

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE

ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

N°.....

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006 - 2007

THESE

**CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES
PATIENTS Vis-à-vis du TABAGISME
DANS LE SERVICE DE PNEUMO-
PHTISIOLOGIE DU CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2007

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odonto – Stomatologie

Par

Mr Ousmane CAMARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président: Professeur Ibrahim I. Maïga

Membres : Docteur ILo Diall

Co – Directeur : Docteur Boubacar F. Sissoko

Directeur: Docteur Souleymane Diallo

ABREVIATIONS

CO : Monoxyde de carbone

VADS: Voies aéro-digestives supérieures

BPCO: Broncho-pneumopathies chroniques obstructives

VEMS: Volume expiratoire maxima seconde

HTA: Hypertension artérielle

AVC: Accidents vasculaires cérébraux

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SONATAM: Société nationale de tabac et allumettes du

OHVN: Office de la haute vallée du Niger

UEMOA: Union économique et monétaire ouest africain

CHU: Centre hospitalier- Universitaire

COVAN: Commission d'organisation de la coupe d'Afrique des

CAN: coupe d'Afrique des nations

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

SOMMAIRE

I Introduction	2
II Objectifs	4
III Généralités	5
IV : Méthodologie	24
V Résultats	29
VI Commentaires et discussions	47
VII Conclusion	52
VIII Recommandations	53
IX Bibliographie	55
IX Annexes	60

Introduction

Le tabagisme, principale cause de morbi-mortalité évitable reste un problème de santé publique à l'échelle mondiale.

En effet selon l'OMS 1,1 milliard de personnes sont concernées soit le tiers de la population mondiale âgée de 15 ans et plus [1 ; 2]. Sur ce nombre 200 millions d'hommes et 100 millions de femmes vivent dans les pays industrialisés.

Le tabagisme est en outre responsable d'une forte mortalité avec près de 4 millions de décès par an ; chiffre qui devrait s'élever à 10 millions d'ici 2030 [3 ; 4].

En France 45% des hommes et 33% des femmes sont fumeurs avec 60.000 décès par an [5 ; 6].

La libération des échanges a contribué à encourager la consommation de tabac dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une situation que la contrebande aggrave et qui tend à être plus courante dans les pays à faible revenu que dans les pays riches et dont profitent les fabricants de tabac eux-mêmes [7].

Sur les 300 millions d'hommes de moins de 30 ans en Chine 100 millions au moins seront tués par le tabac [8].

Sept cent millions d'hommes et 100 millions de femmes sur les 1,1 milliards de fumeurs au monde vivent dans les pays en voie de développement.

La Tunisie enregistre 30,4% de fumeurs dont 55,6% d'hommes et 5,2% de femmes (9).

Au Mali bien qu'il n'existe pas de statistique nationale sur le tabagisme ; diverses études menées ont montrées que le tabagisme constituait un problème de santé publique au Mali. En effet Haïdara . [10] avait trouvé 27,89% de fumeurs à Bamako. En 1996 Dao S .révélaient que le tabac est la première cause de

cardiopathies ischémiques, d'emphysème et de cancer pulmonaire à l'hôpital national du Point G [11].

En pneumologie, deux des principales pathologies à savoir les broncho-pneumopathies chroniques et le cancer du poumon sont dues dans environ 90% des cas à la consommation de tabac [6].

C'est pourquoi il nous paru opportun de mener une étude sur les connaissances et attitudes des patients vis-vis du tabagisme dans le service de pneumo-phtisiologie avec comme objectifs :

II-OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les connaissances et attitudes des patients vis-à-vis du tabagisme.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le taux de prévalence du tabagisme chez les patients.
- Déterminer le niveau de connaissance des patients par rapport au tabagisme.
- Analyser l'attitude des patients vis-à-vis du tabagisme.
- Proposer des moyens de lutte contre le tabagisme.

III-Généralités

1 Historique :

On suppose que la culture du tabac a débuté sur le continent Sud-américain il y a plus de 8000 ans. Certains situent ces origines sur l'île de Tobago dans les caraïbes (12).

Depuis plus de 2000 ans les amérindiens utilisent le tabac dans les rituels religieux et pour ses vertus médicinales (utilisé comme analgésique ou dans sa forme mâchée contre les rages de dents) [12].

En 1588, le premier promoteur connu du tabac, Thomas Haret, préconise l'usage du tabac fumé ou en prise nasale. Il est mort d'un cancer du nez, imputable dans la lumière des connaissances actuelles à la prise de tabac (12).

En 1620, le Mayflower débarque ses passagers à Plymouth, dans le nouveau monde. Le tabac sera interdit dans les lieux publics et ce pendant des décennies (12).

En 1700, Lorillard crée la première compagnie du tabac, compagnie qui à l'heure actuelle est la plus ancienne au monde [12].

C'est à la fin du XVème siècle que les européens découvrirent le tabac [12].

Jean Nicot en 1560 l'introduisit en France. Il le fit connaître à la reine Catherine de Medicis qui l'utilisa contre ses migraines. Cela exhorta le succès de l'herbe de Nicot à laquelle on attribua des vertus médicales et des pouvoirs magiques [10].

L'entrée du tabac en Afrique s'est fait par le Maroc d'abord en 1593 et au Mali pendant la période coloniale dans le but d'occuper les paysans pendant la saison sèche. Dès la fin du XVème siècle le tabac était connu dans le monde entier. Le tabac sous forme de cigare voit le jour puis la forme de cigarette [13].

Si aujourd'hui la nocivité du tabac pour la santé est connue, c'est surtout grâce à l'américain Pearl qui établit en 1938 un lien entre la consommation du tabac et l'abrègement de la vie [13].

2 Tabac et tabagisme

La plante du tabac, *nicotiana tabacum*, fait partie de la famille des solanacées [14]. C'est l'espèce la plus cultivée dans le monde. Au Mali on cultive traditionnellement la variété Rustica. La culture se fait par semis sous forme de pépinière. Les plants sont ensuite repiqués.

La température optimale pour la végétation est de 27°C, le sol doit être sablonneux et léger, riche en éléments fertilisants notamment l'azote, l'acide phosphorique et la potasse. Ces éléments influencent sur la qualité du tabac produit. Après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis fermentation avant d'être prêt à la consommation [10]. Le tabac peut être consommé avec de la fumée (cigarette, cigare, pipe) ou sans fumée (tabac à chiqué ou à prisé) [15].

La composition de la fumée de tabac nous intéresse ici car la cigarette est la forme la plus répandue aujourd'hui. En général lorsqu'une cigarette se consume, un grand nombre de composés chimiques se forment à l'extrémité et sont inhalés par le fumeur (courant de fumée principale ou primaire) ou rejetés dans l'air (courant de fumée latérale ou secondaire [16].

- La nicotine : c'est un alcaloïde découvert en 1809 par Voquelin [17]. Il est responsable de la dépendance

tabagique. La nicotine absorbée dans les alvéoles passe dans le sang et se fixe sur les récepteurs nicotiques, récepteurs à l'acétylcholine présents dans les jonctions neuromusculaires, les ganglions parasympathiques, la médullosurrénale et surtout certaines zones du cerveau, principalement les voies dopaminergiques. La stimulation de ces neurones induit la libération de la dopamine et celle des autres neuromédiateurs, expliquant les effets psycho actifs de la nicotine [18]. La décharge d'adrénaline entraîne une accélération du rythme cardiaque, la dépression du système nerveux central et du système respiratoire. Elle est à l'origine de la constriction des petites artères du corps pouvant être à l'origine d'hypertension artérielle. La dose létale de la nicotine chez l'homme est voisine de 0,06 gramme [19].

➤ Le monoxyde de carbone (CO) :

Le CO, une fois dans l'organisme se fixe sur l'hémoglobine. Il diminue à la longue la capacité d'oxygénation du sang. 20 cigarettes transforment presque 20% de l'hémoglobine en carboxyhémoglobine. En outre le monoxyde de carbone augmente la teneur en graisse du corps humain et ainsi le risque d'artériosclérose [20]. Une cigarette libère 15 à 20 ml de CO. C'est pourquoi les sujets n'inhalant pas la fumée ont une oxycarbonémie sensiblement égale à celle du non-fumeur [10].

➤ Les irritants :

La présence d'irritants dans la fumée de tabac est à l'origine de nombreux phénomènes allergiques de la muqueuse respiratoire. Il s'agit d'aldéhyde, d'acroléine, d'éthanol, de benzoquinone, etc. Ils sont responsables de l'hypertrophie de la muqueuse, l'atrophie ciliaire et l'inflammation des bronches. Le retentissement bronchique du tabac augmente avec l'inhalation de la fumée, la quantité de tabac consommée et l'ancienneté du tabagisme. La pondération que l'on est amené à faire en fonction des types de tabac ou des filtres associés aux cigarettes semble faible [21].

➤ Substances cancérigènes :

L'action cancérigène du tabac est liée à la présence dans le condensât de la fumée de tabac de facteurs chimiques de cancérisation (les hydrocarbures inhérents à la combustion, le 3-4 benzopyrène, les anthracènes, etc.) Et les facteurs physiques (éléments radioactifs comme le polonium) [22]. Ces substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [21].

Il existe une réglementation sur la teneur du tabac en goudron et en nicotine autorisée aux industries de tabac du monde avec obligation d'inscription sur les paquets [23]. Des arguments solides indiquent que cette exposition à la fumée ambiante de tabac est nocive pour la santé des non-fumeurs. Récemment l'agence américaine pour la protection de l'environnement a classé l'exposition à la fumée ambiante de tabac comme cancérigène de classe A, pouvant être à l'origine de cancer du poumon [24]. La fumée ambiante est constituée de la fumée produite pendant que la cigarette couve et de la fumée primaire exhalée par le fumeur. Plus de 75% des produits de combustion d'une cigarette entrent dans l'air. Les constituants de la fumée ambiante sont qualitativement similaires à ceux de la fumée primaire. Cependant certaines toxines comme l'ammoniac, le formaldéhyde et les nitrosamines sont présents à des concentrations beaucoup plus hautes dans la fumée ambiante que la fumée primaire [24].

Les femmes enceintes qui fument risquent davantage de perdre le foetus par avortement spontané. Dans les pays à revenus élevés, les enfants nés de mères fumeuses ont très souvent un faible poids à la naissance et ils ont un excès de risque de mourir peu après la naissance jusqu'à 37% supérieur à celui des enfants des non-fumeuses. Les chercheurs ont observé récemment la présence d'un

cancérogène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac dans l'urine du nouveau-né dont la mère est fumeuse [14]. Le tabagisme passif est grave chez les enfants. Des études ont montré que le tabagisme passif avait un retentissement sur la fonction respiratoire des enfants arrivés à l'âge adulte notamment les infections respiratoires à répétition ou l'exacerbation des crises d'asthme, les otites, cause la plus fréquente de surdité chez les enfants [25].

La fumée de tabac produit également divers effets immédiats : irritation des yeux et du nez, céphalées, maux de gorge, étourdissement, nausées, toux et problèmes respiratoires [25]. L'appréciation des risques de la fumée ambiante est importante pour le médecin, car elle fournit une base pour conseiller aux parents de ne pas fumer quand les enfants sont à la maison ; pour insister sur l'interdiction dans les établissements de soins pour enfants et pour recommander des restrictions du tabagisme sur les lieux de travail et autres endroits publics [24].

3 Tabagisme et toxicomanie [26] :

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

- Aspects cliniques : La toxicomanie vraie se définit par trois caractères cliniques :
 - L'irrésistible perversion du besoin, qui pousse le sujet à consommer sans cesse la drogue et à se la procurer par tous les moyens.

- Accoutumance, qui invite le toxicomane à utiliser des doses de plus en plus fortes.
- Une soumission totale de l'individu à sa drogue, l'assuétude (ou dépendance), véritable tyrannie physique et morale.

Aspects psychiques : Les raisons profondes de la toxicomanie sont à rechercher dans une perturbation instinctivo affective ancienne. La nature de ce déséquilibre intime de la personnalité se révèle variable : on a décrit des toxicomanes déprimés chroniques, anxieux, schizoïde, obsédés, etc. En fait le phénomène est complexe, et tous les cas de toxicomanie ne peuvent recevoir d'explication. A une fixation et à une régression au stade oral de la personnalité (stade psychanalytique) s'ajoute peut être le rôle de l'équipement génétique de l'individu dans la fragilité des toxicomanes. Parmi les facteurs déclenchants, citons les maladies ou accidents aux conséquences douloureuses, dévalorisantes ou invalidantes, tous les échecs familiaux, conjugaux, professionnels, les deuils, etc.

4 LA QUANTIFICATION DU TABAGISME [5]

L'interrogatoire va permettre de préciser :

- L'âge de début du tabagisme. Plus il est précoce, plus le risque de cancer bronchique est élevé.
- Le nombre de cigarettes fumées/jour en sachant que le risque de cancer bronchique est proportionnel à ce nombre.
- La durée du tabagisme dont le poids est beaucoup plus important que la quantité fumée/jour. Ainsi, si le risque de cancer bronchique est multiplié par 2 lorsque la quantité est multipliée par 2 et par 4 lorsque la durée du tabagisme double. Dans cette mesure, l'expression en paquets x années est incorrecte puisqu'elle donne le même poids à la quantité et à la durée. Néanmoins c'est une expression commode du tabagisme.

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

5 Pathologies liées au tabac [5]:

▪ Les cancers

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

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

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

- Les cancers des VADS (cancers ORL et de l'œsophage) : action synergique du tabac et de l'alcool.
- Cancers de la vessie. Ce dernier est fortement lié au tabagisme.

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

- **Les maladies respiratoires non cancéreuses :**

- Les BPCO : le tabac a une responsabilité majeure prédominant largement tous les autres facteurs étiologiques.

L'accélération du déclin du VEMS chez le fumeur est prouvée de même que son ralentissement à l'arrêt du tabac.

Environ 10 à 15 % des fumeurs développent une obstruction clinique bronchique.

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

- **Les complications cardio-vasculaires :**

Le tabac est l'un des facteurs de risque dans le développement d'une HTA, d'une maladie coronarienne et d'une artériopathie chronique des membres inférieurs.

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

▪ **Le tabac, la mère et l'enfant**

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

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

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

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

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

▪ **Les « bienfaits » du tabac :**

Moins de maladies de Parkinson et de sarcoïdoses.

6-Sevrage tabagique [21]

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

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

à elle seule à modifier un comportement ». Ceci explique que malgré le risque couru et connu, le nombre de fumeurs reste élevé même parmi les médecins. Le tabagisme est un comportement entretenu et amplifié par une dépendance pharmacologique dont la nicotine est responsable. En effet la nicotine, par ses propriétés psycho-actives, est à l'origine d'un renforcement positif en induisant des sensations ressenties comme agréables :

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

La dépendance comportementale et psychologique qui en résulte permet de comprendre pourquoi la cigarette est devenue en un siècle le mode principal de consommation de tabac. L'inhalation de la fumée aboutit à une absorption très rapide de la nicotine qui, en moins de 10 secondes, exerce ses effets psychologiques.

Ultérieurement, après plusieurs années de tabagisme, peut survenir chez certains fumeurs une dépendance physique. Le sujet fume alors aussi pour éviter les sensations désagréables liées à une privation de nicotine, phénomène de manque associant pulsion irrésistible à fumer, nervosité, irritabilité. C'est le renforcement négatif du comportement.

Par ailleurs, chaque fumeur passe par tout une série d'étapes qui s'échelonnent généralement sur plusieurs décennies. Pendant plusieurs années il n'a aucune envie

d'arrêter et c'est seulement après une ou deux décennies d'évolution que survient la phase de l'indécision, puis ensuite celle du fumeur décidé à l'arrêt. Le degré de motivation à l'arrêt est donc très variable d'un fumeur à l'autre. Il est rare que l'arrêt soit obtenu lors de la première tentative.

Le niveau de motivation à l'arrêt est apprécié par le test de Démaria Grimaldi et Largue.

Test d'autoévaluation des chances de réussite de sevrage tabagique

1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle Je viens à la consultation sur avis médical Je viens à la consultation sur avis de ma famille	2 1 1
2	J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine	1
3	Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels	1
4	Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux	1
5	Je veux me libérer de cet esclavage	2
6	Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire	1
7	Je veux être en meilleure forme physique	1
8	Je veux préserver mon aspect physique	1
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	1

10	J'ai des enfants en bas âge	2
11	J'ai bon moral actuellement	2
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	1
13	Je suis plutôt de tempérament calme, détendu	1
14	Mon poids est habituellement stable	1
15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	2

Moins de 6 = Motivation faible

7-15 = Motivation moyenne

Plus de 16 = motivation forte

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

Tableau I : Questionnaire de dépendance de Fagerström [5]

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

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

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

- oui.....1
- Non.....0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- la première.....1
- une autre.....0

Combien de cigarette fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins.....0
- 11à 201
- 21 à 302
- 31 ou plus.....3

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

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

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

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

Score total.....

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

7- Traitement du tabagisme :

- o **Règles générales :**

Il faut donner une série de conseils importants :

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

o **Pharmacothérapie :**

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

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

Nicotine : Elle administrée chez des patients présentant une dépendance physique importante (score Fagerström >5). C'est le moyen le plus efficace pour combattre ce syndrome de sevrage. La nicotine est fournie sous une autre forme que le tabac, en quantité suffisante pour supprimer les besoins, puis à doses dégressives pour obtenir une désaccoutumance, ce qui prend en moyenne 3 mois. La nicotine est administrée sous forme de gomme de 2 à 4 mg ou de timbre desservant des quantités de 7 à 21 mg /jour suivant la surface et la préparation pharmaceutique utilisée. Un suivi d'au moins 6 mois est toujours indispensable, il réduit les risques de récurrence.

Psychothérapie [26] : Il s'agit d'un mode de traitement utilisant exclusivement des techniques psychologiques. Ses indications

dépendent du trouble instinctivo-affectif présenté, du déséquilibre de la personnalité, de l'âge et de la situation du fumeur. Les types de psychothérapie sont multiples.

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

8-) Lutte contre le tabagisme :

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

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

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

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

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

-- L'obligation d'avertissement sanitaire en langage clair et de formant lisible porté sur les unités de conditionnement [32].

Il est indispensable que soit enfin développée une véritable politique de prévention et d'éducation tournée vers les populations les plus ciblées par l'industrie du tabac. Celle-ci cherche de nouveaux consommateurs qui doivent remplacer ceux qui sont morts prématurément ou ceux qui ont abandonné afin que soit maintenu l'état du marché. Les populations les plus

sensibles sont les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les catégories les plus démunies de la société [28].

Pendant longtemps au Mali, il n'existait aucun texte législatif spécifique tendant à réduire l'usage du tabac ou la publicité sur le tabac. La documentation internationale de lutte contre le tabac (affiches, autocollants) constituait avec les normes culturelles la principale mesure restrictive du tabagisme [13]. Ce n'est qu'en 1996 plus précisément le 29 juin que l'assemblée Nationale du Mali a adopté la loi 96-041 portant restriction de la publicité et de l'usage de tabac au Mali. La loi fut promulguée le 07 août 1997 par décret 97-162. Elle a été l'acte majeur en faveur des soins préventifs et promotionnels au Mali. La loi interdit la publicité sur le tabac en de nombreux points sensibles : cinéma, télévision, radio, etc. Elle interdit de fumer dans de nombreux espaces publics :

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

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

La réalité sur le terrain :

- La SONATAM seul fabricant au Mali applique sur les paquets de cigarettes qu'elle produit et ceux qu'elle importe la mention « dangereux pour la santé » ; mais l'écriture est de petit caractère et se trouve généralement sur la face latérale du paquet.

- Les médias respectent la loi sur la diffusion de la publicité sur le tabac. Mais du fait que les parrainages soient autorisés, il se passe souvent une publicité indirecte.
- Plusieurs études réalisées sur des individus à Bamako avaient révélé que la majorité des bamakois déclaraient ignorer l'existence de cette loi et de ce fait ne l'appliquaient pas.

En général nous pouvons dire que ces dernières années le processus de lutte antitabac est bien engagé au Mali. Du fait de l'expression de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays notamment à travers la COCAN, lors de la CAN 2002, mais aussi par l'engagement des organes de la presse dans la lutte à travers divers articles consacrés au tabagisme. Notons aussi la mobilisation sociale suscitée autour des questions du tabagisme. A l'instar d'autres pays, le Mali célèbre la journée mondiale sans tabac tous les ans, suscitant de nombreuses manifestations dans tout le pays [30].

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

La SONATAM est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes. Créée en 1965, elle a comme activités traditionnelles l'importation, la fabrication et la distribution de cigarettes et allumettes au Mali. Elle renaît aujourd'hui de ses cendres après une longue traversée du désert qui a commencé à partir des années 1990. C'est en 2002 que la privatisation de la SONATAM SA a été décidée par les autorités politiques. Elle mène des activités florissantes au Mali. Ses importations officielles de tabac se sont élevées en 2002 à 8 757 455 663 Fcfa contre 7 283 149 504 en 1991.

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

- La relance des activités commerciales avec lancement de plusieurs marques du groupe Impérial Tobacco en 2004.
- La relance des activités industrielles avec un plan complet de réimplantation et de modernisation du site afin d'en faire une des usines les plus modernes de l'UEMOA.
- La relance des activités de tabaculture, avec des essais déjà effectués de nouvelles variétés et la mise en place d'un nouveau plan de partenariat avec l'Office de la Haute Vallée du Niger (OHVN).

Le groupe British American Tobacco (BAT) est présent au Mali depuis les années 1980. Le système de commercialisation de ses produits s'effectue avec le concours de la SONATAM. Les activités de BAT concernent exclusivement la promotion de ses marques de cigarettes à travers l'aide à l'installation des vendeurs de ses marques et l'organisation des soirées de promotion dans les boîtes de nuit ou chez des particuliers. Il faut noter que BAT ne vend pas directement des cigarettes mais passe par SONATAM pour l'importation de ses produits.

Le prix des paquets de cigarettes varie de 250 Fcfa à 700 Fcfa selon les marques. Il est le même dans les campagnes qu'en ville. Cependant, en raison de la contrebande généralisée, les prix sont relativement bas s'agissant des marques frauduleuses. Le produit des taxes sur le tabac n'est pas alloué à une activité spécifique comme les soins de santé. Il est incorporé dans le budget global de l'Etat. Par ailleurs, les timbres fiscaux ne sont pas obligatoires pour les paquets de produits de tabac. La contrebande s'est développée dans de proportions considérables ces dernières

années. L'axe guinéen est considéré comme une zone de grande introduction de cigarettes de contrebande. Il est devenu une préoccupation grave quant aux conséquences néfastes qu'elle engendre. Au Mali, les services compétents ont estimé la fraude sur les cigarettes pour l'année 2001 à 5 707 000 000 Fcfa.

Face à cette situation et dans le souci de mieux cerner le phénomène, le gouvernement du Mali en collaboration avec les douaniers a pris des mesures législatives, réglementaires et stratégiques en vue de mener une lutte acharnée contre la contrebande [29].

Méthodologie

1. Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée dans le service de pneumo-physiologie du Centre Hospitalo-universitaire du Point G qui est situé à neuf (9) kilomètres de Bamako (centre ville). C'est le plus vaste hôpital du Mali. Il comprend 4 services de chirurgie et 13 services de médecine.



ENTREE PRINCIPALE DU CHU DU POINT G

Situé au sud-est de l'entrée principale de l'hôpital ; le service de Pneumo-physiologie est un bâtiment d'un étage qui comprend :

Au rez de chaussée :

- Une unité composée de 6 salles avec 20 lits pour l'hospitalisation des malades atteints d'affections respiratoires
- Cinq bureaux de médecins pour les consultations
- Une salle pour les faisant fonction d'interne
- Deux bureaux pour les techniciens de santé
- Une salle de fibroscopie bronchique et de biopsie pleurale
- Une salle des soins
- Une salle des archives
- Une salle informatique

- Une salle de prélèvement et d'observation pour le centre de recherche et de Formation SEREFO
- Une salle pour les techniciens de surface
- Deux magasins de stockage des médicaments anti tuberculeux et des matériaux médicaux

A l'étage :

- Une unité composée de 15 salles d'hospitalisation avec 32 lits réservés aux tuberculeux à bascilloscopie positive et au cas de Mal de Pott
- Une salle de conférence
- Une salle pour le major
- Une salle pour les infirmiers

Le personnel comprend

- Cinq médecins dont 4 spécialistes et un (1) généraliste
- Quatorze étudiants faisant fonction d'interne
- Un technicien socio-sanitaire
- Deux techniciens supérieurs
- Quatre infirmiers d'Etat.

Les activités du service de pneumo-phtisiologie sont :

*les soins curatifs :

- Les Consultation externe et la prise en charge de patients hospitalisés
- Examens spécialisés tels que la biopsie pleurale et la fibroscopie bronchique.
- Formation des faisans fonction d'internes : Staff, réunion scientifique et bibliographique.



Service de Pneumo-phthisiologie



Salle de fibroscopie bronchique et de biopsie pleurale

2. Type d'étude : Il s'agit d'une étude transversale descriptive
3. Période d'étude : L'étude a été réalisée du 01 décembre au 31 décembre 2006.
4. Critères d'inclusion : Tout patient ayant consulté dans le service quelque soit le motif de consultation.
5. Critères de non inclusion : Patients non consentants.
6. Considérations éthiques :
 - a. le consentement éclairé de tous les patients a été obtenu avant leur inclusion dans le protocole
 - b. le respect de la vie humaine a été observé au cours de cette étude grâce à une confidentialité des résultats.
7. Variables étudiées : Concernent en plus de l'identité du patient et du diagnostic retenu 12 items : 5 concernant le comportement tabagique, 4 pour les connaissances des risques, 2 traitant de l'attitude des patients face au tabagisme, et 1 sur l'information en milieu hospitalier.
8. Collecte des données : L'étude a été réalisée à l'aide d'une fiche d'enquête et expliqué en Français ou en Bambara soumis au patient lors de sa première consultation dans le service après l'obtention de son consentement.
Seuls les patients ayant arrêté de fumer depuis au moins 1 an étaient considérés comme ex-fumeurs.
9. Analyse des données : Les données ont été saisies sur Microsoft Word et analysées sur le logiciel SPSS 11.0. Le test de khi deux a été utilisé pour les comparaisons avec une signification à P inférieur ou égale 0,05.

RESULTATS

Résultats : Durant cette période d'étude 118 patients ont été interrogés donnant les résultats suivants :

Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
10 à 20 ans	5	4,2
21 à 30 ans	21	17,8
31 à 40 ans	25	21,2
41 à 50 ans	24	20,3
51 à 60 ans	15	12,7
Supérieur à 60 ans	28	23,8
Total	118	100

Les plus de 60 ans ont constitué la majorité de nos patients soit 23,8%.

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	76	64,4
Féminin	42	35,6
Total	118	100,0

Le sex-ratio a été de 1,8 en faveur des hommes

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	10	8,5
Ménagère	32	27,1
Militaire	2	1,7
Commerçant	13	11,0
Retraités	8	6,8
Etudiant/Elève	8	6,8
Autres	45	38,1
Total	118	100,0

Les ménagères ont constitué 27,1% de nos patients.

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Primaire	25	21,2
Sécondaire	18	15,3
Supérieur	12	10,2
Non scolarisés	63	53,4
Total	118	100

Les non scolarisés ont été majoritairement représenté avec 53,4%

Tableau VI : Répartition des patients selon le diagnostic retenu

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
BPCO	29	24,6
Cancer Bronchopulmonaire	1	0,8
Asthme	17	14,4
Pneumopathie bactérienne non tuberculeuse	39	33,1
Tuberculose	11	9,3
Autres	21	17,8
Total	118	100

Le diagnostic de pneumopathie bactérienne non tuberculeuse a été le plus retrouvé chez nos patients (33,1%) suivi des BPCO (24,6%).

Tableau VII : Répartition des patients selon l'exposition tabagique

Fumeur	Fréquence	Pourcentage
Fumeur	20	16,9
Ex fumeur	32	27,1
Non fumeur	66	55,9
Total	118	100

La majorité de nos patients ont été des non fumeurs (55,9%).

Tableau VIII : Répartition des fumeurs et des ex-fumeurs en fonction de l'âge d'initiation

	Fréquence	Pourcentage
15 à 20 ans	27	51,9
21 à 25 ans	13	25
> 25 ans	12	23,1
Total	52	100

La majorité de nos patients (51,9%) ont fumé avant 20 ans.

Tableau IX : Répartition des fumeurs et des ex-fumeurs en fonction du lieu d'initiation

	Fréquence	Pourcentage
Ecole	3	5,8
Grins	27	51,9
Loisirs	6	11,5
Autres*	16	30,8
Total	52	100

*Autres : lieu de travail ; maison ;

Le lieu le plus habituel d'initiation au tabagisme pour les fumeurs et ex-fumeurs semble a été 'les grins' (51,9%)

Tableau X : Répartition des patients fumeurs et ex-fumeurs selon le motif d'initiation

Motif d'initiation	Fréquence	Pourcentage
Goût	11	21,1
Expérience à vivre	30	57,8
Autres	11	21,1
Total	52	100

Le motif d'initiation le plus retrouvé a été « une expérience à vivre » (57,8%).

Tableau XI : Répartition des fumeurs et des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique

	Fréquence	Pourcentage
< 5 ans	5	9,6
6 à 15 ans	15	28,9
16 à 25 ans	10	19,2
> 25 ans	22	42,3
Total	52	100

La majorité de nos patients (42,3%) ont eu une durée d'exposition d'au moins 25 ans.

Tableau XII : Répartition des fumeurs et des ex-fumeurs selon le type de tabagisme

	Fréquence	Pourcentage
Cigarette	42	80,8
Tabac chiqué	10	19,2
Total	52	100

Nos patients ont fumé la cigarette dans la majorité des cas (80,8%).

Tableau XIII : Répartition des fumeurs et des ex-fumeurs en fonction de la consommation journalière de tabac

	Fréquence	Pourcentage
< 5	2	3,8
5 à 10	13	25
11 à 20	21	40,4
> 20	8	15,4
Non connu	8	15,4
Total	52	100

La majorité de nos patients (40,4%) ont consommé au moins ½ paquet par jour.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la connaissance des risques sanitaires

	Fréquence	Pourcentage
Oui	86	72,9
Non	6	5,1
Je ne sais pas	26	22,0
Total	118	100,0

Nos patients semblaient ont eu une bonne connaissance des dangers du tabagisme (72,9%).

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la **connaissance des symptômes et des maladies respiratoires liés au tabac.**

	Fréquence	Pourcentage
Dyspnée	6	5,1
Bronchorrhée	6	5,1
Bronchite chronique	15	12,8
Bronchite à répétition	16	13,5
Cancer bronchopulmonaire	4	3,4
Aggravation d'asthme	9	7,6
1+2+4+5+6	16	13,5
1 à 6	25	21,2
2+5+6	21	17,8
Total	118	100

Nos patients (21,2%) ont semblé avoir une bonne connaissance des symptômes et maladies liés à la consommation du tabac

1= dyspnée ; 2= bronchorrhée ; 3= bronchite chronique ; 4= bronchite à répétition ; 5= cancer broncho-pulmonaire ; 6= aggravation d'asthme

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de la connaissance des risques économiques

	Fréquence	Pourcentage
oui	85	72,0
non	3	2,5
je ne sais pas	30	25,4
Total	118	100,0

Nos patients ont semblé avoir une bonne connaissance des risques économiques (72%)

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des connaissances des risques psychologiques

	Fréquence	Pourcentage
Oui	36	30,5
Non	15	12,8
Je ne sais pas	67	56,7
Total	118	100

Les risque psychologique a été moins connu par nos patients (69,5%).

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la connaissance des risques éducatifs

	Fréquence	Pourcentage
Oui	53	45
Non	41	34,7
Je ne sais pas	24	20,3
Total	118	100

Les risques du tabagisme sur l'éducation des enfants ont été connus par 45% de nos patients.

Tableau XIX : Répartition des patients fumeurs et ex-fumeurs selon les tentatives de sevrage

	Fréquence	Pourcentage
OUI	39	75
NON	13	25
Total	52	100

La majorité des fumeurs et des ex-fumeurs (75%) ont fait des tentatives de sevrage.

Tableau XX : Répartition des patients fumeurs et ex-fumeurs selon les raisons des tentatives de sevrage

	Fréquence	Pourcentage
Santé	20	51,3
Education	1	2,5
Psychologique	5	12,9
Autres*	9	23,1
Santé + éducation	4	10,2
Total	39	100

*Autres = conseil d'un ami; sans motif; prise de conscience.....

Le motif de sevrage le plus évoqué par les fumeurs et ex-fumeurs a été la santé (51,3%)

Tableau XXI : Répartition des patients fumeurs et ex-fumeurs selon le nombre de tentative de sevrage

Nombre de tentative de sevrage	Fréquence	Pourcentage
1 fois	14	35,9
2 fois	11	28,2
3 fois	3	7,7
> 3 fois	11	28,2
Total	39	100

Les fumeurs et ex-fumeurs ont fait au moins une tentative dans 35,9% et 28,2% ont fait plus de 3 tentatives de sevrage.

Tableau XXII : Répartition des patients fumeurs et ex-fumeurs selon le sevrage définitif

	Fréquence	Pourcentage
Oui	33	63,5
Non	19	36,5
Total	52	100

Parmi les fumeurs et ex-fumeurs 63,5% ont arrêté de fumer au moment de l'enquête.

Tableau XXIII : Répartition des ex-fumeurs selon la durée de sevrage

	Fréquence	Pourcentage
1 à 5 ans	16	48,5
6 à 10 ans	1	3
> 10 ans	16	48,5
Total	33	100

La majorité des ex-fumeurs (48,5) ont arrêté de fumer depuis plus de 10 ans.

Tableau XXIV : Répartition des ex-fumeurs selon le motif de sevrage

	Fréquence	Pourcentage
Santé	19	57,6
Autres	10	30,3
Santé + éducation	4	12,1
Total	33	100

La santé a été un motif important de sevrage (57,6% de nos patients).

Tableau XXV : Répartition des fumeurs selon le motif de continuation

	Fréquence	Pourcentage
Je ne sais pas	5	26,3
Accoutumance	14	73,7
Total	19	100

La majorité de nos patients ont continué à fumer par effet d'accoutumance

Tableau XXVI : Répartition des patients fumeurs et ex-fumeurs ayant la volonté d'arrêter définitivement le tabagisme

	Fréquence	Pourcentage
Oui	46	88,5
Non	1	1,9
Je ne sais pas	5	9,6
Total	52	100

La majorité des fumeurs et des ex-fumeurs (88,5%) ont décidé d'arrêter de fumer définitivement.

Tableau XXVII : Degré d'information sur les risques du tabac en milieu hospitalier

I

	Fréquence	Pourcentage
Oui	23	19,5
Non	95	80,5
Total	118	100

Seulement 19,5% des patients ont été informés en milieu hospitalier sur les risques du tabac.

Tableau XXVIII : Connaissance des risques sanitaires selon le niveau d'étude

Connaissance risques sanitaires / Niveau d'étude	Oui	Non	Je ne sais pas	Total
Primaire	68%	8%	24%	100%
Secondaire	94%	6%	0%	100%
Suprieur	100%	0%	0%	100%
Non scolarisés	63,5%	3	20	100%
Total	73%	5%	22%	100%

Khi-deux= 13,603**ddl=1****P=0, 034**

Les risques sanitaires ont été mieux connu que les scolarisés

Tableau XXIX: Connaissance des risques sanitaires selon le comportement tabagique

connaissance RS / fumeur	Fumeur	Ex fumeur	Non fumeur	Total
Oui	70%	87,5%	66,7%	73%
Non	15%	0	4,5%	5%
Je ne sais pas	15%	12,5%	28,8%	22%
Total	100%	100%	100%	100%

Khi-deux=9,978**ddl=1****P=0,041****Les non fumeurs semblaient mieux connaître les risques sanitaires que les fumeurs et ex-fumeurs.**

Tableau XXX : Comportement tabagique selon le sexe

Sexe \ Fumeur	Fumeur	Ex fumeur	Non fumeur	Total
Masculin	23,7%	40,8%	35,5%	100%
Féminin	4,8%	2,4%	92,8%	100%
Total	17%	27%	56%	100%

Khi-deux=36,326

ddl=2

P=0,00

Le comportement tabagique est lié au sexe

Tableau XXXI : Connaissance des risques sanitaires selon le sexe du patient

CRS° \ Sexe	Fumeur	Non	Je ne sais pas	Total
Masculin	64	4	8	76
Féminin	22	2	18	42
Total	86	6	26	118

Khi-deux=16,607

ddl=2

P=0,00

CRS°= Connaissance des risques sanitaires

Le risque sanitaire ont été mieux connu par les patients de sexe masculin

Tableau XXXII : Comportement tabagique en fonction du degré d'information à l'hôpital

Infos à l'hôpital Fumeur	Fumeur	Non	Total
OUI	3	17	20
Ex fumeur	13	19	32
Non fumeur	7	59	66
Total	23	95	118

Khi-deux=12,685

ddl=2

P=0,002

Les ex-fumeurs ont été les plus informés à l'hôpital.

COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

Commentaires et discussions

Comportement tabagique des patients

Dans notre étude qui a concerné 118 patients, respectivement 16,9% et 27,1% des patients sont des fumeurs et des ex-fumeurs. M. EL BIAZE [30] trouvait 20% de fumeurs et 23% d'ex-fumeurs. Ruiz [31] a rapporté une proportion similaire de 37% de fumeurs et 39% d'ex-fumeurs chez des patients hospitalisés. Mester [33], dans son enquête concernant 150 patients d'un hôpital psychiatrique, a noté une prévalence nettement plus importante (76%). Escarabill [34] note 28% de tabagiques chez des patients sous oxygénothérapie à domicile.

Concernant le sexe, nous rapportons une large prédominance masculine (90% des fumeurs et 97% des ex-fumeurs). Haïdara A. [10] dans une étude sur 5439 sujets recrutés à Bamako avait trouvé 43,86% de fumeurs de sexe masculin contre 2,6% de fumeurs de sexe féminin. Ceci rejoint aussi l'enquête de Tessier [35] concernant les pays Nord-africains dans laquelle il rapporte 22% de fumeurs chez le sexe masculin contre 3% chez le sexe féminin et celle de Harries [36] de Nigeria avec 0,3% des patientes qui sont tabagiques contre 15,1% des patients de sexe masculin. Les croyances socioculturelles très vivaces dans notre pays et dans de nombreux pays Africains expliquent cette prédominance masculine. Cependant le tabagisme féminin n'est pas négligeable.

Le motif d'initiation le plus évoqué par les fumeurs et ex-fumeurs est "une expérience à vivre" 57,8%. M. EL BIAZE retrouve [30] dans son étude rapporte que 46% des fumeurs et ex-fumeurs avaient comme motif d'initiation « une expérience à vivre ». Le lieu le plus habituel chez nos patients est la rue "les grins" 51,9%. L'entourage semble jouer un rôle important dans l'initiation au tabagisme. D'autres facteurs d'initiation au tabagisme notamment comme pour calmer les 'maux de dents' ont été évoqué surtout chez les chiqueurs de tabac.

La majorité de nos fumeurs et ex-fumeurs (51,9%) ont commencé à fumer avant 20 ans. Najem [37] dans sa série d'adolescents trouve 9% de tabagiques. Tous les fumeurs de sa série ont débuté avant l'âge de 16 ans.

Ceci montre les risques encourus par nos patients car plus on commence à fumer tôt plus le risque est grand.

40,4% des fumeurs et des ex-fumeurs ont une consommation d'au moins 11 cigarettes par jour et 42,3% d'entre eux ont une durée d'exposition tabagique d'au moins 25 ans. M. EL BIAZE [30] rapporte que 72% de ses fumeurs et ex-fumeurs ont une consommation journalière d'au moins 20 cigarettes et 64% d'entre eux ont une durée tabagique d'au moins 20 ans

Connaissance des dangers du tabagisme

Nos patients avaient une bonne connaissance des risques sanitaires et économiques respectivement 72,9% et 72%. Les risques psychologique et sur l'éducation des enfants étaient connus à un moindre degré respectivement 30,5% et 45%. On note une connaissance plus importante des risques sanitaires chez les non fumeurs que chez les fumeurs ex-fumeurs respectivement 51,1% ; 16,3% et 32,6%. M. EL BIAZE [30] trouve que les risques sanitaires étaient plus connus chez les fumeurs et ex-fumeurs que chez les non fumeurs. Najem [37] dans son enquête sur 8900 adolescents note une connaissance plus importante des risques du tabac chez les fumeurs que chez les non fumeurs. Dans l'ensemble, les patients de notre enquête semblent être conscients de la nocivité du tabac, en particulier les risques sanitaires et économiques. Les risques sanitaires étaient connus à 74,4% chez le sexe masculin.

Information en milieu hospitalier sur les risques du tabagisme

La majorité de nos patients n'avaient pas été informé à l'hôpital sur les risques du tabagisme (80,5%). Ruiz [31] rapporte que seulement 16% des malades sont informés sur les risques du

tabagisme. Dans les séries de Senior et Goldstein [38], respectivement 41% et 50% des patients n'ont pas été conseillés d'arrêter le tabac. Les infirmiers de la série de Mester [33] au contraire encouragent certains patients psychiatriques à fumer pour les calmer. Dans les séries de Kawakami [39], de Tessier [40] et de Aasen [41], les médecins participent plus intensément à l'information des malades respectivement dans 80%, 64% et 99% des cas. Néanmoins, l'attitude des médecins à l'égard du tabagisme de leurs patients est fonction de leur comportement tabagique. Kawakami [39] trouve que 80% des médecins non fumeurs avisent leurs patients des risques du tabac contre 70% des médecins fumeurs. Tredaniel [42] dans son enquête chez des médecins généralistes rapporte que face à un patient fumeur, l'arrêt du tabagisme n'est conseillé systématiquement que par 27% des médecins non fumeurs, 24% des ex-fumeurs et seulement de 14% des fumeurs actuels. La plupart des enquêtes effectuées concluent à l'exemplarité du médecin. Le médecin qui continue à fumer perd de sa force persuasive s'il conseille ou interdit à ses malades de fumer [40 ; 43].

L'hôpital et donc l'ensemble du personnel médical, paramédical et même administratif participe faiblement à l'information des malades sur les risques du tabac.

Glynn [47] estime qu'il suffirait que la moitié des médecins américains conseillent à leurs patients d'arrêter de fumer, avec seulement 5% de succès pour enregistrer en 10 ans, 10 millions de nouveaux ex-fumeurs. C'est dire l'importance de l'information des patients sur les dangers du tabagisme dans l'arrêt du tabagisme et du rôle fondamental que peuvent en tenir les médecins.

Attitudes des patients vis-à-vis du tabagisme

La majorité de nos patients fumeurs et ex-fumeurs (75%) ont fait des tentatives de sevrage. Sur ce nombre 35,9% ont fait au moins une tentative de sevrage et 28,2% ont fait plus de trois tentatives

de sevrage montrant leur volonté de ne plus fumer. 9,6% de nos patients restent ambivalents. Quatre vingt six pourcent (86%) des fumeurs et ex-fumeurs de M. EL BIAZE [30] ont fait au moins une tentative de sevrage. 88,5% de nos patients décident d'arrêter de fumer définitivement. La majorité des fumeurs de la série de Telviou [44] ont la volonté d'arrêter le tabagisme et 60% des fumeurs et des ex-fumeurs (ceux qui ont pu se prononcer sur leur décision), décident d'arrêter définitivement de fumer mais 37% des fumeurs et ex-fumeurs restent ambivalents et ne peuvent alors se prononcer sur cette décision. Ce pourcentage augmente à 77% chez les fumeurs seuls avec uniquement 18% d'ambivalents. Richmond [45] trouve des pourcentages différents de décision de sevrage : 38% des patients fumeurs de sa série ont décidé d'arrêter de fumer et 43% d'entre eux sont ambivalents. Cette ambivalence témoigne de la difficulté de sevrage tabagique malgré l'importance des tentatives de sevrage. C'est dire la nécessité pour ces patients d'une aide au sevrage tabagique. 36,5% de nos patients continuaient à fumer. Chez Senior [46] et Goldstein [38], respectivement 86% et 49% des patients continuent à fumer. La santé est un motif important de tentative de sevrage ou de décision de sevrage respectivement 51,3% et 57,6% chez nos patients. M. EL BIAZE [30] trouve des chiffres similaires (60%).

CONCLUSION

Notre étude qui s'inscrivait dans la perspective de la lutte contre le tabagisme s'est déroulée du 01- au 31 décembre 2006. Au cours de cette étude 118 patients ont été recrutés avec respectivement 16,9% et 27,1% de fumeurs et d'ex-fumeurs.

Le motif d'initiation était le plus souvent une « expérience à vivre ».

La majorité de nos patients avaient commencé à fumer avant 20 ans et (40,4) consommaient au moins ½ paquet par jour.

Nos patients avaient une connaissance assez bonne des risques sanitaires liés au tabagisme (72,9%) mais moins bonne des risques psychologiques (30,5%).

Nos patients ont eu dans la majorité des cas la volonté d'arrêter de fumer (75% des fumeurs et ex-fumeurs ont fait des tentatives de sevrage). C'est dire la nécessité d'intégrer le milieu hospitalier dans la stratégie de lutte antitabac par des mesures locales comme l'instauration d'une consultation d'aide au sevrage.

Le milieu hospitalier participe faiblement à l'information sur les risques du tabagisme (19,5%).

Notre étude bien que légèrement biaisée par la population d'étude (malades en consultation pneumologique) a mis en évidence l'ampleur du tabagisme dans notre pays.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités gouvernementales :**

- Veiller au respect strict du décret 97-162/P-RM en date du 07 août 1997
- Intensifier les campagnes de lutte antitabac au niveau national par l'organisation des caravanes de sensibilisation sur les dangers du tabagisme ;
- Informer les populations sur l'existence de la loi antitabac et le contenu de cette loi.

➤ **A l'administration hospitalière**

- Interdire toute forme de tabagisme dans l'enceinte des structures hospitalières
- Créer des structures spécialisées dans l'aide au sevrage tabagique
- Former le personnel dans l'aide au sevrage
- Confectionner des pancartes montrant les dangers du tabagisme à l'entrée de l'hôpital

➤ **Au personnel soignant :**

- Informer tous les patients sur les risques du tabagisme au cours des consultations.
- Montrer l'exemple en ne fumant pas en présence des malades

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **World health Organization:** World Health Report 1999: Making a difference. Genève : 1999.
- 2- **Organisation mondiale de la santé; Tobacco or health :** a global status report, Genève : organisation mondiale de la santé ; 1997.
- 3- **Mathern G.**
J Ped Puericult 2000 ; (6) : 1.
- 4- **Petro R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, health C.** Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics.
Lancet 1992; **339**: 1268 – 78.
- 5- **Professeur Quoix E.**
tabagisme, Pathologies liées au tabac et sevrage tabagique.
- 6- **Wirth N, Raymond S, Spinosa A, Bohadona A et Martinet Y.**
Tabagisme et maladies respiratoires. Encycl Méd Chir .
Peumologie, 2003.
- 7- **Jha P, Chalouopka FJ.** Maitriser l'épidémie : l'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.
Washington (DC): Banque Mondiale, 1999. disponible sur [http:// www1. Worldbank. Org/tobacco/curbing-tobacco-french. Pdf.](http://www1.Worldbank.Org/tobacco/curbing-tobacco-french.Pdf)
- 8- **Organisation Mondiale de la Santé.** Tabac et santé. Aide mémoire n°221 ; 1999.
- 9- **Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, Achour N et Nacef.T.**
Tabagisme en Tunisie : comportement et connaissance.
200, **80** (5) : 350-6.
- 10- **Haïdara AM.**
Le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et

moyens de lutte contre le tabagisme au Mali. Thèse Pharm, Bamako, 1981.

11-**Dao S**

Tabac : aspects économiques et effets sur la santé en milieu hospitalier de Bamako. Thèse Méd, Bamako, 1996.

12-**DR VELLEA D :**

Le Tabac et ses origines disponible sur <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/tabac/effets.htm>

13- **DENA K.**

Etude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du Mali. Thèse pharm, Bamako, 1994

14-**Banque Mondiale**

Maitriser l'épidémie, l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.

Washington : Estem, 2000 ; 143P.

15-**OMS-Fiche d'information n°1**

Les femmes et le tabac, 34P.

16-**International Agency for Research on Cancer.**

IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to human, 1986 vol 38

17-**POROT A.**

Les toxicomanies. Paris : Puf, 1976 ; 234 P.

18-**TCHUINDEM S F.**

Impact du tabagisme chez les lycéens du district de Bamako.

Thèse Méd, Bamako, 2002

19-**PARIS RR. ET MOYSE MME H.**

Précis de matière médicale paris, Masson, 1971, 509.p

20- **ZOHOUM TH, DIOP S., HOCUTONDI A., YACOUBA.AM:**

Med Afr noire, 1988 ; **35** : 699-700

21- **Housset B:**

Abreges de pneumologie. Paris : Masson, 1999 ; 526p.

22-**LEMAIRE J.F**

Le tabagisme. Que sais-je ? n°1859, Paris 1986.

23-ROEMER R.

OMS, Action législatives contre l'épidémie mondiale du tabagisme 1983 disponible sur [http:// www1. Worldbank. Org/tobacco/curbing-tobacco-french. Pdf](http://www1.Worldbank.Org/tobacco/curbing-tobacco-french.Pdf).

24-Neal L, Benowitz

Traité de Médecine Interne. Dans **PLUM F, Bennett JC, -KOKKO G, SMITH MO**, Eds Spéciale étudiant, Masson, 34-36

25-OMS-Fiche d'information

Rwanda juin 2001 n°009. P 4

26-Dictionnaire de Médecine

. Larousse de poche ; 1ere Edition. Paris : librairie Larousse, 1985 ; 693p.

27-FREOUR P.

Le médecin, le fumeur et le tabac. Paris :Maloine, 1987 ; 94p.

28-SALMERONS, DUROUXP, VALEYRE D.

Stratégie de lutte contre le tabagisme.

Le livre de l'Interne pneumologie. Paris : Flammarion, 1998 ; 147p.

29-Stratégies publics consultants SARL

Etat des lieux du tabac au Mali (Décembre 2003).

30- EL BIAZE M, BAKHATAR A, BARTAL M, EL MEZIANEA, YAZIDI AA, YASSINE N.

Connaissances, attitudes et comportements de patients vis-à-vis du tabagisme au Maroc.

Rev Mal Respir, 2000 ; **17** :671-7

31- RUIZ E : Smoking habit questionnaire for out patients. Medicina 1994; 54:203-8.

32-Ministère de la santé de l'hygiène et de la prévention du Sénégal

Plan d'action nationale de lutte contre le tabac 2002-2207 ; 31P.

33-MESTER R, TOREN P, BEN-MOSHE Y, WEIZMAN: A Survey of smoking habits and attitudes of patients and staff in psychiatric hospitals. Psychopathology 1993; 26:69-75.

- 34-**ESCARRABILL J, MARIN E, DE LA RIVA, GIRO E, ESTOPA R, MANRESA F**: The tobacco habit in patients using home oxygen therapy. *Med Clin (Bare)* 1989; **93**: 772-4
- 35-**TESSIER JF, FREOUR P, NEJJARI C, BELOUGNE D, CROFTON JW**: Smoking behaviour and attitudes of medical students towards smoking and anti-smoking campaigns: a survey in 10 African and Middle Eastern countries. *Tobacco Control* 1992; **1**: 95-101.
- 36-**HARRIES AD, CHUGH KS, NEUMANN T**: Smoking habits and disease patterns amongst hospital patients in north-east Nigeria. *J Trop Med Hyg* 1986; **89**: 37-41.
- 37-**NAJEM GR, BATUMAN F, SMITH AM, FEUERMAN M**: Patterns of smoking among inner-city teenagers: smoking has a pediatric age onset. *J. Adolescent Health* 1997; **20**:226-31.
- 38-**GOLDSTEIN AO, WESTBROOK WR, HOWELL RE, FISCHER PM**: Hospital efforts in smoking control: remaining barriers and challenges. *J Fam Pract* 1992; **34**:729-34.
- 39-**KAWAKAMI M, NAKAMURA S, FUMIMOTO H, TAKIZAWA J, BABA M**: Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. *Intern Med* 1997; **36**:162-5
- 40-**TESSIER JF, THOMAS D. NEJJARI C, BELOUGNE D, FREOUR P**: Attitudes and opinions of French cardiologists toward smoking. *Eur J Epidemiol* 1995; **11**:615-20.
- 41-**AASEN T, GULSVIK**: A smoking and giving of patient information by chest physicians. *Eur J Respir Dis* 1986; **69**:215-8
- 42-**TREDANIEL J, KARSENTY S, CHASTANG CI, SLAMA K, HIRSH A**: Les habitudes tabagiques des médecins généralistes. *Rev Mal Respir* 1983 ; **10** :35-8.
- 43-**TESSIER JF, RENE L, NEJJARI C, BELOUGNE D, MOULIN J, FREOUR P** : Attitudes and opinion of French general practitioners toward tobacco. *Tobacco Control* 1993; **2**:226-30.
- 44-**TELVIUO M, KALLIO P, BERG MA, KOROHONEN HJ, MURTO MAAH**: Smoking and oral health: a population survey in Finland. *J pub Health Dent* 1995; **55**:133-8.

- 45-**RICHMOND RL, BELL AP, ROLLNICK. HEATHER BB:** Sreening for smokers in four Sydney teaching hospitals. *J Cardiovasc Risk* 1996; **3**:199-203.
- 46-**SENIOR SL:** Study of smoking habits in hospital and attitudes of medical staff towards smoking. *Can Med Assoc J* 1982; **126**: 131-3.
- 47-**GLYNN TJ:** Physicians and a smoke-free society. *Arch Intern. Med* 1988; **148**: 1013-6.

FICHE D'ENQUETE

I) Identification du patient

Nom :

Prénoms :

Age :

Sexe : Masculin / / Féminin / /

Profession :

Niveau d'étude : Primaire / / Secondaire / / Supérieur / /
Analphabète / /

Diagnostic retenu : BPCO / / Tuberculose / / Pneumopathie
bactérienne non tuberculeuse / / Asthme / / Cancer
broncho-pulmonaire / / Autres / /

II) COMPORTEMENT TABAGIQUE

1) Fumeur Oui / / ; Non / /

Si Oui depuis / / ans ; Nombre de cigarette/jour /_/

2) Ex-fumeur : depuis / / an ; nombre de cigarette/jour /_/
; durant /_/ an

3) Age d'initiation /___/ an

4) Lieu d'initiation

Ecole /_/ ; Grins /_/ ; Loisirs /_/ ; Autres / /

5) Motif d'initiation

Goût /_/ ; Expérience à vivre /_/ ; Autres /_/

III) CONNAISSANCE DES RISQUES DU TABAC

1) **Risques sanitaires respiratoires liés au tabac** Oui /_/ ;
Non /_/ ; Je ne sais pas /_/

Si oui lesquels ?

Dyspnée /__/ Bronchorrhée /__/ Bronchite chronique /__/ Cancer broncho-pulmonaire /__/ Bronchite à répétition /__/ Aggravation de l'asthme /__/

2) **Economie** : Oui /__/ Non /__/ je ne sais pas /__/

3) **Education** (rôle d'exemple pour les enfants)

Oui /__/ Non /__/ Je ne sais pas /__/

4) **Psychologique** : Oui /__/ Non /__/ Je ne sais pas /__/

IV) ATTITUDE VIS-A-VIS DU TABAC

1) **Tentatives de sevrage** : Oui /__/ Non /__/ je ne sais pas /__/

Si oui pourquoi ?

Santé /__/ Economie /__/ Education /__/

Psychologique /__/ Autres /__/

1-1) **Combien de fois** 1 /__/ 2 /__/ 3 /__/

Supérieur à 3 /__/

2) **Sevrage définitif** :

OUI /__/ depuis combien d'années /__/ Non /__/

Si Oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

Décidez-vous sérieusement d'arrêter de fumer

Oui /__/ Non /__/ Je ne sais pas /__/

V) INFORMATIONS EN MILIEU HOSPITALIER SUR LES RISQUES DU TABAGISME

Oui /__/ Non /__/

Fiche signalétique

Nom : CAMARA

Prénom: Ousmane

Titre de la thèse: Connaissances et attitudes des patients vis-à-vis du tabagisme

Année universitaire: 2006-2007

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la FMPD

Secteurs d'intérêt: Santé publique, pneumophthysiologie

Résumé

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive allant du 01 décembre 2006.

Nos objectifs ont été

- Etudier les connaissances et attitudes des patients vis-à-vis du tabagisme.
 - Déterminer le taux de prévalence du tabagisme chez les patients.
 - Déterminer le niveau de connaissance des patients par rapport au tabagisme.
 - Analyser l'attitude des patients vis-à-vis du tabagisme.
 - Proposer des moyens de lutte contre le tabagisme.

Ce travail a permis de trouver les résultats suivants

- 16,9% de fumeurs et 27,1% d'ex-fumeurs
-
- Le sex ratio était de 1,8 en faveur de
- Le motif d'initiation était le plus souvent «une expérience à vivre» (57,8%)
- La majorité de nos patients ont commencé à fumer avant 20 ans et consommaient au moins ½ paquet par jour
- Nos patients avaient une connaissance assez bonne des risques sanitaires liés au tabagisme (72,9%)
- Le milieu hospitalier participe faiblement à l'information sur les risques du tabagisme (19,5%).

Mots clés: Tabagisme, épidémiologie, connaissances, attitude, informations

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure