

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche**



Scientifique

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

(USTTB)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année académique : 2012-2013

N° /

Thèse

TABAGISME DANS LES LYCEES DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le//2012 devant

la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

PAR M BAH MAMADOU

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Abdoulaye AG RHALY

Membre : Dr. Nazoum DIARRA

Co-directrice : Dr. KEITA Awa SIDIBE

Directeur de thèse : Pr. Hamdoun SANGHO

- **A Dieu**

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

- **A son prophète** (paix et salut sur lui)

- **A mon Père Bocar BAH**

Abba, grâce à toi je suis là aujourd'hui, tu n'as ménagé aucun effort pour l'épanouissement de tes enfants. Par ta rigueur et ton courage tu m'as procuré le goût du travail bien fait. Nous ne remercions jamais assez le seigneur pour le père exemplaire et aimable dont il nous a gratifiés. Que Dieu te procure une longue et heureuse vie.

- **A ma Mère Aminata CISSE**

Anna, tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour. Que Dieu tout puissant te garde et te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant le chemin de tes enfants.

- **A la mémoire de mon Oncle Almamy CONDE**

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

- A mon Père Aguibou Demba BA

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

- A tous mes parents du Mali, du Sénégal, du Burkina, du Togo et de la Mauritanie

Veillez percevoir à travers ce travail, l'expression de ma profonde affection et mon énorme respect. Avec tout l'amour que je vous porte, je vous souhaite beaucoup de bonheurs dans votre vie.

- A tous mes Oncles et Tantes de Diambacourou

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour vous. Je vous remercie pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagnera toujours.

- A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines

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

- A mes sœurs Oumou CONDE et Djéinéba Aguibou BA

En plus de mes sœurs, vous êtes aussi des amies éternelles. Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour envers vous. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

Remerciement :

Mes sincères remerciements :

- **A Tous Mes enseignants tout au long de mes études**

Grâce à vous cet ouvrage a été conçu, je vous en remercie infiniment.

- **A tout le personnel du CREDOS**

Merci pour votre admiration à mon égard et surtout grand merci à **Dr KEITA Assa SIDIBE** pour tous les efforts fournis à la réalisation de ce travail.

- **A Macky TALL**

Ces lignes ne sauraient en aucun cas signifier ma gratitude à votre égard, je ne saurais comment vous remercier pour votre aide. Que Dieu vous donne longue vie.

- **A Garba Gomny SALL**

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

- **A mon frère Madani BA**

Merci infiniment d'avoir mis à ma disposition tout ce qui m'était indispensable à la réalisation de ce travail. Ton altruisme et ta rigueur sans rancune ont été exemplaires pour moi. Que Dieu te donne une longue vie pleine de santé et tout en exhaussant tes vœux les meilleurs.

- **A Ibrahima DIAWARA**

Tu es un ami et un frère pour moi. Merci pour ta générosité et ton soutien. Que Dieu te procure tout le bonheur que tu mérites.

- **A Mohamed DIALLO et Dr DIALLO Zeynab MAIGA**

J'ai toujours senti que vous êtes ma deuxième famille que j'aime et que je respecte. Merci pour votre gentillesse, votre générosité et pour les bons moments qu'on a passé ensemble. Puisse Dieu tout puissant, vous procurer une longue et heureuse vie pleine de succès.

- **A Dr Stéphan DEGBE**

Ces lignes ne sauraient en aucun cas signifier ma gratitude à ton égard. Tu as été un frère, un ami à travers tes conseils prodigués tout au long de mon cursus universitaire, je t'en remercie infiniment.

- **A Dr Mamadou DOUMBERE**

Ces lignes ne sauraient en aucun cas déterminer ma reconnaissance à ton égard, le docteur aimable, exemplaire, indulgent, rigoureux, disponible, celui là qui a le don de partager son savoir et son humanisme avec les autres. Tu as été un frère, un maître à travers tes encadrements et conseils prodigués tout au long de mon cursus. Que Dieu réalise tes vœux.

- **A tous les anciens de l'école A de Toguel, de l'école de Diambacourou et du Lycée Moderne de Mopti**

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

- **A tous les membres de l'ADET**

Merci pour votre confiance et vos gestes affectueux à mon égard.

- **A tous mes ami(e)s et camarades de promotion**, particulièrement à Mohamed CISSE , Salif SY, Ahmadou A DIALLO, Lamine SONFO, Bagna MAIGA, Worokia CISSE, Bourlaye TRAORE, Raphael TOGO, Bocar TIMBO, Guidimabel DIAMCOUMBA, Jules SANGALA, Mamadou GANESSE, Nama DIAKITE, Ibrahima KONE, Moti TRAORE, Mamadou M TRAORE, Adane GUITTEYE, Abdoulaye KONIPO, avec vous j'ai connu la vraie valeur de l'amitié, vous

partagerez toujours une partie de ma vie et de mon cœur. Que Dieu vous procure tout le bonheur que vous méritez.

- **Aux Proviseurs des lycées : Progrès, Mabilé, Ecovie et Mohamed Fall**

Zouboye, qui nous ont permis sans hésiter, d'intervenir dans leurs établissements.

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

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

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

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

- A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

Je ne saurais oublier les soutiens que vous m'avez apportés. Que ce travail soit la récompense de vos efforts déployés.

A notre maître et président du jury :

Professeur ABDOULAYE AG RHALY

Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS ;

Ancien Directeur Général de l'INRSP ;

Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;

Membre du comité d'éthique de la FMOS ;

Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du CAMES ;

Docteur HONORIS CAUSA de l'université D'HAVAN au QUEBEC.

Honorable maître,

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

Votre probité morale et votre simplicité seront pour nous une source inépuisable d'inspiration. En acceptant d'apprécier ce modeste travail, vous contribuez à son indispensable amélioration. Permettez nous de vous exprimer à travers ce travail, toute notre reconnaissance et notre gratitude.

A notre maître et membre du jury

Docteur NAZOUM J. P. DIARRA

Médecin en santé publique,

Chef de section lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) à la direction nationale de la santé (DNS).

Cher Maître,

C'est un honneur et un plaisir de vous compter parmi nos juges. Vos qualités humaines ainsi que vos connaissances scientifiques font de vous un maître exemplaire. En dépit de vos nombreuses occupations vous avez accepté de venir juger ce travail. Recevez Cher maître nos sentiments d'estime, de respect et de gratitude.

A notre maîtresse et co-directrice

Docteur KEITA ASSA SIDIBE

Master en Santé publique;

Directrice Générale adjointe du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ;

Cher Maître

La générosité et l'amabilité avec laquelle vous nous avez reçus, nous ont séduits. Votre expérience nous a été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail. qui n'aurait été réalisé sans vos précieux conseils et vos encouragements. Puisse ce travail être l'occasion de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Hamadou SANGHO

Maître de Conférences Agrégé en santé publique ;

Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ;

Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Cher Maître,

Vos qualités exceptionnelles de formateur ont forcé notre admiration. Vos qualités humaines et scientifiques ont vite retenu notre attention. Vous avez cultivé en nous, l'esprit du travail bien fait, de la persévérance, la précision.

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect. Que Dieu réalise vos vœux!

ABREVIATION

ASACO : Association de Santé Communautaire.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

BAT : British American Tobacco.

BCO : Bronchites Chroniques Obstructives.

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

CAP : Centre d'Animation Pédagogique.

CCLAT : Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-tabac

CO : Monoxyde de Carbone.

CMLN : Comité Militaire de Libération Nationale.

CNESS : Commuté National d'Ethique pour la Santé et les Sciences de la vie.

CREDOS : Centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie.

CS Com : Centre de Santé Communautaire.

CS Réf : Centre de Santé de Référence.

DNS : Direction Nationale de la Santé.

DRPSIAP /DB : Direction régionale de la planification, de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population du district de Bamako

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

GYTS : Global Youth Tobacco Survey

HbCO : Carboxyhémoglobine.

HTA : Hypertension Artérielle.

IDM : Infarctus Du Myocarde.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

Km²: Kilomètre Mètre Carré

LNC: Laboratoire de Neurosciences Cognitives.

Mm: Millimètre.

MNT : Maladie Non Transmissible.

MPOC: Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique.

OCCGE: Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies.

OHVN: Office de la Haute Vallée du Niger.

OMS: Organisation Mondiale de la Santé.

ONG: Organisation Non Gouvernementale.

ORL : Oto-rhino-laryngologie.

OTAF: Observatoire du Tabac en Afrique Francophone.

Q : Question.

RR : Risque Relatif.

SONATAM : Société Nationale des Tabacs et Allumettes du Mali.

UICC: Union Internationale Contre le Cancer.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	5
1. Objectif général.....	6
2. Objectifs spécifiques.....	6
III. GENERALITES.....	7
1. Définition de concepts.....	8
2. Revue de la littérature.....	8
2.1 Histoire du Tabac.....	8
2.2 Rappel sur le tabac.....	9
2.3 Formes de consommation.....	9
2.4 Composition de la fumée du tabac.....	10
2.5 Situation du tabac au Mali.....	12
2.6 Effets nocifs.....	13
2.7 La notion de dépendance.....	18
2.8 Quelques données d'étude sur la consommation.....	20
2.9 Sevrage tabagique.....	23
2.10 Prévention du tabagisme.....	24
2.11 Traitements médicaux.....	25
2.12 Pour défaire les mécanismes comportementaux.....	29
2.13 Tabagisme et religion islamique.....	30
IV. METHODOLOGIE.....	31
1. Cadre d'étude.....	32
2. Type et période d'étude.....	34
3. Population d'étude.....	34
4. Taille de l'échantillon.....	35
5. Méthode et Technique d'échantillonnage.....	36
6. Les variables	38
7. Technique et outil de collecte.....	38
8. Déroulement de l'enquête.....	38
9. Traitement et analyse des données.....	38

10.Considérations éthiques.....	39
V. RESULTATS.....	40
6.1 Etude descriptif	41
6.2 Etude analytique.....	53
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	60
6.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	61
6.2 Tabagisme passif	61
6.3 Tabagisme actif	62
6.4 Connaissance de la nocivité sur la santé.....	64
6.5 Tentative d'arrêt du tabac.....	64
6.6 Lutte anti-tabac.....	64
VII. CONCLUSION.....	66
VIII. RECOMMANDATIONS.....	68
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
X. ANNEXES.....	76

INTRODUCTION

Le tabagisme est le fait de consommer du tabac, produit manufacturé élaboré à partir de feuilles séchées de plantes appartenant à la famille des Solanacées et caractérisées par la présence de nicotine, substance alcaloïde psychotrope pouvant être à l'origine d'une dépendance durable. La dangerosité du tabagisme au début du XXI^e siècle en fait un enjeu de société dans de nombreux pays. [1]

Selon le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de 2011, le tabagisme reste la principale cause mondiale de décès évitables. Il tue près de 6 millions de personnes et entraîne des centaines de milliards de dollars de pertes économiques chaque année dans le monde. [2]

Environ 1,1 milliard de personnes fument dans le monde et, d'ici à 2025, ce nombre devrait dépasser 1,6 milliard. Si rien n'est fait, d'ici 2030, 10 millions de décès survenant dans le monde seront associés au tabagisme, pour la plupart dans les pays en développement [3]. Au cours du XXI^e siècle, le tabagisme pourrait tuer un milliard de personnes ou plus si des mesures ne sont pas prises d'urgence. [2]

Selon certaines études maliennes, la majorité des fumeurs est recrutée parmi les sujets âgés de 16 à 30 ans. La prévalence du tabagisme chez les mêmes populations était de 58,4 %. [4]

Le rapport de l'enquête globale réalisée en 2008 au Mali, sur le tabagisme en milieu scolaire a montré une prévalence de 9,5% chez les adolescents. [5]

Une autre étude faite par l'OTAF montre que le tabagisme est assez répandu chez les jeunes maliens avec un taux de prévalence globale de 31,2% dont 87,4% chez les hommes et 12,6% chez les femmes. La même étude montre également que beaucoup d'adolescents fumant régulièrement éprouvent des difficultés à cesser de fumer ; plus de 8 élèves sur 10 ont essayé d'arrêter de fumer mais en vain [6].

La consommation du tabac de nos jours prend une ampleur considérable et il est à craindre que son expansion connaisse des prolongements plus dramatiques. Selon les résultats des enquêtes antérieurement effectuées et l'enquête complémentaire réalisée par ALUTAS Mali en Aout 2010 au Mali, le tabagisme aggrave la vulnérabilité de ceux qui fument. En effet, le tabac et la pauvreté forment à eux deux un cercle

vicieux. Le tabac peut en outre aggraver de manière indirecte la pauvreté des fumeurs et de leurs familles du fait que ces derniers sont beaucoup plus susceptibles de tomber malade et de mourir prématurément d'un cancer, d'une crise cardiaque, d'une maladie respiratoire ou d'autres maladies liées au tabagisme, privant leurs familles d'un revenu très précieux et leur imposant des dépenses supplémentaires pour les soins de santé. [7]

Face aux problèmes posés par le tabagisme dans le monde, l'OMS et les pays ont adopté de nombreuses résolutions visant à instaurer une politique de lutte contre le tabagisme afin de réduire ses conséquences sur les populations humaines. C'est dans cet optique que le Mali à l'instar des pays signataires de la CCLAT célèbre chaque 31 mai, la journée mondiale sans tabac.

Malgré les dangers liés au tabagisme, les pays en développement sous la pression économique des industries du tabac, continuent d'être envahi par toute sorte de marque du tabac. On assiste aujourd'hui à une délocalisation des industries du tabac vers les pays en développement, d'où l'urgence d'établir des stratégies qui auront un impact réel sur la demande.[7]

Aujourd'hui les méfaits du tabac ne sont plus à prouver car sa consommation reste la cause principale de mortalité évitable dans le monde. Elle touche la santé des individus dans tous les pays du monde, à tous les stades de la vie. Le tabac nuit à la santé du fœtus, du nouveau né, de l'enfant, de l'adolescent, des adultes et des personnes âgées. A mesure que la recherche sur les effets du tabac sur la santé avance, le nombre de personnes affectées augmente et la liste des pathologies associées au tabac ne cesse de s'allonger incluant maintenant, la cataracte, les pneumonies, la leucémie myéloïde aiguë, l'anévrisme de l'aorte, le cancer du col de l'utérus, du rein, de l'estomac, du pancréas et les périodontopathies. Ces pathologies viennent s'ajouter à la liste des affections plus connues liées au tabagisme : cancers de la vessie, de l'œsophage, de la cavité buccale, du pharynx, pathologies chroniques

des systèmes respiratoires et cardiovasculaires, ainsi que l'impact sur le système de reproduction et la mort subite du nourrisson. [3]

Par ailleurs l'OMS estime que 75% des cancers sont soit directement ou indirectement liés à la consommation du tabac.

Jusque là, les études effectuées sur le tabagisme au Mali, sont restées localisées à des groupes spécifiques ou encore sont très anciennes. Aujourd'hui, on ne connaît toujours pas avec précision comment le tabagisme évolue depuis l'enquête nationale réalisée en 200 particulièrement en milieu scolaire. C'est face à ce manque d'informations qui cache certainement des réalités inquiétantes sur l'utilisation et les méfaits du tabac, que la présente recherche est entreprise pour étudier la fréquence de cette toxicomanie qu'est le tabagisme dans les lycées de la commune VI du district de Bamako.

OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer la prévalence du tabagisme chez les lycéens de la commune VI du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence du tabagisme chez les lycéens de la commune VI du district de Bamako.
- Mesurer le niveau de connaissance des élèves sur les dangers du tabagisme.
- Identifier les facteurs qui provoquent le tabagisme chez ces jeunes lycéens.
- Proposer des mesures de lutte contre le tabagisme chez ces jeunes lycéens.

GENERALITES

1. Définition de concepts :

a. Tabac : Plante annuelle herbacée, de la famille des solanacées dont l'espèce principale est cultivée pour ses feuilles riches en Nicotine. [8]

b. Tabagisme : Le terme « tabagisme » est à l'origine un terme médical désignant l'intoxication aiguë ou chronique provoquée par l'abus du tabac. L'usage du tabac étant réputé nocif par les autorités de santé, « tabagisme » est devenu synonyme de « consommation de tabac ». [1]

c. Tabagisme actif : Le tabagisme actif est l'intoxication d'un individu due à la consommation de tabac par lui-même.

d. Tabagisme passif : Intoxication involontaire d'un sujet non fumeur par la fumée dégagée dans son voisinage par un ou plusieurs fumeurs. [9]

e. On entend par « **industrie du tabac** » les entreprises de fabrication et de distribution en gros de produit du tabac et les importateurs de ces produits [10].

f. On entend par « **produits du tabac** » un produit manufacturé, vendu sous diverses formes, fabriqué à partir des feuilles de tabac séchées et préparées pour fumer, priser ou chiquer. [10]

2. Revue de la littérature :

2.1 Histoire du Tabac :

Le tabac a été *fumé* en premier lieu par les Amérindiens depuis des temps indéterminés. En 1556, André Thévet introduit la plante en Europe et la cultive près d'Angoulême. C'est par Jean Nicot, diplomate français au Portugal, qu'il est popularisé en France. La première illustration botanique du tabac est donnée par Nicolas Monardes en 1571.

Appelé *nicotiane* en l'honneur de son découvreur, le tabac rencontre un grand succès à la cour de France, où on lui prête des vertus médicinales.

Le cardinal de Richelieu instaure une taxe sur le tabac, et Colbert établit un monopole d'État de la vente en 1674. L'usage du tabac devient la marque du raffinement dans la haute société. La cigarette est introduite en France en 1825. [1]

2.2 Rappel sur le tabac : le tabac est une plante de la famille des Solanacées. Le tabac fait partie du genre *Nicotiana* qui se subdivise en 67 espèces, principalement originaires d'Amérique du Sud et d'Australie. Une seule espèce, *Nicotiana africana* a été découverte en Afrique en 1975. C'est une plante rudérale, annuelle, qui présente des tiges herbacées, peu rameuses, d'aspect visqueux. Selon les espèces, la plante peut mesurer moins d'un mètre (*N. rustica*) à plus de 2 mètres (*N. tabacum*). Sa croissance est assez rapide (2 à 5 mois), ce qui explique en partie le fait qu'elle soit cultivée aussi bien dans les pays tempérés qui bénéficient d'une période hivernale longue, que dans les zones tropicales. Les climats chauds et humides sont tout de même un facteur qui favoriserait la production de récoltes de meilleure qualité.

Les feuilles de la plante sont très grandes (jusqu'à 70 cm de long sur 40 cm de large), ovales, lancéolées, alternes, légèrement pétiolées à la base, sessiles et embrassantes au sommet. Le limbe est entier, à nervations pennées, d'aspect visqueux, d'odeur forte et nauséuse, de saveur âcre et «désagréable».

L'inflorescence est constituée par une grappe terminale de fleurs roses pour la variété *N. tabacum* et jaunes pour la variété *N. rustica*. Les fleurs du tabac sont hermaphrodites. Elles ont la forme d'une trompette. Les fruits sont des capsules. [11]

2.3 Formes de consommation :

Le tabac est consommé de plusieurs manières :

- fumé (cigarette, pipe, cigare, cigarillo, bidî, en vrac à rouler, en joint - c'est-à-dire mélangé à du cannabis, mélangé avec de la mélasse parfumée dans un narguilé, etc.) ; lorsqu'il est roulé, le tabac peut être "au filtre", au "maroco" ou "au toncar"
- prisé (par inhalation nasale) ;
- chiqué (par macération dans la bouche) : par « mâchage » ou en plaçant une boulette entre lèvre et gencive. Le snus suédois est un tabac fermenté présenté en petits sachets. [1]

2.4 Composition de la fumée du tabac :

La fumée de tabac est un cocktail de produits toxiques. Elle représente un aérocontaminant presque parfait. Elle se compose d'une phase gazeuse et d'une phase formée de particules très fines, qui pénètrent dans les alvéoles pulmonaires et dans toute la circulation de notre corps.

Elle contient 4 types de substances particulièrement nocives, dont les effets toxiques se conjuguent :

- ***La Nicotine, très diffusible, qui passe directement dans le sang.***
 - Chaque bouffée de cigarette en contient une quantité suffisante pour tuer un rat auquel on l'aurait injectée.
 - 80% de la nicotine est retenue dans l'organisme qui inhale la fumée.
 - Ses effets principaux se manifestent sur le système nerveux (nausées, sueurs froides de la 1^{ère} cigarette), mais surtout sur l'appareil circulatoire. Elle provoque une accélération du cœur de 15 à 20 pulsations par minute, une augmentation de la tension artérielle, de 1 à 2 mm de mercure. Elle est, ce qui est beaucoup plus grave, un facteur de rétrécissement des petites artères, à l'origine d'accidents vasculaires, cardiaques et cérébraux notamment.
- Elle entraîne en outre un spasme des petites bronches, responsable d'une gêne respiratoire, pouvant atteindre un niveau dramatique chez l'asthmatique.

- C'est la nicotine, enfin, qui est responsable de la dépendance tabagique et de la toxicomanie qui en découle. Le fumeur privé de tabac ressent une impression de manque et, par accoutumance, devient tributaire des doses de plus en plus importantes.

➤ **L'oxyde de carbone**

- Il est aussi très diffusible et passe directement dans le sang.
- Ses effets sont comparables à ceux d'un poêle mal réglé ou d'une fuite de gaz.
- Il se combine dans le sang à l'hémoglobine, pour former la carboxyhémo-globine. Il en résulte une diminution de l'apport d'oxygène au sang et aux organes de notre corps, une sous-oxygénation, entraînant un risque d'accidents graves accru au cours de l'effort physique.

➤ **Les irritants bronchiques**

- · Ils provoquent une agression de tout l'arbre respiratoire :
- · la gorge est rouge, tuméfiée, tapissée de sécrétions.
- · les cils vibratiles de la muqueuse respiratoire sont paralysés par une dose infime de fumée de tabac : une seule cigarette suffit à bloquer les cils vibratiles pendant 4 jours.
- · Les cellules de défense de l'appareil respiratoire sont bloquées ou diminuées.
- · Il en résulte un encombrement des voies respiratoires et une diminution des défenses de l'appareil respiratoire contre l'infection et les autres polluants de l'atmosphère.

➤ **Les carbures polycycliques**

- · Ce sont des substances cancérigènes, notamment les 3,4 benzopyrènes.
- · Elles sont un redoutable facteur de cancérisation sur tout le trajet parcouru par la fumée de tabac : *lèvres, langue, pharynx, larynx, bronches*, et sur ses voies d'élimination : *vessie* [11]

2.5 Situation du tabac au Mali :

a-Culture du tabac : La culture du tabac se pratiquerait depuis des siècles, mais la culture industrielle a commencé avec l'implantation de la SONATAM. Le Mali produit par an 500 tonnes de tabac brut. Cette culture porte sur trois espèces : l'espèce *Rustica* destinée à la consommation locale et *les Paraguay et les Burley* nouvellement introduits dans le pays.

Deux opérateurs de développement agricoles assurent plus de la moitié des productions:

- ✓ L'Office Haute Vallée du Niger (OHVN),
- ✓ Le projet de Réhabilitation du périmètre agricole de Baguinéda.

Il faut signaler que la première « **Action Tabac** » a été lancée en 1961, soit une année seulement après l'accession du pays à l'indépendance. Cette opération qui s'inscrivait dans le cadre de la transformation des matières premières a abouti à la création en 1965 de la première fabrique des cigarettes: Société Nationale des tabacs et Allumettes du Mali (SONATAM).

L'Office de la Haute vallée du Niger (OHVN) était chargé de l'encadrement du monde paysan pour le développement et la promotion de la culture vivrière, de tabac avec une superficie de **7500 km²** dans les zones encadrées. En 2004, les missions de l'OHVN ont été réorientées vers le remplacement progressif de la culture du tabac par celle des bananes...

A ces cultures s'ajoutent les productions traditionnelles dans certaines localités du pays (région du nord, Cercle de Niono, Pays de Dogon et Bobo, etc...). [7]

b-Transformation et consommation du tabac : Le Mali produit non seulement du tabac brut mais dispose également d'une unité de transformation: la SONATAM.

La SONATAM détient le monopole de l'importation et de l'exportation des produits industriels du tabac. Cependant, sa part est estimée à 75% du marché national du Tabac. Le reste étant assuré par la contrebande et la fraude.

La SONATAM contribuerait pour 10 milliards de francs CFA par an au titre des impôts et taxes, y compris les frais de douane sans compter une masse salariale d' 1 milliard. Elle est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes existant aux côtés d'autres entreprises commerciales maliennes qui font le commerce de gros des produits du Tabac: **Bally SA, Société Djigué, BAT et Impérial Tobacco** sont aussi présents sur le marché en vue de faire la promotion de leurs marques. [7]

2.6 Effets nocifs : [9]

2.6.1 Effets nocifs du tabac sur l'organisme du fumeur :

Les effets néfastes de la consommation du tabac sur la santé sont connus depuis les années 50. Ils sont le résultat de l'interaction entre le corps humain et les substances décrites précédemment (*irritants, cancérogènes, monoxyde de carbone, nicotine*). On déplore plusieurs types de pathologies résultant de la consommation de tabac et principalement :

- Les cancers, avec en particulier un lien extrêmement étroit avec les cancers broncho-pulmonaires et les cancers des voies aéro-digestives supérieures.
- Les pathologies respiratoires non néoplasiques.
- Les pathologies cardio-vasculaires.

a) Les cancers :

Plusieurs types de cancers sont étroitement liés à la consommation de tabac. Ils sont le fait de l'action conjuguée de substances irritantes comme les phénols ou les oxydes d'azote, et des cancérogènes telles les amines aromatiques polycycliques. Il existe une corrélation entre la durée du tabagisme, la quantité de tabac fumé et la survenue de cancers.

Il a été mis en évidence des cofacteurs s'ajoutant au risque engendré par la consommation de tabac qui sont l'exposition à l'amiante, à certains polluants

industriels, aux amines aromatiques et à des substances radioactives (telles que le radon, que l'on retrouve dans certaines mines ou dans les roches granitiques...).

Les cancers de la sphère ORL et des voies aéro-digestives supérieures :

Ils sont représentés essentiellement par le larynx, le pharynx, la cavité buccale et l'œsophage.

Les cancers broncho-pulmonaires :

La population porteuse de cancers broncho-pulmonaires est très largement représentée par les fumeurs. Le type histologique le plus répandu chez les fumeurs est le cancer épidermoïde. En moyenne, le risque est multiplié par 10 chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs.

Les autres cancers :

Il s'agit des cancers de l'estomac, du pancréas, du col utérin, du rein, de l'uretère et de la vessie.

b) Les pathologies respiratoires non néoplasiques :

Les cancers ne sont malheureusement pas les seules pathologies atteignant l'arbre respiratoire.

- Les bronchites chroniques obstructives : ce type de pathologie ne touche que 8% des non fumeurs alors que plus de la moitié des fumeurs en est atteinte.
- L'emphysème : complication des bronchites chroniques obstructives.

c) Les pathologies cardio-vasculaires :

La toxicité cardio-vasculaire de la cigarette a été mise en évidence par de nombreuses études. Les mécanismes sont multiples.

Les effets vasculaires des composants de la cigarette :

La nicotine possède un effet sympathicomimétique qui entraîne une augmentation de

la fréquence cardiaque et de la pression artérielle. Elle est aussi responsable de spasmes au niveau coronarien (ce qui entraîne une hypoperfusion du muscle cardiaque).

La présence de CO augmente le taux de carboxyhémoglobine (*HbCO*) et donc entraîne une baisse de l'oxygène disponible. Cette élévation d'HbCO va accroître l'agrégation plaquettaire et le fibrinogène. Chez un sujet non fumeur, le taux HbCO est de 1 à 2%, alors qu'il peut atteindre 20% chez un gros fumeur !

Les effets biologiques :

Il résulte de la consommation de tabac une multitude d'effets biologiques :

- modification du profil lipidique ;
- insulino-résistance ;
- suractivation plaquettaire ;
- augmentation du fibrinogène ;
- hyperleucocytose ;
- augmentation de la viscosité sanguine et de l'agrégation érythrocytaire ;
- dysfonction endothéliale.

Les pathologies qui en résultent sont extrêmement variées :

- coronaropathies ;
- infarctus du Myocarde (*IDM*) Le risque relatif (*RR*) d'*IDM* sera multiplié par 3 pour une consommation de plus de 20 cigarettes par jour et multiplié par 2 pour une consommation de 10 cigarettes /jour par rapport aux non fumeurs ;
- mort subite (*le risque relatif est multiplié par 10*) ;
- cardiomyopathies ;
- hypertension artérielle ;
- arythmies ;
- accidents vasculaires cérébraux (*RR multiplié par 2,4*) ;

- athérosclérose des membres inférieurs (*RR multiplié par 3 si la consommation est supérieure à 20 cigarettes par jour*).
- Les fumeuses sous contraceptif oral ont un risque multiplié par 10 de décès par IDM et par 22 d'hémorragie méningée par rapport aux non fumeuses.

Le bénéfice à l'arrêt est majeur car il y a une diminution de 50% du risque de décès par maladies vasculaires après un an de sevrage complet.

Le tabac touche donc une très large variété d'organes et entraîne des pathologies sévères pour lesquelles le pronostic est très souvent réservé : il est en France la première cause de décès prématuré.

Il a été démontré l'augmentation du risque relatif en fonction de la durée du tabagisme et la quantité de cigarettes fumées. Ainsi, après 30 ans de tabagisme, le risque relatif de cancers liés au tabac est multiplié par 2 et celui du cancer du poumon par 5. Même si les ex-fumeurs ne retrouvent pas un risque relatif égal à celui des personnes n'ayant jamais fumé, les bénéfices de l'arrêt sont cependant majeurs.

d) Les traductions cliniques de l'intoxication tabagique :

Chacun a pu constater à la pharmacie chez les fumeurs :

- dents et doigts qui jaunissent ;
- teint blafard ;
- essoufflement rapide ;
- voix altérée ;
- rides accentuées ;
- altération des gencives pouvant aller jusqu'au déchaussement des dents ;
- mauvaise haleine ;
- perte du goût ;
- ralentissement des processus de cicatrisation ;

- extrémités froides.

2.6.2 Effets nocifs du tabac sur l'entourage :

a) Le tabagisme passif :

Définition : Intoxication involontaire d'un sujet non fumeur par la fumée dégagée dans son voisinage par un ou plusieurs fumeurs. La mise en évidence des marqueurs du tabagisme dans l'organisme des personnes non fumeuses en contact avec des fumeurs a été réalisée et elle est une preuve biologique du tabagisme passif. Il paraît donc logique d'envisager que les fumeurs passifs souffrent de ces composants.

Chez l'enfant

Il a été établi plusieurs effets pathogènes après exposition à la fumée de cigarette.

Ainsi, il existe une augmentation du risque :

- d'infections respiratoires basses (+72% si la mère est fumeuse) ;
- d'otites récidivantes de l'enfant (+48% si les 2 parents fument) ;
- de crises d'asthme et de râles ;
- de retard de croissance intra-utérine et petit poids de naissance (*même chez des mères non fumeuses*) ;
- de morts subites du nourrisson (*multipliées par 2*) ;

Chez l'adulte

Les deux pathologies incriminées sont les cancers broncho-pulmonaires (+26%) et les accidents coronariens (+25%).

b) Tabac et grossesse :

Il a été clairement démontré que l'usage de la cigarette pendant la grossesse est une cause de faible poids de naissance ; on a également établi un lien étroit entre le tabagisme et l'augmentation du taux de mortalité des fœtus et des nourrissons. Par

ailleurs, le risque de grossesse ectopique est plus élevé chez les femmes qui fument. Certains produits dégagés par la fumée sont tératogènes et entraînent des anomalies cardiaques et l'anencéphalie. Le tabagisme pendant la grossesse semble également contribuer fortement à la formation du bec de lièvre et de la fissure palatine; il pourrait également être lié au syndrome de mort subite du nourrisson. Les bébés allaités par une mère qui ont plus souvent que les autres des problèmes digestifs. Même une femme enceinte ou qui allaite exposée à la fumée secondaire de cigarette (c'est-à-dire qui respire de l'air contenant de la fumée de tabac) prédispose davantage son enfant à des problèmes respiratoires, notamment la bronchite et la pneumonie, durant sa première année de vie. [12]

2.7 La notion de dépendance : [9]

a) Définition de l'OMS, 1975 : "c'est un état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales et autres, qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (*syndrome de sevrage*). La tolérance peut être présente ou non (*la tolérance est le fait que le produit perde de son efficacité ce qui conduit à augmenter les doses pour avoir le même effet*)."

Le tabac est une des drogues les plus redoutables en matière de dépendance. Ainsi, si on se réfère au tableau 1 ci-dessous, on réalise l'engrenage du fumeur qui commence son intoxication. Il suffit d'une si petite exposition pour devenir dépendant que l'adolescent qui au départ n'apprécie pas la cigarette pour son plaisir gustatif va rapidement devenir un fumeur à part entière. Dans ce cas, ce n'est plus la reconnaissance sociale, l'appartenance à un groupe ou le plaisir de l'interdit qui va le conduire à persévérer dans son intoxication, mais une réelle dépendance. **La dépendance au tabac une fois installée est une dépendance plus forte que celle concernant la cocaïne ou l'héroïne.**

Tableau 1	
Pourcentages des sujets présentant des signes de dépendance après 6 absorptions	
Drogues	%
Tabac	86,5
Cocaïne	86
Opiacées	83
Héroïne	82
Alcool	54
Amphétamines	44
Cannabis	41

De plus, le taux de succès d'abstinence à ces deux substances est bien meilleur que celui concernant la cigarette (*Tableau 2*). Ceci confirme son important pouvoir addictif et la nécessité d'une aide au sevrage spécifique. C'est donc plus qu'une simple histoire de volonté.

Tableau 2	
Taux de succès à 6 mois (<i>Abstinence confirmée</i>)	
Dépendance Cocaïne	50-60%
Dépendance Opioides (<i>Héroïne</i>)	60%
Dépendance Alcool	50
Dépendance Nicotine	30

b) La dépendance psychique :

Cette dépendance est essentiellement le fait des effets supposés de la cigarette par le fumeur. En effet, ce dernier utilise la cigarette comme un outil pour gérer certaines situations difficiles ou accompagner des états d'esprits particuliers (*moments de stress, événements heureux...*).

Il est très fréquent de rencontrer des fumeurs qui affirment être calmés par une pause

cigarette lors d'un moment de stress par exemple. Ils sont persuadés que la cigarette a un effet anxiolytique. Lors du sevrage, ils devront apprendre à gérer ces situations sans la cigarette, il va donc falloir qu'ils reconstruisent un nouvel équilibre psychologique.

c) La dépendance environnementale

L'environnement du fumeur joue un rôle primordial pour comprendre les difficultés du sevrage. Ainsi, certains lieux ou certaines heures de la journée peuvent entraîner des envies de cigarettes : c'est classiquement la cigarette accompagnant le café. Une fois le sevrage en cours, il faudra trouver des solutions car le lien très fort unissant café et cigarette sera difficile à supprimer.

2.8 Quelques données d'étude sur la consommation: [13]

Le tabac est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement

La consommation de tabac est l'une des plus graves menaces qui ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale. Elle tue près de 6 millions de personnes chaque année. 5 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et 600 000 des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. Une personne environ meurt toutes les six secondes du fait de ce fléau, ce qui représente un décès d'adulte sur 10. La moitié des consommateurs actuels mourront d'une maladie liée au tabac.

Le monde compte plus d'un milliard de fumeurs. Près de 80% d'entre eux vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, là où la charge de morbidité et de mortalité liée au tabac est la plus lourde. [14]

Les consommateurs de tabac qui décèdent prématurément privent leur famille de revenus, font augmenter les dépenses de santé et freinent le développement économique.

Dans certains pays, les enfants de ménages pauvres travaillent souvent dans la culture du tabac pour apporter un revenu à leur famille. Ces enfants sont particulièrement exposés à la «maladie du tabac vert», provoquée par l'absorption cutanée de nicotine lors de la manipulation de feuilles de tabac humides.

Le tabac tue à petit feu [13]

Comme les conséquences de la consommation de tabac sur la santé n'apparaissent qu'au bout de plusieurs années, c'est aujourd'hui seulement que l'on assiste à l'explosion des maladies et décès dus au tabac.

- Le tabac a provoqué 100 millions de décès au XXe siècle et il en entraînera jusqu'à un milliard au XXIe siècle si la tendance actuelle se poursuit.
- Si rien n'est fait, on déplorera chaque année, d'ici 2030, plus de huit millions de décès dus au tabac, dont plus de 80% surviendront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

La surveillance est essentielle [13]

Une surveillance de qualité permet de connaître l'ampleur et la nature de la consommation de tabac et de savoir comment adapter au mieux les politiques. 59 pays, abritant près de la moitié de la population mondiale, ont renforcé leurs mesures en ce domaine de sorte à intégrer des données récentes et représentatives sur les adultes et les jeunes en les collectant au moins tous les cinq ans. Pourtant, plus de 100 pays ne disposent pas de telles données, voire n'ont aucune information à ce sujet.

Le tabagisme passif tue [13]

On désigne par l'expression «tabagisme passif» le fait pour un non-fumeur de respirer, dans des lieux clos tels qu'un restaurant ou un bureau, la fumée dégagée par les cigarettes, les bidis ou le narguilé consommés par d'autres personnes. Il n'y a pas de seuil au-dessous duquel le tabagisme passif est sans danger.

Chacun doit pouvoir respirer de l'air sans fumée. Les lois relatives aux espaces sans fumée protègent la santé des non-fumeurs, ont une image positive, n'ont pas d'effets néfastes sur l'économie et incitent les fumeurs à arrêter de fumer. [13]

- Seuls 11% de la population bénéficient de lois nationales complètes sur l'interdiction de la fumée du tabac.
- Le nombre de personnes protégées du tabagisme passif a plus que doublé entre 2008 et 2010, passant de 354 à 739 millions.
- Près de la moitié des enfants respirent régulièrement de l'air pollué par la fumée du tabac.
- Plus de 40% des enfants ont au moins l'un de leurs deux parents qui fume.
- Le tabagisme passif provoque plus de 600 000 décès prématurés chaque année.
- 28% des décès attribuables au tabagisme passif en 2004 étaient des décès d'enfants.
- La fumée du tabac contient plus de 4000 substances chimiques, dont on sait qu'au moins 250 sont nocives et plus de 50 sont cancérigènes.
- Chez l'adulte, le tabagisme passif entraîne de graves maladies cardiovasculaires et respiratoires, dont des cardiopathies coronariennes et le cancer du poumon. Il entraîne aussi la mort subite du nourrisson et l'insuffisance pondérale à la naissance. [13]

L'expérience montre qu'il y a de nombreuses mesures efficaces de lutte antitabac que l'on peut appliquer dans diverses situations et qui ont un effet significatif sur la consommation de tabac. La stratégie la plus efficace au moindre coût consiste à prendre des mesures politiques applicables à l'ensemble de la population : interdiction des publicités directes ou indirectes pour le tabac, taxation du tabac, augmentation du prix, interdiction de fumer dans tous les lieux publics et au travail, messages ressortant clairement et en gros sur les conditionnements. Toutes ces mesures sont traitées dans les dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. [15]

2.9 Sevrage tabagique : [16]

a) Symptômes du sevrage du tabac :

- Lorsque les fumeurs cessent de consommer de la nicotine, certains effets dus au sevrage apparaissent. Ces symptômes sont au plus fort après quelques jours de sevrage, mais peuvent subsister plusieurs semaines et même quelques mois. Cela dit, la nicotine est éliminée du corps rapidement : quatre jours après l'arrêt tabagique, on ne détecte plus de nicotine dans le sang.
- Une tension et de l'irritabilité
- Par moments, de fortes envies de fumer
- La bouche et la gorge sèches
- De l'anxiété
- Des tremblements
- De l'insomnie
- Des maux de tête
- Un accroissement de l'appétit
- Un désir accru de manger des sucreries
- De la diarrhée, de la constipation et des douleurs au ventre

b) Personnes à risque de devenir tabagique:

Toutes les personnes qui fument sont susceptibles de devenir dépendantes au tabac, mais possiblement à des degrés divers. Des recherches récentes en génétique³⁴, ^{35,36} indiquent de plus en plus clairement que certaines variantes génétiques augmentent considérablement le risque de dépendance à la cigarette et de cancer du

poumon, ce qui permettrait d'expliquer pourquoi tous les fumeurs ne sont pas égaux devant la cigarette. Pour les plus susceptibles, la dépendance s'acquiert souvent durant l'adolescence et peut quelques jours ou quelques semaines après la première cigarette fumée.

2.10 Prévention du tabagisme :

Peut-on prévenir?

Plusieurs campagnes de prévention du tabagisme sont organisées chaque année par les instances gouvernementales. Par différents moyens et médias, ces campagnes socio-éducatives visent à inciter les fumeurs à arrêter, à stimuler les ex-fumeurs à ne pas recommencer, à dissuader les non-fumeurs de fumer (surtout les adolescents), et à inciter les non-fumeurs à faire respecter leur désir de ne pas être exposés à la fumée secondaire.

Le meilleur moyen pour ne pas devenir dépendant de la nicotine est évidemment de ne pas commencer à fumer. C'est pourquoi de nombreux efforts se concentrent sur les jeunes, l'adolescence étant une période durant laquelle la majorité des fumeurs grillent leur première cigarette et développent leurs habitudes tabagiques.

Certains laboratoires sont à développer des vaccins dont le rôle serait de réduire la sensibilité du cerveau à la nicotine. Cependant, encore plusieurs années s'écouleront avant que ces vaccins ne soient mis sur le marché.

Le tabagisme est à proscrire durant une grossesse, car il peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et l'enfant.

Il est conseillé aux fumeurs âgés de 40 ans et plus de subir des tests de spirométrie afin d'évaluer les capacités pulmonaires et de dépister une maladie pulmonaire chronique (asthme, MPOC) en début de formation. Ces tests s'effectuent en clinique médicale ou à l'hôpital. Renseignez-vous auprès de votre médecin.

2.11 Traitements médicaux :

Le facteur le plus important pour un sevrage réussi est la motivation. Les chances de réussite sont meilleures si l'on veut cesser de fumer pour soi-même et non pour faire plaisir aux autres.

Il existe autant d'approches pour accompagner un fumeur à cesser de fumer qu'il y a de fumeurs. En effet, fumer est un comportement déterminé par de multiples facteurs propres à chaque individu, comme la personnalité, l'équilibre psychologique, la situation sociale ou l'environnement. En conséquence, l'approche visant à cesser de fumer ne peut être que personnalisée.

En raison des deux composantes de l'accoutumance (psychocomportementale et physiologique), il est généralement recommandé d'agir simultanément sur deux fronts :

- rééquilibrer la chimie du cerveau en amenant graduellement les récepteurs de dopamine à se satisfaire d'une production normale : timbres de nicotine et autres médicaments;
- défaire les mécanismes comportementaux (plus ou moins conscients) par lesquels la cigarette est devenue indissociable du quotidien : counseling et autres ressources de soutien.

Les traitements qui combinent un produit pharmacologique avec l'approche comportementale obtiennent - auprès des individus motivés - des résultats positifs deux fois plus élevés que les traitements où le produit pharmacologique est un placebo. Rappelons que les approches utilisées agissent à titre de soutien. Il faut d'abord et avant tout avoir une bonne motivation.

Quelques conseils avant de commencer

1. Choisissez la date de la première journée de l'arrêt tabagique.

2. Écrivez les raisons pour lesquelles vous voulez cesser de fumer. Relisez-les lorsqu'un fort état de manque surgit.
3. Écrivez les situations qui encouragent à fumer. Visualisez-vous dans ces situations sans cigarette à la main. Préparez-vous mentalement à faire des efforts. Bien qu'il existe diverses aides, la volonté est fondamentale.
4. Excluez de votre environnement immédiat cigarettes et cendriers.
5. Parlez-en à l'entourage. Plus le soutien est important, meilleures sont vos chances de réussite.
6. Développez de nouvelles habitudes quotidiennes pour remplacer celles liées à la cigarette; faites de l'exercice physique, par exemple.
7. Si désiré, obtenez la médication requise et utilisez-la adéquatement.
8. Pour vous encourager, calculez les économies réalisées!
9. Pensez à ceci : « Si des millions de gens ont réussi, pourquoi pas moi? »
10. Adoptez la devise « un jour à la fois ».

Pour rééquilibrer la chimie du cerveau

Il existe deux catégories de produits pharmaceutiques qui facilitent le sevrage : les produits de substitution nicotinique et les médicaments qui influent sur l'humeur.

Les thérapies de remplacement de la nicotine

Les produits suivants libèrent une certaine quantité de nicotine dans l'organisme. Ils sont offerts en vente libre dans les pharmacies (par exemple, Habitrol®, Nicoderm®, Nicorette® et Thrive®). Un traitement dure normalement de 10 à 12 semaines. La dose de nicotine est ajustée progressivement à la baisse, jusqu'à l'arrêt complet.

L'abstinence totale de la cigarette et des autres produits du tabac est nécessaire durant un tel traitement afin d'éviter la surdose de nicotine.

- **Timbre transdermique:** Comme il libère de la nicotine progressivement, le timbre présente l'avantage d'offrir un apport de nicotine régulier et mesurable. On suggère généralement de l'utiliser 16 heures sur 24.
- **Gomme à mâcher :** Avec ce produit, l'ex-fumeur peut décider à quel moment il ingèrera de la nicotine, ce qui lui permet d'agir immédiatement sur ses états de manque. Plusieurs personnes sont toutefois incommodées par le goût de la gomme ou n'aiment pas mâcher. Le produit peut entraîner une irritation des muqueuses.
- **Lozanges :** Des comprimés qui, au fur et à mesure de leur dissolution dans la bouche, libèrent de la nicotine, absorbée par les muqueuses.
- **Vaporisateur nasal.** La nicotine arrive au cerveau plus rapidement avec le vaporisateur nasal qu'avec le timbre ou la gomme. L'inconvénient du vaporisateur est qu'il n'est pas aussi pratique à utiliser qu'une gomme ou un timbre.
- **Inhalateur :** L'inhalateur est conçu comme une cigarette. La personne aspire la nicotine dans un tube. Ce produit est intéressant pour les gens qui ont du mal à se défaire de l'habitude de porter la main à leur bouche. Un désavantage est que l'inhalateur doit être utilisé fréquemment pour procurer une dose suffisante de nicotine. Il peut aussi causer de l'irritation dans la bouche et la gorge.

Les succédanés de tabac sont beaucoup moins dommageables pour l'organisme. Ils sont notamment dépourvus des éléments cancérigènes générés par la combustion du tabac et présentent peu de risques d'accoutumance.

Important : Si vous faites de l'insomnie ou que vous avez des maux de tête, des palpitations ou des tremblements en raison de l'un ou l'autre de ces produits, parlez-en à votre médecin ou à un pharmacien. Ces symptômes peuvent être l'indice d'une surdose de nicotine.

Les médicaments: Ces médicaments s'obtiennent sur ordonnance.

- Bupropion (Zyban®). Au milieu des années 1990, une nouvelle étape a été franchie dans le traitement du tabagisme. Le premier médicament sans nicotine a fait son apparition sur le marché : le bupropion, un antidépresseur commercialisé sous la marque Zyban®. Il agit sur les récepteurs de dopamine. C'était également le premier produit qui pouvait se prendre sous forme de comprimé. Il y a des contre-indications à l'utilisation du bupropion ainsi que des effets indésirables potentiels.
- Varénicline (Champix®). Ce médicament agit sur les récepteurs de nicotine situés dans le cerveau et réduit la sensation de plaisir ressentie au moment de fumer une cigarette. Il est offert sous forme de comprimés. En liant le récepteur nicotinique, la varénicline provoque une réponse de plaisir plus faible, tout en empêchant la « vraie » nicotine de se fixer aux récepteurs (en cas de rechute). Il a été mis sur le marché canadien en 2007 et est indiqué chez les adultes, en conjonction avec un programme de counseling.

Important : Les personnes qui prennent l'un ou l'autre de ces deux médicaments doivent communiquer sans tarder avec leur médecin en cas d'humeur dépressive, d'agitation, d'hostilité, de comportements inhabituels ou d'idées suicidaires.

2.12 Pour défaire les mécanismes comportementaux :

Les divers programmes mis sur pied par des cliniques ou des organismes communautaires proposent surtout des approches psychologiques de type cognitivocomportemental, où l'accent est mis sur la modification des liens que

l'individu a avec la cigarette. Bien qu'il soit difficile d'évaluer scientifiquement l'efficacité de ces approches, la plupart des organismes officiels de lutte contre le tabagisme affirment que les programmes de renoncement qui intègrent le counseling sont plus efficaces. De plus, les personnes engagées dans un tel processus en retireraient une grande satisfaction.

On peut également dire que, dans une moindre mesure, le soutien moral et psychologique d'un proche peut jouer le rôle de counseling. Lors du dernier programme québécois annuel, le défi « J'arrête, j'y gagne! » (ne pas fumer pendant six semaines et gagner de somptueux cadeaux), les vainqueurs ont avoué qu'ils n'auraient pu y arriver sans l'aide de leur marraine ou parrain.

Par ailleurs, des études récentes indiquent que l'ajout d'activités physiques quotidiennes (même de courte durée) au programme de counseling réduirait le désir de fumer en agissant sur les composantes psychologiques de la dépendance. L'exercice physique aide aussi à maintenir un poids stable. L'arrêt du tabagisme entraîne souvent un léger gain de poids : la cigarette fait en sorte que le corps brûle davantage de calories, et l'ancien fumeur peut compenser en mangeant davantage.

Une forte envie de fumer vous assaille?

- Prenez cinq respirations lentes et profondes en pensant à autre chose (une situation cocasse, un lieu où vous aimez être, etc.).
- Remémorez-vous les raisons qui vous ont incité à cesser de fumer.
- Buvez un grand verre d'eau.
- Mâchez de la gomme.
- Contactez un ami.

Dernier conseil : prévoyez dès maintenant une « sortie de secours » au cas où vous récidiveriez. La rechute risque d'arriver, autant vous y préparer. Pensez que vous pourrez vous reprendre et prévoyez comment.

2.13 Tabagisme et religion islamique: [1]

Le narguilé est une tradition populaire dans de nombreux pays où l'islam est majoritairement pratiqué.

Bien que le tabac était inconnu à l'époque de Mahomet, le tabagisme est considéré comme illicite (*haram*).

Le Coran édicte des enseignements généraux interdisant la consommation et la commercialisation de tout ce qui peut nuire à la santé (physique ou mentale) d'une personne, de gaspiller les biens, ce qui peut s'appliquer à de nombreuses formes de tabagisme :

- *"Allah dit : Et ne vous jetez pas par vos propres mains dans la destruction"* (sourate 2, verset 195).
- *"Ne vous tuez - entretuez pas"* (Sourate 5, verset 29)
- *"Les gaspilleurs ont été (sont et seront) comme Satan"* (Sourate 17, verset 27)

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

1.1 Présentation de la commune : Cette étude s'est déroulée dans la commune VI du District de Bamako. Sa création, tout comme celle des autres communes du District de Bamako découle de l'ordonnance N° 77-44/ CMLN du 12 juillet 1977 portant réorganisation territoriale et administrative du Mali. [17]

De nos jours la commune VI est composée de 10 quartiers qui sont :

- Banankabougou ;
- Dianéguila ;
- Faladié ;
- Magnambougou ;
- Missabougou ;
- Niamakoro ;
- Sénou ;
- Sogoniko ;
- Sokorodji ;
- Yirimadio.

a) Données démographiques et limites :

Située sur la rive droite de Djoliba, la commune VI compte 221258 habitants et est la plus étendue du district avec une superficie de 94 Km². Elle est limitée :

- à l'Est par la portion de la limite Est du district ;
- au Nord par la portion du lit du fleuve Niger ;
- à l'Ouest par la limite Est de la commune V ;
- au Sud par la portion de la limite Sud du District.

La commune VI à l'instar de l'ensemble du District de Bamako a connu un accroissement rapide de sa population; de 1987 à 1998, elle a presque triplé passant de 81 645 à 221 258 habitants. La population est en majorité jeune, plus de 55% ont moins de 20 ans seulement 2% environ ont plus de 65ans. [18]

b) Climat et végétation et hydrographie : [19]

Les formations végétales du plateau Manding qui abritent le district sont la savane et les forêts jalonnant les cours d'eau. Elles sont sérieusement affectées par la coupe pour les besoins domestiques, les pâturages et la sécheresse.

La commune VI appartient à la zone nord soudanienne. La saison sèche dure de novembre à avril et l'hivernage de mai à octobre.

La pluviométrie annuelle a oscillé entre 722,6 mm à 1499 mm de 1936 à 1991 avec une moyenne de 1100 mm.

La température maximale moyenne est de 34,9°C, et la minimale moyenne est de 21,4°C en 2009. [19]

1.2 Santé :

La commune VI compte un CS Réf et dix ASACO. La gestion de chaque ASACO relève de la communauté de cette même aire de santé. Ces structures bénéficient de l'état des subventions notamment des matériels d'équipement.

Elle comporte également des structures sanitaires privées constituées des cliniques médicales et chirurgicales, des cabinets de consultation pour sages-femmes, cabinets de consultations et de soins, des officines de pharmacie et un laboratoire d'analyses biomédicales. [18]

1-3 Education :

L'enseignement fondamental de la commune VI est régi par deux CAP qui sont :

CAP de Faladié : Il comprend 643 structures éducatives dont 58 publiques, 402 privées, 16 communautaires, 70 medersas et 97 institutions préscolaires. [20]

CAP de Banankabougou : Il comprend 166 structures éducatives dont 37 publiques, 89 privées, 07 communautaires, 01 école spéciale et 32 jardins d'enfants. [21]

L'enseignement secondaire, général, technique et professionnel compte 26 établissements/écoles en 2004, dont 23 privés et 3 publiques. [18]

Carte de la commune VI :



Carte de la commune VI du district de Bamako : Plan d'urbanisme sectoriel. [18]

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive à passage unique, réalisée du 28 mai au 13 juin 2012.

3. Population d'étude :

L'étude a concerné les élèves âgés de 14 à 23 ans des lycées retenus.

3.1 Critères d'inclusion : sont inclus dans l'étude :

-Tout élève des 2 sexes, âgé de 14 à 23 ans, fréquentant les lycées retenus et acceptant de répondre aux questions.

3.2 Critères de non inclusion : sont exclus de l'étude :

-Tout élève des deux sexes fréquentant les lycées retenus dont l'âge est inférieur à 14 ans et celui dont l'âge est supérieur à 23 ans ;

-Tout élève absent des classes le jour de l'enquête ;

-Tout élève remplissant les critères d'inclusion mais ayant refusé de participer à l'étude après avoir obtenu toute les informations nécessaires.

4. Taille de l'échantillon :

La taille de notre échantillon (n) a été calculée selon la formule de Schwartz

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

Où

- Z_{α} = écart réduit = 1,96 avec $\alpha = 5\%$
- p = prévalence du tabagisme chez les élèves et étudiants du district de Bamako en 2011 = 18,40% [2]
- $q = 1 - p$, la probabilité contraire de p
- i , la précision attendue des résultats fixée à 5% dans cette étude.

La taille de l'échantillon est de **231** élèves

5. Méthode et Technique d'échantillonnage :

5.1. Méthode d'échantillonnage :

Nous avons effectué un échantillonnage probabiliste.

5.2. Techniques d'échantillonnage :

- tirage aléatoire simple pour le choix de la commune VI :

Nous avons établi la liste des 6 communes du district de Bamako puis nous avons attribué un numéro à chaque commune. Ces numéros ont été inscrits individuellement sur des bouts de papier bien pliés et mis dans une boîte. On a ensuite procédé à un tirage sans remise. La commune VI a été ainsi tirée.

- Choix des établissements scolaires

Nous avons décidé de prendre 30% des établissements à partir d'une liste de tous les lycées de la commune VI, obtenue auprès de l'académie d'enseignement de la rive droite. Nous avons compté en tout 14 lycées parmi lesquels on a tiré les 30% ; ce qui correspond à 4 lycées. Leur sélection a été faite en écrivant individuellement sur des bouts de papier bien pliés, les noms des 14 lycées. Par la suite, ces bouts de papier ont été mis dans une urne, dans laquelle on a tiré au hasard les noms des 4 lycées concernés par l'enquête. Suite à cette opération, les établissements suivants ont été tirés : Lycée Ecovie, Lycée Mabilé, Lycée du Progrès, Lycée Mohamed Fall Zouboye.

- Choix des classes et des élèves à inclure dans l'échantillon

Au sein des établissements tirés, un second tirage a été fait au hasard à chaque niveau c'est-à-dire : pour les classes de 10^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème}. Les effectifs des classes ont été obtenus auprès des autorités scolaires. Nous avons estimé la proportion de chaque classe par rapport à l'effectif de chaque lycée concerné par l'enquête.

Le nombre d'élève à enquêter par classe a été estimé en appliquant la proportion obtenue à la taille de notre échantillon. En d'autres termes, les plus grands lycées ont

reçu une plus grande allocation d'échantillons et les plus petites écoles une plus petite allocation.

Tous les élèves volontaires des classes sélectionnées répondant aux critères d'inclusion, ont rempli les questionnaires.

6. Les variables : les données recueillies ont concerné :

- statut tabagique ;
- âge en année ;
- sexe ;
- provenance ;
- niveau d'étude ;
- caractéristiques des parents (profession, niveau d'instruction, comportement vis à vis du tabac) ;
- âge d'initiation ;
- durée de consommation ;
- mode d'accès aux cigarettes ;
- niveau de connaissance (sur les risques liés au tabagisme, sur la journée mondiale sans tabac) ;
- attitude et pratique ;
- source d'approvisionnement en tabac (boutique, marchand ambulant ...);
- quantité de cigarettes fumées par jour ;
- désire d'arrêter ;

- tentative d'arrêter ;
- connaissance du statut par les parents ;
- influence de l'entourage (frères, amis et autres);
- état de santé du sujet fumeur.

7. Technique et outil de collecte :

Nous avons utilisé un questionnaire qui a été administré aux élèves en salle, sous le contrôle d'un enseignant et l'enquêteur.

8. Déroulement de l'enquête:

L'enquête s'est déroulée dans les 4 lycées sélectionnés parmi les 14 que comprend la commune VI du district de Bamako. Elle est faite par une équipe de collecte constituée d'un superviseur et de deux enquêteurs qui ont reçu un briefing d'une journée sur les outils de collecte. Par la suite une première rencontre avec les proviseurs des lycées concernés a eu lieu une semaine avant l'enquête, pour discussion de l'étude, présentation du questionnaire et recueil de leurs accords, pour enquêter auprès des lycéens de leurs établissements. Ainsi, une fois arrivée à l'école le jour de l'enquête, l'équipe a été présentée au proviseur pour son introduction.

8.1 Collecte proprement dite :

L'équipe de collecte était constituée de trois agents de santé dont un superviseur et deux enquêteurs. Des copies de fiche d'enquête ont été remises aux élèves par les enquêteurs en présence de l'enseignant. Le remplissage était individuel avec les enquêteurs pour tous les élèves d'une même école et sur une seule journée. Les fiches ont été immédiatement récupérées après le remplissage.

9. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS 18 version française et la mise en graphique a été effectuée via Microsoft Excel 2007. Le test de khi-deux a été utilisé pour les comparaisons avec un seuil de signification fixé à 0,05.

10. Considérations éthiques :

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

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

RESULTATS

6.1 Etude descriptif :

6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des élèves enquêtés :

L'enquête a concerné **231 élèves**, répartis entre **4 lycées** de la commune VI du District de Bamako.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des lycéens de la commune VI du district de Bamako en juin 2012

	Fréquence	Pourcentage
Caractéristiques		
Age (n=231)		
14-16	79	34,2%
17-20	131	56,7%
21-23	21	9,1%
Sexe (n=231)		
Masculin	142	61,5%
Féminin	89	38,5%
Classe (n=231)		
10 ^{ème}	77	33,3%
11 ^{ème}	57	24,7%
12 ^{ème}	97	42%

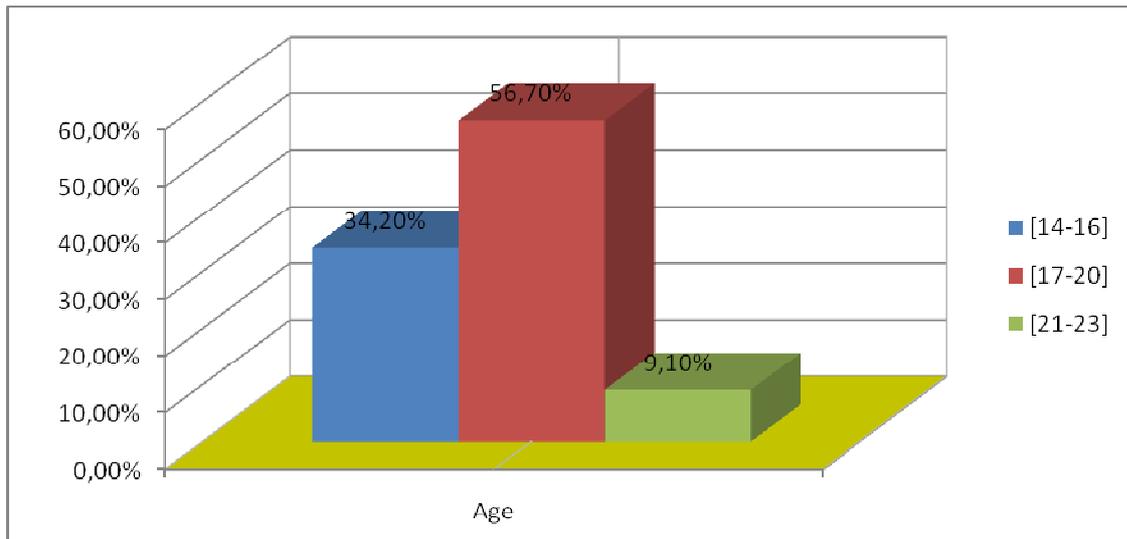


Figure 1 : Répartition des lycéens de la commune VI de Bamako selon l'âge ; enquête tabagisme 2012.

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre **17-20 ans** avec **56,7%**. L'âge minimum était de **14 ans** et l'âge maximum de **23 ans** avec un âge moyen de **17,6 ans**.

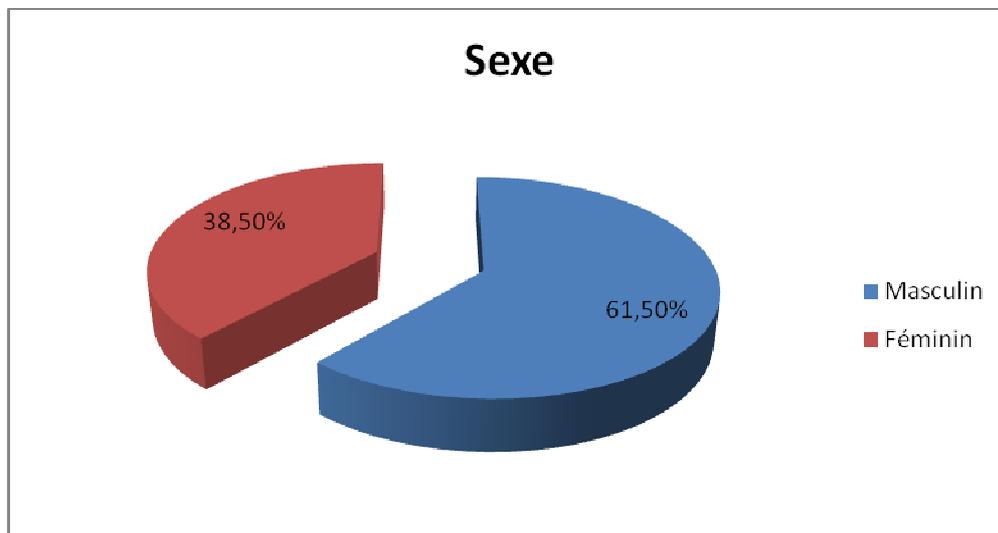


Figure 2: Répartition des lycéens de la commune VI de Bamako selon le sexe ; enquête tabagisme 2012.

Dans notre échantillon **61,5%** des élèves étaient de sexe masculin avec un sexe ratio de **1,6** en faveur des hommes.

La douzième année était la plus représentée des classes enquêtées avec **42 %** des élèves.

6.1.2 Caractéristique des parents et enseignants des élèves enquêtés :

Tableau II : Répartition des lycéens de la commune VI de Bamako selon les caractéristiques des parents

	Fréquence	Pourcentage
Caractéristiques des parents		
Père (n=231)		
Vivant	210	90,9%
Décédé	21	9,1%
Père fumeur (n=231)		
Non	178	77,1%
Oui	53	22,9%
Fume en présence de l'élève (n=53)		
Oui	38	71,7%
Non	15	28,3%
Mère (n=231)		
Vivante	217	93,9%
Décédée	14	6,1%
Mère fumeuse (n=231)		
Non	225	97,4%
Oui	6	2,6%

Selon les élèves interrogés **90,9 %** de leurs pères étaient vivants, **22,9%** fumaient de la cigarette et **71,7%** parmi eux le faisaient en présence de leurs enfants.

Ils ont également affirmé que **93,9 %** de leurs mères étaient vivantes et que **97,4 %** des celle-ci ne fumaient pas.

Tableau III : Répartition des lycéens de la commune VI de Bamako selon les caractéristiques des autres cohabitants des élèves

	Fréquence	Pourcentage
Caractéristiques des autres cohabitants des élèves		
Présence d'autres fumeurs à la maison (n=231)		
Oui	126	54,5%
Non	105	45,5%
Identité des fumeurs à la maison (n=126)		
Frère	53	42,1%
Oncle	45	35,7%
Autres	28	22,2%

Dans notre étude, **54,5%** des élèves interrogés ont déclaré qu'ils vivaient avec des fumeurs à la maison. **42,1%** de ces fumeurs présents à la maison étaient des frères.

Tableau IV : Répartition des lycéens de la commune VI de Bamako selon les caractéristiques des enseignants

	Fréquence	Pourcentage
Caractéristiques des enseignants		
Enseignant fumeur (n=231)		
Oui	177	76,6%
Non	54	23,4%
Lieu ou fument les enseignants (n=177)		
En classe	87	49,1%
Cour de l'école	81	45,8
Autres	9	5,1%

Selon ces mêmes élèves, la majorité de leurs enseignants fumaient soit **76,6%** et **49,2%** des ces enseignants fumeurs le faisaient dans des lieux autres que la classe et cour de l'école.

6.1.3 Tabagisme chez les élèves :

Tableau V : Comportement tabagique des lycéens de la commune VI de Bamako en Juin 2012

	Fréquence	Pourcentage
Tabagisme de l'élève		
Antécédent tabagique (n=231)		
Non	139	60,2%
Oui	92	39,8%
Tabagique actuel (n=231)		
Non	196	84,8%
Oui	35	15,2%
Sexe (n=35)		
Masculin	32	91,4%
Féminin	3	8,6%
Durée de consommation (n=35)		
1 an	17	48,6%
4ans	7	20%
2 ans	6	17,1%
3 ans	4	11,4%
5 ans	1	2,9%
Cause du tabagisme (n=35)		
Plaisir	18	51,4%
Soucis	10	28,6%
Sortie	3	8,6%
Solitude	2	5,7%
Snobisme	2	5,7%

Moment de fumer (=35)		
A tout moment	30	85,7%
Matin	3	8,6%
Soir	2	5,7%
Quantité de cigarette fumée (n=35)		
<3	11	31,4%
4-6	11	31,4%
7-10	8	22,9%
11-15	5	14,3%
Facon de se procurer de la cigarette		
J'en achète	28	80%
On m'en offre	7	20%
Connaissance du statut tabagique de l'élève par les parents (n=35)		
Oui	11	31,4%
Je ne sais pas	16	45,7%
Non	8	22,9%
Point de vue des parents sur le tabagisme des élèves (n=11)		
Mauvais	9	81,8%
Bon	1	9,1%
Indifférent	1	9,1%

Dans notre étude il ressort que **39,8 %** avaient fumé au moins une fois et que **15,2%** étaient des fumeurs réguliers de la cigarette. Parmi les fumeurs réguliers **91,4%** étaient de sexe masculin et **8,6%** de sexe féminin.

Par rapport à la durée de consommation, **48,6%** des fumeurs avaient fumé pendant un an révolu. La motivation première qui les poussait à fumer était le plaisir avec **51,4%** des cas. La majorité des fumeurs interrogés fumaient à tout moment de la journée avec **85,7%** des cas. Seul **14,3%** des fumeurs fumaient 11 à 15 cigarettes par jour. Les fumeurs qui affirmaient avoir acheté eux mêmes leurs cigarettes étaient de **80%**.

Selon les lycéens fumeurs, **31,4%** de leurs parents savaient qu'ils fumaient, **22,9%** ne le savaient pas et **45,7%** de ces mêmes lycéens ignoraient si leurs parents étaient conscients de leur tabagisme.

Les fumeurs interrogés rapportaient que **81,8%** de leurs parents pensaient que c'est une mauvaise chose de fumer et **9,1%** étaient indifférents.

6.1.4 Connaissance des élèves sur le tabagisme :

Tableau VI : Connaissance des élèves sur les dangers du tabagisme

Connaissance des élèves	Fréquence	Pourcentage
Connaissance des maladies du Tabac (n=231)		
Oui	189	81,8%
Non	42	18,2%
Maladies connues (n=231)		
Cancer des poumons	63	33,3%
Maladies des poumons	47	24,9%
Toux	47	24,9%
Maladies du cœur	30	15,9%
Cancer du foie	2	1%
Enseignement des dangers du tabac à l'école (n=231)		
Oui	124	53,7%
Non	107	46,3%
Connaissance de l'existence de la journée sans tabac (n=231)		
Non	184	79,7%
Oui	47	20,3%
Connaissance de l'existence de la loi antitabac au Mali (n=231)		
Non	172	74,5%
Oui	59	25,5%

La grande majorité des élèves enquêtés soit **81,8%** affirmaient connaître que le tabac entraîne des maladies. Parmi ceux-ci, **33,3 %** faisaient un lien entre tabagisme et le cancer des poumons.

Cependant **53,7%** des élèves affirmaient avoir reçu un enseignement sur les dangers du tabac à l'école. Concernant la Journée Mondiale sans Tabac, **79,7%** des lycéens ignoraient son existence. A propos de la loi sur la vente et la consommation du tabac au Mali, **74,5 %** des lycéens ignoraient son existence.

6.1.5 Lutte antitabac :

Tableau VII : Avis des élèves sur les actions anti-tabacs

Avis des élèves	Fréquence	Pourcentage
Interdiction de fumer à l'école et en salle de réunion (n=231)		
Oui	172	74,5%
Non	42	18,2%
Je ne sais pas	17	7,3%
Interdiction de fumer dans le transport en commun (n=231)		
Oui	158	68,4%
Non	39	16,9%
Je ne sais pas	34	14,7%
Interdiction de fumer au bureau (n=231)		
Oui	153	66,2%
Non	45	19,5%
Je ne sais pas	33	14,3%
Publicité du tabac est elle bonne (n=231)		
Non	189	81,8%
Oui	42	18,2%
Tentative d'arrêter de fumer (n=35)		
Oui	25	71,4%
Non	10	28,6%

Cause de la tentative

d'arrêt (n=25)

Mauvais pour la santé	23	92%
Onéreux	2	8%

Projet d'arrêt de fumer

(n=10)

Oui	6	60%
Je ne sais pas	3	30%
Non	1	10%

Dans notre étude, les lycéens qui trouvaient normale l'interdiction de fumer à l'école et dans la salle de réunion étaient de **74,5 %**, ceux trouvaient normale l'interdiction de fumer dans le transport en commun étaient de **68,4 %** et ceux qui trouvaient normale l'interdiction de fumer au bureau étaient de **66,2 %**. Chez ces mêmes élèves **81,8 %** estimaient que c'est n'est pas bien de faire la publicité du tabac.

Parmi les lycéens fumeurs, **71,4%** avaient tenté d'arrêter de fumer. Le motif d'arrêt pour des raisons de santé était le plus évoqué avec **92%** des cas. Les fumeurs qui projetaient arrêter un jour la consommation du tabac étaient de **60%**.

6.2 Etude analytique :

Tableau VIII: Relation entre les élèves fumeurs et les tranches d'âge

Age	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
14-16	6	73	79
17-20	28	103	131
21-23	1	20	21
Total	35	196	231

P=0,010 khi2=9,218

La tranche d'âge comprise entre **17-20 ans** est celle où l'on rencontre la majorité des fumeurs. Il ya une relation significative entre l'âge et l'attitude tabagique des élèves.

Tableau IX: Relation entre le sexe et l'antécédent tabagique

Sexe	Antécédent tabagique		Total
	Oui	Non	
Masculin	79	63	142
Féminin	13	76	89
Total	92	139	231

P= 0,0001 khi2=38,4

Le plus grand nombre d'élèves ayant des antécédents tabagiques étaient de sexe masculin. Le sexe est un facteur statistiquement significatif pour un antécédent tabagique (p=0,0001).

Tableau X: Relation entre tabagisme des élèves et le sexe

Sexe	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Masculin	32	110	142
Féminin	3	86	89
Total	35	196	231

P=0,0001 khi2=15,630

Parmi les élèves enquêtés, **15,2%** étaient des fumeurs réguliers dont **91,4%** de sexe masculin contre **8,6%** des sexes féminins. Le sexe est un facteur statistiquement significatif pour l'importance du tabagisme (p=0,0001).

Tableau XI: Relation entre tabagisme du père et celui de l'élève

Père fumeur	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Non	28	150	178
Oui	7	46	53
Total	35	196	231

P= 0,653 khi2= 0,202

Le tabagisme du père n'a pas un impact statistiquement significatif sur celui de l'élève (p=0,653).

Tableau XII: Relation entre tabagisme de la mère et celui de l'élève

Mère fumeuse	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Non	32	193	225
Oui	3	3	6
Total	35	196	231

P= 0,016 khi2= 5,763

Le tabagisme de la mère a une influence statistiquement significative sur celui de l'élève (p=0,016).

Tableau XIII: Relation entre tabagisme de l'élève et de l'enseignant

Enseignant	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Fumeur	29	148	177
Non fumeur	6	48	54
Total	35	196	231

P= 0,344 khi2=0,895

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre tabagisme de l'enseignant et celui de l'élève (p=0,344).

Tableau XIV: Relation entre tabagisme passif et tabagisme actif des élèves

Tabagique passif	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Oui	29	97	126
Non	6	99	105
Total	35	196	231

P=0,0001 khi2=13,33

Il y a un lien statistiquement significatif entre tabagisme passif et tabagisme actif des élèves (p=0,0001).

Tableau XV: Relation entre enseignement des dangers du tabac à l'école et le tabagisme des élèves

Enseignement dangers tabac	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Oui	15	109	124
Non	20	87	107
Total	35	196	231

P=0,163 khi2=1,943

L'enseignement des dangers du tabac à l'école n'a pas d'influence significative sur le tabagisme des élèves (p=0,163).

Tableau XVI: Relation entre connaissance des dangers du tabac et tabagisme de l'élève

Connaissance des dangers du tabac	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Oui	26	163	189
Non	9	33	42
Total	35	196	231

P=0,210 khi2= 1,573

Pas de lien statistiquement significatif entre connaissance des dangers du tabac et tabagisme de l'élève (p=0,210).

Tableau XVII: Relation entre les élèves fumeurs et les classes fréquentées

Classe	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
10 ^{ème}	7	70	77
11 ^{ème}	12	45	57
12 ^{ème}	16	81	97
Total	35	196	231

P= 0,144 khi2=3,880

Il n'y a pas de lien significatif entre la classe fréquentée et le tabagisme de l'élève (p=0,144).

Tableau XVIII: Relation entre élèves fumeurs entre présence du père

Père	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Vivant	30	180	210
Décédé	5	16	21
Total	35	196	231

P=0,246 khi2=1,347

La présence du père n'a pas de répercussion statistiquement significative sur le tabagisme des lycéens (p=0,246).

Tableau XIX: Relation entre élèves fumeurs entre présence de la mère

Mère	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Vivante	32	185	217
Décédée	3	11	14
Total	35	196	231

P= 0,457 khi2=**0,451**

La présence de la mère n'a également pas d'impact statistiquement significative sur le tabagisme des lycéens (p=0,246).

Tableau XX: Relation entre comportement tabagique des élèves et la profession du père

Fonction du père	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Fonctionnaire	19	84	103
Non fonctionnaire	16	112	128
Total	35	196	231

P= 0,759 khi2=2,612

Il n'y a aucun lien entre la profession du père et le comportement tabagique des élèves (p=0,759).

Tableau XXI: Relation entre comportement tabagique des élèves et la profession de la mère

Fonction mère	Elève fumeur		Total
	Oui	Non	
Non fonctionnaire	27	156	183
Fonctionnaire	8	40	48
Total	35	196	231

P= 0,732 khi2=2,021

La profession de la mère n'a pas d'influence sur le comportement tabagique des lycéens (p=0,732).

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

Le but de notre étude est d'étudier le tabagisme dans les lycées de la commune VI du district de Bamako. Il s'agit d'une étude transversale basée sur un échantillon de 231 élèves âgés de 14 à 23 ans de 4 lycées de la dite commune.

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Age : La tranche d'âge 17-20 ans était la plus représentée avec 56,7% des cas. L'âge moyen était de 17,6 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette tranche constitue la période de l'adolescence où la majorité des jeunes sont plus actifs et plus exposés au vice du tabagisme et à d'autres vices.

Sexe : Notre échantillon était en majorité composé de sujets masculins, 142 garçons sur 231 élèves soit 61,5% soit un sex-ratio de 1,6.

2. Tabagisme passif :

Il est important de rappeler que l'Article 8 de la Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac intitulé « Protection contre l'exposition à la fumée du tabac » stipule ceci : Les parties reconnaissent qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort. [22] Cependant dans notre étude, les résultats relatifs au tabagisme passif ont montré que 54,5% des élèves vivaient avec d'autres fumeurs à la maison. Il ressort également que 22,9% des pères contre 2,6% des mères des élèves enquêtés étaient consommateurs du tabac. Les enfants pour la plupart s'identifient à leurs parents. Le fait que celui-ci fume peut les inciter à aussi fumer. Ce qui a été démontré dans notre étude qui précise qu'il y a un lien significatif entre tabagisme passif et tabagisme actif des élèves ($p=0,0001$). Il est donc nécessaire de responsabiliser les parents, et de leur faire prendre conscience du mal qu'ils font à leurs enfants en fumant en leur présence.

Plusieurs études ont attiré l'attention sur le rôle important joué par les amis. Celui de Johnson B, qui trouve que la pratique du tabagisme se transmet d'abord et surtout entre amis 76,8%.

Par ailleurs 76,6% des enseignants des établissements visités étaient fumeurs selon les élèves.

Face à toutes ces informations nous pouvons retenir que le tabagisme est un phénomène de société qui ne peut être conséquemment combattu que lorsque l'on identifie correctement les sites les plus vulnérables sur lesquels on doit porter l'action.

3. Tabagisme actif :

3.1 Répartition des fumeurs selon le sexe :

La prévalence globale du tabagisme était de 15,2%, réparti entre 91,4% chez les garçons et 8,4% chez les filles.

.Cette prédominance masculine converge avec la tendance générale décrite par BAKAI T.A qui avait trouvé une prévalence de 18,4% dont les 88,10% étaient des garçons et 11,90% étaient des filles.

Par contre KODJO A dans son étude effectuée dans le milieu scolaire de la commune V de Bamako a trouvé 14% de fumeurs dont 100% de garçons

Cette prédominance du tabagisme masculin serait due au fait que le tabagisme féminin est encore condamné dans la plus part des sociétés Africaines, la femme qui fume est critiquée et marginalisée par les siens. Mais il est important aussi de souligner que le tabagisme féminin gagne du terrain du fait de l'urbanisation des villes et de la délinquance juvénile, dans quelques années si nous ne faisons rien, il atteindra les taux relevés en Europe et en Amérique [25]

3.2 Répartition des fumeurs selon l'âge :

Bien que certains élèves aient fumé leur première cigarette dans l'enfance, la plupart des fumeurs ne commençaient que pendant l'adolescence. Ce phénomène met en relief l'importance de la situation du tabagisme dans l'entourage d'un enfant ou de

l'adolescent. Au terme de notre enquête, on constate que la tranche d'âge **17-20 ans** est celle où l'on rencontre la majorité des fumeurs **21,4%**.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par DEMBELE B qui a rencontré la majorité de ses fumeurs dans la même tranche d'âge avec **11,3%**.

En effet c'est généralement dans la tranche d'âge **17-20 ans** que le jeune cherche à s'affirmer, se faire passer pour un adulte, s'identifier à ses modèles. Ainsi, il est convaincu que la cigarette est une preuve de parfaite intégration dans le monde moderne, d'élégance, d'assurance, de valorisation et de virilité.

3.3 Répartition des élèves selon les raisons qui les incitent à fumer :

Toutes les stratégies de lutte antitabac doivent venir derrière une bonne éducation précocement introduite chez les jeunes et aussi chez les parents. Tout cela est d'ailleurs confirmé par les différentes motivations tabagiques des élèves enquêtés. C'est ainsi que 51,4% de ceux qui fument le font par simple plaisir. En 2010, Tchaa Abalo BAKAI allait dans le même sens et avait trouvé **32,8%** pour le même motif. Les autres raisons évoquées étaient : les soucis 27,3%, les sorties 8,6%, la solitude et le snobisme 5,7%. Ce désir de stimulation et de défi est généralement le propre des jeunes.

Par ailleurs, tous les facteurs relatifs à l'attitude étudiée chez nos enquêtés confirment que nous sommes dans une population où le tabagisme pourrait être assez vulnérable aux moyens appropriés de lutte.

3.4 Réaction des parents face au tabagisme des élèves :

Selon les élèves fumeurs, la majorité de leurs parents (81,8%) n'approuvait pas leur tabagisme. Ce résultat n'est loin de celui d'une étude faite au Burkina Faso en 2006 [27] qui avait trouvé que 71,3% des fumeurs enquêtés étaient réprimandés par leurs parents. Ce constat laisse entrevoir que face à l'immaturité des élèves et la non maîtrise de tous les risques qu'ils encourent en fumant, les parents censés mieux connaître les dangers du tabac, ont le devoir de les dissuader à fumer.

4. Connaissance de la nocivité sur la santé :

La quasi totalité des élèves interrogés (81,8%) savaient que le tabac était nocif pour la santé. Selon une étude faite au Sénégal, en 2011 sur le tabagisme en milieu scolaire dakarois, la grande majorité des élèves (86%) savaient également que le tabac était un facteur favorisant la survenue de certaines maladies [28]. Malgré cette connaissance «approximative » des dangers du tabac, la fréquence du tabagisme reste toujours élevée chez les jeunes (15,2%). Ce qui démontre que des efforts considérables sont à consentir dans le milieu scolaire, car la sensibilisation contre le tabagisme à l'école pourrait réduire d'une façon considérable l'initiation des jeunes au tabagisme et permettre aux adolescents n'ayant pas encore commencé à consommer le tabac de s'abstenir de cette substance.

5. Tentative d'arrêt du tabac :

Les résultats de l'enquête montrent que 71,4% des fumeurs affirmaient avoir essayé d'arrêter de fumer sans pour autant y parvenir. Les raisons de santé constituaient la première motivation des jeunes à vouloir arrêter le tabac (92%). La fréquence du tabagisme chez les jeunes (15,2%) malgré leur volonté d'abandonner la cigarette pousse à penser que leurs efforts se soldent par un échec. On peut s'interroger ici sur les causes de ces échecs et sur les moyens mis en œuvre, ou plutôt sur les moyens à prévoir pour accompagner les fumeurs dans leur combat contre le tabac.

Selon l'OMS, il est possible de s'abstenir définitivement, mais sans traitement de sevrage, les taux de réussite individuelle sont très faibles : sur 100 fumeurs qui tentent de cesser de fumer seuls, seulement 2 personnes y parviennent.

6. Lutte anti tabac :

6.1 Publicité du tabac :

L'exposition à la publicité directe et indirecte en faveur du tabac utilisée par les compagnies du tabac encourage les jeunes à faire davantage l'expérience du tabac et

accroît le risque de consommer régulièrement des produits du tabac. Dans notre étude, 81,8% des élèves étaient contre la publicité du tabac ceci prouve que loi 033 du 12 juillet 2010 portant sur restriction de la publicité du tabac au Mali est partagée par ces élèves.

6.2 Journée mondiale sans tabac :

Sur l'ensemble des élèves interrogés, 79,7% ignoraient qu'il existait une journée mondiale sans tabac, d'où l'intérêt de médiatiser davantage cette journée afin d'atteindre le plus grand nombre de populations cibles.

6.3 Connaissances de la loi sur la vente et la consommation du tabac au Mali :

En décembre 2003, le ministère de la santé avait procédé à une large enquête auprès de 1000 individus recrutés dans le district de Bamako pour évaluer les connaissances et les conditions d'application de la loi **96-041** sur la vente et la consommation du tabac au Mali. Il en était ressorti que 43,60% des individus étaient informés de l'existence de cette loi mais seulement 23% observaient ces dispositions légales [29]

Au terme de notre enquête, nous avons remarqué que la connaissance de cette loi a régressé, puisque 74,5% de la population ignoraient l'existence de cette loi, encore moins son contenu. Les données de notre étude, nous interpellent et nous obligent donc à renforcer les stratégies de lutte contre le tabagisme.

La fréquence du tabagisme chez les lycéens (15,2%) justifie l'élaboration des actions préventives à mettre en œuvre pour combattre le tabagisme des jeunes tout au long de leur parcours scolaire. Ceci confirme les conclusions de l'OMS qui affirme que le tabac est aussi une maladie pédiatrique et qu'il convient d'agir précocement pour la maîtriser [30].

CONCLUSION

Les résultats de cette étude démontrent que le tabagisme constitue, un problème de santé publique très actuel, avec des répercussions inquiétantes. Cependant, nous pouvons conclure que la prévalence globale du tabagisme dans les lycées de la commune VI du district de Bamako était de **15,2%**. Cette fréquence variait selon le sexe soit **91,4%** des garçons contre **8,6%** des filles. La plupart des fumeurs se trouvaient dans la tranche d'âge **17-20 ans** soit **21,4%** des cas. Le motif d'incitation le plus souvent évoqué était le plaisir **51,4%**. Parmi les fumeurs, **71,4%** affirmaient avoir essayé d'arrêter de fumer sans pour autant y parvenir. La majorité des élèves interrogés soit **81,8%** savaient que le tabac était nocif pour la santé. L'âge, le sexe, le tabagisme passif ont constitués les facteurs qui influençaient le tabagisme chez ces jeunes lycéens.

Le niveau relativement élevé de la prévalence des fumeurs chez ces élèves interpelle les autorités à mettre en place des stratégies efficaces dans la lutte antitabac. D'autres études doivent être programmées pour surveiller la tendance de cette épidémie et évaluer l'efficacité des programmes de contrôle qui seront mis en place pour la réduction des facteurs qui influencent sa propagation.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont formulées pour qu'une plus grande attention soit accordée aux problèmes de lutte contre le tabagisme chez les jeunes:

Aux enseignants et aux parents

- montrer l'exemple en s'abstenant de fumer.
- interdire formellement le tabagisme des élèves.
- s'empêcher de fumer classe ou dans la cour de l'école en présence des enfants.

Aux élèves

- s'informer sur les dangers du tabagisme.
- participer aux activités de lutte antitabac.
- conseiller les fumeurs sur les dangers du tabagisme.
- véhiculer les informations sur les méfaits du tabac.

Au Ministère de la santé :

- d'organiser régulièrement des campagnes de lutte dans le but d'informer et de sensibiliser les jeunes sur les méfaits du tabac sur la santé ;
- suivre l'application scrupuleusement des dispositions prises par la **loi 033 du 12 juillet 2010** portant sur restriction de la publicité et de l'usage du tabac au Mali ;

Aux Ministères de l'enseignement secondaire et supérieur, de l'éducation de base, de l'alphabétisation et des langues

- intégrer l'enseignement du tabagisme dans le cursus scolaire;
- interdire formellement la consommation du tabac au sein des établissements scolaires afin de créer et de conserver une école sans fumée ;

- confectionner et placer à l'entrée des établissements scolaires, des panneaux désignant les dangers du tabac;

Aux Centres de Santé de Référence et de Sante communautaire

- Prendre en compte de façon systématique la notion de tabagisme dans le diagnostic clinique ;
- Afficher à la rentrée des différents centres, des images des effets nocifs du tabac sur la santé ;
- Appuyer la société civile dans leur rôle de sensibilisation et de plaidoyer contre le tabagisme ;
- Interdire formellement la consommation du tabac dans les différentes structures sanitaires ;

A la Société civile, aux ONG et aux associations de lutte contre le tabagisme :

- renforcer les structures de la société civile pour une meilleure intervention sur le terrain ;
- propager les campagnes d'information, d'éducation et de communication sur les dangers du tabagisme tant actif que passif auprès des élèves ;
- mettre en place des clubs antitabac dans les différents établissements scolaires ;
- multiplier et renforcer les associations de lutte contre le tabac.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Encyclopédie Wikipédia** : Tabagisme [en ligne], Etats Unis : Wikipédia 2012, disponible sur : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Tabagisme> , Consulté le 30 mars 2012 à 2 heures.
2. **OMS**: Rapport OMS sur l'épidémie mondiale du tabagisme, Mpower, 2011, p08.
3. **Marie-Claude Lamarre, Sylviane Ratte, Albert Hirsch**. Revue Internationale de Promotion de la Santé et d'éducation pour la Santé : La crise croissante du tabagisme en Afrique francophone. Promotion & Education, 4 2005, p76.
4. **DIALLO S, TCHUINDEM S, M' BAYE O, SISSOKO B, KAYANTAO D, DAO**. Le tabagisme chez les lycéens dans le district de Bamako. **Mali Médical** 2004 ; 19 (3-4) : 32-34.
5. **MINISTERE DE LA SANTE EN COLABORATION AVEC L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**: Rapport de l'enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire au Mali, 2008, p10.
6. **OTAF** : Enquêtes sur la prévalence du tabac et le comportement des jeunes vis-à-vis du tabac dans les pays francophones, OTAF en collaboration avec la LNC et l'UICC, 2005 p7.
7. **ALUTAS Mali**: Association de Lutte contre le Tabac, l'Alcool et les Stupéfiants au Mali, enquête : Le tabac et la pauvreté au Mali, Septembre 2010.
8. **Larousse** :
Le Petit LAROUSSE Illustré de Français, Paris Larousse 2000, p1784.
9. **Lexique médical GIPHAR** : Le tabac, ce fléau...[en ligne] Paris, giphar, 2012. Disponible sur : http://www.pharmaciengiphar.com/-Tabagisme-.html?debut_abc=4#pagination_abc , Consulté le 19 avril 2012.

10. **Loi N°033** du 12 juillet 2010, relative à la commercialisation et la consommation de du tabac et des produits du tabac au Mali.
11. **DELAGE D**
Sevrage tabagique en 2008, Thèse, Pharmacie, Université Henry POINCARE-Nancy1, 2008.
12. **Tortora (D)** et al
Principe d'anatomie et de physiologie 4^{ème} Ed. Québec, De Boeck, 2007, p1246.
13. **OMS** : Aide mémoire N° 339 Juillet 2011 ; Le tabagisme : les principaux faits. 2011, p5.
14. **OMS** : Aide mémoire N° 399 Juillet 2011; disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html>, 2011, p2.
15. **OMS** : Initiative pour un monde sans tabac : Pourquoi le tabac est-il une priorité de la santé publique? Juillet 2011, p2.
16. **André P, MD et al**
Le tabagisme : qu'est-ce que c'est? Université de Sherbrooke, Mai 2009, p19.
17. Ministère de l'administration territorial et des collectivités locales : Etude monographique de la commune IV du district de Bamako [en ligne], Bamako, Avril 2006 disponible sur : <http://www.moussamara.com/mairie/presentation/MONOGRAPHE%20COMMUNE%20IV.pdf>, Consulté le 07 Avril 2012.
18. Ministère de l'administration territorial et des collectivités locales : Etude monographique de la commune VI du district de Bamako 2004.
19. **DRPSIAP /DB** : Direction régionale de la planification, de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population du district de

Bamako : Annuaire statistique du district de Bamako 2009. Date de publication Mars 2011, p250.

20. Ministère de l'éducation Nationale : Rapport de rentrée 2011-2012 : CAP de Faladié, 2012, p14.

21. Ministère de l'éducation Nationale : Rapport de rentrée 2011-2012 : CAP de Banankabougou. 2012, p6.

22. Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-tabac, OMS 2005, p45.

23. **BAKAI (T.A)**

Tabagisme en milieu scolaire Bamakois.

Thèse, Médecine, Bamako, 2011.

24. **Kodio (A)**

Tabagisme en milieu scolaire de la commune V du District de Bamako

Thèse, Médecine, Bamako, 2010.

25. **OMS** : Aide mémoire n°221 : Tabac et santé, OMS Avril 1999, p2.

26. **Dembélé (B).**

Tabagisme dans certains Lycées publics et privés de l'académie de l'enseignement de Bamako Rive gauche.

Thèse, Médecine, Bamako, 2007.

27. **Koueta F, Dao L, Yé D, Koura M, Sawadogo M.** Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). Rev Mal Respir 2009, 26 : 291-297.

28. **A.Faye, I.Seck, A.C. Seye Ndiaye, A.Tal-Dia**: Aspect épidémiologique du tabagisme en milieu scolaire dakarois, au Sénégal. *Médecine d’Afrique Noire*, 2011, 5807,363-369.
29. **Stratégies Publics Consultants SAEL**
Etats des lieux du tabac au Mali, Décembre 2003.
30. **OMS** : Initiative pour un monde sans tabac : les jeunes et le tabac, OMS 2013, p2.

ANNEXES

Annexe 1: Loi antitabac

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 délais, 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 loi.

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.

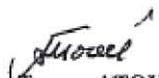
TITRE IV : DISPOSITIONS FINALES

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



Annexe 2: Fiche d'enquête.

FICHE D'ENQUÊTE

Date de remplissage :

A/ CARACTERISTIQUE DE L'ELEVE :

Nom et prénom :

(Facultatif)

1. Age en année :
2. Sexe # 1 : Masculin 2 : Féminin
3. Etablissement d'origine :
4. Classe :
5. Résidence :

B/ CONNAISSANCE SUR LE TAGAGISME

1. Sais- tu que le tabac entraîne des maladies ? # 1 : Oui 2 : Non 3 : je ne sais pas
a- Si oui lesquelles ?
2. A l'école est ce qu'on vous enseigne les dangers du tabagisme ? # 1 : Oui 2 : Non
3. Sais-tu qu'il existe une journée mondiale sans tabac ? # 1 : Oui 2 : Non
3 : je ne sais pas
4. Sais-tu qu'il existe une loi sur la vente et la consommation du tabac au Mali ? #
1 : Oui 2 : Non

C/ COMPORTEMENT TABAGIQUE DES ELEVES

1. Est-ce que tu as déjà l'habitude de fumer au moins une fois ? # 1 : oui 2 : non

2. Est-ce que tu fumes maintenant ? # 1 : Oui 2 : Non

a- si oui depuis quand as-tu commencé à fumer ?

b- pourquoi est ce que tu fumes ? # 1 : promiscuité 2 : solitude 3 : snobisme 4 : soucis 5 : sorties 6 : plaisir 7 : autres

c- si autres à préciser :

3. A quel (s) moment (s)

4. Combien de cigarettes fumes-tu par jour ? :

5. Comment fais-tu pour te procurer la cigarette ? # 1 : j'en achète 2 : On m'en offre 3 : je dérobe

6. Est-ce que tes parents savent que tu fumes ? # 1 : Oui 2 : Non 3 : je ne sais pas

a- Si oui qu'est ce qu'ils en pensent ?

b- Est-ce qu'ils te font des reproches ?

D/ TABAGISME ET L'ETAT DE SANTE DU SUJET FUMEUR

1. Aviez –vous déjà présenté ou souffert de l'un des signes ou de quelques – uns des signes suivants au cours de ces dernières années ? ()

Si oui cocher le ou les.

a-Toux

b-céphalées

c-Vertiges.

d-Diminution de la vigilance

e-Troubles de mémoire

f-Haleine de tabac.

g-Essoufflement ou dyspnée

i-Expectoration

j-Anorexie

E / COMPORTEMENT TABAGIQUE DES PARENTS

Père

1. Profession # 1 : Fonctionnaire 2 : Commerçant 3 : Paysan, 4 :
Ouvrier, 5 : Sans emploi, 6 : Autres
2. A : Vivant 1 : Oui 2 : Non
B : Décédé 1 : Oui 2 : Non
3. Est-ce qu'il fume (ait) ? # 1 : Oui 2 : Non
4. Si oui fume (ait) - il en ta présence ? # 1 : Oui 2 : Non

Mère

1. Profession # 1 : Ménagère 2 : Commerçante 3 : Fonctionnaire, 4 :
Artisane, 5 : Autres
A : Vivante # 1 : Oui 2 : Non
B : Décédé # 1 : Oui 2 : Non
2. Est-ce qu'elle fume (ait) ? 1 : Oui 2 : Non
A Si oui fume (ait) - elle en ta présence ? 1 : Oui 2 : Non

3. A la maison y'a-t-il quelqu'un qui fume (ait) ? # 1 : Oui 2 : Non

A Si oui qui est ce # 1 : ton oncle 2 : ton frère 3 : ta sœur 4 : ta tante
5 : ton grand frère 6 : ta grand-mère 7 : autres

4. Parmi tes enseignants, en existe (nt) -il(s) des fumeurs ? # 1 : Oui 2 : Non

5. Si oui ou est ce qu'il(s) fume (nt) ? # 1 : en classe 2 : dans la cour de l'école
3 : à la bibliothèque 4 : autres

F/ Lutte ANTI -TABAC

1. Trouves tu normal l'interdiction de fumer dans les lieux publics ci-après ? #

a- A l'école # 1 : Oui 2 : Non 3 : je ne sais pas

b- Salle de réunion # 1 : Oui 2 : Non 3 : je ne sais pas

c- Transport en commun # 1 : Oui 2 : Non 3 : je ne sais pas

d- Bureau # 1 : Oui 2 : Non 3 : je ne sais pas

2. Est-ce une bonne chose de faire la publicité du tabac ? # 1 : Oui 2 : Non

3. Veux-tu arrêter de fumer ? # 1 : Oui 2 : Non

4. Est-ce que tu as déjà essayé d'arrêter de fumer ? # 1 : Oui 2 : Non

a- Si oui, pour quoi ?

b- Si non, penses-tu le faire un jour ? # 1 : oui 2 : non 3 : je ne sais pas

Fiche Signalétique

Nom : BAH

Prénom : Mamadou

Date de naissance : 12 Janvier 1986

Lieu de naissance : Mopti

E-mail : mamadou.ba@hotmail.fr

Titre de la thèse : « Tabagisme dans les lycées de la commune VI du district de Bamako »

Année universitaire : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Santé publique.

Résumé :

La menace posée par le tabagisme pour la santé publique est sans précédente...

Notre étude basée sur une enquête transversale conduite de mai à juin 2012, nous a permis de trouver les résultats suivants : La fréquence du tabagisme dans les lycées de la commune VI du district de Bamako était de **15,2%**. Cette fréquence variait selon le sexe soit **91,4%** des garçons contre **8,6%** des filles. La plupart des fumeurs se trouvaient dans la tranche d'âge **17-20 ans** soit **21,4%** des cas. Le motif d'incitation le plus souvent évoqué était le plaisir **51,4%**. Parmi les fumeurs, **71,4%** affirmaient avoir essayé d'arrêter de fumer sans pour autant y parvenir. La majorité des élèves interrogés soit **81,8%** savaient que le tabac était nocif pour la santé. L'âge, le sexe, le tabagisme passif ont constitués les facteurs qui influençaient le tabagisme chez ces jeunes lycéens.

Mots clés: Tabagisme- lycée-Bamako-Mali.

Identification file

Last name: BAH

First name: Mamadou

Birth date: 12 January 1986

Birthplace: Mopti

E-mail: mamadou.ba@hotmail.fr

Thesis Title: Smoking in township VI lycees of the district of Bamako.

Academic year: 2010-2011

Place of presentation: Bamako

Country: Mali

Depository: The library of FMOS

Center of interest: Public Health

Resume:

The threat posed by smoking to public health is unprecedented. Our study based on a cross-sectional survey conducted from May to June 2012, we were able to find the following results: The frequency of Smoking in township VI lycees of the district of Bamako was **15,2%**. This rate varied by gender, **91,4%** against **8,6%** for boys and girls. Most smokers were in the age group **17-20 years** is **21,4%** of cases. The pattern of incentives most often mentioned was the pleasure **51.4%**. Among smokers, **71.4%** reported having tried to quit smoking without doing so. The majority of students surveyed **81.8%** knew that smoking was harmful to health. The age, gender, passive smoking, were the factors that influenced the smoking to these young lyceans.

Keywords: Smoking-lycees-Bamako-Mali.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE !