40	100,0

La durée située entre 21 et 40 ans était la plus élevée soit 55%, avec un extrême de plus de 40 ans chez deux patients.

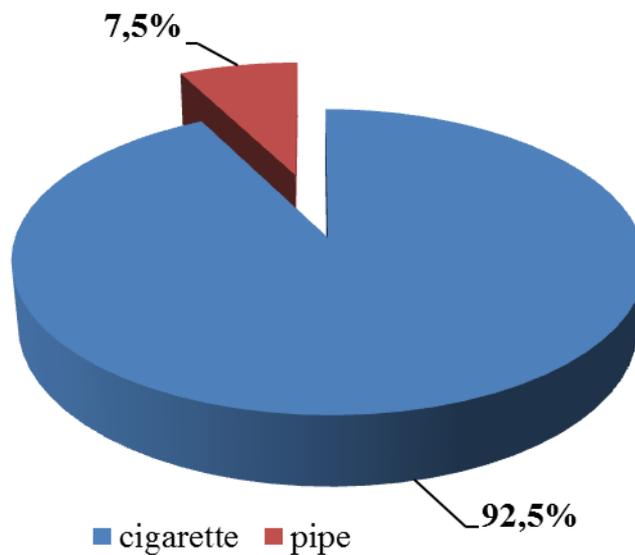


Figure 7 : Répartition en fonction du type de tabac.

Nous avons retrouvé deux types de tabac : la cigarette et la pipe.

La cigarette était le type de tabac le plus consommée avec 92,5%.

Tableau XXIX : Répartition en fonction de la quantité de cigarette fumée.

Quantité cigarette (paquets/année)	Effectifs (n=40)	Pourcentage(%)
Moins de 5 paquets/année	1	2,5
5 à 10 paquets/année	7	17,5
11 à 20 paquets/année	9	22,5
21 à 40 paquets/année	22	55,0
Plus de 40 paquets/année	1	2,5
Total	40	100,0

Le tabagisme était quantifié entre 21 à 40 paquets/année chez 55% des fumeurs.

Tableau XXX : Répartition en fonction du score de Fagerström.

Score	Effectifs (n=27)	Pourcentage (%)
Dépendance moyenne	13	48,15
Dépendance forte	14	51,85
Total	27	100,0

La dépendance était forte chez 14 patients (51,85%).

Tableau XXXI : Répartition en fonction du score de sevrage tabac.

Score de sevrage	Effectifs (n=27)	Pourcentage (%)
Motivation moyenne	23	85,19
Forte motivation	4	14,81
Total	27	100,00

La motivation d'arrêter le tabac était moyenne chez 23 patients (85,19%).

Tableau XXXII : Répartition des ex-fumeurs en fonction de la raison de l'arrêt du tabagisme.

Raison arrêt tabagisme	Effectifs (n=13)	Pourcentage (%)
Maladie	11	84,62
Conseil (ami, parent ou médecin)	2	15,38
Total	13	100,00

La maladie était le motif d'arrêt du tabac le plus fréquent soit 84,62% (n=11).

V. Commentaires et Discussion :

1- Méthodologie :

La période d'étude de 4 mois nous a permis de décrire les connaissances et comportements vis-à-vis du tabagisme des patients reçus en consultation ou hospitalisés dans le service de chirurgie « A ».

La même étude sur une période plus longue pourrait permettre de mieux cerner le problème du tabagisme en chirurgie et d'analyser d'autres aspects du tabagisme en chirurgie.

Nous avons choisi le service de chirurgie « A » pour mener notre travail car c'est un service de chirurgie pluridisciplinaire.

Nous nous sommes limités à une analyse descriptive des résultats pour avoir un point de référence pour un suivi ultérieur du comportement, des connaissances et des attitudes des patients suivis en milieu chirurgical. Nos résultats reflètent le profil du tabagisme chez les patients suivis en milieu chirurgical.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau XXXIII : l'âge moyen selon les auteurs.

Auteurs	Cadre d'étude	Effectifs	Age moyen (ans)
DI AW [2]	Mali	249	37,7
YOU CHE LONGUE [8]	Mali	360	26
YASSINE et col. [30]	Maroc	200	43,75
Notre étude	Mali	315	42,25

L'âge moyen des malades était de 42,25 ans. Cet âge moyen se rapproche de celui rapporté par YASSINE et col. (43,75 ans) chez les patients dans les services de maladies respiratoires et de cardiologie du CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc [30]. Celui rapporté par DI AW était 37,7 ans dans son étude sur le personnel médical et paramédical du CHU du Point G [2].

L'étude de YOU CHE LONGUE avait également trouvé un âge moyen de 26 ans dans son étude chez la population de 15 à 30 ans dans le village du Point G [8].

Le fait que nous ne nous sommes pas fixé de limite d'âge pourrait expliquer cet âge moyen élevé. En effet une grande partie de l'échantillon avait un âge compris entre 35 et 82 ans (n=183).

Le sex-ratio était de 1,46 en faveur des femmes. En effet la coeliochirurgie constituait une part importante des activités du service avec la prise en charge de la stérilité secondaire (n=59), la lithiase vésiculaire (n=33) et le goitre (n=33) qui étaient beaucoup plus rencontrés chez les femmes.

3- Connaissances par les patients des dangers du tabagisme :

Une large majorité (95,55% n=301) des patients de notre série étaient conscients des dangers du tabac sur la santé, en particulier des risques sanitaires et des risques sur l'entourage. YUCHE LONGUE avait trouvé un taux semblable soit 95% chez la population de 15 à 30 ans dans le village du Point G [8].

La connaissance des dangers plus pointus était proportionnelle au niveau d'étude. Toutes ces personnes affirmaient avoir comme source d'information principale les médias (radios, télévision, presses, etc.). Cela pourrait permettre d'élaborer des stratégies de lutte anti-tabac plus efficaces.

Seulement 17,46% des patients affirmaient être au courant de l'existence de lois anti-tabac au Mali. YASSINE et col. ont rapportés 34% dans leur série de 200 patients dans les services de maladies respiratoires et de cardiologie du CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc [30].

4- Comportement tabagique en milieu chirurgical :

La prévalence du tabagisme :

Tableau XXXIV : la prévalence du tabagisme selon les auteurs.

Auteurs	Cadre d'étude	Effectifs	Prévalence tabagisme
DIAW [2]	Mali	249	12,9 %
YUCHE LONGUE [8]	Mali	360	27,78 %
N. Yassine et coll. [30]	Maroc	200	20 %
Notre étude	Mali	315	8,6 %

Dans notre étude, respectivement 8,6% et 4,1% des patients étaient des fumeurs et des ex-fumeurs. Ce taux paraît faible en le rapportant sur l'échantillon en général. Mais de façon spécifique la prévalence du tabagisme dans la population de sexe masculin est de 31,25%. Nous avons retrouvé des taux plus élevés dans la littérature. DIAW avait rapporté 12,9% chez le personnel Médical et paramédical du Centre Hospitalier Universitaire du Point G [2]. N. Yassine et col. avaient trouvé 20 % chez les patients dans les services de maladies respiratoires et de cardiologie au Maroc [30].

YOUCHE LONGUE avait rapporté dans son étude sur le tabagisme chez les jeunes de 15 à 20 ans dans le village du Point G une prévalence plus élevée soit 27,78% [8]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que 59,4% des malades était de sexe féminin. Nous n'avons pas retrouvé de tabagisme féminin. Cette absence de tabagisme féminin serait due au fait que le tabagisme est encore condamné dans la plupart des sociétés africaines. La femme qui fume est critiquée et marginalisée. Quoiqu'il en soit, non retrouvé en milieu hospitalier, le tabagisme féminin en Afrique commence à gagner du terrain du fait de l'interaction entre l'alphabétisation de plus en plus croissante des filles, l'urbanisation des villes et la délinquance juvénile. Dans quelques années si une sensibilisation n'est pas faite le tabagisme féminin dans notre société atteindra les taux record en Europe et en Amérique [24].

KABA WA KABA dans son étude sur Femmes et tabagisme dans le district de Bamako en 2006 avait rapporté une prévalence de 34,85% (respectivement 21,21% de fumeuses occasionnelles et 13,64% de fumeuses régulières) essentiellement dans les restaurants et bars de Bamako [25].

L'exposition à la fumée de tabac était de 25,45% (n=70) ce qui constitue une part non négligeable de notre échantillon. Dans la durée cela pourra entraîner les mêmes effets du tabac sur ces personnes exposées que sur les fumeurs [26].

Tableau XXXV : l'âge de début du tabagisme selon les auteurs.

Auteurs	Cadre d'étude	Effectifs fumeurs	Age de début
DIAW [2]	Mali	65	16 – 20 ans
N. Yassine et coll. [30]	Maroc	39	< 16 ans
YOUCHE LONGUE [8]	Mali	100	14 – 16 ans
NAOUSSI SANGO [27]	Mali	112	14 – 19 ans
Notre étude	Mali	40	12 – 17 ans

Bien que certains tabagiques aient fumé leur première cigarette dans l'enfance, la plupart des fumeurs ont commencé à fumer pendant l'adolescence. Dans notre enquête, l'âge de début du tabagisme était de 12 – 17 ans soit 97,5% des fumeurs et ex-fumeurs. L'âge minimum de début du tabagisme était de 12 ans et l'âge maximal 18 ans. Ces résultats sont comparables à ceux de NAOUSSI SANGO qui avait rapporté que 58,9% des fumeurs et ex-fumeurs avaient commencé à fumer entre 14 et 19 ans [27].

YOUCHE LONGUE avait trouvé 28% entre 14 et 16 ans et 32% entre 17 et 19 ans. L'âge minimum de début du tabagisme était de 8 ans et l'âge maximal 27 ans [8]. HAIDARA avait trouvé un âge minimum de début variant entre 6 et 9 ans [12]. Cette précocité du tabagisme met en relief l'importance de la situation tabagique de la famille d'un enfant. A la maison ces enfants s'habituent dès le bas âge à la vue et à l'odeur du tabac [12].

La quantité de tabac fumée était de 21 à 40 paquets/année chez 55,0% des fumeurs. DIAW avait recensé 20% de gros fumeurs (fumant plus d'un paquet par jour) [2]. YOUCHE LONGUE avait rapporté 18% de gros fumeurs [8].

Nous avons retrouvé une dépendance forte chez 51,85% des fumeurs. Malgré ce taux élevé, la presque totalité des fumeurs avait une bonne motivation d'arrêter de fumer soit 85,19% et 14,81% avait une très forte motivation d'arrêter de fumer. Ce taux est comparable à celui de DIAW (93,7% des 29 fumeurs) [2], et l'étude de YOUCHE LONGUE (90% des fumeurs) [8]. C'est dire la nécessité pour ces patients d'une aide au sevrage tabagique.

1- Lutte anti-tabac :

Le Mali fut l'un des premiers pays Africains à adopter une loi anti-tabac avec une interdiction de la publicité et du parrainage. Le ministère de la Santé a établi des stratégies pour le plan d'action nationale de lutte contre le tabac 2002-2007 [18].

La loi N° 10 – 033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac (cf. Annexes) est un atout important pour le Mali dans sa politique de lutte anti-tabac.

NAOUSSI SANGO avait rapporté que la majorité des policiers enquêtés n'appliquait pas la loi antitabac (86,4%) et que seulement 34,4% de ceux qui connaissaient la loi déclaraient l'appliquer mais en fait se limitaient à interdire de fumer dans leurs bureaux ou dans leur entourage. Par contre, 93% des fumeurs, 69,2% des non-fumeurs et 84% des ex-fumeurs de notre échantillon n'appliquaient pas la loi antitabac [27].

La faible connaissance de la loi anti-tabac est donc un sérieux problème pour une lutte efficace contre le tabagisme dans notre pays.

Les méfaits du tabac sur la santé ne sont plus à démontrer de nos jours. Le tabac est une cause connue de plus de 25 maladies notamment le cancer broncho-pulmonaire qui occupe la 1^{ère} place des cancers dans le monde, l'emphysème, les cardiopathies et d'autres maladies graves. Malgré cela de nombreux nouveaux marchés ne cessent de s'ouvrir, les anciens résistent toujours [28].

Les africains sont dans le collimateur des multinationales de tabac, qui les attirent grâce à des activités culturelles et ludiques. Les gouvernements sont impuissants face à l'importation, la contre bande, la commercialisation et la consommation du tabac et des produits du tabac. Pourtant deux millions d'africains meurent par an sur 700 millions de fumeurs potentiels constitués de jeunes de moins de 20 ans [29].

Le contact avec le milieu hospitalier par l'intermédiaire de l'hospitalisation ou la consultation offre une bonne occasion pour la sensibilisation des malades sur les risques du tabagisme [30].

Glynn TJ. estimait qu'il suffirait que la moitié des médecins américains conseillent à leurs patients d'arrêter de fumer, avec seulement 5 % de succès pour enregistrer en 10 ans, 10 millions de nouveaux ex-fumeurs [31].

C'est dire l'intérêt de la participation du personnel médical dans l'aide au sevrage tabagique des patients par l'instauration éventuellement d'une consultation d'aide au sevrage tabagique avec la collaboration de tout le personnel hospitalier.

5- Tabagisme et chirurgie :

Nous nous sommes limités à une étude descriptive des connaissances et comportements tabagiques des patients en milieu chirurgical.

Cependant, il existe des complications peri-opératoires liées au tabagisme. Des études sur le tabagisme des opérés devraient être conduites afin d'affiner ces données épidémiologiques dans notre pays.

Environ 8 millions de patients subissent une anesthésie en France chaque année, dont 7 millions d'adultes de plus de 15 ans, essentiellement pour une intervention chirurgicale, plus rarement pour un accouchement ou une endoscopie.

De plus de nombreuses petites interventions chirurgicales sont conduites sans anesthésie autre que locale. On peut ainsi estimer que le pourcentage de fumeurs chez les opérés est de 40% entre 15 à 45 ans, de 20% entre 46 à 65 ans et de 10% chez les opérés de plus de 75 ans. Dans ces conditions on peut estimer que près de 2 millions d'interventions chirurgicales concernent chaque année des fumeurs [6].

Il est établi que le tabagisme péri-opératoire chez l'adulte :

- Augmente le risque de complications générales (triplement du risque infectieux et coronaire, doublement du risque d'être transféré en réanimation et de faire des complications respiratoires immédiates) [6].
- Augmente le risque des complications chirurgicales (2 à 4 fois plus de complications de cicatrice, de risque d'éventration après laparotomie, de médiastinite, de lâchage de suture digestive, de thrombose de prothèses vasculaires, de retard de consolidation osseuse) [6].

De même chez l'enfant, il existe une relation entre l'intensité du tabagisme passif et la fréquence des complications respiratoires en chirurgie ORL. Cette augmentation des complications péri-opératoires augmente la durée globale d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie [6].

Le tabagisme entraîne un risque plus important de complications respiratoires périopératoires chez le fumeur que chez le non-fumeur au décours d'actes effectués sous anesthésie générales. La survenue de complications pulmonaires péri-opératoires varie de 10 à 55% chez le fumeur et de 5 à 25% chez le non-fumeur. Les complications pulmonaires peuvent être mineures (encombrement bronchique, infections...) : celles-ci produisent dans 22% des cas chez les fumeurs alors qu'elles ne surviennent que chez 4,9% des non-fumeurs et chez 12,8% des ex-fumeurs [32]. Les fumeurs ont aussi plus de risques de complications opératoires majeures : pneumopathie, détresse respiratoire aiguë, décès. Le tabagisme est un facteur de risque majeur de morbidité pulmonaire post-opératoire en chirurgie cardiothoracique et abdominale sus-mésocoliques [33]. Cela car le tabagisme entraîne une altération de la mécanique pulmonaire, des échanges gazeux et des défenses immunitaires. Ce sont les gros fumeurs qui ont plus de risques de complications pulmonaires : les fumeurs dont la consommation totale a été supérieure à 50 paquets-années présentent ainsi un risque 4 fois plus élevé de passage en soins intensifs pour complications pulmonaires péri-opératoires que les fumeurs avec une consommation totale inférieure [32].

De nombreuses études montrent que le tabagisme augmente le risque de complications chirurgicales : complications de cicatrisation, risque de lâchage des sutures, risque de retard de consolidation osseuse. Il a été montré qu'en chirurgie orthopédique, le risque de complications de la cicatrisation est de 5% chez les non-fumeurs et de 31% chez les fumeurs [34].

Le risque de complications chirurgicales s'explique de la même façon que le risque infectieux. La diminution de la microcirculation cutanée et l'hypoxie dues au tabagisme sont les causes principales de l'effet néfaste du tabagisme sur la cicatrisation cutanée et celle des tissus profonds.

Ces complications péri-opératoires augmentent la durée d'hospitalisation des fumeurs. Trois études ont montré que le tabagisme augmentait la durée moyenne du séjour hospitalier en chirurgie de deux jours (pour une chirurgie lourde) [35].

En outre, le tabagisme doublerait le risque de transfert post-opératoire non programmé en unité de réanimation [35].

VI. Conclusion :

Cette enquête s'inscrit dans la perspective de la lutte contre la pandémie tabagique qui doit s'intensifier à l'échelle nationale. Notre enquête met en évidence l'ampleur du tabagisme chez les patients suivis en milieu chirurgical avec 8,6% de fumeurs et 4,1% d'ex-fumeurs. L'exposition au tabagisme était importante avec un taux de tabagisme passif de 25,45%, soit 70 patients sur 275 patients non-fumeurs. Les patients tabagiques avaient commencé à fumer avant l'âge de 18 ans. 95,55% des patients affirmaient connaître des dangers du tabac sur la santé. Ils avaient comme sources d'informations essentielles les médias. Malgré ce taux élevé, seulement 17,46% étaient au courant de l'existence d'une loi anti-tabac au Mali.

La cigarette était la forme de tabac la plus utilisée soit 92,5%. La majeure partie avait commencé à fumer entre 12 et 17 ans. Nous avons retrouvé une dépendance forte chez 51,85% des fumeurs. Malgré ce taux élevé, la presque totalité des fumeurs avait une bonne motivation d'arrêter de fumer soit 85,19% et 14,81% avait une très forte motivation d'arrêter de fumer.

Cette enquête pourra servir de point de référence pour des recherches ultérieures chez les patients suivis en milieu chirurgical pour mieux appréhender l'évolution du tabagique et ses méfaits dans ce milieu.

VII. Recommandations :

Aux autorités politiques et administratives :

- ⇒ Application de la loi de création du comité de lutte antitabac au Mali ;
- ⇒ Information des populations sur l'existence de la loi antitabac et le contenu de cette loi ;
- ⇒ Mise en place d'un programme d'enseignement sur les dangers du tabac depuis l'école fondamentale ;
- ⇒ Apport d'un appui conséquent aux Organisations Non Gouvernementales dans leurs actions de lutte contre le tabagisme ;
- ⇒ Mise en place de centres de sevrage.

Aux agents de santé :

- ⇒ La sensibilisation des malades sur les dangers du tabac, pendant les consultations, à travers des journées scientifiques etc. ;
- ⇒ La promotion du bon exemple à ne pas fumer en présence des malades.

Aux associations de lutte contre le tabagisme :

- ⇒ Intensification des campagnes de lutte antitabac au niveau national par l'organisation des caravanes de sensibilisation sur les dangers du tabagisme à travers tout le pays ;
- ⇒ Mise en place et animation de cellules d'aide à l'arrêt du tabagisme sur toute l'étendue du territoire.

VIII. Références bibliographiques :

1-Banque mondiale. Maîtriser l'épidémie, l'état et l'aspect économique de la lutte contre le tabagisme. Washington : Estem, 2000 ; 143p.

2-DIAW A. Le tabagisme chez le personnel Médical et paramédical du centre hospitalier universitaire du point G. Thèse méd. 2008, 72 p.

3-OMS. Convention-cadre de l'organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac. 2003, Genève, ISBN, Article 6, paragraphe 1.

4-OMS. Guide pour la mise en place de l'action antitabac, 2006, <http://www.who.int/./tobacco/resources/publications/>.

5-Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES). La crise croissante du tabagisme en Afrique francophone, 2005, Promotion & Education. 52 p.

6-Association Française de Chirurgie. Conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire. France. Communiqué de presse du 17 Octobre 2005. <http://www.offt-asso.fr>.

7-Ministère de la Santé du Mali. Rapport préliminaire de l'enquête nationale tabac chez les adolescents en milieu scolaire au Mali. GYTS : Global Youth Tobacco Survey (surveillance globale du tabac chez les jeunes), 2008 ; 57 p.

8-YOUCHE LONGUE L. Etude du tabagisme chez les sujets âgés de 15 à 30 ans dans le village de Point-G à Bamako à propos de 360 cas. Thèse méd. 2005, 80 p.

9-OMS. Le tabac : Mortel sous toutes ses formes, 2006, ISBN 978 92 4 156322 2. www.who.int/tobacco/wntd/fr.

10-TOUNKARA F. Prévalence du tabagisme chez les étudiants en fin de cycle d'étude de médecine et de pharmacie à la FMPOS de Bamako (Mali). Thèse de pharm. 2005, 58p.

11-Doll R., Hill A.B. A study of the etiology of carcinoma of the lung. British Medical Journal, 1952, 2: 1271-86.

- 12-HAIDARA A.M.** Le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre le tabagisme au Mali. Thèse pharm. 1981, 85 p.
- 13-TAIEB C., PIERGIOVANI J., MARIONO N.** De la première cigarette à fumeur régulier. Rev Mal Respir 2005; 22:1s99
- 14-Nguyen L.T., 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 : 1s97
- 15-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
- 16-Société française du cancer.** Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac. Paris : EDK, Octobre 1998.
- 17- Ministère de la santé de l'hygiène et de la prévention du Mali.** Plan d'action national de lutte contre le tabac, 2002-2007.
- 18-France Info.** « USA la Chambre vote de fortes restrictions sur l'industrie du tabac », 2009. Consulté le 02 avril 2009. www.franceinfo.fr/spip.php?article273913
- 19-En Australie, tous les paquets de cigarettes seront identiques,** article de la RTS du 30 novembre 2012. www.francetvinfo.fr/l-australie-inaugure-les-paquets-de-cigarettes-
- 20- Communiqué du conseil des ministres du 17 mars 2010.** www.fasozine.com
- 21- Stratégies publics consultants SARL.** Etat des lieux du tabac au Mali, déc. 2003.
- 22-TCHUINDEN S. F.** Le tabagisme chez les lycéens dans le District de Bamako. Thèse méd. 2002, 81p.
- 23-Dao S.** Tabac : Aspect économique et effet sur la santé en milieu hospitalier de Bamako. Thèse méd. 1996, 74 p.
- 24-OMS.** Tabac et santé : Les faits. Aide-mémoire N° 221 Avril 1999, <http://www.who.int>.
- 25- KABA WA KABA B.** Femme et tabagisme dans le district de Bamako. Thèse méd. 2006, 131p.

- 26- VAUTHEROT A.** Tabagisme passif : définition, risques et effets. 2011
www.gralon.net
- 27- NAOUSSI SANGO C.** Connaissances et attitudes des éléments de la police vis-à-vis du tabagisme dans les commissariats du district de Bamako. Thèse méd., 2010, 95p.
- 28-CISSE M.** Enquête globale sur le tabagisme chez les jeunes (SOS tabagisme). Thèse méd., 2002, 78p.
- 29- Dubois G., Tramier B.** Industrie du tabac et pandémie tabagique. Rev méd. suisse, Octobre 2003, 2452,
- 30- M. El Biaze, A. Bakhatar, M. Bartal, A. El Meziane, A. Alaoui-Yazidi, N. Yassine.** Connaissances, attitudes et comportements de patients vis-à-vis du tabagisme au Maroc. Rev Mal Respir, 2000, 17, 3, p.671.
- 31- Glynn TJ.** Physicians and a smoke-free society. Arch Intern Med 1988 ; 148 : 1013-6.
- 32- Bluman LG, Mosca L, Newman M, Simon DG,** Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications, Chest 1998 ; 113:883-9.
- 33- Morton HJV,** Tobacco smoking and pulmonary complications after operation, Lancet, 1944 ; 1: 368-70.
- 34- Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H.** Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications : a randomised clinical trial. Lancet. 2002 Jan 12 ; 359(9301) :114-7.
- 35- S. Leroy, S. Lagouche, B. Dureuil** Tabagisme et anesthésie Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007. Conférences d'actualisation, p. 079-089.

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

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

Score :

⇒ **Moins de 6 = Motivation faible**

⇒ **7-16 = Motivation moyenne**

⇒ **Plus de 16 = forte motivation**

Questionnaire de dépendance de Fagerström :

1	Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	⇒ Dans les 5 premières minutes (3) /_____/
		⇒ Entre 6 et 30 minutes (2) /_____/
		⇒ Entre 31 et 60 minutes (1) /_____/
		⇒ Après 60 minutes (0) /_____/
2	Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits interdits ?	⇒ Oui (1) /_____/
		⇒ Non (0) /_____/
3	Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	⇒ La première (1) /_____/
		⇒ Une autre (0) /_____/
4	Laquelle aimeriez-vous le moins abandonner ?	⇒ La première (1) /_____/
		⇒ Une autre (0) /_____/
5	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	⇒ 10 ou moins /_____/
		⇒ 11 à 20 /_____/
		⇒ 21 à 30 /_____/
		⇒ 31 ou plus /_____/
6	Fumez-vous de façon plus rapprochée dans les 1eres heures après le réveil que pendant le reste de la journée ? :	⇒ Oui (1) /_____/
		⇒ Non (0) /_____/
7	Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	⇒ Oui (1) /_____/
		⇒ Non (0) /_____/
8	Précisez le motif d'entrée dans le tabagisme ?	⇒ Entourage /_____/
		⇒ Stress /_____/
		⇒ Plaisir /_____/
		⇒ Publicité /_____/
		⇒ Mode /_____/
		⇒ Autre /_____ /
9	Votre conjoint(e) fume-t-il (elle) ?	⇒ Oui /_____/
		⇒ Non /_____/
10	Vos enfants fument-ils ?	⇒ Oui /_____/
		⇒ Non /_____/
11	Avez-vous déjà essaye d'arrêter de fumer ?	⇒ Oui /_____/
		⇒ Non /_____/
12	Si oui précisez le nombre de fois :	⇒ 1 fois /_____/
		⇒ 2 fois /_____/

		⇒ 3 fois /____/ ⇒ 4 fois ou plus /____/
13	Souhaiteriez-vous actuellement cesser de fumer ?	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
14	Si vous souhaitez arrêter de fumer, pensez-vous avoir besoin d'un soutien ?	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
15	Quel type de soutien ?	⇒ Psychologique /____/ ⇒ Médicamenteux /____/ ⇒ Les deux /____/
16	Dans quelle structure deviez-vous aller pour ce soutien ?	⇒ Hôpital /____/ ⇒ Autres /_____/
17	Avez-vous souffert dans le passé de :	⇒ Pathologie cardio-vasculaire : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Pathologies respiratoires : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Autre pathologie : Oui/___/ Non/___/
18	Si oui laquelle ?	/_____/
19	Quel est le coût mensuel estimatif de votre tabagisme ?	/_____/F CFA
20	Pensez-vous qu'il soit indispensable que vous puissiez disposer d'une bonne information sur le tabac ? _	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
21	Pensez-vous qu'il soit dans le rôle du personnel soignant d'aider les autres à arrêter de fumer	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
22	Si Oui, Pensez-vous avoir de l'influence sur les fumeurs pour les aider à arrêter ?	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
23	Quels sont les moyens d'information qui vous paraissent les meilleurs pour arrêter de fumer ?	⇒ Presse, Radio, télévision : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Publicité : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Campagne nationale : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Contact personnel : Oui/___/

	Non/___/ ⇒ Consultation anti-tabac : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Autres : Oui/___/ Non/___/ Préciser : /_____ /
--	---

Score total /_____/

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

Indice de performance OMS :

0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps
3	Capables de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
4	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

Fiche d'enquête :

N° : /_____/_____/_____/

Date de consultation /_____/_____/2011

Numéro du dossier : /_____/

I. Identification :

1. Nom et Prénoms /_____/ /_____/
2. Age /_____/ans
3. Sexe /_____/ 1=masculin ; 2=féminin
4. Statut matrimonial /_____/1= Marié (e) ; 2=Célibataire ; 3=Veuf (Ve) ;
4=Divorcé (e) ; 5=Autres à préciser/_____/
5. Résidence /_____/ 1= Bamako ; 2= Kayes ; 3= Koulikoro ; 4= Sikasso ; 5=
Ségou ; 6= Mopti ; 7= Tombouctou ; 8= Gao ; 9= Kidal ; 10=Autres à
préciser/_____/
6. Ethnie /_____/ 1=Bambara ; 2= Sarakolé ; 3= Peulh ; 4= Sonrhäï ;
5= Dogon ; 6= Sénoufo ; 7=Bobo ; 8=Malinké ; 9=Autres à préciser/_____/
7. Nationalité /_____/ 1=Maliennne ; 2=Autres à préciser
/_____/
8. Profession /_____/ 1=Menagère ; 2=Ouvrier qualifié ; 3= Ouvrier non qualifié ;
4=Paysan ; 5=Eleveur ; 6=Fonctionnaire ; 7=Commerçant ; 8=Elève /Etudiant ;
9=Autres à préciser/_____/
9. Niveau d'instruction /_____/ 1=Primaire ; 2=Secondaire ; 3=Supérieur
; 4=Non lettré ; 5=Autres à préciser/_____/
10. Motif de consultation /_____/
11. Antecedants médicaux : /_____/1=BPCO ; 2=Pathologies tumorales ; 3=
Emphysème pulmonaire ; 4=Pathologies cardio-vasculaires ; 5=Autres à
préciser/_____/
12. Poids: /_____/Kg
13. Taille: /_____/M
14. Indice de masse Corporelle /_____/ Kg/m²

15. Indice OMS : /_____/
16. Hospitalisation : /_____/ 1 = Oui ; 2 = Non
17. Diagnostic /_____/
18. Intervention chirurgicale /_____/ 1 = Oui ; 2 = Non
19. Type d'intervention chirurgicale /_____/
20. Complications postopératoires /_____/ 1 = Oui ; 2 = Non
21. Type de complications postopératoires /_____/

II. Comportement tabagique :

22. Etes-vous /_____/ 1=fumeur ? ; 2=ex-fumeur ? ; 3=non-fumeur

Si vous-êtes fumeur :

23. A quel âge avez-vous commencé à fumer ? /_____/ans
24. Qu'est ce qui vous à pousser à fumer /_____/ 1= amis ; 2= parents ; 3= expérience à vivre ; 4= Autres à préciser/_____/
25. Depuis combien d'années fumez-vous ? /_____/ ans
26. Quelle forme de tabac fumez-vous ? /_____/ 1 =cigarette ; 2=pipe ; 3=tabac à chiquer ; 4=cigare ; 5=autres à préciser/_____/
27. Quelle quantité de tabac fumez-vous ? /_____/ paquets.année
28. Pensez-vous que le tabagisme passif est dangereux pour la santé de votre entourage ? /_____/ 1 = Oui ; 2 = Non

Si vous-êtes ex-fumeur :

29. Depuis combien d'années avez-vous cessé de fumer ? /_____/ 1= 1 à 5 ans ; 2= 6 à 10 ans ; 3= plus de 10 ans
30. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous cessé de fumer ? /_____/ 1=Maladie ; 2= Economique ; 3=Indisposition de l'entourage ; 4=Emission médicales (Télévisions, radios, presse) ; 5=Conseil (d'un ami, d'un parent, d'un médecin) ; 6= Culpabilisation ; 7=Autres à préciser/_____/
31. Pendant combien d'années avez-vous fumé ? /_____/ ans
32. Quelle forme de tabac avez-vous fumée ? /_____/ 1=cigarette ; 2=pipe ; 3=tabac à chiquer ; 4=autres à préciser/_____/

33. Quelle quantité de tabac avez-vous fumée : /_____/ paquets.année

Si non-fumeur :

34. Avez-vous un ami ou un parent avec qui vous passer beaucoup de temps et qui fume régulièrement ? /_____/ 1 = Oui ; 2 = Non

35. Vous-êtes exposé à quelle forme de tabac ? /_____/ 1=cigarette ; 2=pipe ; 3=tabac à chiquer ; 4=cigare ; 5=autres à préciser/_____/

36. Quelle est la durée de votre exposition ? /_____/ heures/jour

37. Quelle est la source de votre exposition ? /_____/ 1 =père ; 2=mère ; 3=amis ; 4=Autres à préciser/_____/

38. Pensez-vous que le tabagisme passif est dangereux pour votre santé ? /_____/
1 = Oui ; 2 = Non

III. Connaissances tabagiques :

39. Savez-vous que le tabac est dangereux pour la santé ? /_____/ 1 = Oui ; 2 = Non

40. Si oui citez ces dangers /_____/

1= Toux chronique/BPCO ; 2=Maladies cardiovasculaires ; 3=Cancers ;
4=Autres à préciser.....

41. Savez-vous qu'il existe une loi anti-tabac au Mali ? /_____/ 1 = Oui ; 2 = Non

42. Quels sont vos moyens d'information ? /_____/ 1= Ecole ; 2= Médias
(Presse, Radio, télévision) ; 3= Autres à préciser.....

IV. Test de Fagerström

1	Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	⇒ Dans les 5 premières minutes (3)
		/_____/
		⇒ Entre 6 et 30 minutes (2) /_____/
		⇒ Entre 31 et 60 minutes (1) /_____/
		⇒ Après 60 minutes (0) /_____/

2	Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits interdits ?	⇒ Oui (1) /_____/
		⇒ Non (0) /_____/
3	Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	⇒ La première (1) /_____/
		⇒ Une autre (0) /_____/
4	Laquelle aimeriez-vous le moins abandonner ?	⇒ La première (1) /_____/
		⇒ Une autre (0) /_____/
5	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	⇒ 10 ou moins /_____/
		⇒ 11 à 20 /_____/
		⇒ 21 à 30 /_____/
		⇒ 31 ou plus /_____/
6	Fumez-vous de façon plus rapprochée dans les 1eres heures après le réveil que pendant le reste de la journée ? :	⇒ Oui (1) /_____/
		⇒ Non (0) /_____/
7	Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	⇒ Oui (1) /_____/
		⇒ Non (0) /_____/
8	Précisez le motif d'entrée dans le tabagisme ?	⇒ Entourage /_____/
		⇒ Stress /_____/
		⇒ Plaisir /_____/
		⇒ Publicité /_____/
		⇒ Mode /_____/
		⇒ Autre /_____/
9	Votre conjoint(e) fume-t-il (elle) ?	⇒ Oui /_____/
		⇒ Non /_____/
10	Vos enfants fument-ils ?	⇒ Oui /_____/
		⇒ Non /_____/
11	Avez-vous déjà essaye d'arrêter de	⇒ Oui /_____/

	fumer ?	⇒ Non /____/
12	Si oui précisez le nombre de fois :	⇒ 1 fois /____/ ⇒ 2 fois /____/ ⇒ 3 fois /____/ ⇒ 4 fois ou plus /____/
13	Souhaiteriez-vous actuellement cesser de fumer ?	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
14	Si vous souhaitez arrêter de fumer, pensez-vous avoir besoin d'un soutien ?	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
15	Quel type de soutien ?	⇒ Psychologique /____/ ⇒ Médicamenteux /____/ ⇒ Les deux /____/
16	Dans quelle structure deviez-vous aller pour ce soutien ?	⇒ Hôpital /____/ ⇒ Autres /_____/
17	Avez-vous souffert dans le passé de :	⇒ Pathologie cardio-vasculaire : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Pathologies respiratoires : Oui/___/ Non/___/ ⇒ Autre pathologie : Oui/___/ Non/___/
18	Si oui laquelle ?	/_____/
19	Quel est le coût mensuel estimatif de votre tabagisme ?	/_____/F CFA
20	Pensez-vous qu'il soit indispensable que vous puissiez disposer d'une bonne information sur le tabac ? _	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/

21	Pensez-vous qu'il soit dans le rôle du personnel soignant d'aider les autres à arrêter de fumer	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
22	Si Oui, Pensez-vous avoir de l'influence sur les fumeurs pour les aider à arrêter ?	⇒ Oui /____/ ⇒ Non /____/
23	Quels sont les moyens d'information qui vous paraissent les meilleurs pour arrêter de fumer ?	⇒ Presse, Radio, télévision : Oui/____/ Non/____/ ⇒ Publicité : Oui/____/ Non/____/ ⇒ Campagne nationale : Oui/____/ Non/____/ ⇒ Contact personnel : Oui/____/ Non/____/ ⇒ Consultation anti-tabac : Oui/____/ Non/____/ ⇒ Autres : Oui/____/ Non/____/ Préciser : /_____/

Score total /_____/

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

V. Test d'autoévaluation des chances de réussite de sevrage tabagique

1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle	2 <input type="checkbox"/>
	Je viens à la consultation sur avis médical	1 <input type="checkbox"/>

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

15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	2	<input type="checkbox"/>
-----------	--	---	--------------------------

Score :

⇒ **Moins de 6 = Motivation faible**

⇒ **7-16 = Motivation moyenne**

⇒ **Plus de 16 = forte motivation**

**Fiche de Consentement de participation à une étude de recherche pour recueillir
des données sur les patients en milieu chirurgical dans le service de chirurgie
« A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.**

*Titre de l'étude : Connaissances et comportements tabagiques des patients dans le
service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.*

Nous vous invitons à participer à une étude de recherche. Il est important que vous
compreniez quelques éléments avant de vous engager :

1. Votre participation à cette étude est totalement volontaire.
2. Vous pouvez refuser de continuer à tout moment.
3. Vous ne bénéficierez d'aucune compensation matérielle ou financière.
4. Votre anonymat sera garanti au cours de cette étude grâce à une confidentialité
des résultats.

NB : Pour les mineurs et les patients ne disposant pas de leur capacité mentale, le
consentement d'un proche ou du représentant légal sera nécessaire.

Introduction :

Le tabac est aujourd'hui une cause majeure de décès évitables dans les pays
développés et surtout en voie de développement : avec chaque jour, plus de 13000
personnes dans le monde meurent des conséquences du tabagisme [5].

En supposant que la prévalence de la consommation de tabac demeure constante,
l'OMS projette qu'entre 2000 et 2025 le nombre de fumeurs passera de quelque 1,2
milliards à plus de 1,7 milliards, et que le nombre annuel des décès, actuellement
estimé à 5 millions environ, doublera en 20 ans [5].

Parmi tous les problèmes de santé publique, l'épidémie de tabagisme fait figure
d'exception. Le tabac et les produits du tabac sont des produits de consommation très
courants et hautement appréciés. Son usage est considéré comme acceptable dans de
nombreuses cultures. La promotion agressive à laquelle se livre l'industrie du tabac,
ainsi que les conditions permissives qui font du tabac un produit aisément accessible et
bon marché, jouent un rôle majeur pour amener les jeunes à commencer à fumer.
L'accoutumance induite par la nicotine garantit que la majorité des consommateurs de
tabac en resteront dépendants à vie. Plusieurs pays possèdent ou subventionnent

l'industrie nationale du tabac, et les revenus tirés du tabac constituent une part non négligeable de l'économie de bien des pays. Les aspects économiques de la production et de la consommation de tabac doivent donc jouer un rôle central dans l'élaboration de stratégies visant à en réduire l'usage [5].

Le tabagisme est responsable d'une augmentation très importante des risques de complications péri-opératoires, mais il est trop souvent négligé [1].

Objectifs :

1- Objectif général :

- Etudier les connaissances et comportements tabagiques des patients dans le service de chirurgie « A ».

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des malades ;
- Déterminer la prévalence du tabagisme chez les malades ;
- Evaluer le niveau d'information des malades relatif aux dangers du tabagisme ;
- Décrire le comportement tabagique des malades.

Déroulement de l'enquête :

La collecte des données sera réalisée grâce à un questionnaire adressé aux patients reçus en consultation dans le service de chirurgie « A » opérés ou non.

Le questionnaire sera administré par une interview qui se déroulera après la consultation ou pendant l'hospitalisation du patient. La partie du questionnaire qui concerne le diagnostic du patient sera rempli à partir du dossier médical du patient.

Le même questionnaire sera utilisé pour tous les enquêtés avec une partie concernant exclusivement les fumeurs.

Mme DIARRA
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

LOI N° 10- 033 /DU 12 JUIL 2010.

**RELATIVE A LA COMMERCIALISATION ET A LA CONSOMMATION
DU TABAC ET DES PRODUITS DU TABAC**

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 1^{er} juillet 2010

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET

Article 1^{er} : La présente loi a pour objet de réglementer, en République du Mali, l'importation, la distribution, la vente, la publicité, la promotion et la consommation du tabac et des autres produits du tabac.

CHAPITRE II : DES DEFINITIONS

Article 2 : Aux fins de la présente loi, on entend par :

« **Commerce illicite** » toute pratique ou conduite interdite par la présente loi, relative à la production, l'expédition, la réception, la possession, la distribution, la vente ou l'achat, y compris toute pratique ou conduite destinée à faciliter une telle activité.

"**Publicité en faveur du tabac et promotion du tabac**" toute forme de communication, recommandation ou action commerciale ayant pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac.

« **Lutte antitabac** » toute une série de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des effets nocifs visant à améliorer la santé de la population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et l'exposition de celle-ci à la fumée du tabac.

« **Industrie du tabac** » les entreprises de fabrication et de distribution en gros de produits du tabac et les importateurs de ces produits.

« **Produits du tabac** » des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir du tabac en feuilles comme matière première et destinés à être fumés, sucés ou prisés.

« **Parrainage du tabac** » toute forme de contribution à tout événement, activité ou personne, ayant pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac.

TITRE II : DES MESURES DE PROTECTION CONTRE LE TABAC

CHAPITRE I : DU COMITE NATIONAL DE CONTROLE DU TABAC

Article 3 : Il est créé un Comité National de Contrôle du Tabac.

Article 4 : Le Comité National de Contrôle du Tabac est un organe de concertation sur les politiques nationales de lutte contre la prévalence du tabac.

Il a pour mission de veiller à l'application des textes en vigueur relatifs à l'importation, à la distribution, à la vente, à la publicité, à la promotion et à la consommation du tabac et des autres produits du tabac.

A ce titre, il est notamment chargé de :

- participer à la définition et veiller à la cohérence de la politique nationale de lutte antitabac ;
- suivre l'évolution de la prévalence du tabagisme et émettre des avis ;
- promouvoir l'information, la sensibilisation des populations sur les dangers du tabac et des autres produits du tabac ;
- donner son avis sur toutes les questions concernant le commerce illicite du tabac et la lutte antitabac qui lui sont soumises par les autorités compétentes en la matière ;
- communiquer au Gouvernement, avant le 31 janvier de chaque année, le rapport de l'année écoulée relatif aux mesures prises pour l'exécution de la présente loi ainsi que sur les modalités de sa mise en œuvre.

Article 5 : Le Comité National de Contrôle du Tabac comprend les représentants du secteur public, des Collectivités Territoriales, de la diaspora malienne, de la société civile et du secteur privé.

L'organisation et les modalités de fonctionnement du Comité National de Contrôle du Tabac sont fixées par décret.

CHAPITRE II : DES PRODUITS DU TABAC

Article 6 : Conformité à la réglementation

Il est interdit de fabriquer, d'importer ou de vendre un produit du tabac qui n'est pas conforme aux dispositions de la présente loi ou de tout texte pris en application de celle-ci.

Article 7 : Informations relatives aux produits du tabac

Le fabricant ou l'importateur est tenu, chaque année, pour toutes les marques de produit du tabac qu'il fabrique ou importe, de soumettre au Comité National de Contrôle du Tabac les résultats des tests relatifs à la teneur en nicotine, en goudron et en monoxyde de carbone.

Article 8 : Accès aux produits du tabac et protection des jeunes

Il est interdit de vendre un produit du tabac à toute personne âgée de moins de dix-huit ans.

Il est interdit à toute personne de moins de dix-huit ans de vendre ou de distribuer des cigarettes ou autres produits du tabac.

Il est interdit de fabriquer ou de vendre des objets, notamment, des bonbons, des snacks et des jouets qui ressemblent à des produits du tabac.

Article 9 : Distributeurs de cigarettes

Il est interdit de vendre les cigarettes et autres produits du tabac au moyen d'un distributeur automatique.

Article 10 : Conditions de vente

Il est interdit de vendre des cigarettes à moins qu'elles ne se trouvent à l'intérieur d'un paquet.

Article 11 : Livraison des produits du tabac

Il est interdit, moyennant paiement, de faire livrer un produit du tabac ou de l'envoyer par le service du courrier, à moins que la livraison ne soit effectuée entre les fabricants, les distributeurs, les grossistes ou les détaillants ou autre personne participant à une activité commerciale légale impliquant des produits du tabac.

Il est interdit de faire la publicité d'une offre concernant la livraison ou l'expédition par le service du courrier d'un produit du tabac à l'intérieur du Mali.

Article 12 : Informations exigées sur les paquets

Chaque paquet de produits du tabac ainsi que tout emballage extérieur, à l'exclusion des emballages transparents, utilisés pour la vente au détail du produit, doit faire mention des avertissements sanitaires.

Les fabricants sont tenus de faire figurer sur chaque paquet, cartouche et autres unités de conditionnement, le nom de la marque, les transcriptions en langue française suivantes : "Vente au Mali", le tabac nuit gravement à la santé le nom et le pays d'origine du fabricant et le numéro du lot.

Il ne doit apparaître sur le paquet d'un produit du tabac aucun terme ou descripteur pouvant créer une impression erronée concernant ses effets sur la santé.

Pour l'application des dispositions du présent article les opérateurs disposent d'un délai de douze (12) mois pour mettre leurs paquets aux normes de marquage requis. Au-delà de ce délai, tout paquet ne portant pas les mentions requises par le présent article sera considéré comme illégal et sanctionné conformément aux dispositions prévues au titre III de la présente

CHAPITRE III : DE LA PUBLICITE, DU PARRAINAGE ET DES AUTRES FORMES DE PROMOTION

Article 13 : Sont strictement interdites, toute forme de publicité du tabac et toute activité de promotion du tabac.

Le parrainage du tabac est également interdit.

Les opérateurs disposent d'un délai de 03 mois à compter de la publication de la présente loi pour se conformer aux dispositions du présent article.

Passé ce délai, tout matériel ou support publicitaire trouvé sur le territoire Malien sera considéré comme illégal et sanctionné conformément aux dispositions prévues au titre III de la présente loi.

CHAPITRE IV : EXPOSITION A LA FUMEE

Article 14 : Il est interdit à toute personne d'exposer une autre personne à la fumée du tabac en dehors des emplacements réservés aux fumeurs.

Article 15 : Il est interdit de fumer dans :

- les jardins d'enfants et lieux de séjour des enfants ;
- l'enceinte des services publics ;
- les salles de réunions, de conférences ou de spectacles ;
- les salles de cours pratiques et théoriques ;
- les réfectoires ;
- les dortoirs ;
- les transports publics de personnes ;
- les salles de cinéma ;
- les stations services ;
- les établissements sanitaires publics, privés, communautaires et les hôpitaux ;
- les établissements pharmaceutiques publics et privés, les dépôts de produits pharmaceutiques publics et privés ;
- les aéroports et les aéronefs de passagers ;
- les salles d'attente ;
- les salles de réception.

Toutefois, des zones réservées aux fumeurs peuvent être aménagées dans certains de ces lieux.

TITRE III : DES INFRACTIONS ET PENALITES

Article 16 : Sans préjudice des dispositions du Code Pénal et du Code de Procédure Pénale, les violations des dispositions de la présente loi sont constatées et poursuivies par les agents habilités du ministère chargé du Commerce, conformément aux dispositions de l'Ordonnance n° 07-025/P-RM du 18 juillet 2007 portant organisation de la Concurrence.

Article 17 : Sont passibles d'une peine d'emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 250 000 à 10 000 000 de francs ou de l'une des deux peines seulement, ceux qui auront enfreint les dispositions des articles 6, 7, 8, 9, 11 et 12 ci-dessus.

Article 18 : Sera puni d'une amende de 300 à 18 000 francs et facultativement d'un emprisonnement d'un à dix jours celui qui aura contrevenu aux dispositions de l'article 10 ci-dessus.

Article 19 : Sont passibles d'une peine d'emprisonnement de un à quinze jours et d'une amende de 200 000 à 2 000 000 de francs ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront enfreint à l'interdiction de publicité, de parrainage et autres formes de promotion du tabac.

Article 20 : Sera passible d'une peine d'emprisonnement de un à quinze jours et d'une amende de 5 000 à 25 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui aura fumé en dehors des emplacements réservés aux fumeurs en violation des dispositions de l'article 15 ci-dessus.

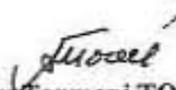
TITRE IV : DISPOSITIONS FINALES

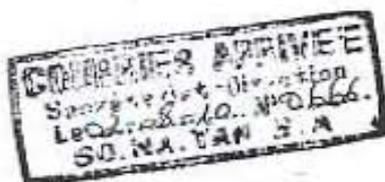
Article 21 : Un décret pris en Conseil des Ministres détermine les modalités d'application de la présente loi.

Article 22 : La présente loi abroge la Loi n° 96-041 du 7 août 1996 portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac.

Bamako, le 12 JUL 2010

Le Président de la République,


Amadou Toumani TOURE



PRIMATURE

SECRETARIAT GENERAL

DU GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE- UN BUT-UNE FOI

DECRET N° 2012-_____ /P-RM

DETERMINANT LES MODALITES D'APPLICATION DE LA LOI N° 10 – 033

DU 12 JUILLET 2010 RELATIVE A LA COMMERCIALISATION ET

A LA CONSOMMATION DU TABAC ET DES PRODUITS DU TABAC

-0-0-0-0-0-

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

- Vu la Constitution ;
- VU la Loi n°92-002 du 27 août 1992, modifiée, portant Code de Commerce en République ;
- Vu la Loi n° 01-020 du 30 mai 2001 relative aux pollutions et aux nuisances ;
- VU la Loi n° O1-75/AN-RM du 18 Juillet 2001, instituant le Code des Douanes en République du Mali ;
- Vu la [Loi n° 01-079 du 20 août 2001 portant Code pénal](#) ;
- Vu la [Loi n° 01-080 du 20 août 2001 portant Code de procédure pénale](#) ;
- Vu la Loi n°10–033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac ;

Vu le Décret n° 2012 - 193/P-RM du 17 avril 2012 portant nomination du Premier
Ministre ;

Vu le Décret n° 2012-194/P-RM du 24 avril 2012 portant nomination des membres du
Gouvernement ;

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

TITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Le présent décret détermine les modalités d'application de la Loi n° 10 – 33 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac.

TITRE II : DES MESURES DE PROTECTION CONTRE LE TABAC

CHAPITRE I : DES INFORMATIONS RELATIVES AUX PRODUITS DU TABAC

Article 2 : Le fabricant ou l'importateur est tenu, avant la mise en vente sur le marché national de tout nouveau produit du tabac, de soumettre au Comité National de Contrôle du Tabac, les résultats des tests relatifs à la teneur en nicotine, en goudron et en monoxyde de carbone.

Les produits se trouvant sur le marché feront l'objet d'une déclaration, au Comité National de Contrôle du Tabac, dans les trois (3) mois suivant l'adoption du présent décret.

Cette déclaration, sous forme de lettre signée, doit contenir les informations suivantes :

- le nom du fabricant ;

- le nom de l'importateur ;
- la marque ;
- le pays d'origine ;
- les teneurs en nicotine, goudron et monoxyde de carbone.

Article 3 : Le Comité National de Contrôle du Tabac peut soumettre les résultats des tests visés à l'article 2, à la contre-expertise du laboratoire de son choix.

Au cas où les résultats transmis par le fabricant ou l'importateur se révèlent erronés, le Comité National de Contrôle du Tabac saisit les services techniques compétents de l'Etat, aux fins de procéder à la saisie et à la destruction des produits concernés, sans préjudice des sanctions prévues à l'article 17 de la Loi n° 10-033 du 12 juillet 2010 relative à la consommation et à la commercialisation du tabac et des produits du tabac.

Article 4 : Le Comité National de Contrôle du Tabac saisit également les services techniques compétents de l'Etat, pour procéder à la saisie et à la destruction de tout produit du tabac mis sur le marché national et pour lequel les résultats des tests relatifs à la teneur en nicotine, en goudron et en monoxyde de carbone ne lui ont pas été soumis, sans préjudice des poursuites judiciaires prévues en la matière.

CHAPITRE II : DES INFORMATIONS EXIGÉES SUR LES PAQUETS, CARTOUCHES ET AUTRES UNITES DE CONDITIONNEMENT DU

TABAC ET DES PRODUITS DU TABAC

Article 5 : Chaque paquet, cartouche et autre unité de conditionnement de produits du tabac, mis à la consommation du public, doit porter l'avertissement sanitaire suivant :
« Le tabac nuit gravement à la santé. ».

Article 6 : L'avertissement sanitaire couvre **30%** de chacune des deux (2) faces principales du paquet, cartouche et autre forme de conditionnement de produits du tabac.

Il est imprimé en caractères gras « **Helvetica** » noirs, indélébiles et parfaitement lisibles, sur fond blanc et en minuscules, sauf pour la première lettre du message, sur la partie inférieure du paquet, de la cartouche ou de toutes autres formes de conditionnement du tabac et des produits du tabac, parallèlement au bord inférieur, le tout étant contenu dans un encart dont les bordures sont en couleur noire et d'une épaisseur minimale de 3 mm.

Article 7 : Les paquets, cartouches et autres formes de conditionnement du tabac et des produits du tabac, fabriqués au Mali ou importés, destinés à être commercialisés sur le marché malien, doivent porter obligatoirement et de façon parfaitement lisible, sur l'une des faces latérales, en caractères « Helvético », les indications et informations suivantes : « Fabriqué ou vente au Mali », le nom et le pays d'origine du fabricant, ainsi que les teneurs en nicotine, en goudron et en monoxyde de carbone.

Les mentions relatives au numéro du lot et à la marque doivent apparaître de façon très lisible. Elles peuvent être imprimées ou gravées sur une ou plusieurs faces.

Article 8 : Les tailles minimales des indications et informations exigées sont définies comme suit :

Pour les produits fabriqués localement :

- « Fabriqué au Mali » : 2 mm ;
- « Vente au Mali » : 2 mm ;
- « Nom du fabricant » : 2 mm.
- Pour les produits importés :
- « Vente au Mali » : 2 mm ;
- « Nom du fabricant » : 1 mm ;
- « Pays d'origine du fabricant » : 1 mm.

Les mentions relatives aux teneurs en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone sont imprimées horizontalement sur l'une des faces latérales du paquet ou de la cartouche et doivent couvrir au moins 10% de la surface correspondante.

Article 9 : Un arrêté interministériel des Ministres chargés de l'Industrie, de la Santé et de l'Environnement fixe les teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone.

Article 10 : Les fabricants et importateurs de tabac et de produits du tabac disposent d'un délai de douze (12) mois, à compter de la date de publication du présent décret au Journal Officiel, pour se conformer aux dispositions des articles 5 à 8.

Les contrevenants à cette disposition s'exposent aux sanctions prévues à l'article 17 de la Loi n° 10-033 du 12 juillet 2010 relative à la consommation et à la commercialisation du tabac et des produits du tabac.

CHAPITRE III : DE LA PUBLICITE, DU PARRAINAGE ET DES

AUTRES FORMES DE PROMOTION DU TABAC

Article 11 : Sont strictement interdites, sur toute l'étendue du territoire national, toute forme de publicité tendant à promouvoir, à l'égard du public, le tabac ou les produits du tabac, ainsi que toute activité de parrainage et de promotion desdits produits, à travers notamment :

- Les émissions radiodiffusées ou télévisées ;
- Les articles de presse et les présentations sur les sites Internet ;
- Les projections ou annonces dans les salles de spectacles et d'autres lieux publics ;
- Les affiches, les panneaux et les prospectus.

Article 12 : Il est strictement interdit toute forme de communication sur le tabac et les produits du tabac destinée à être lue, vue ou entendue par plus d'une personne à la fois, ainsi que des diffusions individuelles effectuées vers plusieurs personnes.

Article 13 : L'offre, la remise, la distribution, à titre gratuit, du tabac et des produits du tabac, revêtant une forme déguisée de promotion, sont interdites.

Article 14 : Il est strictement interdit toute propagande en faveur du tabac et des produits du tabac qui, par son vocabulaire, son graphisme, sa forme, la combinaison de ses couleurs ou logos sur les points de vente, constitue une publicité indirecte ou déguisée vers le public.

Article 15 : Les dispositions des articles 11 à 14 ci-dessus cités ne s'appliquent pas à la communication entre professionnels du domaine et aux points de vente du tabac et des produits du tabac au Mali.

Article 16 : Tout manquement aux dispositions des articles 11 à 14 ci-dessus expose le contrevenant aux sanctions prévues à l'article 19 de la Loi n° 10 – 033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac.

CHAPITRE IV : DE L'EXPOSITION A LA FUMEE DU TABAC

Article 17 : Des zones réservées aux fumeurs peuvent être aménagées dans les aéroports.

Lesdites zones sont des salles closes dans lesquelles aucune prestation de service n'est délivrée et où les tâches d'entretien et de maintenance ne peuvent y être exécutées sans que l'air ait été renouvelé, en l'absence de tout occupant, pendant au moins une heure.

Les zones réservées aux fumeurs respectent les normes suivantes :

- être interdites aux personnes âgées de moins de 18 ans ;
- être identifiées comme « zone fumeur » ;
- être équipées d'un dispositif d'extraction d'air par ventilation mécanique permettant un renouvellement d'air minimal de dix (10) fois le volume d'air contenu dans l'espace aménagé, par heure. Ce dispositif est entièrement indépendant du système de ventilation ou de climatisation d'air du bâtiment. Le local est maintenu en dépression continue d'air d'au moins cinq (5) pascals par rapport aux pièces communicantes ;
- être dotées de fermetures automatiques sans possibilité d'ouverture non intentionnelle ;
- ne pas consister en un lieu de passage.

CHAPITRE IV : DE LA CONSTATATION, DE LA POURSUITE ET DE LA REPRESSION DES INFRACTIONS

Article 18 : Les violations des dispositions de la Loi n° 10 – 033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac sont constatées par les officiers de police judiciaire, les agents des services de douanes et les agents habilités du Ministère chargé du Commerce.

À cet effet, ils dressent un procès-verbal qui est transmis aux autorités judiciaires compétentes.

Article 19 : La poursuite et la répression des infractions aux dispositions de la Loi n° 10 – 033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac relèvent de la compétence des autorités judiciaires.

Toutefois, les officiers de police judiciaire et les agents habilités du Ministère chargé du Commerce sont autorisés à transiger pour les infractions visées à l'article 15 de

la Loi n° 10 – 033 du 12 juillet 2010 relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits du tabac.

TITRE III : DES DISPOSITIONS FINALES

Article 20 : Le présent décret abroge toutes dispositions antérieures contraires, notamment le Décret n° 97-0162/P-RM du 07 mai 1997 fixant les modalités d'application de la Loi n° 96-041 du 07 août 1996 portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac.

Article 21 : Le Ministre du Commerce, des Mines et de l'Industrie, le Ministre de la Santé, le Ministre de l'Energie, de l'Eau et de l'Environnement, le Ministre de l'Equipeement, des Transports, du Logement et de l'Urbanisme, le Ministre de la Sécurité Intérieure et de la Protection Civile, le Ministre de l'Economie, des Finances et du Budget, le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux, le Ministre de la Jeunesse, du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, le Ministre de l'Artisanat, de la Culture et du Tourisme sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal Officiel.

Bamako, le

**Le Président de la République par
intérim**

Pr Dioncounda TRAORE.

Le Premier ministre,

Cheick Mohamed Abdoulaye Souad dit Modibo DIARRA.

**Le Ministre du Commerce,
des Mines et de l'Industrie,**

Le Ministre de la Santé,

Ahmadou TOURE.

Soumana MAKADJI.

**Le Ministre de l'Energie, de
l'Eau et de l'Environnement
l'Urbanisme**

**Le Ministre de l'Equipeement, des,
Transports, du Logement et de
l'Urbanisme**

Alfa Bocar NIAFO.

Mamadou COULIBALY.

**Le Ministre de la Sécurité Intérieure
et de la Protection Civile,**

**Le Ministre de la Justice,
Garde des Sceaux,**

Général Tiéfing KONATE.

Malick COULIBALY.

**Le Ministre de l'Economie, des
Finances et du Budget,
Professionnelle,**

**Le Ministre de la Jeunesse, du Travail,
de l'Emploi et de la Formation**

Tiéna COULIBALY.

Mamadou DIAKITE.

**Le Ministre de l'Artisanat,
De la Culture et du Tourisme,**

Madame DIALLO Fadima TOURE.

Fiche signalétique :

Nom : Pléa

Prénoms : Adama Moussa

Titre de thèse : *Connaissances et comportements tabagiques des patients dans le service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.*

Année universitaire : 2012 – 2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique ; Chirurgie générale.

Résumé : Le tabagisme constitue un problème capital de santé publique, responsable d'une morbidité et d'une mortalité très importante.

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée de Janvier à Avril 2012.

Nos objectifs étaient de :

- Etudier les connaissances et comportements tabagiques des patients dans le service de chirurgie « A ».
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des malades ;
- Déterminer la prévalence du tabagisme chez les malades ;
- Evaluer le niveau d'information des malades relatif aux dangers du tabagisme ;
- Décrire le comportement tabagique des malades.

Notre étude a concerné 315 patients, la prévalence du tabagisme était de 8,6% soit 27 fumeurs actifs, 13 ex-fumeurs et 275 non-fumeurs. L'exposition à la fumée de tabac a été retrouvée chez 24,55% des non-fumeurs soit 70 patients. Seulement 17,64% des patients connaissaient la loi anti-tabac au Mali. Les médias étaient la source d'information principale des malades.

Mots clés : *Tabagisme. , Patients. , Comportements. , Connaissances.*

Serment d'Hippocrate :

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de Parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

Je le jure