

MINISTERE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

NATIONALE

Un Peuple – Un But – Une Foi

---

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

---

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE

ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

N° .....

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007 - 2008

**THESE**



LE TABAGISME CHEZ LE PERSONNEL MEDICAL  
ET PARAMEDICAL  
Du CHU du Point-G

Présentée et soutenue publiquement le ...03...../.....04...../ 2008

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

Par

Mr ALIOU DIAW

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

Jury

Président : Professeur Sadio Yena

Membres : Docteur Ilo B. Diall

Co-directeur : Docteur Boubacar F. Sissoko

Directeur : Docteur Souleymane Diallo

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

M. Alou BA : Ophtalmologie

M. Bocar SALL : Orthopédie Traumatologie Secourisme

M. Souleymane SANGARE : Pneumo-phtisiologie

M. Yaya FOFANA : Hématologie

M. Mamadou L. TRAORE : Chirurgie générale

M. Balla COULIBALY : Pédiatrie

M. Mamadou DEMBELE : Chirurgie Générale

M. Mamadou KOUMARE : Pharmacognosie

M. Ali Nouhoum DIALLO : Médecine Interne

M. Aly GUINDO : Gastro-Entérologie

M. Mamadou M. KEITA : Pédiatrie

M. Siné BAYO : Anatomie-Pathologie-Histoembryologie

M. Sidi Yaya SIMAGA : Santé Publique

M. Abdoullaye Ag Rhaly : Médecine Interne

M. Boukassoum HAIDARA : Législation

M. Boubacar Sidiki CISSE : Toxicologie

M. Massa SANOGO : Chimie Analytique

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

M. Abdel Karim KOUMARE : Chirurgie Générale

M. Sambou SOUMARE : Chirurgie Générale

M. Abdou Alassane TOURE : Orthopédie Traumatologie, **Chef de D.E.R**

M. Kalilou OUATTARA : Urologie

M. Amadou DOLO : Gynéco-obstétrique

M. Alhoussemi Ag MOHAMED : O.R.L.

Mme Sy Aida SOW : Gynéco-obstétrique

Mr Salif DIAKITE : Gynéco-obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO : Anesthésie-Réanimation

M. Djibril SANGARE : Chirurgie Générale

M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP : Chirurgie Générale

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Abdoulaye DIALLO : Ophtalmologie

M. Gangaly DIALLO : Chirurgie Viscérale

M. Mamadou TRAORE : Gynéco-obstétrique

M. Filifing SISSOKO : Chirurgie Générale

M. Sékou SIDIBE : Orthopédie –Traumatologie

M. Abdoulaye DIALLO : Anesthésie –Réanimation

M. Tiéman COULIBALY : Orthopédie – Traumatologie

Mme TRAORE J. THOMAS : Ophtalmologie

M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-Obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie-Reanimation

### 3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraima MAIGA	: Gynéco- Obstétrique
M. Youssouf SOW	: Gynéco- Obstétrique
M. Djibo Mahamane DIANGO	: Anesthésie-Reanimation

M. Moustapha TOURE : Gynécologie

### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **1. PROFESSEURS**

M. Daouda DIALLO : Chimie Générale et Minérale

M. Amadou DIALLO : Biologie

M. Moussa HARAMA : Chimie Organique

M. Ogobara DOUMBO : Parasitologie –Mycologie

M. Yénimégué Albert DEMBELE : Chimie Organique

M. Anatole TOUNKARA : Immunologie, **Chef de D.E.R.**

M. Bakary M. CISSE : Biochimie

M. Abdourahamane S. MAIGA : Parasitologie

M. Adama DIARRA : Physiologie

M. Mamadou KONE : Physiologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Amadou TOURE : Histo- embryologie

M. Flabou BOUGOUDOGO : Bactériologie- Virologie

M. Amagana DOLO : Parasitologie

M. Mahamadou CISSE : Biologie

M. Sékou F. M. TRAORE : Entomologie médicale

M. Abdoulaye DABO : Malacologie, Biologie Animale

M. Ibrahim I. MAIGA : Bactériologie-Virologie

**3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	: Parasitologie Mycologie
M. Moctar DIALLO	: Biologie Parasitologie

**4. ASSISTANTS**

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Mamadou BA	: Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	: Parasitologie Entomologie

**D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES****1. PROFESSEURS**

M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, <b>Chef de D.E.R.</b>

M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie
M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie

M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheick Oumar GUINTO	: Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie analytique, <b>Chef de D.E.R</b>
M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Drissa DIALLO	: Matières Médicales
M. Alou KEITA	: Galénique
M. Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	: Toxicologie

**3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Yaya KANE	: Galénique
Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie
M. Saïbou MAIGA	: Législation
M. Ousmane KOITA	: Parasitologie Moléculaire
M. Yaya COULIBALY	: Législation

**D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE****1. PROFESSEUR**

M. Sanoussi KONATE	: Santé Publique
--------------------	------------------

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Moussa A. MAIGA	: Santé Publique
--------------------	------------------

**3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Adama DIAWARA	: Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé Publique
M. Massambou SACKO	: Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé Publique
M. Samba DIOP	: Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Mamadou Sounalo TRAORE	: Santé Publique
M. Hammadoun Aly SANGO	: Santé Publique
M. Akory AG IKNANE	: Santé Publique

**4. ASSISTANTS**

M. Oumar THIERO : Biostatistique

M. Seydou DIARRA : Anthropologie Médicale

**CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M. N'Golo DIARRA : Botanique

M. Bouba DIARRA : Bactériologie

M. Salikou SANOGO : Physique

M. Boubacar KANTE : Galénique

M. Souleymane GUINDO : Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA : Mathématiques

M. Modibo DIARRA : Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA : Hygiène du milieu

M. Mahamadou TRAORE : Génétique

M. Yaya COULIBALY : Législation

M. Lassine SIDIBE : Chimie Organique

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr Doudou BA : Bromatologie

Pr Babacar FAYE : Pharmacodynamie

Pr Mounirou CISSE : Hydrologie

Pr Amadou Papa DIOP : Biochimie

Pr. Lamine GAYE : Physiologie

# Dédicaces

Je remercie ALLAH le tout puissant de m'avoir permis de mener ce travail à son terme.

Je dédie ce travail à :

- A ma mère :

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

- A la mémoire de mon père, feu Mamadou Diaw ; merci de m'avoir enseigné les vertus du travail bien fait, de l'amour de mon prochain et de la persévérance. Tu fus un père aimant et tes enfants ne t'oublieront jamais.

- A la mémoire de mon homonyme : Docteur Tidiani F Traore ; homme de science et de culture, dommage pour moi de ne pas te connaître de ton vivant ; pensée pieuse pour toi et ton épouse.

- A mes frères et sœurs :

Djibi, Salif, Maki, Seydou, Gouney, Omar, Hamala, Moulay, Issa, Balla, Ousmane, Sory, Amy, feu Djeneba, Amy kante, Djigue

Vous m'avait apporté beaucoup plus que je ne puisse le dire. Merci pour tous.

# Remerciements

-Aux Docteurs :

Toloba Y, Daou S, Mbaye O, Diarra M.

- Aux personnels de la pneumologie ainsi que tous les internes

- A la famille:

Diaw, Kante, Diop, Ndiaye, Cisse, Sylla, Diallo,  
Bass, Diabira, Dembele,

- A mes amis :

Chiekh diouf, D sall, Julien A, Dabo M, Bouba ,  
Hama , Hamat, Dr patrique, A kone, Rokia Fmpos, Bougou,  
Ancien, Vieux , Makarti , Papisow, Yaya Dit Dele, Madou,  
Amadou, Mamikon, Papson, Pif, Dantouma, NOuhoum...

# Hommage aux membres du jury

**A notre maitre et président du jury : Professeur  
Sadio Yena**

Professeur agrégé de chirurgie générale et thoracique

Certificat d'anatomie humaine,

Chargé des cours de sémiologie chirurgicale, d'anatomie humaine à la FMPOS,

Praticien hospitalier à l'hôpital du Point G,

Cher maitre,

En acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations, vous nous faites un grand honneur.

Votre ouverture, votre gentillesse, votre dynamisme, votre rigueur scientifique, votre gout du travail bien fait, votre simplicité font de vous un maitre incontesté.

Veillez recevoir ici, cher maitre le témoignage de notre profonde reconnaissance.

**A notre maitre et juge : Docteur ILo B. Diall**

Spécialiste en cardiologie

## Tabacologue

### Praticien hospitalier CHU Point-G

Cher maitre,

C'est un privilège pour nous que vous acceptiez de siéger dans ce jury. Votre simplicité, votre souci du travail bien fait, votre efficacité dans la discrétion, votre modestie font de vous un praticien admiré et respecté de tous.

Veillez accepter nos sentiments d'estime, de hautes considérations et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

**A notre maitre et co-directeur : Docteur  
Boubacar F. Sissoko**

Spécialiste en pneumo-phtisiologie  
Praticien hospitalier au CHU Point-G

Cher maitre,

Nous ne saurions trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de la diriger.

Votre disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, vos immenses qualités humaines font de vous un maitre exemplaire et respecté.

Veillez accepter cher maitre, le témoignage de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

**A notre maitre et directeur de thèse : Docteur  
Souleymane Diallo**

- Spécialiste en pneumo-phtisiologie
- Maitre assistant a la FMPOS
- Responsable des cours de pneumo-phtisiologie a la FMPOS
- Médecin colonel des forces armées Maliennes
- Chef de service de pneumo-phtisiologie du CHU point-g
- Chercheur clinicien au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose

Cher maitre,

Vous nous avez honorés en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail. Vous nous avez fourni les lignes directrices de ce travail et avez grandement contribué à son élaboration. Votre rigueur dans la démarche scientifique, Votre efficacité, Votre souci du travail bien fait font de vous un maitre respecté et admiré de tous. Vos enseignements nous accompagneront tout au long de notre vie

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre profonde admiration et de notre gratitude

## **ABREVIATIONS**

**AVC:** Accidents vasculaires cérébraux

**BPCO:** Broncho-pneumopathies chroniques obstructives

**CAN:** coupe d'Afrique des nations

**CHU:** Centre hospitalier- Universitaire

**CO :** Monoxyde de carbone

**COCAN:** Commission d'organisation de la coupe d'Afrique des Nations

**FMPOS :** Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**HTA:** Hypertension artérielle

**OHVN:** Office de la haute vallée du Niger

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**SONATAM:** Société nationale de tabac et allumettes Du Mali

**UEMOA:** Union économique et monétaire ouest africain

**VADS:** Voies aéro-digestives supérieures

**VEMS:** Volume expiratoire maxima seconde

## SOMMAIRE

### I Introduction

## **II Objectifs**

## **III Généralités**

## **IV Méthodologie**

## **V Résultats**

## **VI Commentaires et discussion**

## **VII Conclusion**

## **VIII Recommandations**

# Introduction

## I-INTRODUCTION

Le tabagisme constitue actuellement un problème majeur de santé publique. IL est responsable d'une morbidité et d'une mortalité très importantes, en effet selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1] la mortalité imputable au tabac dans le monde a été estimée à environ 4 millions de décès en 1998 et devrait s'élever à près de 10 millions par an en 2030, dont 70% dans les pays en développement. Il devrait être la cause la plus facilement évitable de morbidité et de mortalité, car les dangers sont maintenant connus de la majorité de la population, y compris des fumeurs.

En France, 65 000 décès annuels sont liés à la consommation de tabac. La lutte contre le tabagisme constitue une des préoccupations les plus importantes en santé publique et est un des principaux objectifs du plan de lutte contre le cancer mis en place par le gouvernement [2].

Aux Etats Unis le tabac est responsable de 400.000 morts chaque année. Il provoque 80% des cancers du poumon, le plus meurtrier de tous les cancers, ainsi que de l'emphysème et favorise les maladies cardio-vasculaires, selon un rapport des centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies [3].

Les Africains sont dans le collimateur des multinationales du tabac, qui les attirent grâce à des activités culturelles et ludiques .les gouvernements ferment les yeux et refusent de dénoncer les liens entre le tabac et la mortalité. Pourtant deux millions d'Africains en meurent par an sur 700 millions de consommateurs potentiels, constitué de jeunes de moins de 20 ans [2].

Au Mali, la prévalence du tabagisme n'est pas connue .Une étude réalisée par Haidara [4] en 2003, révèle que sur un échantillon de 5433 sujets recrutés dans la ville de Bamako 27,89% étaient des fumeurs avec un taux de 43,86% d'hommes et 2,6% femmes.

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

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

Arrêter de fumer permet de réduire la surmortalité liée à la consommation de tabac.

Tous les professionnels de la santé doivent intervenir dans ce domaine ; et se doivent d'être exemplaires vis-à-vis des fumeurs.

C'est pourquoi il nous a paru important d'étudier le comportement et l'attitude de ceux là mêmes qui ont la charge de conseiller, d'éduquer et d'apporter leur aide au sevrage : le personnel médical et paramédical.

# Objectifs

## II- Objectifs

### **Objectif général**

-Etudier le comportement et l'attitude du personnel médical et paramédical face au tabagisme

### **Objectifs spécifiques**

-Déterminer la prévalence du tabac chez ce personnel

-Déterminer Les habitudes tabagiques des sujets fumeurs

-Evaluer le niveau d'information sur les dangers du tabagisme

-Proposer des solutions pour la lutte anti-tabac.

# Généralités

### 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 [5].

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) [5].

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

En 1700, Lorillard crée la première compagnie du tabac, compagnie qui à l'heure actuelle est la plus ancienne au monde [5].

C'est à la fin du XV<sup>ème</sup> siècle que les européens découvrirent le tabac [5].

Jean Nicot en 1560 l'introduisit en France. Il le fit connaître à la reine Catherine de Médicis qui l'utilisa pour ses migraines. Cela exhorta le succès de l'herbe de Nicot à laquelle on attribua des vertus médicales et des pouvoirs magiques [5].

L'entrée du tabac en Afrique s'est faite par le Maroc d'abord en 1593 et au Soudan français pendant la période coloniale dans le but d'occuper les paysans pendant la saison sèche. Dès la fin du XV<sup>ème</sup> siècle le tabac était connu dans le monde entier. Le tabac sous forme de cigare voit le jour puis la forme de cigarette [6]

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 [5].

#### 2 Tabac et tabagisme

La plante du tabac, *nicotiana tabacum*, fait partie de la famille des solanacées [6]. C'est l'espèce la plus cultivée dans le monde. Au Mali on cultive traditionnellement la variété Rustica. La culture se fait par semis sous forme de pépinière. Les plants sont ensuite repiqués.

La température optimale pour la végétation est de 27°C, le sol doit être sablonneux et léger, riche en éléments fertilisants notamment l'azote, l'acide phosphorique et la potasse. Ces éléments ont une influence sur la qualité du tabac produit. Après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis fermentation avant d'être prêt à la

consommation [6]. Le tabac peut être consommé avec de la fumée (cigarette, cigare, pipe) ou sans fumée (tabac à chiqué ou à prisé) [7].

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 [8].

- La nicotine : c'est un alcaloïde découvert en 1809 par Vauquelin [9]. 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 [10]. 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 [11].
- 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 [12]. 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 [12].
- 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 [13].
- Substances cancérigènes :  
L'action cancérigène du tabac est lié 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) [14]. Ces

substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [14].

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

Des arguments solides indiquent que cette exposition à la fumée ambiante de tabac est nocive pour la santé des non-fumeurs. Récemment l'agence américaine pour la protection de l'environnement a classé l'exposition à la fumée ambiante de tabac comme cancérigène de classe A, pouvant être à l'origine de cancer du poumon [15]. 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 [15].

Les femmes enceintes qui fument risquent davantage de perdre le fœtus par avortement spontané. Dans les pays à revenus élevés, les enfants nés de mères fumeuses ont très souvent un faible poids à la naissance et ils ont un excès de risque de mourir peu après la naissance jusqu'à 37% supérieur à celui des enfants des non-fumeuses. Les chercheurs ont observé récemment la présence d'un cancérigène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac dans l'urine du nouveau-né dont la mère est fumeuse [15].

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 surdit e chez les enfants [16].

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 [16]. 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 [17].

### **3 Tabagisme et toxicomanie [18] :**

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

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

- 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 déclenchant, on peut citer les maladies ou accidents aux conséquences douloureuses, dévalorisantes ou invalidantes, tous les échecs familiaux, conjugaux, professionnels, les deuils, etc.

#### 4- LA QUANTIFICATION DU TABAGISME [19]

L'interrogatoire va permettre de préciser :

- Le début du tabagisme. Plus il est précoce, plus le risque de cancer bronchique est élevé.
- Le nombre de cigarettes fumées/jour (permettant de déterminer la quantité de cigarette fumée en paquets. années) en sachant que le risque de cancer bronchique est proportionnel à ce nombre.

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

n = nombre de cigarettes fumées/jour

a = nombre d'années de tabagisme

- la quantité du tabagisme dont le poids est beaucoup plus importante que la durée. Ainsi, le risque de cancer bronchique est multiplié par 3 lorsque la quantité est multipliée par 2 ; lorsque la durée du tabagisme double. Dans cette mesure, l'expression en paquets 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 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** [19]:

#### ▪ **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 :**

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

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

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

- L'histiocytome X est une maladie ne se développant pratiquement que chez les grands fumeurs.
- **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 [20]**

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 régit 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 déprimeur ;
- Actions sur le métabolisme général et l'appétit ; sous l'action de la nicotine, pour un travail identique, les dépenses caloriques sont plus importantes. De plus, la nicotine constitue un « coupe-faim » extrêmement efficace.

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

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

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

Par ailleurs, chaque fumeur passe par 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.

**Tableau I : 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 où j'ai l'intention d'en faire	1
7	Je veux être en meilleure forme physique	1
8	Je veux préserver mon aspect physique	1
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	1
10	J'ai des enfants en bas âge	2
11	J'ai bon moral actuellement	2
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	1
13	Je suis plutôt de tempérament 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 II : 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 20 .....1
- 21 à 30 .....2
- 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 :

### ○ 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.

### ○ 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, ce qui peut prendre en moyenne 3 mois. La nicotine est administrée sous forme de gomme de 2 à 4 mg ou de timbre desservant des quantités de 7 à 21 mg /jour suivant la surface et la préparation pharmaceutique utilisée. Un suivi d'au moins 6 mois est toujours indispensable, il réduit les risques de récurrence.

**Psychothérapie [23]** : 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

- SOS tabagisme qui a été créé en 1997 au Mali, et qui avait gagné son procès contre la firme Craven pour avoir opposé ses affiches à un stade.

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 [24].

Il est indispensable que soit enfin développée une véritable politique de prévention et d'éducation tournée vers les populations les plus ciblées par l'industrie du tabac. Celle-ci cherche de nouveaux consommateurs qui doivent remplacer ceux qui sont morts prématurément ou ceux qui ont abonné afin que soit maintenu l'état du marché. Les populations les plus sensibles sont les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les catégories les plus démunies de la société [25].

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 [25]. Ce n'est qu'en 1996 plus précisément le 29 juin que l'assemblée Nationale du Mali a adopté la loi 96-041 portant sur la restriction, de la publicité et de l'usage de tabac au Mali. La loi fut promulguée le 07 août 1997 par décret 97-162. Elle a été l'acte majeur en faveur des soins préventifs et promotionnel au Mali. La loi interdit la publicité sur le tabac en de nombreux points sensibles : cinéma, télévision, radio, etc. Elle interdit de fumer dans de nombreux espaces publics :

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

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

La réalité sur le terrain :

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

- Les médias respectent la loi sur la diffusion de la publicité sur le tabac. Mais du fait que les parrainages soient autorisés, il se passe souvent une publicité indirecte.
- Plusieurs études réalisées sur des individus à Bamako avaient révélé que la majorité des bamakois déclaraient ignorer l'existence de cette loi et de ce fait ne l'appliquaient pas [25].

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 [26].

Depuis l'époque coloniale, la culture du tabac a connu un essor considérable. La production locale est à 875 tonnes pour la seule année de 2003. c'est surtout la région comprise entre Bamako et la frontière avec la Guinée Conakry, sur les deux rives du Niger dans la zone OHVN qu'est produit l'essentiel du tabac cultivé en république du Mali. On y produit notamment des variétés Paraguay et Burnley de l'espèce *Nicotiana Rustiqua* [27].

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 [28].

# Méthodologie

## IV-METHODOLOGIE

### LE CADRE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude menée au Centre Hospitalier Universitaire de point G, il est situé à neuf (9) kilomètres de Bamako (centre ville). C'est le plus vaste hôpital du Mali ; il est organisé en système pavillonnaire et abrite 16 services de médecine et 5 services de chirurgie.

Tous les services ont été représentés dans notre étude.



Entrée principale du CHU de Point G

## **TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive

## **PERIODE D'ETUDE**

L'étude a été réalisée au cours du mois de juin 2007.

## **LA POPULATION D'ETUDE**

Deux catégories professionnelles ont été prises en compte dans cette étude. Il s'agit de :

- Médecins (titulaires, CES, les médecins biologistes et les pharmaciens) ;
- Paramédicaux (assistants médicaux, techniciens supérieurs de santé, techniciens de santé, techniciens de surface, aides soignants, techniciens de laboratoire...)

Nous avons considéré comme :

- tabagiques : les fumeurs permanents ou occasionnels
- ex-fumeurs : les sujets qui avaient arrêté de fumer.
- non fumeurs : les sujets qui n'avaient jamais fumé

## **CRITERES D'INCLUSION**

Ont été inclus, les médecins ou les paramédicaux présents et qui ont accepté de participer à cette étude.

## **CRITERES DE NON INCLUSION**

N'ont pas été inclus, les médecins ou paramédicaux présents et qui n'ont pas accepté de participer à cette étude.

## **PARAMETRES ETUDIES**

Situation matrimoniale ; Profession ; comportement tabagique ; attitudes tabagiques ; degré d'information du personnel ; moyens de lutte contre le tabagisme.

## **LE RECUEIL DES DONNEES**

Le recueil des données a été fait à l'aide de questionnaires individuels en français.

Les mêmes questionnaires ont été utilisés pour les deux catégories professionnelles.

Le consentement éclairé de tous les personnels a été obtenu avant leur inclusion dans le protocole

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

L'étude s'est déroulée selon plusieurs étapes :

Une correspondance a été adressée à tous les chefs de service pour leur expliquer l'étude. Nous avons effectué l'enquête par la méthode du « porte à porte », en distribuant au personnel, le questionnaire, qui a été recueilli immédiatement ou ultérieurement selon la disponibilité du personnel.

## **LA SAISIE ET L'ANALYSE DES DONNEES**

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS version 12 et la saisie des résultats sous Word office 11. Pour la comparaison des variables qualitatives, nous avons utilisé le test du  $\chi^2$  standard lorsque les conditions de validité de ce test étaient réunies, et le test de Fisher exact quand ils ne l'étaient pas.

Pour les variables quantitatives nous avons utilisé le test Anova.

Le seuil de validité de tous ces tests a été arrêté à  $P < 0,05$ .

# Résultats

## V-RESULTATS

Au total, 262 questionnaires ont été distribués soit 78% du personnel (336 personnes), parmi lesquels 249 réponses ont été recueillies, soit un taux de participation de 95%.

L'étude a donc porté sur 249 agents.

**TABLEAU I:** répartition du personnel par tranches d'âge

<i>Tranches d'âge</i>	<i>fréquence</i>	<i>pourcentage</i>
inf ou =20 ans	14	5,6
<b>21-30</b>	<b>107</b>	<b>43,0</b>
31-40	61	24,5
41-50	41	16,5
51-60	22	8,8
61 et +	4	1,6
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100,0</b>

La tranche d'âge comprise entre 21 et 30 ans était la plus représentée avec 43%.

**TABEAU II : Répartition du personnel selon le sexe**

<i>Sexe</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Masculin</b>	<b>184</b>	<b>73,9</b>
Féminin	65	26,1
<b>Total</b>	249	100,0

Le sexe masculin était le plus représenté, avec 73,9% ; soit un sexe ratio : 2,83.

**TABEAU III : Répartition du personnel selon la profession**

<i>Profession</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Médecin	48	19,3
Technicien de surface	34	13,7
<b>Technicien de santé</b>	<b>78</b>	<b>31,3</b>
assistante sociale	21	8,4
Biologiste	3	1,2
Technicien sup de santé	<b>61</b>	<b>24,5</b>
Technicien de laboratoire	4	1,6
<b>Total</b>	249	100,0

Les techniciens de santé représentaient la majorité de nos professionnels avec 31,3%.

**TABLEAU IV : Répartition du personnel selon le service**

<i>Service</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Cardiologie	26	10,4
<b>Chirurgie</b>	<b>29</b>	<b>11,6</b>
Gynécologie	16	6,4
hématologie	12	4,8
laboratoire	14	5,6
Maladie infectieuse	18	7,2
Médecine interne	26	10,4
neurologie	13	5,2
néphrologie	15	6,0
<b>pneumologie</b>	<b>17</b>	<b>6,8</b>
psychologie	15	6,0
radiologie	15	6,0
réanimation	16	6,4
rhumatologie	17	6,8
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100,0</b>

Tous les services étaient représentés avec une prédominance du personnel de chirurgie avec 11,6%.

**TABLEAU V** : Répartition du personnel selon le comportement vis-à-vis du tabac

<i>Attitude</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
fumeur	32	12,9
<b>Non fumeur</b>	<b>184</b>	<b>73,9</b>
ex fumeur	33	13,2
<b>Total</b>	249	100,0

Les agents non fumeurs étaient les plus représentés dans 73,9% des cas.

**TABLEAU VI** : Répartition du personnel selon le nombre d'enfant

<i>Enfant</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	127	51,0
Non	122	49,0
<b>Total</b>	249	100,0

Le nombre de personnel qui avait des enfants étaient supérieur à ceux qui en n'avaient pas, pour 51% des cas.

**TABLEAU VII** : Répartition du personnel selon le motif d'arrêt du tabac.

<i>Motif</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
maladie	14	42,4
culpabilisation	15	45,5
conseil	4	12,1
<b>Total</b>	33	100,0

La culpabilité et les maladies étaient les principaux motifs d'arrêt du tabac soit respectivement 45,5% et 42,4%.

**TABLEAU VIII**: Répartition du personnel selon l'âge de début de tabagisme.

<i>Age</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
10-15 ans	13	20,0
<b>16-20 ans</b>	<b>50</b>	<b>76,9</b>
21-25 ans	2	3,1
<b>Total</b>	65	100,0

La tranche d'âge comprise entre 16 et 20 ans était la plus représentée dans 76,9%.

**TABLEAU IX** : Répartition du personnel selon le type de tabac fumé

<i>Le type fume</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
cigarette	65	100,0
autres	0	0,0
<b>Total</b>	65	100,0

La quasi-totalité des fumeurs fumait la cigarette (100%).

**TABLEAU X** : Répartition du personnel selon le temps mis après le réveil avant de fumer la première cigarette

<i>Durée</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
après 60 min	26	40,0
31-60 min	7	10,8
6-30 min	3	4,6
<b>5 premières min</b>	<b>29</b>	<b>44,6</b>
<b>Total</b>	65	100,0

44,6% fumaient dans les cinq premières minutes après le réveil.

**TABLEAU XI** : Répartition du personnel face à la difficulté de s'abstenir de fumer dans les endroits interdits

<i>Personnel</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>N'éprouve pas de difficulté</b>	<b>54</b>	<b>83,1</b>
Eprouve difficulté	11	16,9
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

83,1% du personnel ne trouvait pas difficile de s'abstenir de fumer.

**TABLEAU XII** : Répartition du personnel selon la cigarette la plus indispensable à fumer

<i>Cigarette</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
une autre	12	18,5
<b>première</b>	<b>53</b>	<b>81,5</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Dans 81,5%, la première cigarette semblait être la plus indispensable.

**TABLEAU XIII** : Répartition du personnel selon le nombre de cigarette fumé par jour

<i>Cigarette</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
moins de 10	11	17
<b>10 et +</b>	<b>54</b>	<b>83</b>
<b>Total</b>	65	100,0

Les 83% du personnel ont fumé plus de dix cigarettes par jour.

**TABLEAU XIV** : Répartition du personnel selon le rapprochement de la consommation de cigarette dans les 1ères heures qui suivent leur réveil

<i>Fume ?</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
De façon pas rapprochée	25	38,5
<b>De façon rapprochée</b>	<b>40</b>	<b>61,5</b>
<b>Total</b>	65	100,0

Le personnel qui fumait de façon plus rapproché dans les 1ères heures qui suivent leur réveil était le plus nombreux avec 61,5%.

**TABLEAU XV** : Répartition du personnel selon l'attitude vis à vis du tabac devant une maladie

<i>Personnel</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Ne fume pas</b>	<b>54</b>	<b>83,07</b>
fume	11	16,83
<b>Total</b>	65	100,0

Les agents qui ne fumaient pas si une maladie les oblige à rester au lit, étaient les plus représentés, soit 83,07%.

**TABLEAU XVI**: Répartition du personnel selon le motif d'entrée dans le tabagisme

<i>Motif</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Entourage	9	13,85
Stress	17	26,15
<b>Plaisir</b>	<b>36</b>	<b>55,38</b>
Snobisme	3	4,62
<b>Total</b>	65	100,0

La majeure partie du personnel avait évoqué le plaisir comme étant le motif de leur tabagisme dans 55,38%.

Snobisme=mode

**TABLEAU XVII** : Répartition du personnel selon le motif d'arrêt du tabac.

<i>Motif</i>	<i>effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
maladie	14	42,4
culpabilisation	15	45,5
conseil	4	12,1
<b>Total</b>	33	100,0

La culpabilité et les maladies étaient les principaux motifs d'arrêt du tabac soit respectivement 45,5% et 42,4%.

**TABLEAU XVIII** : Répartition du personnel selon le nombre de fois d'essai d'arrêter de fumer

<i>Nombre d'essai</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>1 fois</b>	<b>24</b>	<b>75,0</b>
2 fois	5	15,6
3 fois	2	6,3
4 ou plus	1	3,1
<b>Total</b>	32	100,0

Ceux qui avaient essayé d'arrêter de fumer une fois constituaient la majorité dans 75,0%.

**TABLEAU XIX** : Répartition du personnel selon le souhait d'arrêt de fumer

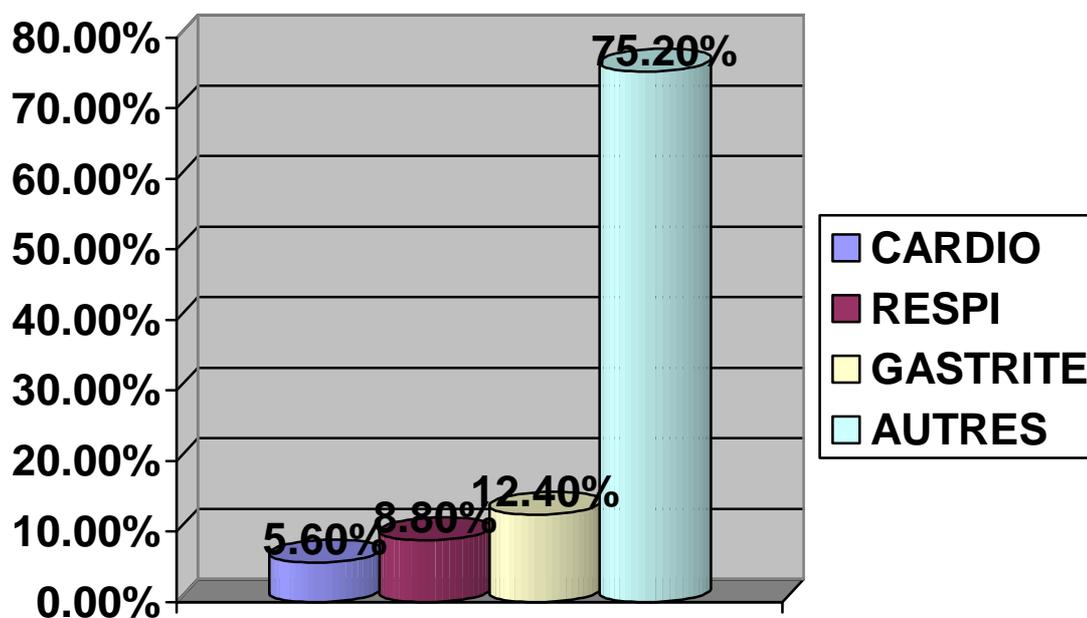
<i>Personnel</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Oui</b>	<b>31</b>	<b>93,7</b>
Non	2	6,3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Le personnel qui souhaitait arrêter de fumer était la plus représenté ; soit 93,7%.

**TABLEAU XX** : Répartition du personnel selon le type d'aide au sevrage

<i>Soutien</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Psychologique	5	15,63
Médical	1	3,12
<b>les deux</b>	<b>26</b>	<b>81,25</b>
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Parmi le personnel qui souhaitait arrêter de fumer ; 81,25% avaient affirmé avoir besoin des deux soutiens, à savoir médical et psychologique.



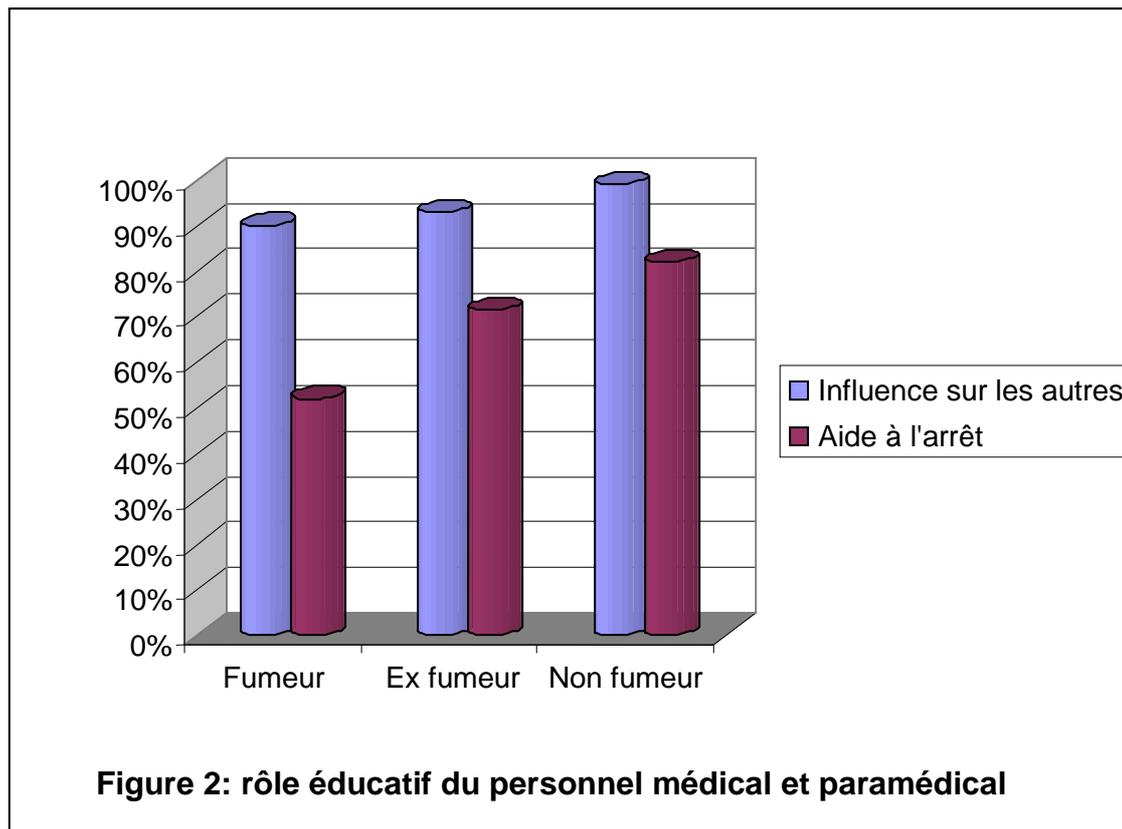
**Figure 1 : Répartition du personnel selon les antécédents pathologiques**

Parmi les fumeurs ; 8,80% avaient déjà eu des antécédents de pathologie respiratoire ; 5,60% avaient souffert de cardiopathie et 12,40% pour les gastrites. Cependant d'autres pathologies avaient été évoquées dans 75,20% des cas (migraine, angine...).

**TABLEAU XXI** : Répartition du personnel selon Le coût direct mensuel estimatif du tabagisme

<i>Coût (CFA)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
5000	1	1,5
7000	4	6,1
9000	4	6,1
<b>10000</b>	<b>24</b>	<b>36,9</b>
11000	5	7,6
12000	12	18,5
13000	4	6,5
15000	10	15,3
20000	1	1,5
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Prés du quart des tabagiques dépensaient en moyenne 10000fcfa par mois pour leur consommation en cigarette, soit 36,9%.



Pour déterminer les attitudes de la population face aux actions antitabac :

A la question « pensez-vous qu'il soit dans le rôle de personnel soignant d'aider les autres à arrêter de fumer ? »,

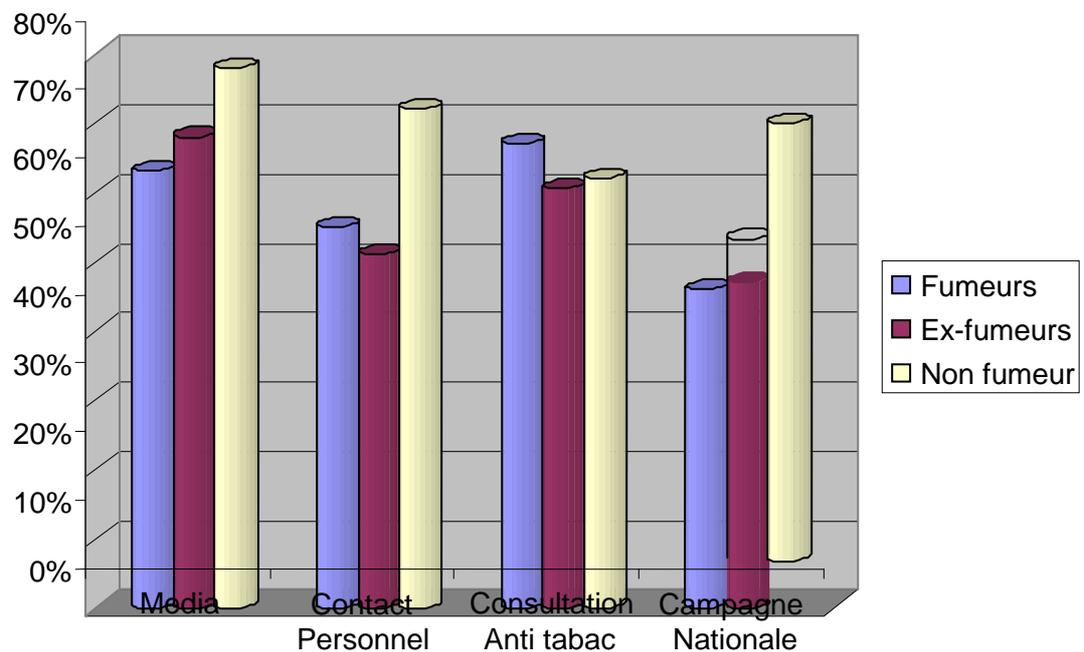
95,6% de tous nos sujets, avaient répondu affirmativement.

75.5% pensaient avoir de l'influence sur les fumeurs pour l'aide au sevrage. Plus de la moitié des fumeurs partageaient cet avis, contre 79% ex-fumeurs et 90% non-fumeurs.

**TABLEAU XXII** : Répartition du personnel selon le besoin d'information sur le tabagisme

<i>Personnel</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Besoin d'information	247	99,2
<b>Pas besoin d'information</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>
<b>Total</b>	249	100,0

99,2% du personnel avaient besoin d'information sur le tabagisme.



**Figure 3: répartition des types d'information selon le Comportement tabagique**

Pour déterminer l'attitude de la population par rapport aux différents types d'information :

Tous les moyens d'information proposés dans le questionnaire avaient recueilli plus de 50% d'avis favorables de la population totale étudiée.

Les media semblaient être le moyen d'information le plus favorable avec plus de 60% d'avis recueilli.

# **Commentaires et discussion**

## VI- Commentaires et discussions

L'âge moyen de nos sujets (37,7 ans) était supérieur à celui de Nassaf et coll. [22] (27,3 ans chez des médecins) à peu près identique à celui retrouvé par Alaoui et coll. [14] (37ans).

Par compte dans une enquête effectuée chez des médecins exerçant a Dakar par N'diaye et coll. [11] l'âge moyen était de 40,5 ans.

La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude était comprise entre 25 et 44 ans (72% des sujets), tandis que 60% des sujets de N'diaye et coll. [11] avaient un âge compris entre 30 et 40 ans.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des paramédicaux (80,72%). Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance de ce type de personnel au niveau des services.

La prévalence du tabagisme variait selon la catégorie professionnelle (59,38 % des fumeurs étaient des paramédicaux contre 40,62% de médecins).

L'étude des ex-fumeurs montrait une prévalence de 13,2% (n=33) dont 30,3% provenant de la chirurgie du fait que c'était le service le plus représenté.

Nous avons retrouvé 12,9% de fumeurs, 13,2% d'ex-fumeurs et 73,9% de non-fumeurs. Alaoui et coll. [14] ont retrouvé 14,9% de fumeurs, 7,6% d'ex-fumeurs et 77,5% de non fumeurs. Nassaf et coll. [26] retrouvaient 7% de fumeurs.

Nous avons recensé 20% de gros fumeurs (fumant plus d'un paquet par jour), résultat très proche de celui de Liliane qui retrouvait 18% de gros fumeurs (étude effectuée chez les habitants de Point-G).

Par compte de NDIAYE et Coll. [11], et de Carion-Valero et coll. [17] comptaient chacun plus de 50 % de gros fumeurs.

Le score de Fagerstrom nous avait permis d'apprécier le degré de dépendance au tabac de nos fumeurs. La dépendance était faible chez 17% de nos sujets, moyenne chez 55,2% et forte chez 27,6%.

Plus de la moitié de nos tabagiques avaient arrêté de fumer, et parmi les raisons d'arrêt évoquées, la culpabilité occupait la première place (45,5%) suivie de la maladie (42,4%).

Les problèmes de santé étaient évoqués dans 58% des cas par Cooremann et coll.

[7], dans 57% des cas par Samuels et coll. [8] et dans 63,3% des cas par Alaoui et coll. [14].

L'âge de début du tabagisme chez nos sujets, était compris entre 16 et 20 ans. Cette précocité était retrouvée dans d'autres études (4, 8, 15, 16,29) .Taieb et coll. [16] retrouvaient un âge de début du tabagisme chez des sujets de plus de 18 ans.

Les facteurs initiateurs du tabagisme de nos sujets ne différaient pas de ceux observés au niveau de la population générale Bamakoise ; à savoir le plaisir chez 55,38% de nos agents.

Sur le plan des antécédents nous avons 8,8% de pathologies respiratoires et 5,6% d'antécédents cardio-vasculaires. Contrairement à Ndiaye et coll. [11], qui retrouvait 20,7% de pathologies respiratoires et 3,4% cardio-vasculaires.

Le coût direct mensuel du tabagisme était en moyenne de 7000 FCFA (15,24 €) pour les fumeurs ayant une faible dépendance au tabac. Il était supérieur à 10 000 FCFA (19,67€) pour les autres, soit 7 à 10% du revenu mensuel du personnel paramédical. Cette valeur était sensiblement égale à celle retrouvée chez Fatoumata.T. [30] à savoir 10500FCFA.

Contrairement à Liliane [29] les sujets tabagiques ne dépensaient pas plus de 5000 FCFA par mois, ceux-ci pourraient s'expliquer par le faible revenu de ces tabagiques.

Actuellement, 93,7% de nos 29 fumeurs souhaitent cesser de fumer ; 81,25% (n=26) pensent avoir besoin de soutien psychologique et/ou médical ; contre 90% des fumeurs chez Liliane. [29].

Dans notre étude, 99,2% du personnel avaient jugé nécessaire d'avoir une bonne information sur le tabac. Tous les moyens d'information proposés dans le questionnaire (medias, contact personnel, consultation antitabac, campagne nationale) avaient recueilli plus de 50% d'avis favorable de notre population d'étude, avec une préférence pour les media à plus de 60%.

Dans l'étude de Nguyen et coll. [19], un médecin sur deux était demandeur d'une formation (IEC). Chacun des moyens d'information proposés avaient recueilli plus de 60% des suffrages.

Cooreman et coll. [7] retrouvaient une forte préférence pour la consultation antitabac (69%) et le contact personnel (79%).

Chaibainou et coll. [20] pensaient que le sevrage tabagique devrait être fait dans une consultation d'aide au sevrage tabagique, il devrait passer obligatoirement par des campagnes de sensibilisation surtout chez les jeunes.

Tous ces éléments font penser, comme N'diaye et coll. [5], que les ex-fumeurs, doivent être nécessairement impliqués dans la sensibilisation de tous les fumeurs, y compris de leurs collègues, pour l'aide au sevrage. Parmi les fumeurs, 86,2 % avaient manifesté le désir d'arrêter de fumer, lançant ainsi un signal fort d'un besoin d'aide au sevrage .N'diaye et Coll. [11] Rapportaient que 97,7% de médecins fumeurs avaient

une ferme intention d'arrêt de fumer, tandis que dans l'étude de Ravell et Coll. [18], seul 58,7 des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer. Ces différents taux sont donc une source d'espoir et un bon indicateur pour l'aide au sevrage.

Le mali fut l'un des premiers pays Africains à adopter une loi anti-tabac avec une interdiction de la publicité et du parrainage. Suite aux pressions des multinationales du tabac, cette loi est suspendue mais non abrogée. Le ministère de la Santé a établi des stratégies pour le plan d'action nationale de lutte contre le tabac 2002-2007 [24]. Sur le plan de la prise en charge individuelle du tabagique, il n'y a pas de « méthode pour arrêter de fumer, mais la nécessité d'une approche spécifique adaptée aux caractéristiques de chaque fumeur. [23]. La stratégie désormais recommandée est basée sur une prise en charge globale des dépendances psychiques et physiques en association avec des techniques de modifications comportementales [23, 24]. Pour la prise en charge en pratique courante, d'un arrêt du tabac, nous pouvons adhérer aux recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

# Conclusion

## VII- Conclusion

La lutte contre le tabagisme reste l'une des priorités qui font l'objet de mesures nouvelles dans le combat pour la santé que mène l'OMS. Le tabagisme constitue en effet, un problème de santé publique très actuel, avec des répercussions inquiétantes qui devraient aller en s'aggravant dans les années à venir, en raison de la précocité du tabagisme, de sa féminisation et de sa délocalisation dans les pays en développement .

Au cours de notre étude, 249 agents ont été recrutés, comprenant 12,9% fumeurs, 13,2% ex-fumeurs et 73,9% non fumeurs. La majeure partie avait commencé à fumer entre 16 et 20 ans et (20%) et consommait plus d'un paquet par jour. Actuellement, 93,7% de nos 29 fumeurs souhaitent cesser de fumer ; 81,25% pensent avoir besoin de soutien psychologique et/ou médical ; 99,2% du personnel jugent nécessaire d'avoir une bonne information sur le tabac. Tous les moyens d'information proposés dans le questionnaire (medias, contact personnel, consultation antitabac, campagne nationale) avaient recueilli plus de 50% d'avis favorable de la population totale étudiée ; avec prédilection pour les media à plus de 60%.

# Recommandations

## VIII- Recommandations

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités gouvernementales :**

- Veillez 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 du contenu de cette loi.

➤ **A l'administration hospitalière**

- Interdire toute forme de tabagisme dans l'enceinte des structures hospitalières
- Créer des structures spécialisées d'aide au sevrage tabagique
- Former le personnel d'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 à ne pas fumer en présence des malades
- 

**Aux associations de lutte contre le tabagisme**

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

# BIBLIOGRAPHIE

## IX-BIBLIOGRAPHIE

**1-**Aide mémoire N° 221 tabac et santé, OMS avril 1999

**2-**Atlas, OMS P87-2003

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

**4-**Haidara (AM) le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre le tabagisme au Mali

These Pharm, Bamako, 1981.

**5-**Malakauskas K, Veryga A, Skalauskas R: smoking prevalence among university hospital staff. Medecina 2003; 39: 301-6

**6-**Cissé Mohamed : Enquête globale sur le tabagisme chez les jeunes (SOS tabagisme) 2002.pl

**7-**Cooreman J, Pretet, Levallois M, Marsac J, Perrize S: Le tabagisme chez les élevés infirmiers. Rev Mal Respir 1988; 5: 115-21

**8-**Samuels N: smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Public health 1997; 111: 285-8

**9-**Grossman DW, Konox JJ, Nash C, and Jimenez JG: Smoking: Attitudes of Costarican Physicians and opportunities for intervention. Bull World Health Organ 1999; 77: 315-22

**10-**Baylet R, Frament V, Diop S, Ndobelinga, De MOdeiros D: Enquête sur l'utilisation dans les centres coutumiers et en milieu urbanise à Dakar. Dakar Médical 1974 ; 19 : 36-46

**11-**Ndiaye M, Hane AA, Ndir M, Ba O, Diop-Dia D, Kandji M : Le tabagisme parmi les medecins exerçant a dakar. Revu pneumol clin 2001; 57: 7-11

**12-**Josseran L, King G Velter A, Dressen C: Smoking behavior and opinions of french general practitioners. J Natl Med Assoc 2000; 92:382-90

**13-**Pobee Jom, Larbi EB, KPodonou J: The profil of African smoker.E Afr Med J 1984; 61:227-33.

- 14-**Alaoui Yazidi A, El Bazie M, El Meziane A:Tabagisme chez le personnel de sante au Maroc.5<sup>e</sup> Conférence Panafricaine de santé au travail.Tunis, 22 septembre-2 octobre 1999
- 15-** S. Nafti, A. Bakir, A. Chiban. Le tabagisme chez les étudiants en médecine d'Algérie. Rev. Mal. Respir.2005 ; 22 : 1s98
- 16-**Taieb C, Piergiovani J, Mariono N : De la première cigarette a fumeur régulier. Rev Mal Respir 2005; 22:1s99
- 17-**Carion-Valero F, Blazavalia P: smoking in Health care wokers identification of related factors. Arch pneumomol 1998; 34 :379-83
- 18-**Ravel C, Bardote E, Pujol E, Hoa D: Acteurs prédictifs du sevrage tabagique au sein d'une population vue en consultation spécialisée. Rev Malt Respir 2005 ; 22 : 1s100
- 19-**Nguyen LT Perrot J : Pratique des médecins généralistes pneumologue, médecins du travail et tabacologues\_addictologues face a la BPCO et au tabagisme. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 1s97
- 20-**Chaibainou A, Sellam A, Achachi L : Evaluation du tabagisme en milieu pneumologique et cardiologique, 130 cas. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 1s101
- 21-**Largue G : Arrêter de fumer ? ED. Odile Jacob; 1998
- 22-** Nassaf et coll. : Habitudes de fumer, attitudes et connaissances en matière de tabagisme des médecins internes et résidents du CHU de Ibn Rochd de Casablanca. RevMalRespir 2005 ; 22 :1S97
- 23-** Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac.  
Paris : EDK ; 1998
- 24-** Agence Française de sécurité sanitaire des produits sanitaires : Les stratégies thérapeutique médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide a l'arrêt du tabac. Rev Pneumol Clin 2003 ; 59 : 291-34
- 25-** Ministère de la santé de l'hygiène et de la prévention du Mali :  
Plan d'action national de lutte contre le tabac, 2002. 2007
- 26-** Stratégies publics consultants SARL : Etat des lieux du tabac au Mali (dec 2003).
- 27-** Tchuinden Stephanie Flaviette : le tabagisme, chez les lycéens dans le district de Bamako ; thèse :med :bamako 2002 ;81p ;39
- 28-**Dao Soungalo : Tabac ; Aspect économique et effet sur la santé en milieu hospitalier de Bamako ; Thèse de médecine, Bamako 1996

**29**-Youche Longue, Liliane : étude du tabagisme chez les sujets âgés de 15 à30 ans dans le village de Point-G à Bamako à propos de 360 cas ; Thèse med : Bamako, 2005.80p ; 131

**30**-Toukara Fatoumata : prévalence du tabagisme chez les étudiants en fin de cycle d'étude de médecine, pharmacie à la FMPOS de Bamako (Mali) ; thèse pharmacie : Bamako, 2005-58p ; 51

# Annexes



Conseil (d'un ami, d'un parent, d'un médecin)

Autres

9- Depuis combien d'années fumez-vous ? \_\_\_\_\_ ans

A quel âge avez-vous commencé ? \_\_\_\_\_ ans

10- Que fumez-vous ?

Cigarettes

Pipe

Cigare

Autres (préciser)

### Test de Fagerström

11- Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes (3)

Entre 6 et 30 minutes (2)

Entre 31 et 60 minutes (1)

Après 60 minutes (0)

12- Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits interdits ?

Oui (1)

Non (0)

13- Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

Laquelle aimeriez-vous le moins abandonner ?

La première (1)  Une autre (0)

14- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins

11 à 20

21 à 30

31 ou plus

15- Fumez-vous de façon plus rapprochée dans les 1eres heures après le réveil que pendant le reste de la journée ? :

Oui (1)       Non (0)

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

Oui (1)       Non (0)

17-Précisez le motif d'entrée dans le tabagisme ? :

Entourage       Stress       Plaisir       Publicité       Mode       Autre

18-Votre conjoint(e) fume-t-il (elle) ?

Oui       Non

19-Vos enfants fument-ils ?

Oui       Non

20-Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

Oui       non

Si oui précisez le nombre e fois :

1 fois       2 fois       3 fois       4fois ou plus

21-Souhaiteriez-vous actuellement cesser de fumer ?

Oui       non

22-Si vous souhaitez arrêter de fumer, pensez-vous avoir besoin d'un soutien ?

Oui       non

Quel type de soutien ?

Psychologique       Médicamenteux       Les deux

23-Dans quelle structure deviez-vous aller pour ce soutien ?

24-Avez-vous souffert dans le passe de :

- pathologie cardio-vasculaire :  oui  non
- Pathologies respiratoires :  oui  non
- Autre pathologie :  oui  non

Si oui laquelle ? \_\_\_\_\_

25-Quel est le coût mensuel estimatif de votre tabagisme ? \_\_\_\_\_ FCFA

26- Pensez-vous qu'il soit indispensable que vous puissiez disposer d'une bonne information sur le tabac ?  Oui  Non

27- Pensez-vous qu'il soit dans le rôle du personnel soignant d'aider les autres à arrêter de fumer  Oui  Non

Si Oui,

27-1- Pensez-vous avoir de l'influence sur les fumeurs pour les aider à arrêter ?

Oui  Non

28- Quels sont les moyens d'information qui vous paraissent les meilleurs pour arrêter de fumer ?

Presse, Radio, télévision :  Oui  Non

Publicité :  Oui  Non

Campagne nationale :  Oui  Non

Contact personnel :  Oui  Non

Consultation anti-tabac :  Oui  Non

Autres :  Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

**Score total.....**

- 0 à 2 = pas de dépendance - 5 à 6 = dépendance moyenne

- 3 à 4 = dépendance faible - 7 à 8 = dépendance forte

- 9 à 10 = dépendance très forte

## 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 où j'ai l'intention d'en faire	1
7	Je veux être en meilleure forme physique	1
8	Je veux préserver mon aspect physique	1
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	1
10	J'ai des enfants en bas âge	2
11	J'ai bon moral actuellement	2
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	1
13	Je suis plutôt de tempérament 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**

**7-16 = Motivation moyenne**

**Plus de 16 = forte motivation**

## Fiche signalétique

**Nom** : Diaw

**Prénom** : Aliou

**Titre de thèse** : le tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHU du Point G.

**Année universitaire** : 2007-2008

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS

**Secteur d'intérêt** : Santé publique pneumo-physiologie

**Résumé** : Le tabagisme constitue un problème actuel majeur de santé publique, responsable d'une morbidité et d'une mortalité très importantes. Nous avons effectué cette étude afin de déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel soignant du CHU du Point-G, les habitudes tabagiques des sujets fumeurs, l'attitude du personnel face aux problèmes liés au tabagisme et la conception de son rôle d'éducateur face à des fumeurs.

Il s'agit d'une étude transversale menée au cours du mois de juin 2007.

Nos objectifs étaient de :

- Etudier le comportement et l'attitude du personnel médical et paramédical face au tabagisme.
- Déterminer la prévalence du tabac chez ce personnel.
- Déterminer Les habitudes tabagiques des sujets fumeurs.
- Evaluer le niveau d'information sur les dangers du tabagisme.
- Proposer des solutions pour la lutte anti-tabac.

Nous avons eu un taux de participation de 95%, avec 32 fumeurs, 33 ex-fumeurs et 184 non fumeurs ; tous les services étaient représentés. Les paramédicaux étaient les plus dans l'enquête à une proportion de 80,7%.

L'étude montrait une prédominance masculine (sex ratio=2,83). Le personnel soignant Malien doit prendre conscience de son rôle crucial d'éducateur et de son devoir d'implication dans la lutte contre le tabagisme. La mise en place de mesures législatives et consensuelles et de centres de sevrage anti-tabac permettra d'entrevoir le bannissement effectif du tabagisme, surtout au sein des structures sanitaires.

**Mots-clés** : Tabagisme. Épidémiologie. Personnel de santé. Prise en charge

## **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**