

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI



UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE
- STOMATOLOGIE



Année universitaire : 2010-2011



Thèse N°.../M

FEMMES ET TABAGISME
DANS LES BARS RESTAURANTS ET DISCOTHEQUES
DU DISTRICT DE BAMAKO

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/... / ... / 2011 devant la

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

par **Mlle Aïcha NDICHOUT GBETNKOM**

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du Jury : Pr. Cheik TRAORE

Membres : Dr Nazoum J.P. DIARRA

: Mme DIALLO Adama DIAKITE

: Dr Yacouba TOLOBA

Directeur de Thèse : Pr Seydou DOUMBIA

dedicaces et
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Louange à ALLAH, le Créateur, l'Omniscient, le Miséricordieux.

Merci de m'avoir aidée à mener ce travail jusqu'à son terme. Que tes anges veillent sur moi, sur toute ma famille et sur tous ceux qui me sont chers. Puisse ta lumière guider les pas de tes serviteurs afin que jamais ils ne s'écartent du droit chemin. Sois à jamais glorifié.

Je dédie ce modeste travail :

A mon papa, M. NJI-NJIEMOUN GBETNKOM Ibrahim.

Tu m'as appris le sens de l'honneur, la crainte de Dieu, la responsabilité, le respect, l'humilité, la rigueur, l'honnêteté... toutes ces valeurs qui font d'un Homme un grand Homme. Pour tes enfants, tu as toujours voulu le meilleur. Je ne sais pas si j'ai souvent été à la hauteur de tes attentes, mais j'espère que par ce modeste travail, tu seras fier de moi.

A ma maman Mme TAPOUYOUON GBETNKOM Awahou

La femme la plus généreuse qu'il m'ait été donné de rencontrer. Tu es pour moi un modèle de courage, de combativité et de persévérance. Même contre des ras de marées je me sens invincible, car avec toi rien n'est impossible.

A ma grande sœur adorée My, ma complice de tous les jours, celle avec qui j'ai tout partagé.

Malgré la distance tu m'as assisté d'une manière ou d'une autre dans la réalisation de ce travail. C'est l'occasion pour moi de te témoigner ma profonde reconnaissance. Qu'ALLAH te bénisse

A mes frères et sœurs : monguè Alain, monguè Adjara, monguè Adamou, monguè Marie-Claire, monguè Moustapha, monguè Maïmouna, Youssouf (Papyrus) et Fadé.

Nous nous sommes quittés afin de se réaliser chacun ; mais nous resterons à jamais unis dans nos cœurs.

A ma grand-mère Veuve MONJAP MOULIOM Pasma

Merci pour tes prières. Qu'ALLAH te garde encore longtemps près de nous.

A mes feus grands parents NJI-NJIEMOUN Adamou, MEFIRE Suzanne et MOULIOM Aboubacar ; et à mon arrière grand-mère feu CHOUDOUNGAM Aïcha

Que vos âmes reposent en paix

A mes oncles et tantes : Feue tata Mariam, tonton Senghor, tonton Adairou, tata Amina, tonton Aboubacar, tonton Loudi, tata Riana, Tata Rachel, tata Aïcha, tata Cécile, tonton Amadou, tata Zénabou, tata Salamatou, tonton Yaya, tonton Ayouba.

A mes cousins et cousines : m.Hélène, m.Zébedé, m. Roger, m.Esaï, m.Sarah, m. Florence, m. Julienne, m. Jean, m. Moïse, père Emma, feu m. René, Feue m.Brigitte, m. Clarisse, m. Oumar , Na' Amidou, m. Ibrahim, Rachidatou, Adidja, Mohamed, Fadima, Nourdine, Arafat, Nacer, Awah, aboubacar, camilla, Awa et Fatima.

A mes neveux et nièces : Adrienne, Mounira, Hanifa, Junior, Sandra, Adib, Mounir, Nourhane et Bryan.

Aux familles Chechem à Limbé, Chouahibou à Bamako, Mouliom à Bafoussam, Choupamom à Bamenda, Douop à Douala, Mouliom à Foubot, Nchankou à Yaoundé.

A monguè Adamou, monguè Oumar, tonton Moussa, Kemeni Clement.

A M. Jean-Charles MARINI, M. Pierre DUGANE, M. Christian DESANTI, M. Jean-Joseph D'alche, M. Philippe, Mlle Kathy MAMODESEN et M. Dominique BOZZI

Auprès de vous j'ai appris la rigueur au travail, la patience, le courage et la force de caractère. Merci pour votre générosité.

REMERCIEMENTS

A la famille GBETNKOM

Vous avez toujours ménagé tous les efforts nécessaires pour faire avancer chacun de vos enfants. Votre appui tant matériel, financier que moral ne m'a jamais fait défaut. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

Qu'ALLAH vous protège, vous bénisse pour tout le bien que vous faites autour de vous et vous accorde la santé, la longévité et plein succès dans toutes vos entreprises.

A Paul

Malgré la distance tu as toujours été là. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue.

A Corine EDI'I

Ma coco, nous avons partagé tant de choses ensemble, les bons comme les mauvais moments. Qui mieux que toi me connaît ? Même pas moi. Tu es une amie, une confidente, une sœur. Puisse Dieu bénir notre amitié et la rendre éternelle.

A Cédrick MBASSI

Tu es un ami en or, un ami pour la vie. Tu me manques...

A Flavie CHUEM

Ma petite sœur chérie, merci d'avoir toujours trouvé les mots justes pour me reconforter ou pour me booster. Que le Seigneur t'illumine et te couvre de ses grâces.

A Dada (Darel) et Dodo (Donald), mes boud'choux

Merci pour votre générosité, votre honnêteté... pour tous ces moments passés ensemble. Vous allez me manquer.

A Frange, Hermann et Léonel

Nous avons trimé ensemble durant toutes nos années de médecine. Je garde de vous la devise du "un pour tous, tous pour un" car malgré la pression que chacun pouvait vivre individuellement, vous avez toujours été là pour chaque membre du groupe ; telle une famille. Merci infiniment. Je souhaite à chacun de vous une excellente carrière et une complète réussite sociale.

A Maky Sissoko, Carine Yonga, Sandrine Tchatie et Axelle Ngamani

A mes parents de Bamako Freddy Ebelle, Tidiane Mogue et Manfred

A mes filles et fils : Flavie, Dany, Lynda, Minette, Junior, Willy, Constant, et mes frangins Yvan, Hermann, Franck et Viviane.

La vie n'est pas un long fleuve tranquille, sachez vous relever de chaque difficulté rencontrée et inspirez vous-en pour grandir et vous construire.

A Romarick, Dalil, Lyliane, Paulette, Samuel, Brice

A Sékou Traoré

Merci de m'avoir tenu la main pas à pas dans la réalisation de ce travail et pour tous ces bons moments passés ensemble.

A Claude, Cathy, Natacha, Maguy, Inès, Nadia, Rosine, Christel, Léonel Pierre, Dorvale, Sinclair

A Lassine DRAVE

A Valérie, Christelle, Doris, Christine, Manu, Hermann, Martial, Kevin, Lynda, Romuald, Roch, Daniel

Aux membres de ma cité : Romarick, Darel, Cheick, Bathily, les sœurs Dassidi, Fatim, les frères Cisse, Diawara, Bane, Marcel, Fati, Oumou, Ahmed, IB, Molière, Papus, Malla, Francis, Samba, Fatim, Baco, Maï, Juste

Aux promotions L.S.E, ASPRO, PREMIUM, SAUSERE, ASTRA, SATRES, SEGALLEN, PRADIER, CESAR, DEGAULE, ASTURIE, STATES, TROIE

A mes amis des communautés sœurs : Christian, Polle, Arnaud, Sandrine, Loïca, Madou, Cheick Keïta, Ibrahim Diallo, Adonis, Chermine, Cédric, Théo

A mes amis de la FSEG : Hamza, Kady, Sim, OC, Bolo, Sénateur

A M. Etogo, M. Tiémé, M. Amougui, M. OBAT, M. Moumpou et M. Kalla

Au Dr Lamine Diakité

Au corps professoral de la FMPOS pour m'avoir appris les préceptes de l'art de la médecine.

Aux services d'urologie et de pneumologie

A Ruben, Moïse, Simon, Yves, Landry, Yves, Laure, Maïrama, Lyliane, Christelle

A Fatim Fofana, Na Doumbia, Fatou Touré, Bamba Drissa, Djenebou Ouattara, Aïcha Macalou, Minata Traoré, Fatim Traoré, Annick, Brenda, Steve, Kôro Sekouba, Tirichia, Nafissa, Nathalie, Marie, Manu, Pamela, Diop, Fof, Keïta, Nya, Pauline, Sally, Sira, Ani, Fatim, Fanta

Aux femmes auditionnées durant l'enquête.

Au peuple malien, merci pour votre convivialité.

A tous ceux que je n'ai pas pu citer, je ne vous oublie pas pour autant.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- ✓ Maître de conférences à la FMPOS
- ✓ Chef de service d'anatomie pathologie cytologique au centre hospitalier universitaire du Point G
- ✓ Collaborateur du registre national du cancer au Mali
- ✓ Collaborateur du programme du dépistage du cancer du col utérin par les tests visuels VIA, VIL

Cher Maître,

Vous avoir à la présidence de ce jury, malgré vos multiples responsabilités, est pour nous un grand privilège. Homme aux multiples qualités scientifiques et humaines, votre accueil chaleureux, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un maître exemplaire et respectable. Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de cette thèse et nous vous présentons nos sincères remerciements.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre admiration et l'assurance de notre considération.

A notre maître et juge

Docteur Nazoum J.P. DIARRA

- ✓ Médecin de Santé Publique
- ✓ Chef de Section de lutte contre les Maladies non transmissibles (MNT) à la Direction Nationale de la Santé (DNS)

Cher Maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté d'apporter votre contribution à la réalisation de ce travail. Votre dynamisme, votre habileté dans le travail et votre gentillesse nous ont grandement marqués. Nous avons été émerveillés par votre accueil chaleureux et votre esprit critique. Soyez assuré de notre gratitude.

Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Yacouba TOLOBA

- ✓ Spécialiste de pneumo-phtisiologie
- ✓ Praticien hospitalier au C.H.U du point G
- ✓ Maître assistant à la F.M.P.O.S
- ✓ Secrétaire général de la Société Malienne de Pneumologie (S.O.MA.P)
- ✓ Secrétaire général de l'Association Nationale de Formation Continue en Allergologie (A.NA.FOR.C.AL)
- ✓ Secrétaire de la recherche scientifique à la société africaine de pneumologie

Cher Maître,

Nous sommes fiers de vous compter parmi nos juges. Nous vous sommes très reconnaissants pour l'encadrement dont nous avons été le sujet. Vos qualités intellectuelles, votre jovialité, votre exigence du travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre disponibilité pour nous, font de vous un être admirable. Vos conseils précieux nous ont permis de finaliser ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sentiments respectueux.

A notre maître et juge

Mme DIALLO Adama DIAKITE

- ✓ Présidente de l'Association de Lutte contre le Tabac, l'Alcool et les Stupéfiants au Mali (ALUTAS-MALI)
- ✓ Présidente du Réseau de Lutte contre le Tabac et les Autres Stupéfiants au Mali (RELUTAS-MALI)

Cher Maître,

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et nous avons pu apprécier la mère que vous êtes : maternelle, généreuse, simple, aimable et rigoureuse travailleuse.

Nous apprécions à sa juste valeur vos qualités humaines de courtoisie et de sympathie qui témoignent de votre grande disponibilité.

Recevez ici cher Maître, nos sincères remerciements et l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Seydou DOUMBIA

- ✓ **Maitre de conférences à la F.M.P.O.S**
- ✓ **Directeur adjoint au MRTC**
- ✓ **Directeur adjoint au département de santé publique**

Cher Maître,

Vous nous avez acceptés auprès de vous pour nous former sans ménager votre peine. Votre rigueur scientifique, votre dévouement au travail, votre disponibilité et votre abnégation font de vous un maître exemplaire.

Vous avez su cultiver en nous le sens du travail bien fait, l'humilité et la morale.

Nous garderons de vous l'image d'un homme qui a su allier rigueur et respect de la personne humaine dans l'exercice de la médecine.

Marqués par votre courtoisie, votre amour et votre disponibilité permanente, séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement, recevez, cher Maître, l'expression sincère de nos profonds respects et reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ALUTAS-Mali : Association de Lutte contre le Tabac, l'alcool et les Stupéfiants au Mali

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BAT : British American Tobacco

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CAN : Coupe d'Afrique des Nations

C_{max} : Concentration maximale

COCAN : Comité d'Organisation de la Coupe d'Afrique des Nations

DDT : Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane

DNSI : Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HAP : Hydrocarbure Aromatique Polycyclique

HTA : Hypertension Artérielle

Kg, g, mg : Kilogramme, gramme, milligramme

Km, m, cm, mm : kilomètre, mètre, centimètre, millimètre

LDL: Low Density Lipoprotein

CO: monoxyde de Carbone

OHVN : Office Haute Vallée du Niger

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMATO : Office Malien du Tourisme

ORL : Oto - Rhino Laryngologie

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

SONATAM : Société Nationale des Tabacs et Allumettes du Mali

USA : United States of America

CEP : Certificat d'études primaires

DEF : Diplôme d'études fondamentales

BAC : Baccalauréat

LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Les deux grandes espèces de tabac

Tableau II : Les 5 plus grands producteurs de tabac dans le monde en 2007

Tableau III: Principales interactions médicamenteuses avec le tabagisme

Tableau IV: Répartition de l'échantillon selon l'âge

Tableau V: Répartition de l'échantillon selon la nationalité

Tableau VI: Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

Tableau VII : Nombres de grossesses

Tableau VIII : Nombres d'enfants vivants

Tableau IX: Types de tabac consommés

Tableau X : Connaissances des effets du tabac sur la santé

Tableau XI: Connaissances du tabagisme passif

Tableau XII: Connaissances des effets du tabac sur l'environnement

Tableau XIII: Connaissances de l'impact du tabac sur les enfants

Tableau XIV: Tabac dans les lieux publics

Tableau XV: Connaissances de l'existence des lois anti-tabac

Tableau XVI: Tentative d'arrêt du tabac

Tableau XVII : Raisons de tentative d'arrêt

Tableau XVIII: Désir d'arrêt du tabac

Tableau XIX: Motifs d'arrêt du tabac

Tableau XX: Nature de l'aide

Tableau XXI : Conseils prodigués aux sujets fumeurs

Tableau XXII: Variation du tabagisme en fonction de la tranche d'âge

Tableau XXIII : Variation du tabagisme en fonction de la profession

Tableau XXIV: Variation du tabagisme en fonction de la nationalité

Tableau XXV: Variation du tabagisme en fonction du statut matrimonial

Tableau XXVI : Variation du tabagisme en fonction du niveau d'études

Tableau XXVII : Tabagisme et notion de voyage à l'étranger

Tableau XXVIII: Tabagisme et consommation d'alcool

Tableau XXIX: Test d'autoévaluation des chances de réussite de sevrage tabagique ou test de Démaria Grimaldi et Largue

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Plante de tabac

Figure 2: Grands producteurs de tabac dans le monde en 2007

Figure 3: Les principaux constituants d'une cigarette

Figure 4: Le Corps du fumeur

Figure 5: Action du tabac sur les poumons

Figure 6: carcinome à petites cellules du poumon

Figure 7: Action du tabagisme sur les parois artérielles

Figure 8: Cerveau normal

Figure 9: Cerveau d'un gros fumeur

Figure 10: "Bec de lièvre" chez un nourrisson

Figure 11: Cancer du sein chez une fumeuse

Figure 12: Estomac d'un fumeur

Figure 13: Carte du site d'étude

Figure 14: Répartition de l'échantillon selon la profession

Figure 15: Répartition des femmes selon le niveau d'études

Figure 16: Répartition selon la consommation de tabac

Figure 17: Test de dépendance de Fageström

Figure 18: Estimation de la consommation journalière de tabac

Figure 19: Estimation de la dépense journalière pour le tabac

Figure 20: Répartition en fonction de l'appui financier chez les tabagiques

Figure 21: Age de début du tabagisme

Figure 22: Les raisons d'initiation au tabagisme

Figure 23: Entourage du tabagique

Figure 24: Connaissances des femmes sur les affections dues au tabac

Figure 25: Connaissances des méfaits du tabac sur l'environnement

Figure 26: Connaissances de l'existence de la journée mondiale sans tabac

Figure 27: Opinion sur les méthodes de sensibilisation

SOMMAIRE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	2
2. OBJECTIFS.....	4
2.1. Objectif général	
2.2. Objectifs spécifiques	
3. GENERALITES.....	5
3.1. Historique et définition du tabagisme.....	5
3.2. Description botanique et chimique du tabac.....	8
3.3. Tabagisme et toxicomanie.....	14
3.4. Quantification du tabagisme.....	15
3.5. Tabagisme passif.....	16
3.6. Méfaits du tabagisme sur l'organisme.....	19
3.7. Méfaits du tabagisme sur l'environnement.....	29
3.8. Interactions médicamenteuses.....	31
3.9. << Bienfaits>> du tabac.....	41
3.10. Sevrage tabagique et traitement du tabagisme.....	42
3.11. Lutte antitabac.....	45
4. MATERIELS ET METHODE.....	48
5. RESULTATS.....	53
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	74
7. CONCLUSIONS.....	80

8. RECOMMANDATIONS.....	81
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	83
10. ANNEXES.....	88

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Le tabagisme est un phénomène fortement répandu dans le monde. Il représente aujourd'hui un véritable problème de santé publique et n'épargne aucune tranche de la société.

Premier facteur de risque des cancers, source d'emphysème pulmonaire et des maladies cardiovasculaires, le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde avec 4,9 millions de morts chaque année contre 3 millions pour le VIH/Sida. Si cette tendance se poursuit, on atteindra 10 millions de décès en 2030 [1].

Aux États-Unis, le tabac est responsable de 440.000 décès prématurés annuels et entraîne des pertes économiques (soins de santé) de près de 157 milliards de dollars par an [2].

En France, 100 milliards de cigarettes sont fumées chaque année. En effet, en 2010 on compte 14 millions de fumeurs soit 45 % des hommes et 33 % des femmes évaluant ainsi les décès imputables au tabac à 66.000 par an [3].

En Chine, premier producteur mondial de tabac, 28 % de la population fument. Les autorités chinoises dénombrent 300 millions de fumeurs actifs de plus de 18 ans et 540 millions de fumeurs passifs avec une moyenne d'un million de décès annuels [4].

Au Mali, une étude réalisée par Haïdara 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 % de femmes [5].

Face à une réglementation de plus en plus sévère dans les pays développés, l'industrie du tabac a accentué ses activités dans les pays en développement où la consommation de cigarettes est passée de 131,181 milliards d'unités à 212,788 milliards entre 1995 et 2000. A travers le monde et au cours de la dernière décennie, le continent africain connaît la plus forte progression de consommation de tabac (de l'ordre de + 40 %) [6].

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 [7].

Le tabagisme est responsable d'environ 6% des décès chez les femmes dans le monde, et leur nombre pourrait passer de 1,5 million en 2004 à 2,5 millions en 2030 [8]. Par ailleurs, le défaut d'application des lois anti-tabac dans nos villes favorise les comportements à risque dans les lieux publics. Au rang des personnes à risque, celles fréquentant les bars, snacks et discothèques sont particulièrement exposées et malheureusement négligées. C'est en ce sens que nous nous proposons d'étudier le tabagisme chez les femmes du district de Bamako fréquentant les établissements ci-dessus cités, avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Déterminer la prévalence du tabagisme de la population féminine fréquentant les bars/restaurants et discothèques du district de Bamako

2.1. Objectifs spécifiques

- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées ;

- Etablir les fréquences du tabagisme actif et passif chez la femme dans les bars, restaurants et discothèques du District de Bamako ;

- Déterminer les principaux facteurs favorisant le tabagisme chez la femme ;

- Déterminer les connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis du tabagisme ;

- Formuler des recommandations contre le tabagisme.

3. GENERALITES

3.1. Historique et Définition

3.1.1. Historique

Le tabac fut probablement utilisé pour la première fois par les Mayas puis par diverses tribus amérindiennes, notamment au cours de rituels religieux et sociaux. Ainsi, la culture du tabac aurait débuté sur le continent sud-américain il y a plus de 8000 ans. Certains situent ses origines sur l'île de Tobago dans les Caraïbes [9].

Il fut surtout une plante sacrée et curative utilisée par les prêtres et les chamanes. Sa fumée servait alors à communiquer avec les esprits et à apaiser les douleurs. Il était consommé roulé jusqu'à obtenir une sorte de long cigare ou par l'intermédiaire d'un long tube nommé « Tobago ». La découverte en Amérique du sud des pipes vieilles de plus de 2000 ans mais également de représentations de Dieux et de Prêtres fumant, corrobore cette hypothèse [9].

Par ailleurs, le tabac ne fut découvert que vers 1492 lorsque Christophe Colomb atteignit Cuba [9].

En France, le tabac fut introduit par Jean Nicot, ambassadeur de Catherine de Médicis en 1560 [9].

En 1571, le docteur espagnol Nicolas Monardes, écrit un livre sur l'histoire des plantes médicinales originaires du Nouveau Monde. Il soutient déjà que le tabac peut guérir 36 problèmes de santé.

En 1588, Thomas Haret, le premier promoteur connu du tabac, préconise l'usage du tabac fumé ou en prise nasale. Il est mort des suites d'un cancer du nez, imputable dans la lumière des connaissances actuelles à la prise de tabac [9].

L'entrée du tabac en Afrique se serait faite d'abord par le Maroc en 1593 et au Mali pendant la période coloniale dans le but d'occuper les paysans pendant la saison sèche, mais sa période d'introduction reste indéterminée de manière formelle.

En effet, les traditionalistes du MANDING nous enseignent qu'ABOUBAKARY II, neveu de l'empereur du Mali SOUNDJATA KEITA, aurait embarqué avec lui un stock de tabac lors de son expédition sur l'océan Atlantique en 1303. De même, au XVème siècle, le roi du DAHOMEY

(actuel Bénin) aurait entretenu avec l'empire du Mali, un commerce florissant de chevaux, d'or et de tabac, aussi pouvons-nous dire que la culture du tabac au Mali a des origines très anciennes [10].

Dès la fin du XV^{ème} siècle, le tabac était connu dans le monde entier et pendant le XVII^{ème} siècle, il était aussi estimé que l'or.

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 [9].

En 1700, Lorillard crée la première compagnie du tabac, compagnie qui à l'heure actuelle est la plus ancienne au monde [9].

Pendant la Guerre d'Indépendance des États-Unis, en 1776, le tabac sert de monnaie d'échange pour l'achat d'armement [9].

Le tabac à mâcher, rendu célèbre par les cow-boys du Far West américain, envahit les marchés vers la fin du XIX^{ème}. Au début du XX^{ème} siècle, la production mondiale était de 3,5 milliards cigarettes et 6 milliards de cigares [9].

La consommation de cigarettes explose pendant la guerre. En effet, pendant la deuxième guerre mondiale, le tabac, au même titre que les aliments, est introduit dans la ration journalière des soldats. Les compagnies envoient des milliards de cigarettes gratuitement sur le front. Ainsi, à leur retour de la guerre, les anciens combattants représentent un marché sûr et stable.

Après la fin de la guerre on assiste à la conquête du marché féminin, l'industrie du tabac, commençant à fabriquer des tabacs doux, qui s'adressent surtout aux femmes (Lucky Strike).

En 1938, un lien a été établi par l'américain Raymond Pearl entre la consommation du tabac et l'abrègement de la vie démontrant ainsi sa nocivité pour la santé [11]. Même si l'industrie du tabac dénie de telles affirmations et commande des études et des contre-expertises, l'opinion publique et les médias commencent à s'emparer de ces données. La réaction de l'industrie du tabac, est la proposition de produits plus « sains » comme les cigarettes light [9].

Ce n'est qu'en 1964 à la demande du « Général Surgeon » que des avertissements sur les dangers du tabac seront inscrits sur les paquets de

cigarettes d'où la réduction voire la suppression des aides publicitaires aux compagnies du tabac [9].

3.1.2. Définitions

3.1.2.1. Définition du tabac :

Le tabac est une plante de la famille des solanacées, de la même famille que la pomme de terre et la tomate. Mais seul le tabac contient de la nicotine [12].

3.1.2.2. Définition du tabagisme :

Le tabagisme est l'ensemble des désordres causés par l'abus de tabac. C'est aussi une intoxication aiguë ou chronique par le tabac (la chique, la cigarette ou la pipe) [13].

L'usage du tabac étant réputé nocif par les autorités de la santé, le « tabagisme » est devenu synonyme de « consommation de tabac ».

Il existe trois formes de tabagisme [13] :

- tabagisme actif : c'est lorsqu'une personne consomme elle-même du tabac ;
- tabagisme passif : il découle de l'inhalation de la fumée du tabac contenue dans l'air environnant ;
- tabagisme résiduel : il résulte de l'inhalation de dépôts potentiellement toxiques restant dans un local où l'on a fumé.

3.2. Description du tabac

3.2.1. Description botanique

Classification des *Nicotiana* :

- Règne Végétal
- Division Spermaphytes
- Sous-division Angiospermes
- Classe Dicotylédones
- Sous-classe Dialypétales
- Ordre Personnatae
- Famille Solanacées
- Genre *Nicotiana*
- Espèces *Nicotiana tabacum*
Nicotiana rustica



Burley jupiter

Figure 1 : Plante de tabac

Tableau I : Les deux grandes espèces de tabac

Espèces	<i>Nicotiana tabacum</i> (grand tabac)	<i>Nicotiana rustica</i> (petit tabac)
Taille	2 metres, plante peu ramifiée	1 à 1,5 metres plante plus ramifiée
Feuilles	Simple, alternes, sessiles Velues et vigoureuses, ovales et lancéolées Courtement acuminées au sommet, décurrent à la base	Formes et dimensions variables, oblongues Elliptiques ou largement ovales ou arrondies Acuminées au sommet et à la base avec un pétiole de 4cm
Fleurs	Grandes cymes terminales de fleurs, rougeâtres, blanches roses parfois crémeuses Infundibuliforme, corolle de 4 cm de long, calice de 1,5 cm à lobes longuement acuminés	Cymes terminales de fleurs jaunes ou verdâtres villoses, corolles de 2 cm de long, calice de 1 cm à lobes triangulaires
Fruits	Capsules ovoïdes de 2 cm avec de multiples grains	Capsules globuleuses de 12 mm de diamètre avec peu de graines

- Culture et production du tabac

La plante du tabac, *Nicotiana*, fait partie de la famille des solanacées. *Nicotiana tabacum* 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 en champs. La plante atteint 1m80 lorsque commence la floraison. La fleur est coupée afin que les feuilles se développent (une vingtaine par pied). Les premières décolorations indiquent le moment de la récolte qui nécessite une main-d'œuvre nombreuse et attentive [14].

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 la qualité du tabac

produit. Après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis fermentation avant d'être prêt à la consommation [5].

- Types de consommation du tabac

Le tabac est utilisé sous forme manufacturée.

Les formes non industrielles de consommation du tabac sont rencontrées dans les pays en développement et constituent des modes de consommation de la production locale. Elles sont difficiles à évaluer, car généralement exclues des statistiques [15]. Il s'agit du tabac en vrac pour pipe, des poudres à priser et à chiquer en Afrique et des cigarettes artisanales en Asie du Sud-est.

Le tabac peut être consommé avec ou sans fumée. Les principaux types de consommation du tabac sont :

- les cigares ;
- le tabac à mâcher ;
- le tabac à priser ;
- le tabac pour pipe ;
- les cigarettes.

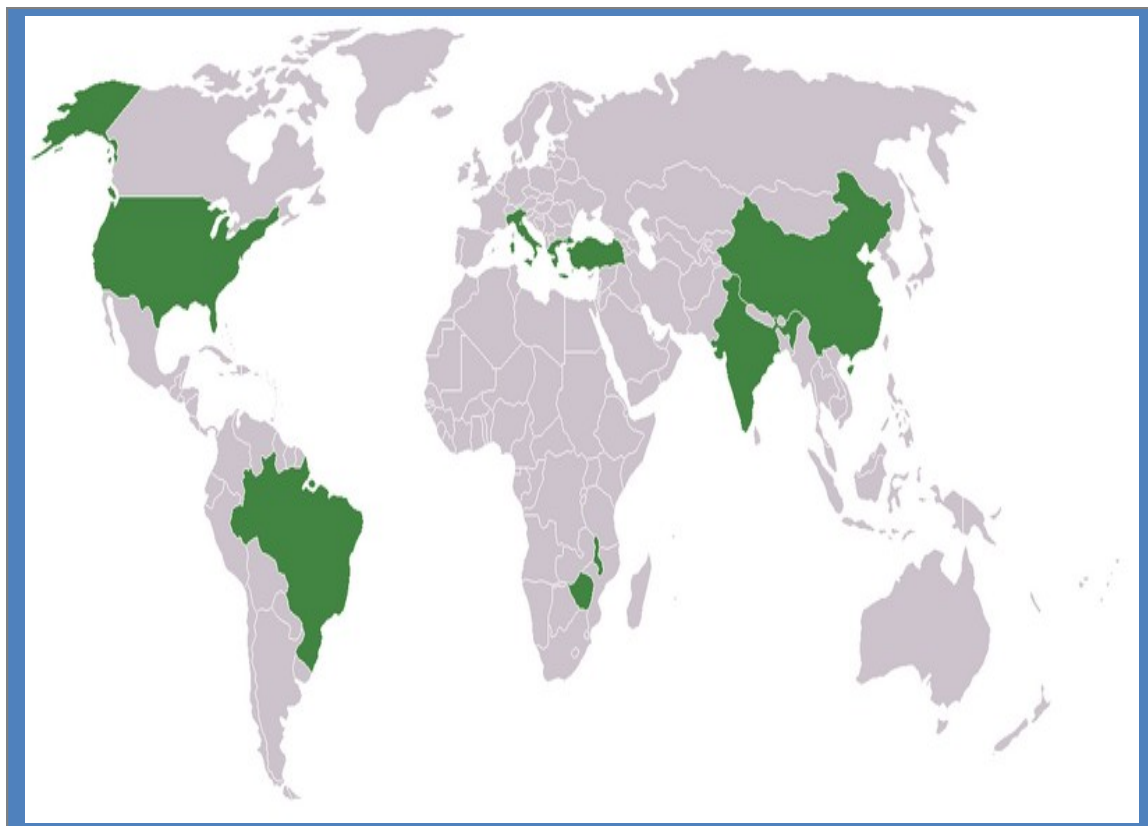


Figure 2 : Grands producteurs de tabac dans le monde en 2007 [16].

Tableau II : Les 5 plus grands producteurs de tabac dans le monde en 2007 [16].

Pays	Quantités en tonnes	Pourcentages
Chine	2 397 200	38,7%
Brésil	908 679	14,7%
Inde	520 000	8,4%
États unis	353 177	5,7%
Argentine	170 000	2,7%

3.2.2. Description chimique

Autrefois constituées uniquement de papier et de tabac, les cigarettes ont depuis les années 1960 de plus en plus d'ajouts divers et variés. Au total on dénombre plus de 4 000 substances chimiques inhalées par la fumée de cigarettes, dont plus de 60 classées cancérigènes par le Comité International de Recherche sur le Cancer [17].

Ce sont par exemple : l'acétone qui est un dissolvant ; de l'acide cyanhydrique qui était employé autrefois dans les chambres à gaz ; du monoxyde de carbone qui sort des pots d'échappement de nos voitures, du DDT qui est un insecticide tout comme la nicotine ; de l'arsenic, un poison très puissant, le plomb...



Figure 3 : Les principaux constituants d'une cigarette

- Composition de la fumée de tabac

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) [18].

➤ La nicotine :

C'est un alcaloïde découvert en 1809 par Vauquelin [19]. 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 [20]. 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 source d'hypertension artérielle. La dose létale de la nicotine chez l'homme est voisine de 60 mg [21].

➤ 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 [22]. 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 [22].

➤ 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 [23].

➤ 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) [24]. Ces substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [25].

3.3. Tabagisme et toxicomanie [26]

La toxicomanie est une appétence morbide pour les drogues douées d'effets toniques, euphorisants ou analgésiques, 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 les barbituriques, les amphétamines, le café et le thé. Le tabac est aujourd'hui considéré comme une drogue dure. 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, schizoïdes, obsédés, etc., En fait, le phénomène est complexe, et tous les cas de toxicomanie ne peuvent recevoir d'explication. A une fixation et à une régression au stade oral de la personnalité (stade psychanalytique) s'ajoute peut être le rôle de l'équipement génétique de l'individu dans la fragilité des toxicomanes. Parmi les facteurs déclenchant, citons les maladies ou accidents aux conséquences douloureuses, dévalorisantes ou invalidantes, tous les échecs familiaux, conjugaux, professionnels, les deuils, les viols etc.

3.4. Quantification du tabagisme [26]

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.

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

n= nombre de cigarettes fumées par jour

a=nombre d'années de tabagisme

- 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 diminue d'environ 1/3 le risque de développer un cancer des bronches ou des voies aéro-digestives supérieures, 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 carcinomes épidermoïdes. En France où les fumeurs sont restés beaucoup plus longtemps fidèles au tabac « brun » et aux cigarettes sans filtre, 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 voies aéro-digestives supérieures (VADS).

3.5. Tabagisme passif

3.5.1. Définition : [27 ; 28]

Le tabagisme passif ou fumée latérale ou tabagisme involontaire renvoie au fait de respirer la fumée des autres. C'est la fumée qu'une personne respire lorsqu'elle se trouve au voisinage d'un fumeur.

L'exposition à la fumée latérale est un problème répandu qui touche tout le monde. Cette exposition survient dans la situation ordinaire de la vie de tous les jours : à la maison, sur les lieux de travail, à l'école, sur les terrains de jeux, dans les transports publics etc.

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. 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.

- Gènes liés à la fumée de tabac :

Le baromètre santé 2000 note que 71 % des non fumeurs se plaignent d'être exposés à la fumée des autres. On relève dans cette enquête que 2/3 des fumeurs occasionnels et 1/3 des fumeurs réguliers de plus de 2 cigarettes par jour se déclarent également gênés par la fumée des autres, attestant de l'adhésion majoritaire des fumeurs eux-mêmes à la réglementation des lieux fumeurs [29].

3.5.2. Données épidémiologiques chez l'enfant :

L'exposition au tabagisme passif multiplie la fréquence de l'asthme par un facteur de 2. Chez l'enfant déjà asthmatique, le tabagisme passif augmente l'intensité et la fréquence des crises en particulier chez le jeune enfant. La meilleure estimation fait apparaître un excès de crises d'asthme de 14% quand le père fume, 28% quand la mère fume, 52% quand les deux parents fument [30].

Cet excès de crise est corrélé à l'excès de variabilité du débit expiratoire de pointe chez ces enfants. L'exposition au tabagisme passif dans l'enfance augmente le nombre d'enfants asthmatiques.

Il existe une forte suspicion de relation entre l'exposition au tabagisme de la mère pendant la grossesse et le risque de survenue d'un cancer chez l'enfant [29]. Par ailleurs 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 tabagiques 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 tabagiques. Les chercheurs ont observé récemment la présence d'un cancérigène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac et dans l'urine du nouveau-né dont la mère est fumeuse [31].

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 [32].

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 [32]. 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 [27].

3.5.3 Données épidémiologiques chez l'adulte :

Plus de 40 enquêtes épidémiologiques synthétisées dans 3 méta - analyses établissent que le tabagisme passif accroît le nombre de cas de cancer du poumon. La meilleure estimation de l'excès de risque par rapport à une personne non exposée est de 26% [29].

Trois études épidémiologiques établissent que le tabagisme passif accroît également le nombre de cas de cancer des sinus de la face. Chez les sujets exposés au tabagisme passif, le risque de cancer des sinus est multiplié de 2 à 6 fois. Un excès de risque est suspecté pour l'ensemble des cancers de la tête et du cou. Il existe des modifications de la paroi des artères après exposition au tabagisme passif [29].

Chez les sujets adultes préalablement asthmatiques, l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'un excès de symptômes, d'utilisation de traitement et d'hospitalisation. La soustraction de l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'une amélioration de ces troubles chez les asthmatiques. L'exposition au tabagisme passif n'est que faiblement et de façon incertaine liée à la survenue d'une maladie asthmatique chez l'adulte [29].

Ainsi, les effets du tabagisme passif sont clairement établis chez l'enfant et chez l'adulte et justifient des mesures de prévention fortes.

3.6. Méfaits du tabac sur l'organisme

Pin-up

The Smoker's Body

Every 6.5 seconds someone dies from tobacco use, says the World Health Organization. Research suggests that people who start smoking in their teens (as more than 70 percent do) and continue for two decades or more will die 20 to 25 years earlier than those who never light up. It is not just lung cancer or heart disease that cause serious health problems and death. Below, some of smoking's less publicized side effects – from head to toe.

1. Psoriasis Smokers seem to be more likely to develop contagious skin rashes, such as psoriasis, on their bodies, causing patches all over the body.

2. Cataracts Smoking is believed to cause an increase in eye cataracts. Smokers have a 50 percent higher rate of cataracts, so looking of the sun for long periods and very bright light causes cataracts to form. The eye's lens is made of protein fibers that travel up the blood stream to the eye.

3. Wrinkling Smoking is believed to cause wrinkles. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

4. Hearing loss Smokers are more likely to experience hearing loss. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

5. Cancer More than 40 chemicals in tobacco smoke have been shown to cause cancer. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

6. Tooth decay Smoking is believed to cause tooth decay. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

7. Emphysema Smoking causes emphysema, a lung disease that makes it difficult to breathe. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

8. Osteoporosis Smoking is believed to cause osteoporosis, a bone disease that makes it difficult to walk. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

9. Heart disease Smoking is believed to cause heart disease, a leading cause of death. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

10. Stomach ulcers Smoking is believed to cause stomach ulcers, a painful condition. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

11. Discoloured fingers The tar in cigarettes sticks to the fingers and turns them a yellowish-brown color. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

12. Cervical cancer and miscarriage Smoking is believed to cause cervical cancer and miscarriage. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

13. Deformed sperm Smoking is believed to cause deformed sperm, which can lead to infertility. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

14. Buerger's disease Smoking is believed to cause Buerger's disease, a rare condition that affects the blood vessels in the legs. The main reason is that smoking causes the body to produce less collagen, a protein that keeps the skin firm and elastic.

This poster is a stylized reproduction of "The Smoker's Body" originally published by the World Health Organization in 1977. © 1997, 2004. A product of WHO Collaborating Centre, Geneva, 2004.



Need help quitting? Visit WhyQuit.com

More detailed PDF versions in English, Spanish & French can be downloaded at the World Health Organization's website at: http://www.who.int/tobacco/research/smoker_body/en/

Figure 4 : Le Corps du fumeur

source : <http://whyquit.com>

3.6.1. Effets sur la cavité buccale :

Une récente campagne de santé canadienne insiste sur les risques du tabac et en particulier, sur les risques inesthétiques au niveau des dents et des gencives. Ces risques les plus visibles, sont peut être parmi les plus susceptibles d'avoir un impact sur les jeunes fumeurs. Aussitôt la fumée inspirée, une partie de la nicotine passe dans le sang à travers la muqueuse de la bouche [33]. Une partie des goudrons jaunit les lèvres et les dents. Au fil des années les dépôts sur la langue et les lèvres peuvent induire un cancer en particulier chez les fumeurs de pipe et de cigares qui ont deux fois plus de cancer des voies aériennes supérieures que les fumeurs de cigarettes (cancer de la langue, des lèvres, du pharynx, des cordes vocales ou des joues) [33]. Il faut savoir que 74% des cancers de la bouche et 87% des cancers du larynx sont attribuables au tabac. L'action du tabac sur la circulation sanguine diminue l'irrigation des gencives, ce qui facilite à la longue le déchaussement des dents [33]. La fumée de tabac modifie le pH (acidité) de la salive. Cette modification, surtout si elle est associée à une mauvaise hygiène bucco-dentaire augmente le risque de caries et accélère l'évolution des lésions au niveau de la bouche. L'haleine du fumeur s'imprègne fortement de l'odeur du tabac. Ce parfum n'est pas toujours apprécié. Après l'arrêt, l'haleine retrouve toute sa fraîcheur en quelques jours [33].

3.6.2. Effets sur l'arbre respiratoire :

L'arbre respiratoire en entier est directement agressé par la fumée du tabac. Celle-ci est responsable de 85% de maladies pulmonaires obstructives chroniques et de 85% des cancers du poumon [34].

En fonction de l'intensité et de la durée du tabagisme, on peut observer une toux matinale avec crachats, un essoufflement, des crises d'asthme répétées, mais aussi des bronchites à répétition conduisant à la bronchite chronique, une insuffisance respiratoire, aiguë puis chronique, un emphysème pulmonaire (dilatation excessive et permanente des alvéoles pulmonaires, avec rupture de leurs cloisons).

Pour un fumeur de 20 cigarettes par jour pendant 40 ans, soit plus de 500 000 cigarettes fumées, plus de 5 kg de particules toxiques sont déposés dans le poumon [35].

- Les cancers

- Le cancer bronchique primitif est certainement la maladie dont le lien causal avec le tabagisme est le plus marqué. 85% des cancers bronchiques sont attribuables au tabac. Les facteurs de risques professionnels 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. On peut donc citer :

- Le cancer épidermoïde (avec le tabac brun).
- Le cancer profond à petites cellules (surtout avec le tabac blond « légère », dont une inhalation plus profonde de la fumée.
- L'adénocarcinome
- 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 Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) : le tabac a une responsabilité majeure, plus que tous les autres facteurs étiologiques.

L'accélération du déclin du volume expiratoire maximal par seconde (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.

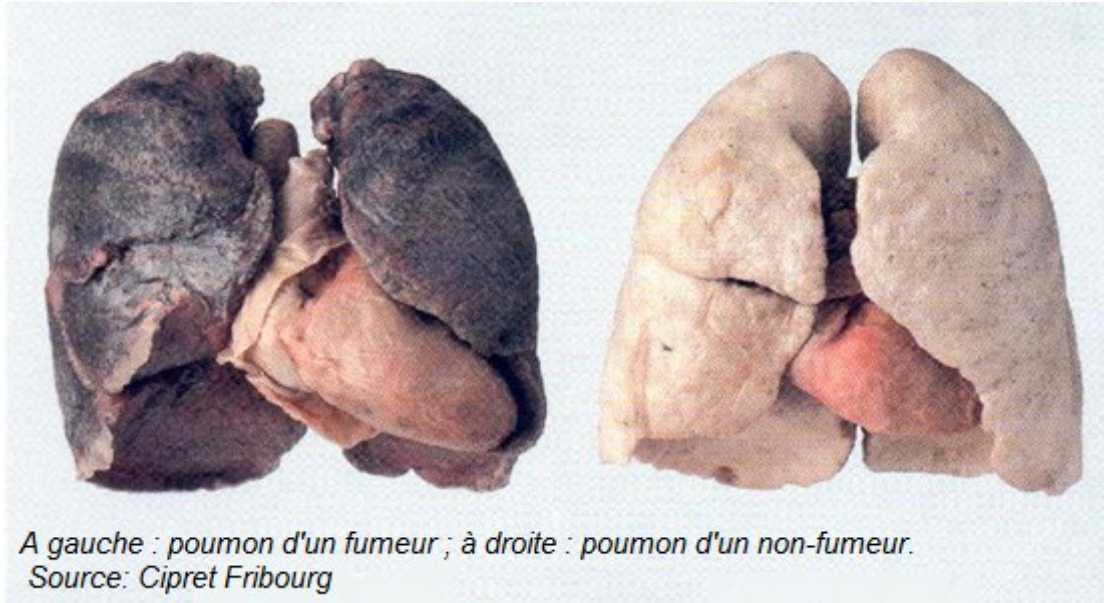


Figure 5: Action du tabac sur les poumons

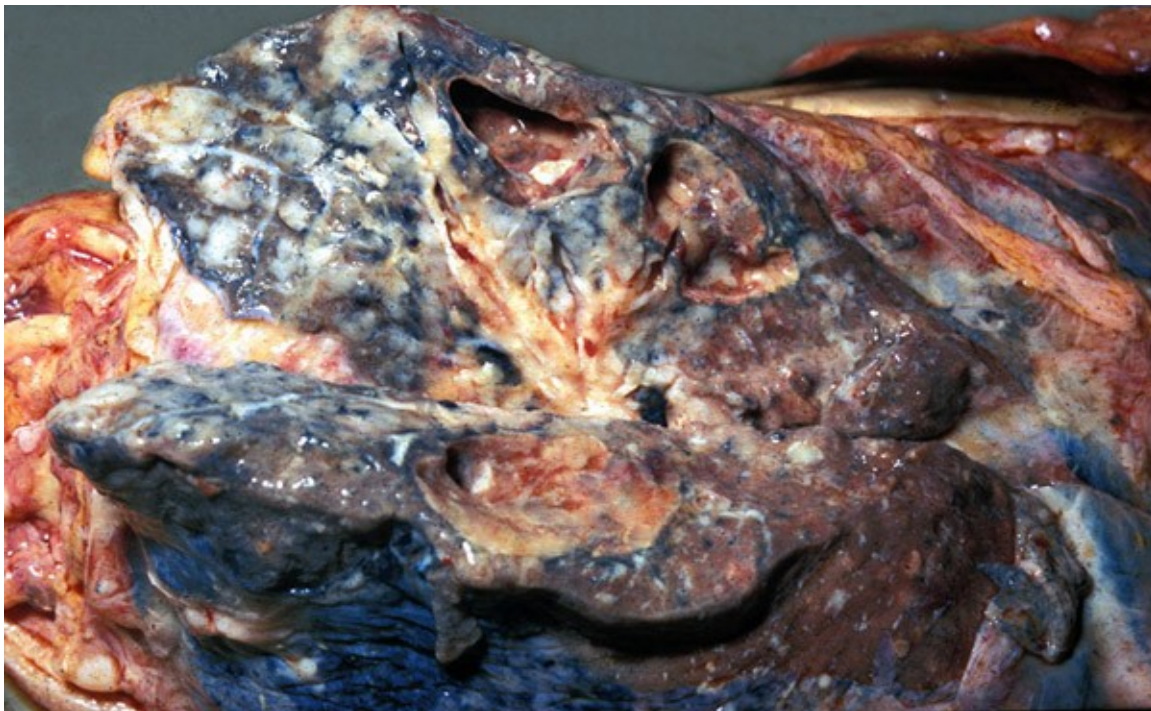


Figure 6 : carcinome à petites cellules du poumon (*Source : Dr J-C Pache, Département de pathologie et immunologie, Université de Genève, Suisse*) :

La surface du poumon est gris foncé : ceci vient des particules de charbon qui ont été inhalées pendant longtemps par un fumeur. Les nodules blancs sont un carcinome typique du poumon, qu'on appelle « à petites cellules ».

3.6.3. Effets sur le système cardio-vasculaire :

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

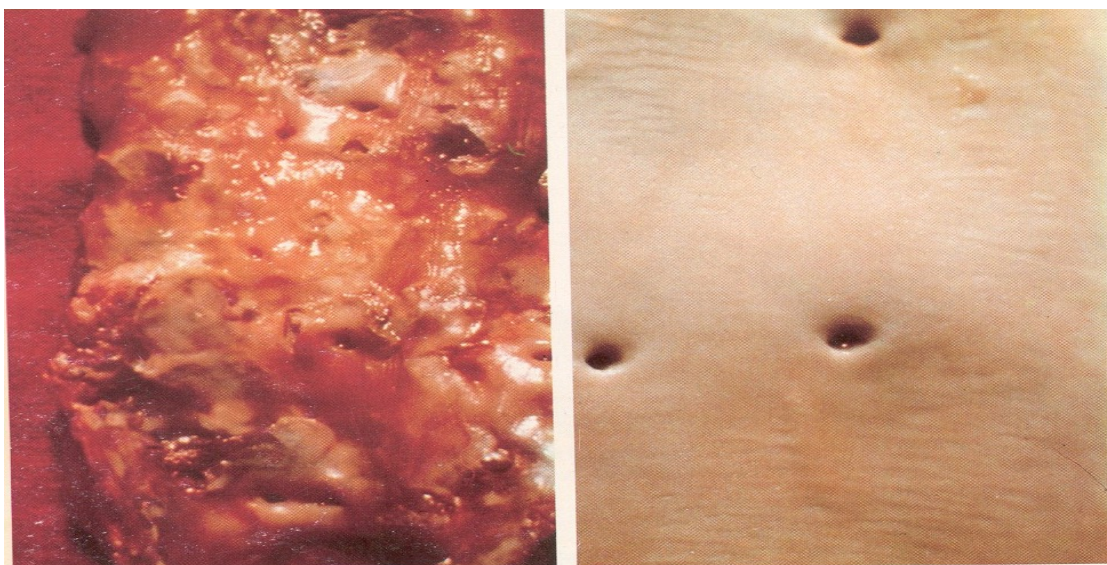
La diminution du taux de goudron des cigarettes ne modifie pas l'incidence de l'infarctus du myocarde chez le fumeur.

La présence de monoxyde de carbone (CO) fixé à l'hémoglobine dans le sang circulant et l'augmentation du fibrinogène circulant ont une action toxique directe sur l'endothélium vasculaire.

Le cholestérol (LDL), souvent augmenté chez le fumeur, va aussi pouvoir se fixer sur des vaisseaux et faire le lit de l'athérosclérose.

Le tabac participe au délabrement du tissu artériel. Chez un fumeur, petit à petit les vaisseaux sanguins perdent leur élasticité. Le sang déjà trop épais du fumeur, doit circuler dans des artères partiellement bouchées.

Le tabac favorise le dépôt de cholestérol [36]. L'artérite survient lorsqu'il y a oblitération d'une artère par de tels dépôts. Les membres (en général les jambes) n'étant plus irrigués sont alors atteints par les gangrènes, ce qui nécessite parfois l'amputation d'un pied ou d'une jambe. L'artérite est une maladie qui ne frappe que les fumeurs [36].



A droite : paroi intérieure d'une **artère saine** ; elle est lisse. Les trous sont les ramifications des vaisseaux.
A gauche : paroi d'une **artère tapissée de cholestérol**. Le tabac n'est pas le seul facteur de risque cardio-vasculaire, mais il favorise le dépôt du cholestérol.

Figure 7 : Action du tabac sur les parois artérielles (Ligue Vie et Sante)

3.6.4. Atteintes du système nerveux

Inhalée avec la fumée de la cigarette, la nicotine atteint la muqueuse bronchique, passe dans le sang et atteint très rapidement les structures cérébrales (7 secondes environ).

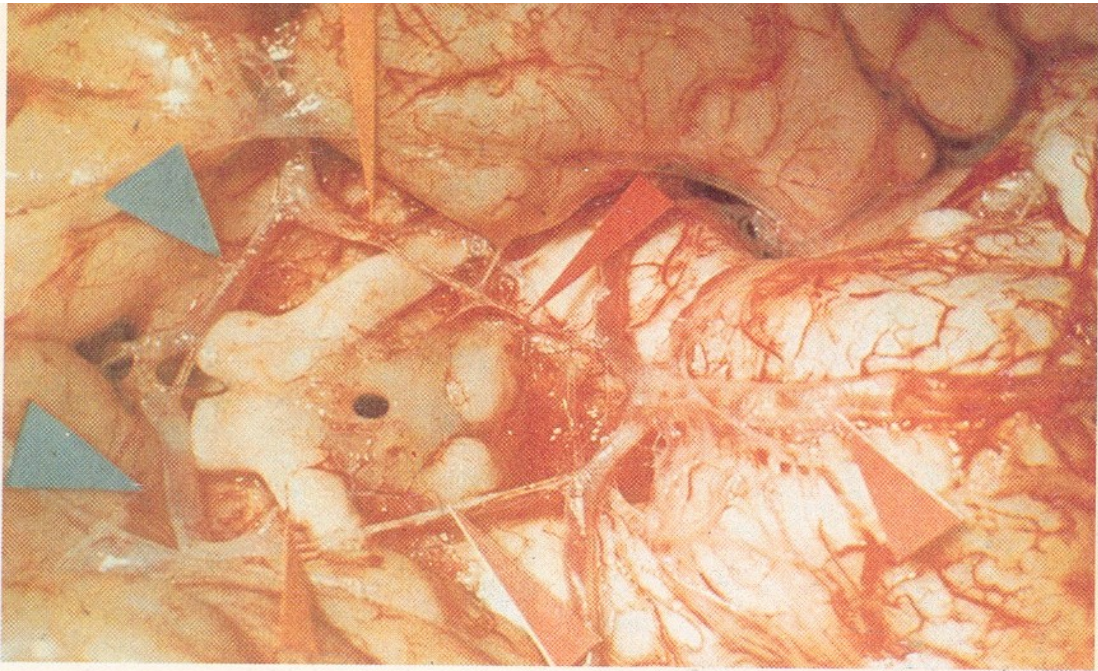
Bien des produits, en particulier l'oxyde de carbone, peuvent être mis en cause dans l'agression du système nerveux.

Il y a deux actions potentielles :

- Sur le système nerveux central : perturbation d'ordre neurologique et psychique
- Sur le système nerveux neurovégétatif.

Chaque bouffée de nicotine modifie le fonctionnement du système nerveux. Le tabac affaiblit en particulier la mémoire, la volonté, la capacité et favorise le conditionnement [33].

La nicotine entraîne des céphalées, des vertiges, une diminution de la vigilance, etc.



Cerveau normal, de couleur blanche virant sur le rose ; les vaisseaux sanguins sont élastiques et transparents.

Figure 8 : Cerveau normal



Cerveau d'un gros fumeur, de couleur beige virant sur le gris ; les vaisseaux sanguins sont sclérosés ; ce cerveau n'est plus irrigué convenablement.

Figure 9 : Cerveau d'un gros fumeur (Ligue Vie et Sante)

3.6.5. Tabac et sexualité

Des études effectuées aux Etats-Unis (Report of the Surgeon Général to the U.S.A Department of Health and Human Services, May, 2004) montrent que chez un homme qui fume par rapport à un non-fumeur :

- Le liquide séminal présente une densité en spermatozoïdes plus faible ;
- La mobilité des spermatozoïdes est moindre (ils sont moins actifs) ;
- Le nombre des spermatozoïdes morphologiquement anormaux est plus élevé ;
- Le taux de testostérone des fumeurs est moins élevé.

On peut donc penser que le tabac serait un facteur d'impuissance chez l'homme. A cet effet, 40% des hommes tabagiques souffrent d'une dysfonction partielle des corps érectiles [37].

Chez la femme : il y a 46% de femmes stériles de plus chez les femmes fumeuses que chez les femmes non-fumeuses ; on a signalé des cas de frigidité par troubles nerveux ou ganglionnaires liés au tabac [33].

Fumer avance l'âge de la ménopause de l'ordre de 1,5 à 2 ans (le tabac est le seul facteur connu ayant cette action). Les délais nécessaires à la conception sont plus longs pour les fumeuses. La consommation de tabac est associée à une augmentation du risque de maladies inflammatoires du pelvis [33]. On a :

- Une aggravation de l'ostéoporose post-ménopausique et donc une augmentation du risque de fracture ;
- Une augmentation des risques cérébraux et cardiovasculaires inhérents à la contraception hormonale : outre le fait que le tabac représente un grand facteur d'athérosclérose, son association avec les pilules œstro-progestatives augmente considérablement le risque de thrombose en perturbant la coagulation sanguine. D'après une statistique concernant la femme « sous pilule », le fait de fumer multiplie par le coefficient de l'ordre de 20, le risque d'accident cérébral [33].

Fumer provoque une masculinisation de la femme, avec un épaissement de la peau, une modification du timbre de la voix, une pilosité accrue et un amas graisseux sur le ventre.

3.6.6. Tabac et grossesse

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 du bébé est inférieur en moyenne d'environ 150 à 250g. Un syndrome de sevrage peut s'observer à la naissance. La mort subite du nourrisson est plus fréquente lorsque l'enfant a été exposé *in utero* au tabagisme de sa mère.

Ces enfants sont exposés à des infections plus fréquentes et plus graves, qu'il s'agisse de maladies oto-rhino-laryngologiques ou du système pulmonaire.

Par ailleurs, l'asthme est plus grave chez ces enfants, dont le développement généralement est souvent ralenti [33].

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.

Principales conséquences du tabagisme de la femme sur l'enfant :

- Accouchements prématurés ;
- Retard psychomoteur, mental
- et retard de croissance ;
- Leucémie du nourrisson ;
- Tumeur du cerveau ;
- Becs de lièvre.



Figure 10 : « ' Bec de lièvre »
chez un nourrisson

3.6.7. Cancers liés au tabac

Ils sont dus aux goudrons contenus dans la fumée. Parmi eux, le benzopyrène s'est révélé le plus cancérigène.

- Cancer bronchique : fréquent chez les sujets de 45 à 50 ans lorsqu'ils ont commencé vers l'âge de 20 ans.
- Cancer du col de l'utérus
- Cancer du sein
- Cancer du côlon
- Cancer du pancréas
- Cancer de la vessie
- Cancer de la lèvre

- Cancer de l'œsophage



Archives chirurgie A CHU point G

Figure 11 : - Cancer du sein (femme tabagique)

3.6.8. Atteintes diverses

3.6.8.1. L'ulcère gastro-intestinal :

La nicotine augmente les sécrétions de l'estomac et réduit la sécrétion bicarbonatée du pancréas.



Figure 12 : Estomac d'un fumeur

3.6.8.2. Troubles intestinaux :

La nicotine agit sur les muscles lisses gastriques et augmente le péristaltisme intestinal. Pour les fumeurs, l'accélération du transit qui en résulte peut être à l'origine de diarrhées prolongées qui cessent avec l'arrêt du tabac.

3.6.8.3. Les gingivites ulcéreuses :

Elles se manifestent surtout chez les jeunes.

3.7. Méfaits du tabac sur l'environnement

➤ *Tabac et insalubrité*

La cigarette est non seulement néfaste pour la santé des fumeurs et de leur entourage, mais son résidu appelé familièrement mégot, cause lui aussi de sérieux dommages dans le milieu aquatique, forestier et humain.

L'interdiction de fumer dans les lieux publics a conduit de nombreux fumeurs à jeter leurs mégots n'importe où, faute d'utiliser un cendrier de poche prévu à cet effet. Jeté dans les caniveaux ou les égouts, le mégot va disséminer des métaux lourds dans les eaux pluviales et le sol, polluant jusqu'à 8 litres d'eau qui devront être traités. Jeté au pied des arbres, il va fragiliser leur développement [38].

Outre la pollution liée aux mégots de cigarettes amassés sur les trottoirs, l'interdiction de fumer dans les lieux publics dans les pays industrialisés a également conduit les terrasses des cafés et restaurants à rester ouvertes tout au long de l'année à l'aide de braseros très gourmands en électricité ou en gaz, conduisant ainsi à un réel gaspillage d'énergie [38].

A défaut d'être ramassés, les mégots mettent jusqu'à 12 ans pour se décomposer. Les mégots abandonnés atterrissent jusque dans les estuaires [37]. Au Canada, les citoyens sont sensibilisés à ce problème par la mise en place d'un « grand nettoyage de printemps » des rives canadiennes. En 2003, les 20.000 bénévoles ont ramassé environ 50 tonnes de déchets sur 1000 km de rives qu'ils ont effectué. On retrouvait des chiffres affolants : environ 160.000 objets recueillis étaient des cigarettes ou des filtres de cigarettes [39].

➤ *Déforestation et incendies*

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), la culture du tabac entraînerait une déforestation massive : dans beaucoup de pays en développement, le bois sert de combustible pour sécher les feuilles de tabac et construire des séchoirs à l'air naturel. On estime que 200.000 hectares de forêts et de terrains boisés sont coupés chaque année à cause de la culture du tabac [40].

Un mégot sur 2000 provoque un incendie de forêt en été.

Selon les statistiques incendies des Bouches du Rhône, 16% des départs d'incendies sont dues aux mégots jetés par les conducteurs de voitures, 13,8% par les promeneurs qui éteignent mal leurs mégots [39].

➤ *Le tabac et la pollution de l'air [39]*

Selon l'Académie de Médecine, la fumée de tabac constitue « la source la plus dangereuse de pollution de l'air domestique en raison de sa concentration élevée en produits toxiques, mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge et pendant des périodes beaucoup plus longues que celles où l'on subit une pollution atmosphérique extérieure ».

➤ *Le tabac et les accidents de la route [39]*

Cinq pour cent (5 %) des accidents de la route sont dus au tabac en France. Ce risque est lié à 4 facteurs principaux :

- l'accélération du rythme cardiaque et la poussée d'hypertension artérielle provoquée par chaque bouffée de cigarettes ;
- le retentissement sur le champ visuel de la fumée du tabac, majoré par l'écran de fumée qui en résulte ;
- l'intoxication par le monoxyde de carbone dégagé par la combustion du tabac provoque maux de tête et fatigue, mais surtout une somnolence accrue au volant ;
- la diminution de l'attention au volant avec confrontation de 2 automatismes :
 - ceux de la conduite
 - ceux du tabac : allumer une cigarette, jeter les cendres et se débattre contre les braises, mouvements main/bouche provoqués par la cigarette.

Autant de gestes qui égarent l'attention et rendent les réflexes moins opérants en cas de danger.

3.8. Tabac et interactions médicamenteuses

L'hygiène de vie, et particulièrement les habitudes alimentaires, la consommation de boissons alcoolisées et l'utilisation du tabac peuvent modifier l'activité ou la toxicité des médicaments. Pour la population tabaco-dépendante, il faut envisager d'une part les interactions entre l'organisme et les médicaments et d'autre part entre les substances comprises dans la fumée de tabac et les médicaments.

Les mécanismes d'interactions médicamenteuses sont maintenant mieux connus, et de nombreuses molécules ont été étudiées. Après un bref rappel de ces mécanismes, nous aborderons les interactions des médicaments avec les constituants de la fumée de tabac, puis nous envisagerons leurs conséquences thérapeutiques.

3.8.1. Mécanisme des interactions médicamenteuses :

En plus de s'exposer à une panoplie de maladies souvent mortelles, les fumeurs qui consomment des médicaments peuvent devenir à leur insu, les hôtes d'un mélange interactif. En effet, fumer la cigarette peut affecter la

biodisponibilité d'un médicament, modifier la réponse du patient au médicament ou altérer une condition médicale existante. Les interactions médicamenteuses qui en résultent peuvent causer une diminution de l'efficacité du médicament en question ou rendre la thérapie médicamenteuse plus imprévisible [41]. A ce jour, seulement une quarantaine de médicaments ont fait l'objet d'études afin de déterminer l'incidence du tabagisme sur leur efficacité [42]. De ce nombre, il apparaît qu'environ une douzaine interagit avec la fumée de cigarette de façon significative sur le plan clinique [41]. Il est vraisemblable qu'il existe plusieurs autres interactions médicamenteuses avec la fumée de cigarette mais qu'elles ne soient pas encore documentées. Ainsi, lorsqu'un médicament ne produit pas les effets escomptés chez un patient fumeur, une interaction entre la fumée de cigarette et le médicament pourrait être soupçonnée.

Interactions médicamenteuses :

Il y a interaction médicamenteuse lorsque l'intensité ou la durée des effets d'un médicament est modifiée par l'administration préalable ou concomitante d'une autre substance. Cette dernière peut être un solvant organique, un métal lourd, un médicament ou en l'occurrence la fumée de cigarette [41]. La plupart des interactions connues entre les médicaments et le tabagisme met en cause la cigarette. Il semble y avoir une relation entre le nombre de cigarettes fumées par jour et l'intensité de l'interaction [43]. La fumée de cigarette peut interagir avec certains médicaments par un effet pharmacocinétique ou pharmacodynamique [20, 41, 42, 44]. Il est aussi probable que des interactions puissent survenir chez les gros fumeurs de pipe ou de cigare, surtout si la fumée est inhalée [43].

3.8.1.1. Interactions pharmacocinétiques :

La fumée du tabac cause une interaction de type pharmacocinétique avec un médicament lorsqu'elle en affecte la biodisponibilité c'est-à-dire l'absorption, la distribution, le métabolisme ou l'élimination. La plupart des interactions pharmacocinétiques entre la fumée de cigarette et les médicaments résultent d'une induction du métabolisme hépatique des médicaments par les hydrocarbures poly aromatiques présents en grande quantité dans la fumée de cigarette. En effet, ces hydrocarbures polyaromatiques sont de puissants inducteurs enzymatiques du cytochrome P450. Cette induction enzymatique accélère le métabolisme hépatique des médicaments visés, engendrant ainsi une diminution de leur concentration sanguine et par conséquent, de leur efficacité.

Il est intéressant de noter que cette stimulation du métabolisme hépatique de certains médicaments survient principalement chez les jeunes fumeurs et ceux d'âge moyen ; elle serait moins prononcée chez les fumeurs âgés et chez les patients atteints d'hépatite ou de cirrhose. De plus, il semble que l'induction enzymatique causée par le tabagisme puisse persister pendant des mois après qu'un individu ait cessé de fumer [43].

- La théophylline : La fumée de cigarette cause une induction du métabolisme hépatique de la théophylline [41]. Cette induction entraîne une diminution des concentrations sériques, une diminution de la demi-vie et une augmentation de la clairance de la théophylline [41, 43]. Par conséquent, les fumeurs ont généralement besoin d'une dose d'entretien de théophylline plus élevée. L'augmentation de la dose peut aller jusqu'à deux fois la posologie requise par les non-fumeurs [20, 44]. À l'inverse, lorsque le patient cesse de fumer, la clairance de la théophylline diminue d'environ 35% dans les sept jours suivants l'abandon [20, 44]. Parce que l'induction du métabolisme hépatique causée par la fumée du tabac peut prendre plusieurs semaines avant de se résorber complètement. L'augmentation des concentrations sériques de théophylline peut s'échelonner sur plusieurs semaines [40 - 42]. Ainsi afin d'éviter une intoxication, il est donc important que le médecin contrôle le dosage de la théophylline pendant plusieurs semaines chez le patient qui vient de cesser de fumer. Il peut être nécessaire de réduire les doses de 25 à 30%, d'où l'importance d'être vigilant à cet égard [20, 44, 45].

- La flécaïnide : Selon diverses études, fumer la cigarette peut réduire les concentrations sériques de la flécaïnide secondairement à une clairance plasmatique augmentée. Le traitement des contractions ventriculaires prématurées peut donc nécessiter des doses plus élevées de flécaïnide chez les fumeurs [41].

- Le propoxyphène : Des investigateurs ont démontré que le propoxyphène était un analgésique moins efficace chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Alors qu'il était inefficace chez 10% des non-fumeurs à l'étude, il l'était chez 15% des fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour et 20% des fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour. L'effet est-il dû à une augmentation du métabolisme hépatique du médicament ou à une diminution de la tolérance à la douleur chez les fumeurs ; la réponse reste à établir. Néanmoins, l'analgésie induite par le propoxyphène peut se révéler inadéquate chez les fumeurs, particulièrement chez les gros fumeurs ; dans un tel cas, le choix d'un autre analgésique serait approprié [41, 43].

- Le pentazocine : Le tabagisme peut engendrer une diminution de l'effet analgésique de la pentazocine [41, 43, 44]. Cet effet serait possiblement dû à une augmentation du métabolisme de ce médicament chez les fumeurs, ces derniers métabolisant 40% plus de pentazocine que les non-fumeurs [44]. Par conséquent, il peut être nécessaire d'augmenter les doses de pentazocine de 40 à 50% chez les fumeurs afin d'obtenir l'effet analgésique requis [45].
- Les antidépresseurs tricycliques : Selon deux études, les concentrations plasmatiques d'antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, désipramine, imipramine, nortriptyline) observées chez les fumeurs sont plus faibles que chez les non-fumeurs [43]. Par contre, selon une autre étude, la nortriptyline ne serait pas affectée par le tabagisme [42, 43]. Bien que les études ne soient pas concluantes sur le sujet, les diminutions de concentrations plasmatiques peuvent s'avérer suffisamment importantes pour réduire l'efficacité des antidépresseurs tricycliques chez certains fumeurs [43]. Il peut donc être indiqué d'adapter la posologie à la hausse chez ces derniers.
- L'héparine : L'élimination de l'héparine semble plus rapide et la demi-vie plus courte chez les fumeurs [42, 43]. Une modeste augmentation de la posologie de l'héparine est donc parfois nécessaire chez les patients qui fument [41, 42].
- Le phénylbutazone : Le tabagisme causerait une induction du métabolisme hépatique de la phénylbutazone, entraînant une diminution de la demi-vie et des concentrations sériques de cet anti-inflammatoire. De plus, la fumée du tabac peut augmenter l'intolérance gastro-intestinale à la phénylbutazone. Ce médicament devrait donc être remplacé chez les fumeurs par un autre anti-inflammatoire non stéroïdien moins irritant pour le système gastro-intestinal [42].
- Diverses substances (caféine, vitamine C, vitamine B12) : Le tabagisme tend à augmenter l'élimination de la caféine, ce qui pourrait expliquer la consommation plus élevée de café chez les fumeurs. Les fumeurs ont tendance à avoir des concentrations sériques de vitamine C plus faibles que les non-fumeurs et ont probablement besoin d'un apport plus élevé d'acide ascorbique. De même, le tabagisme tend à diminuer les concentrations sériques de vitamine B12. Ceci pourrait revêtir une importance clinique chez les patients souffrant de dénutrition sévère ou chez les végétariens stricts chez lesquels les niveaux de vitamine B12 peuvent être faibles [43].

- Les hydrocarbures aromatiques polycycliques (H.A.P.) : Il s'agit notamment du Benzopyrène, de l'Anthracène et du Phénanthrène, qui agissent sur le métabolisme par induction enzymatique au niveau de trois cytochromes (1A1, 1A2, 2E1), ainsi que sur certaines glucuronosyl-transférases, avec soit modification du métabolisme de médicaments, soit production de substances carcinogènes. Les H.A.P. favorisent d'autre part la glucurono-conjugaison des substances, et donc leur élimination.

In vitro, sur des microsomes hépatiques, on ne leur a pas trouvé d'effet sur le métabolisme de la bilirubine, ni de la morphine. Par contre, chez certains fumeurs, différentes études ont montré une augmentation de la glycurono-conjugaison du Propranolol et de la codéine, ainsi que l'OH-cotinine, sans effet sur la nicotine ou la cotinine.

- La nicotine : Au niveau de l'absorption, les effets vasoconstricteurs de la nicotine ont été incriminés dans des retards d'absorption de médicaments administrés par voie transcutanée. La nicotine est principalement métabolisée en cotinine au niveau du foie (cytochrome 2A6).

Chez le fumeur, on observe une augmentation de l' α -1-glycoprotéine acide impliqué dans le transport des médicaments basiques. Mais cela semble être d'une importance modeste (Chlorpromazine, Propranolol, Quinidine).

- L'oxyde de carbone : L'inhibition des cytochromes par l'oxyde de carbone est bien connue *in vitro*. C'est un effet dose dépendant, direct (plus que par hypoxie tissulaire) et sélectif. L'oxyde de carbone ne rendrait pas inactifs les cytochromes 1A2, 2E1.

- Les métaux lourds : Le cadmium a surtout été étudié. Il inhiberait le cytochrome 2E1, mais serait sans effet sur le cytochrome 3A4.

3.8.1.2. Interactions pharmacodynamiques :

Les constituants de la fumée de cigarette, notamment la nicotine, possèdent des propriétés pharmacologiques inhérentes qui peuvent potentialiser ou inhiber les effets pharmacologiques des médicaments, causant ainsi des interactions pharmacodynamiques [42]. Les effets pharmacologiques de la nicotine et des autres constituants de la fumée de cigarette sont nombreux [41, 46]. On note entre autre, qu'ils stimulent le système nerveux central, accélèrent le rythme cardiaque, élèvent la pression artérielle, augmentent le volume d'éjection du cœur, provoquent une vasoconstriction cutanée et une veinoconstriction systémique, ils ont un effet hyperlipidémiant, augmentent

l'incidence et la récurrence des ulcères peptiques, stimulent la libération de cortisol et diminuent la synthèse de prostaglandines.

- Les benzodiazépines : Des études révèlent que le Diazépam et le Chlordiazépoxyde causent plus souvent de la somnolence chez les non-fumeurs que chez les fumeurs et que l'effet est relié au nombre de cigarettes fumées par jour [40 - 43]. Il semble que cet effet soit davantage dû aux propriétés stimulantes de la nicotine sur le système nerveux central qu'à une accélération du métabolisme par la fumée de cigarette [41, 44]. Les fumeurs peuvent donc nécessiter des doses plus importantes de benzodiazépines pour atteindre l'effet sédatif optimal recherché [41, 43].
- L'Insuline : Le tabagisme causant une vasoconstriction périphérique, il y a une diminution de l'absorption sous-cutanée de l'insuline. De plus, la nicotine stimule la libération de cortisol ce qui peut augmenter la glycémie [43]. Les fumeurs qui souffrent de diabète mellitus peuvent donc nécessiter des doses d'insuline de 15 à 30% plus élevées que les non-fumeurs [41, 43, 44].
- Les médicaments antiulcéreux : Plusieurs études ont démontré une forte association entre le tabagisme et l'incidence des ulcères gastro-intestinaux, la récurrence des ulcères, le délai pour la guérison et le risque augmenté de complications. Cependant, l'effet du tabagisme sur l'efficacité des médicaments antiulcéreux demeure controversé. Selon certaines études, les antagonistes du récepteur H2 de l'histamine sont moins efficaces dans le traitement de l'ulcère chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Cesser de fumer serait plus efficace pour prévenir la récurrence de l'ulcère que l'administration de cimétidine [41]. Si le patient ne peut cesser de fumer, le sucralfate serait le médicament de choix bien que la littérature soit équivoque à cet égard [42].
- Les contraceptifs oraux :

Il existe une importante interaction synergique entre l'usage de la cigarette et la prise de contraceptifs oraux surtout chez les femmes de plus de 35 ans. Les fumeuses qui prennent des contraceptifs oraux sont 30 fois plus à risque de souffrir d'une crise cardiaque et environ 20 fois plus à risque d'avoir un accident vasculaire cérébral que les non-fumeuses qui ne prennent pas d'anovulants [41, 47, 48].

Ce risque accru menace une forte proportion de Québécoises puisque 34% des utilisatrices de contraceptifs oraux fument régulièrement la cigarette : 32% chez les 15-24 ans et 37% chez les 25-44 ans [49].

Le médecin doit vivement recommander à ces dernières de cesser de fumer et, le cas échéant, de changer de moyen de contraception [41].

- Le Propranolol, l'Aténolol et la Nifédipine : Les bêtabloquants sont moins efficaces dans le traitement de l'hypertension chez les fumeurs suite à l'effet alpha-adrénergique de vasoconstriction de la nicotine et au blocage des récepteurs bêta-adrénergiques responsables de la vasodilatation [44]. Pour traiter l'hypertension chez les fumeurs, les thiazidiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine seraient plus appropriés que les bêtabloquants [41]. Le Labétalol, un bloqueur des récepteurs alpha et bêta-adrénergiques, serait également préférable aux autres bêtabloquants chez les hypertendus fumeurs [44]. Il est à noter que les fumeurs souffrant d'hypertension légère traités avec le Propranolol sont plus à risque d'avoir un AVC que les non-fumeurs. Toutefois, s'ils sont traités avec un diurétique, ils n'encourent pas plus de risque de développer un AVC que les non-fumeurs [41]. Enfin, le tabagisme nuit à l'efficacité du Propranolol, de l'Aténolol et particulièrement de la Nifédipine dans le traitement de l'angine. Le mécanisme de cette interaction demeure inconnu, mais pourrait possiblement s'expliquer par une augmentation des concentrations sanguines de carboxyhémoglobine [41].

Les fumeurs atteints d'angine doivent être vivement encouragés à cesser de fumer.

- Les psychotropes : les interactions avec les psychotropes ont été bien étudiées. Susan SHOAF a notamment réalisé un travail en 1991 sur les interactions entre les psychotropes, le tabac et l'alcool [50].
- Les neuroleptiques : Du point de vue pharmacodynamique, comme pour les benzodiazépines, fumer diminue les effets sédatifs et l'hypotension orthostatique induite par la chlorpromazine [45].

Par ailleurs, la pharmacocinétique de la plupart des neuroleptiques étudiés (Chlorpromazine, Fluphénazine, Halopéridol, Clozapine, Olanzapine, Risperidone) montre une diminution des aires sous la courbe, des concentrations maximales (C_{max}), et une augmentation de la clairance [51]. Ces variations pourront parfois nécessiter une adaptation posologique, notamment si un arrêt du tabac survient, ou si les résultats cliniques ne sont pas satisfaisants chez un gros fumeur (en prenant en compte l'effet pharmacodynamique du tabac).

De plus, des facteurs comme l'âge, le sexe, le type de métabolisme, rapide ou lent, propre au sujet, peuvent également modifier le métabolisme des psychotropes.

Perry et coll., ont construit un nomogramme des concentrations plasmatiques de la Clozapine [52]. On observe une différence significative entre homme et femme, et chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Ce modèle intéressant prend en compte 47% des variations de la concentration de Clozapine, et peut aider à adapter la posologie. Les différences entre fumeurs et non fumeurs s'expliquent par l'effet du tabac sur le métabolisme et/ou sur les phénomènes d'absorption intestinale.

- Les antalgiques (Pentazocine, Dextropropoxyphène, Codéine, Paracétamol, Lidocaïne, AINS) :

Quel que soit le type d'antalgiques étudié, les observations ont montré que les doses administrées doivent être plus importantes chez le fumeur [44]. Ceci vient d'une part de l'induction du métabolisme, et d'autre part d'un abaissement du seuil de la tolérance à la douleur (effet stimulant central de la nicotine) [53].

- Les médicaments cardio-vasculaires (Quinidine, bêtabloquants, Flécaïnide) :

Les bêtabloquants apparaissent moins efficaces sur la tension artérielle et la fréquence cardiaque chez les fumeurs comparativement aux non-fumeurs [53]. Cela résulte d'une part de l'augmentation de la libération des catécholamines par la nicotine. D'autre part, le tabac favorise la destruction des bêtabloquants liposolubles à fort métabolisme hépatique (Labétalol, Métoprolol, Propranolol) et leur élimination rénale par induction du phénomène de glucuronidation [44].

Il sera donc parfois préférable d'utiliser chez un fumeur hypertendu un bêtabloquant hydrosoluble ou peu métabolisé (Aténolol, Betaxolol), ou une autre classe thérapeutique : inhibiteur calcique ou inhibiteur de l'enzyme de conversion.

- L'Alcool et le café : Bien qu'il ne s'agisse pas de médicaments à proprement parler, quoiqu'on puisse les voir comme des automédications, et que la caféine soit un composant de certaines préparations médicamenteuses, on ne peut s'abstenir d'envisager les interactions entre le tabac, l'alcool et le café tellement est fréquente l'association de ces consommations.
- L'Alcool et le tabac : Aux Etats-Unis en 1995 dans une population d'alcooliques, la prévalence des fumeurs a été évaluée à 90 %, contre 30 % dans la population générale ; 90 % des fumeurs boivent régulièrement, contre 60 % chez les non-fumeurs.

Individuellement, les effets de chaque substance sont bien connus, la nicotine étant plutôt considérée comme stimulante, et l'alcool comme calmant [50]. Seule, la nicotine augmente les effets subjectifs et la sensation de vertiges. L'alcool augmente les rougeurs faciales, la sensation de vertige, mais a moins d'effets stimulants.

Lorsqu'ils sont administrés en même temps, les effets subjectifs sont potentialisés, et plus chez l'homme que chez la femme. La nicotine a tendance à diminuer la sensation de fatigue due à l'alcool. Ceci amène à penser que le tabac atténue les effets sédatifs de l'alcool. Par contre, les effets cardiaques sont potentialisés avec augmentation de la pression artérielle et du rythme cardiaque.

Du point de vue pharmacocinétique, le tabac diminue significativement l'absorption de l'alcool et abaisse la C_{max} de l'alcool, donc diminue l'effet de l'alcool. On en déduira que, l'alcool ayant également une action inhibitrice sur le cytochrome 2D6, les interactions médicamenteuses seront d'autant plus nombreuses si on cumule tabac et alcool.

Tableau III : Principales interactions médicamenteuses avec le tabagisme

Médicaments	Effets	Recommandations
<p>ANALGÉSIFIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pentazocine - Propoxyphène 	<p>Diminution de l'effet analgésique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il peut être nécessaire d'augmenter les doses de 40-50%. - Il peut être indiqué de choisir un autre analgésique.
<p>ANTAGONISTES CALCIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nifédipine 	<p>Interférence avec l'effet thérapeutique de la nifédipine dans le traitement de l'angine</p>	
<p>ANTAGONISTES DURÉCEPTEUR H2 DEL'HISTAMINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cimétidine - Ranitidine 	<p>Diminution possible de l'efficacité de ces médicaments dans le traitement des ulcères gastro-intestinaux</p>	<p>Le sucralfate pourrait être supérieur aux antagonistes du récepteur H2 de l'histamine</p>
<p>ANTIDÉPRESSEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amitriptyline - Désipramine - Imipramine - Nortriptyline 	<p>Diminution de l'effet antidépresseur</p>	<p>Il peut être indiqué d'adapter la posologie à la hausse</p>
<p>ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROIDIENS</p> <p>Phénylbutazone</p>	<p>Diminution de l'effet anti-inflammatoire et augmentation de l'intolérance gastro-intestinale</p>	<p>Il serait préférable de choisir un autre AINS</p>

<p>BENZODIAZÉPINES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chlordiazépoxyde - Clorazépate - Oxazépam - Diazépam - Triazolam 	<p>Diminution de l'effet sédatif</p>	<p>Il peut être nécessaire d'augmenter la dose.</p>
<p>BÊTA-BLOQUANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propranolol - Aténolol 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'effet hypotenseur - Diminution de l'effet thérapeutique dans le traitement de l'angine 	<p>Les thiazidiques ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine seraient plus efficaces</p>
<p>BRONCHODILATATEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Théophylline 	<p>Diminution de l'effet bronchodilatateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Il peut être nécessaire d'augmenter la dose jusqu'à 2 fois chez les fumeurs. -Il peut être nécessaire de réduire les doses de théophylline du quart ou du tiers lorsque le patient cesse de fumer
<p>CONTRACEPTIFS ORAUX</p>	<p>Augmentation du risque de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral surtout chez les femmes de plus de 35 ans</p>	<p>Il peut être indiqué de choisir un autre moyen contraceptif</p>
<p>HYPOGLYCEMIANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuline 	<p>Diminution de l'efficacité</p>	<p>Il peut être nécessaire d'augmenter la dose de 15-30%</p>
<p>AUTRES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caféine - Vitamine C - Vitamine B12 	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de l'effet -Diminution des concentrations sériques de Vitamine C et Vitamine B12 	<p>Chez les patients fumeurs et dénutris, surveiller les déficits en vitamines B12 et C</p>

3.9. « Bienfaits » du tabac

La cigarette comporte bien des avantages. Elle donne une contenance, calme les appétits. Ses volutes favorisent la pensée, fixent les méditations [54].

Moins de maladies de Parkinson et de sarcoïdoses [54, 55].

Des études ont montré que la consommation de tabac pourrait protéger contre la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson (MP). Une étude de cohorte chez 305 468 personnes de plus de 50 ans, publiée dans *Neurology* du 10 mars 2010, montre une diminution du risque de MP de 44 % chez les fumeurs, et de 22 % chez les anciens fumeurs. Ces études ont donné lieu à certaines polémiques, mais n'ont jamais été véritablement réfutées. En effet, il semblerait que la nicotine ait des propriétés neuroprotectrices, ce qui expliquerait ses effets protecteurs dans ces maladies neurodégénératives (la nicotine pourrait ralentir la progression des maladies neurodégénératives).

La stimulation nicotinique pourrait aussi avoir un effet favorable sur le plan cognitif.

Par ailleurs, la nicotine stimulerait la libération de dopamine, compensant ainsi le déficit en dopamine retrouvé chez les malades atteints de Parkinson.

De plus, le tabac fait vivre depuis sa création des millions d'êtres humains.

Le tabac lutte contre le chômage. Manufacture, emballages, publicités, lutte anti tabac, réfractaires aux tabacs, ennemis du tabac tout cela engendre des milliers d'emplois et des sommes d'argent colossales au même titre que le pétrole. Une partie des taxes prises sur le tabac permet l'amélioration des routes, la construction des hôpitaux, finance même l'aide à la santé et bien d'autres choses encore. Le tabac a ceci de particulier que, le fait de fumer permet dans son coté dit négatif par certains de faire vivre, les journalistes, les vendeurs d'encres et de papier, ou de chewing-gum, les pharmacies, les professions médicales et paramédicales.

En somme, le fait de fumer engendre énormément d'emplois et par conséquent contribue à la vie.

3.10. Sevrage tabagique et traitement du tabagisme

3.10.1. Sevrage tabagique

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. 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 toute une série d'étapes qui s'échelonnent généralement sur plusieurs décennies. Pendant plusieurs années il n'a aucune envie d'arrêter et c'est seulement après une ou deux décennies d'évolution que survient la phase de l'indécision, puis ensuite celle du fumeur décidé à l'arrêt. Le degré de motivation à l'arrêt est donc très variable d'un fumeur à l'autre. Il est rare que l'arrêt soit obtenu lors de la première tentative.

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

3.10.2. Traitement du tabagisme

Le meilleur moyen d'arrêter, c'est de ne jamais commencer.

3.10.2.1. Règles générales

Il faut donner une série de conseils importants :

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

3.10.2.2. Pharmacothérapie

On distingue deux types de dépendance vis-à-vis de la cigarette : la dépendance physique qui est estimée par le test de Fagerström et la dépendance psychique évaluée à son tour par le test de Horn. Cette dernière représente le besoin de maintenir ou de retrouver des sensations associées à l'action de fumer. Ainsi, le test de Horn permet de « décrire » le tabagisme en identifiant les facteurs qui poussent à fumer (plaisir, détente, anxiété, stress, tristesse...)

La pharmacothérapie repose sur les 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, des 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 Tianéphine.
- **Nicotine** : Elle est administrée chez des patients présentant une dépendance physique importante. 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, de timbre desservant des quantités de 7 à 21 mg par jour suivant la surface et la préparation pharmaceutique utilisée, de comprimé, de vaporisateur nasal ou même d'inhalateur. Un suivi d'au moins 6 mois est toujours indispensable, il réduit les risques de récurrence.

3.10.2.3. Psychothérapie [56]

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.).

3.11. Lutte contre le tabagisme

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

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

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

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 goudrons produits lors de la combustion, 15 mg depuis 1993 et 12 mg à partir de 1998.
- L’obligation d’avertissement sanitaire en langage clair et de format lisible porté sur les unités de conditionnement [57].

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 [58].

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 [14]. Ce n’est qu’en 1996 plus précisément le 29 juin que l’assemblée Nationale du Mali a adopté la loi N0 96-041 portant restriction de la publicité et de l’usage de tabac au Mali. Cette loi a été amendée et porte le nom de loi N°10-033 du 1^{er} juillet 2010

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 témoignée 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 [59].

La Journée mondiale sans tabac du 31 Mai 2010 avait pour but de mettre en lumière les effets nocifs du marketing du tabac auprès des femmes et des jeunes filles conformément à ce que prévoit la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

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.

En 2008, la SONATAM a produit 800 millions de cigarettes. Aujourd'hui, la SONATAM fabrique 1 000 648 cigarettes par mois.

Un plan d'investissement ambitieux de 9 milliards de FCFA a été soumis aux administrateurs pour la période de 2002-2006 afin de relancer les activités agricoles, industrielles et commerciales du tabac malien.

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 discothèques ou chez des particuliers. Il faut noter que le

BAT ne vend pas directement des cigarettes mais passe par la 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. De nos jours, selon le directeur général de la SONATAM, la fraude couvre plus de 40% de la production.

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 [60].

MATERIEIS ET METHODE

4. MATERIELS ET METHODE

Nous avons choisi d'étudier le tabagisme chez les femmes dans les bars, restaurants et discothèques du District de Bamako sur une période de quatre mois allant du 1^{er} Décembre 2010 au 31 Mars 2011.

4.1. Cadre d'étude : District de Bamako



Figure 13 : Carte du site d'étude

www.defimali.org

Situé sur les rives du Niger, en pleine zone soudanaise, le District de Bamako est la capitale politique et économique du Mali. Avec une superficie de 267km², sa population est estimée à 1.690.471 habitants (DNSI 2006). L'économie bamakoise est basée sur le commerce, l'artisanat, l'industrie et la pêche. Il y règne un climat tropical de type soudanais. Le District de Bamako compte soixante-six (66) quartiers organisés en six (6) communes.

Ayant listé 205 bars-restaurants et 25 discothèques (OMATO 2010), nous avons choisi d'enquêter autant dans les sites les moins fréquentés que dans les plus fréquentés afin d'y retrouver toutes les différentes classes sociales. C'est ainsi que les sites suivants ont été retenus :

- En commune I

Savana: bar/restaurant aux menus africains et exotiques avec un espace karaoké ; situé non loin de la clinique "groupe médical de Bamako".

Polo Club : discothèque à Djélibougou sise en face du British American Tobacco (BAT)

- Commune II

Bla-Bla Club : bar/restaurant aux menus variés a la "rue princesse" non loin du restaurant "Express".

Byblos : discothèque huppée sise à Hippodrome I près des super marchés « La fourmi » et « Azar » libre service.

- Commune III :

Casino de l'amitié : bar/restaurant avec grand espace de jeu (machine à sous, black jack, Texas hold'em, roulettes...) situé au pied du plus grand hôtel de Bamako, le Sofitel du groupe Laico au bord du fleuve Niger.

Bana : bar/restaurant sis à Bolibana non loin des rails et du camp des policiers "Jeunesse".

- Commune IV :

Farafina (bar/restaurants), Marina (hotel, bar/restaurant et grand centre de loisir) tous deux situés à Lafiabougou non loin du Commissariat du 5^{ème} arrondissement.

- Commune V :

Jet Set (grande discothèque) et Koud frein : restaurant/maquis aux spécialités africaines sis à la « rue princesse » de Badalabougou.

- Commune VI :

Komoguel : Mini hotel, bar et restaurant avec espace de loisir (pour mariages, concerts, anniversaires) situé derrière la gare routière de Sogoniko.

Dragon : restaurant/maquis sis à Faladié non loin de la "Tour d'Afrique".

Au total, douze structures ont été visitées.

4.2. Période d'étude et type d'étude

Il s'agit d'une étude d'observation de type descriptif et transversal auprès des femmes du District de Bamako, allant du 1er Décembre 2010 au 31 Mars 2011 soit quatre (4) mois d'enquête. Nous avons fait un passage par soirée pendant une semaine sur chaque site.

4.3. Population cible

Les femmes fréquentant les bars, restaurants et discothèques du district de Bamako.

4.4. Taille de l'échantillon

La taille se calcule à partir de la formule statistique suivante :

$$N = \Sigma \alpha^2 \frac{P \times Q}{I^2} = \frac{0,25 \times 0,75}{(0,04)^2} = 451$$

N : taille minimum de l'échantillon.

P : fréquence relative d'un événement mesurable sur la question : **p=0,25**

Q : complémentaire de la probabilité : **Q = 1- P : 1-0,25=0,75**

I : la précision varie entre **2%** et **8%** ; **I= 0,04**

Σ = 1.96 pour α=5%

α : l'intervalle de risque

Ainsi la taille de l'échantillon pour notre travail a été estimée à **451** pour **i=4%** et **p=0,25** avec une marge d'erreur à **5%** = **473 femmes**

Nous avons interviewé toutes les femmes présentes et disponibles sur les lieux d'enquête. La taille de l'échantillon était donc de 477 femmes réparties entre douze bars-restaurants et discothèques du District de Bamako.

4.5. Critères d'inclusion

Les femmes âgées de 15 à 55ans résidant à Bamako et présentes sur les lieux de l'enquête au moment de notre passage.

4.6. Critères de non –inclusion

- les femmes âgées de moins de 15ans et celles dont l'âge dépassait 55 ans ;
- les femmes âgées de 15 à 55ans présentes sur les lieux de l'enquête mais ne résidant pas à Bamako ;
- les femmes non consentantes.

4.7. Collecte des données

L'étude a été réalisée entre 20h et 1h du matin à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie et testée (voire annexes). Après obtention de l'accord du gérant des lieux, les fiches étaient distribuées à l'ensemble des femmes présentes ainsi qu'à toutes celles qui arrivaient pendant le déroulement de l'enquête. Puis, nous avons approché chaque femme disponible afin d'obtenir son consentement éclairé. Nous avons rencontré des femmes seules ou accompagnées venues soit pour dîner, soit pour se divertir ou tout simplement à la recherche d'une bonne compagnie. Mais dans le souci d'avoir des réponses sincères et fiables, les interviews se déroulaient en aparté.

4.8. Définitions opérationnelles

Dans notre étude, était considérée comme :

- Fumeuse ou tabagique :
 - Toute femme qui fume activement la cigarette ;
 - Toute femme ayant arrêté de fumer depuis moins de deux ans.
- Ex-fumeuse ou ancienne tabagique :

Toute femme ayant consommé du tabac auparavant et qui a arrêté de fumer depuis au moins deux ans.

- Non fumeuse ou non tabagique :

Toute femme qui ne fume pas et qui n'a jamais fumé de cigarette auparavant.

4.9. Considérations éthiques

- Le consentement éclairé de toutes les femmes a été obtenu avant leur inclusion dans le protocole ;
- Le respect de la vie privée, de l'anonymat et de la confidentialité a été observé au cours de cette étude.

4.10. Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2007, analysées sur SPSS version 17.0 et la mise en graphique a été effectuée via Microsoft Excel 2007 et Paint. Le test de Khi deux a été utilisé pour les comparaisons avec un seuil de signification fixé à 5%.

5. RESULTATS

Notre enquête a porté sur 477 femmes d'âges compris entre 15 et 55ans. Parmi elles, 111 étaient tabagiques et 11 anciennes tabagiques soit une prévalence de 23,3% avec 83,8% de tabagiques régulières et 16,2% de tabagiques occasionnelles.

5.1. Résultats descriptifs

5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon l'âge

Tranches d'âge	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
15 – 17 ans	26	5,5
18 – 20 ans	67	14
21 – 25 ans	128	26,8
26 – 30 ans	129	27
31 – 35 ans	59	12,4
36 – 40 ans	44	9,2
41 – 45 ans	19	4
46 – 55 ans	5	1,1
Total	477	100

Les tranches d'âge [21 – 25ans] et [26 – 30] ans ont été les plus représentées avec respectivement 26,8% et 27% des cas.

La moyenne d'âge de la population d'étude a été de 26,9 +/- 7,02ans avec une médiane à 26ans.

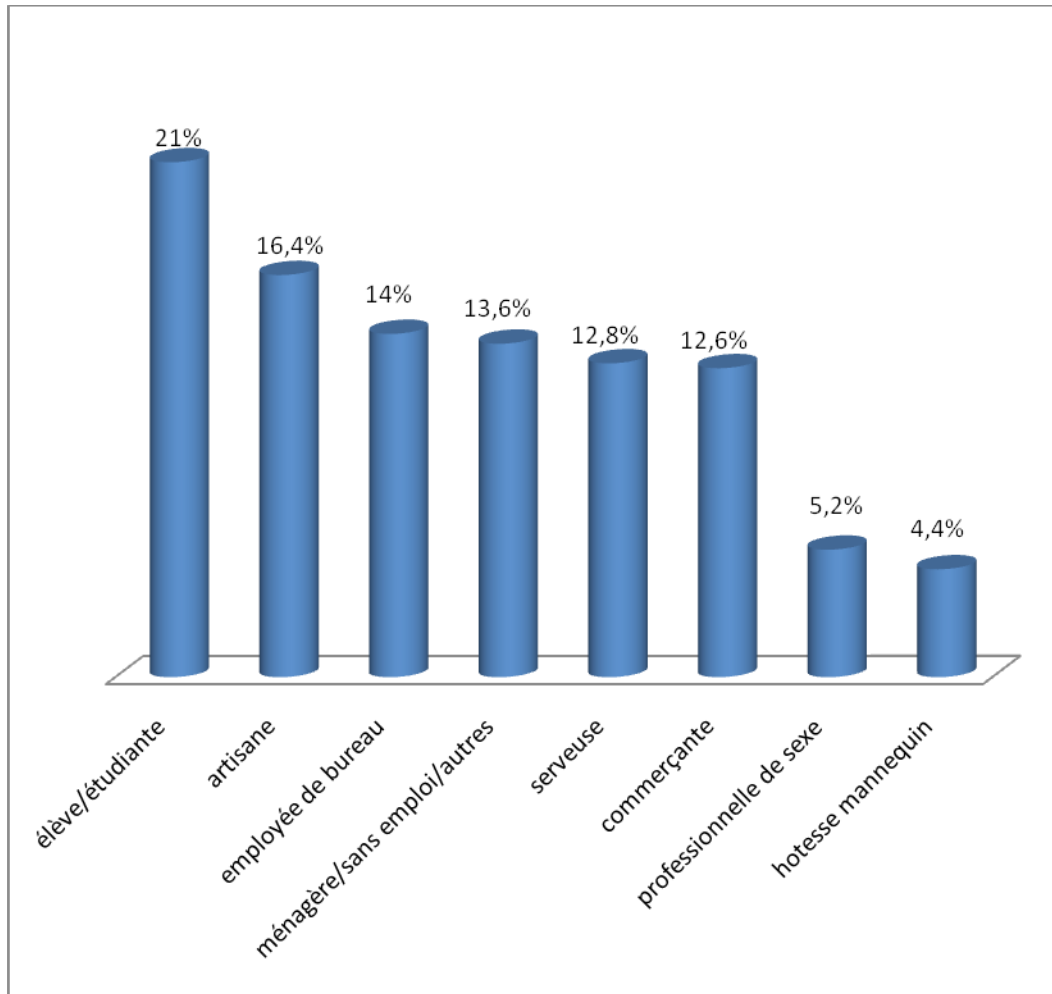


Figure 14: Répartition de l'échantillon selon la profession

Parmi les 477 femmes auditionnées, les élèves et étudiantes ont représenté **21%** avec respectivement 7,6% d'élèves et 13,4% d'étudiantes.

Artisanes= coiffeuse, couturière, teinturière

Employée de bureau= comptable, secrétaire, médecin et ingénieur

Autres= guide touristique, photographe, artiste et nounou.

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de la nationalité

Nationalités	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Malienn	369	77,4
Ivoirienne	25	5,2
Burkinabé	21	4,4
Sénégalaise	14	2,9
Togolaise	7	1,5
Française	6	1,6
Guinéenne	5	1
Libanaise	4	0,8
Béninoise	4	0,8
Ghanéenne	4	0,8
Nigérienne	3	0,6
Nigériane	3	0,6
Congolaise	3	0,6
autres	9	1,8
Total	477	100

La nationalité malienne était la plus représentée avec **77,4%** des cas.

Autres= Américaine, Belge, Camerounaise, Chinoise, Comorienne, Cubaine, Djiboutienne et Gabonaise.

Tableau VI : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
célibataire	251	52,6
mariée	109	22,8
fiancée	78	16,4
divorcée	33	6,9
veuve	6	1,3
Total	477	100

Dans plus de la moitié des cas, les femmes étaient célibataires, soit **52,6%**.

Antécédents gynéco-obstétriques

Tableau VII : Nombres de grossesses

Nombre de grossesses	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
0	177	37,1
1 à 3	245	51,4
4 à 6	51	10,7
7 à 9	4	0,8
Total	477	100

On note que **62,9%** des femmes avaient été enceintes au moins une fois

Tableau VIII : Nombres d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
0	208	43,6
1 à 3	231	48,4
4 à 6	4	7,8
7 à 9	1	0,2
Total	477	100

Dans notre échantillon, **56,4%** des femmes avaient au moins un enfant vivant.

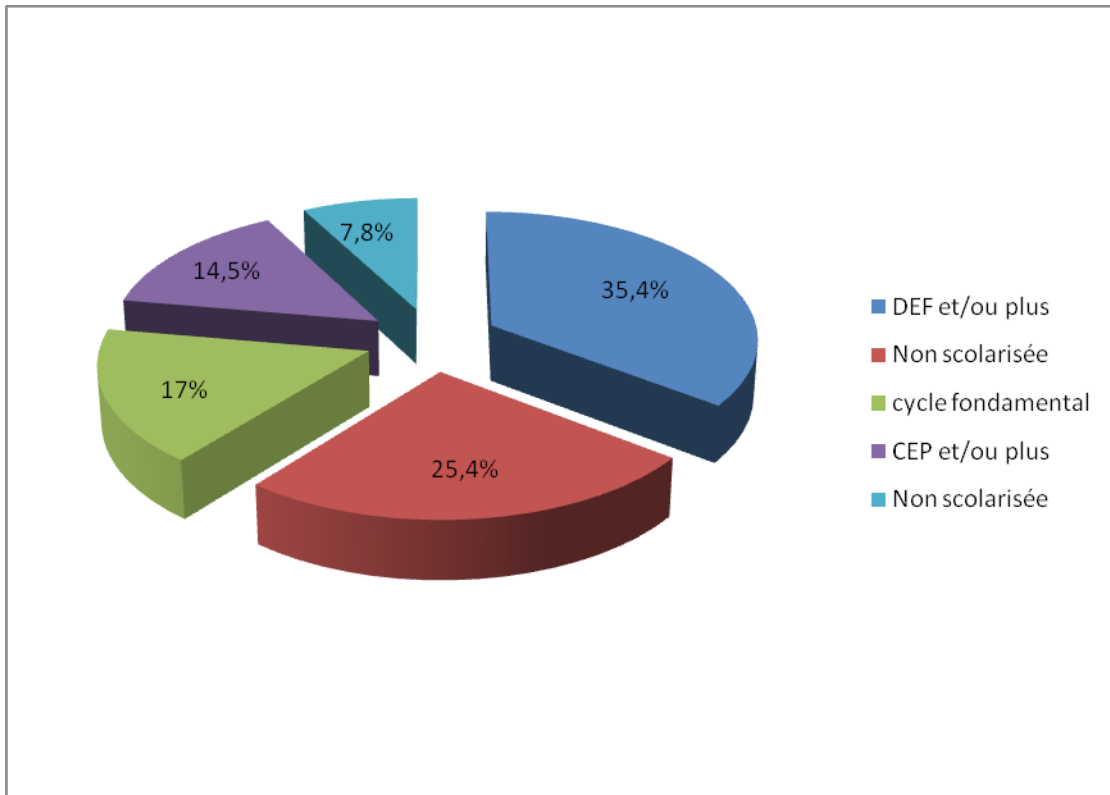


Figure 15 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'études

Au regard de ces résultats, **60,8%** des femmes enquêtées avaient au moins le DEF.

5.1.2. Caractéristiques liées au tabac

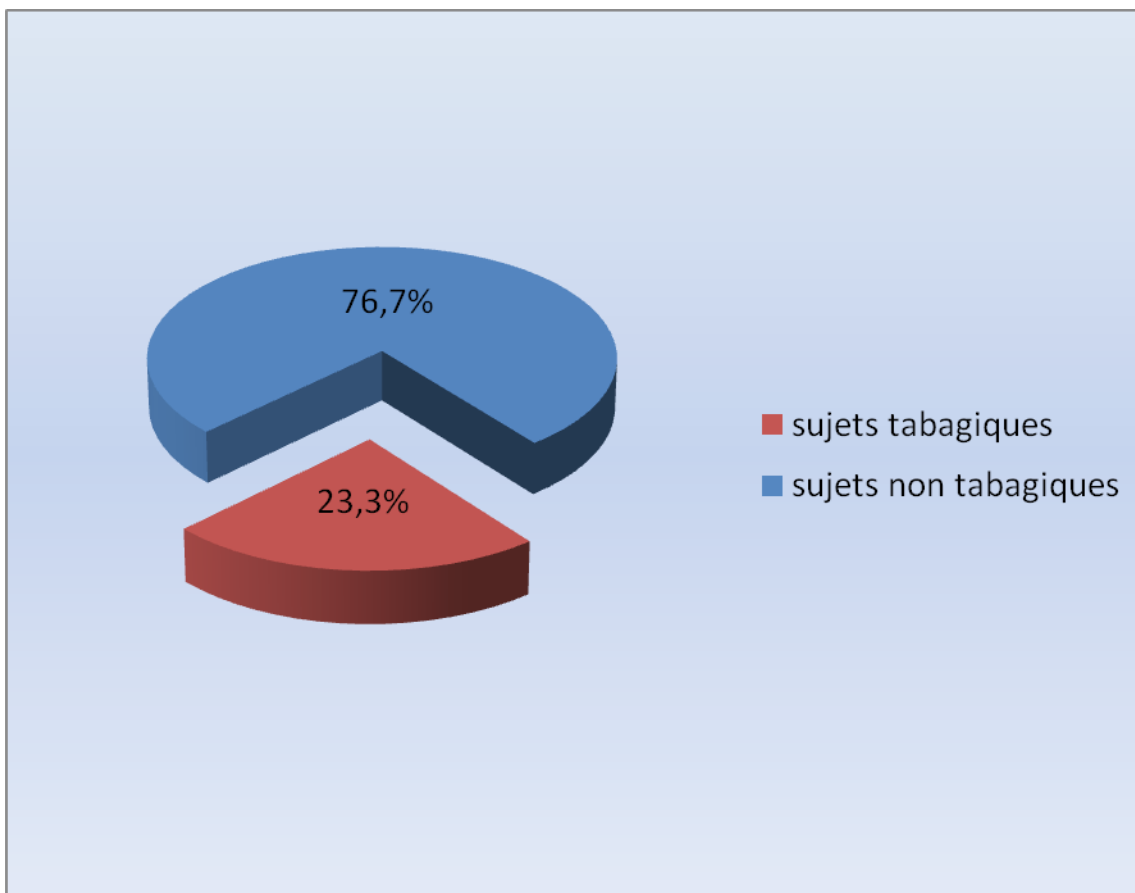


Figure 16 : Répartition selon la consommation de tabac

La prévalence du tabagisme au sein de notre population d'étude était de **23,3%**.

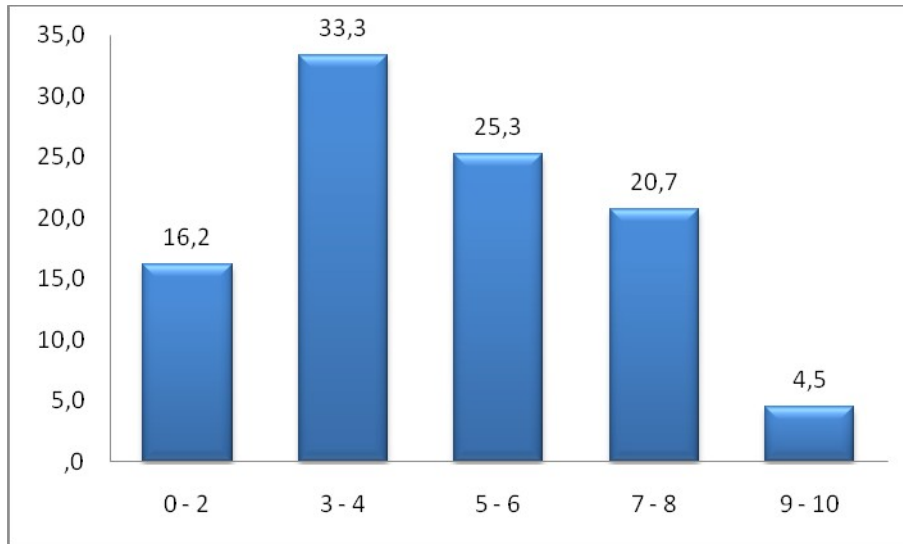


Figure 17 : Test de dépendance de Fageström

Près de la moitié des tabagiques soit **49,5%** avaient une faible dépendance à la nicotine avec un score de Fageström inférieur à 4.

Tableau IX : Types de tabac consommés

Types de Tabac	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
cigarettes	112	91,8
cigares	3	2,5
cigarettes et tabac à chiquer	1	0,8
cigarettes et joints	1	0,8
cigarette et chicha	2	1,6
cigarettes et cigares	3	2,5
Total	122	100

La cigarette seule était la forme de tabac la plus consommée soit **91,8%**.

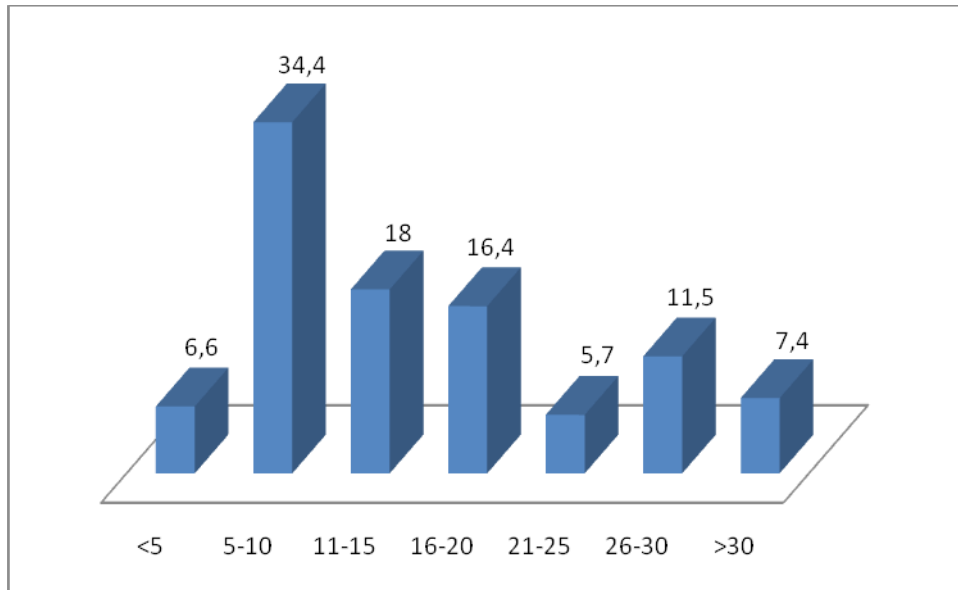


Figure 18 : Estimation de la consommation journalière de tabac

On note que **34,4%** des femmes consommaient entre 5 et 10 cigarettes par jour.

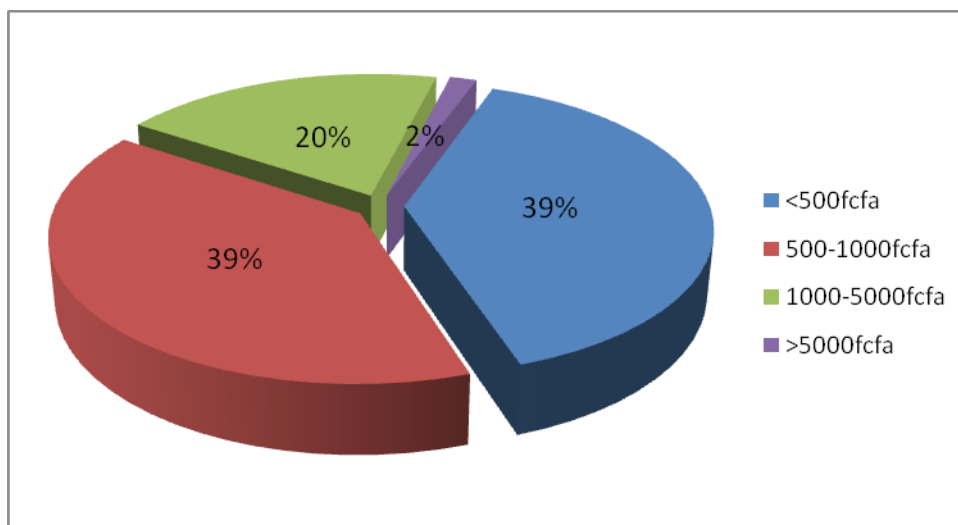


Figure 19 : Estimation de la dépense journalière pour le tabac

Dans notre échantillon, **20%** des tabagiques dépensaient entre **1000 et 5000fancs** par jour pour s’approvisionner en cigarettes.

[500-1000] francs CFA étaient les plus représentées avec **39%** pour chacun.

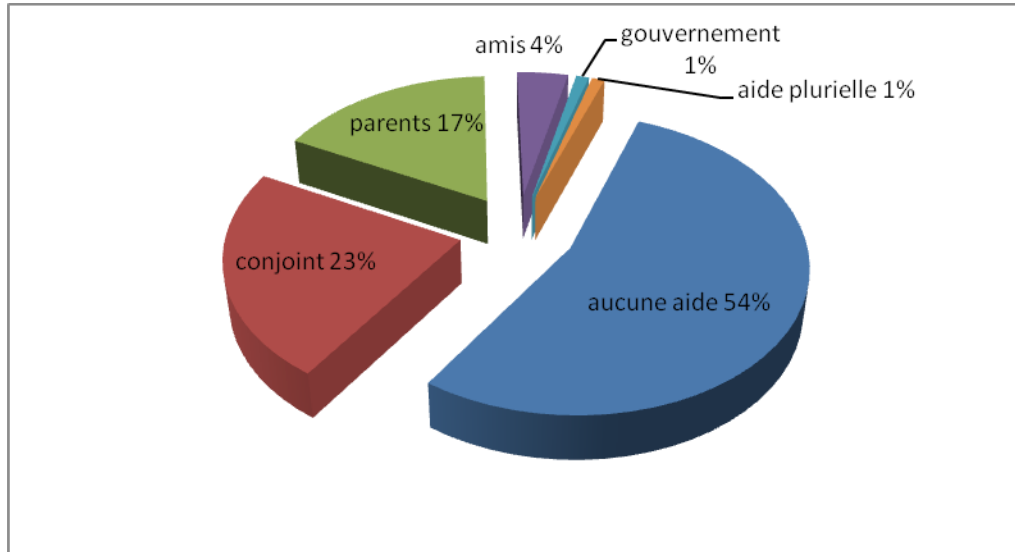


Figure 20 : Répartition en fonction de l’appui financier chez les tabagiques

Plus de la majorité des femmes tabagiques étaient financièrement indépendantes soit **54%**

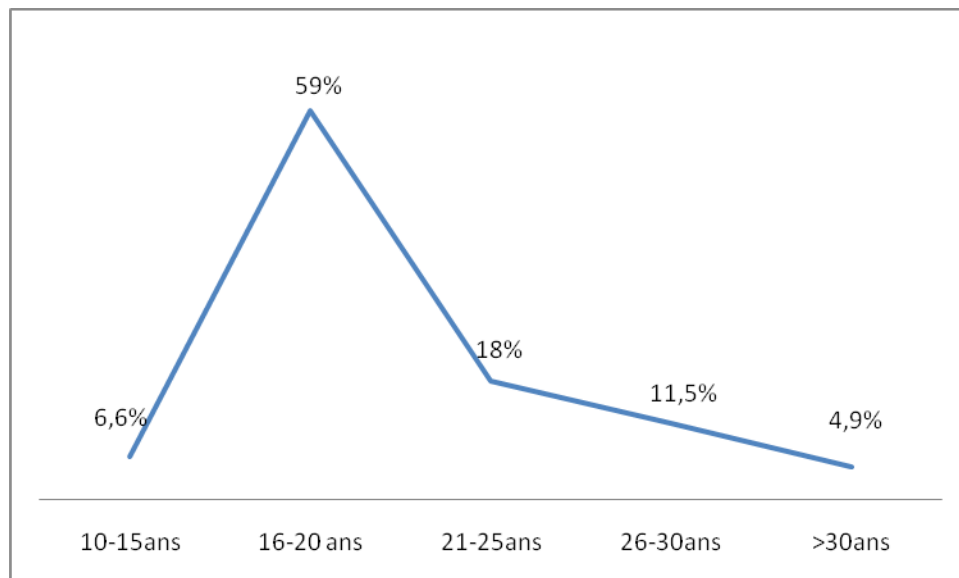


Figure 21 : Age de début du tabagisme

La plus part des femmes commençaient à fumer entre **16 et 20ans** soit **59%** avec une moyenne d'âge de **20,9 +/- 4,9 ans** et la médiane à 19ans.

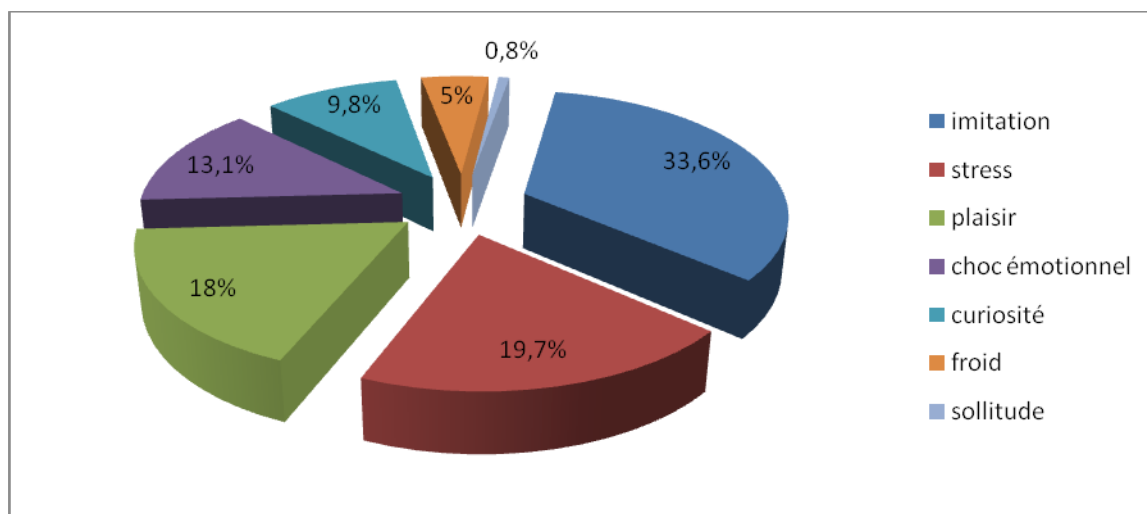


Figure 22 : Les raisons d'initiation au tabagisme

L'imitation était la principale raison évoquée par **33,6%** des tabagiques. Il est également important de noter que **19,7%** et **18%** fumaient respectivement suite à un stress ou juste pour le plaisir.

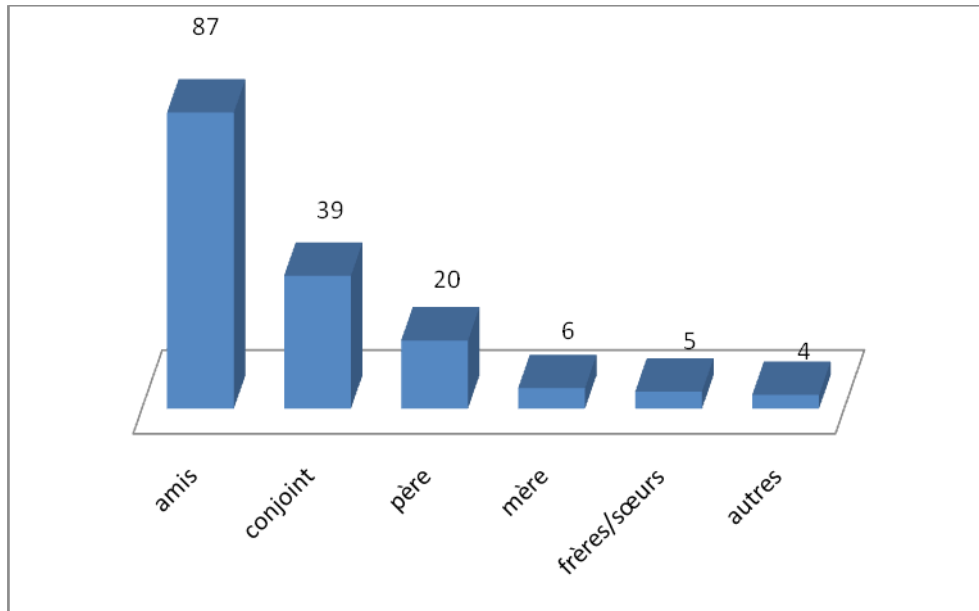


Figure 23 : Entourage du tabagique

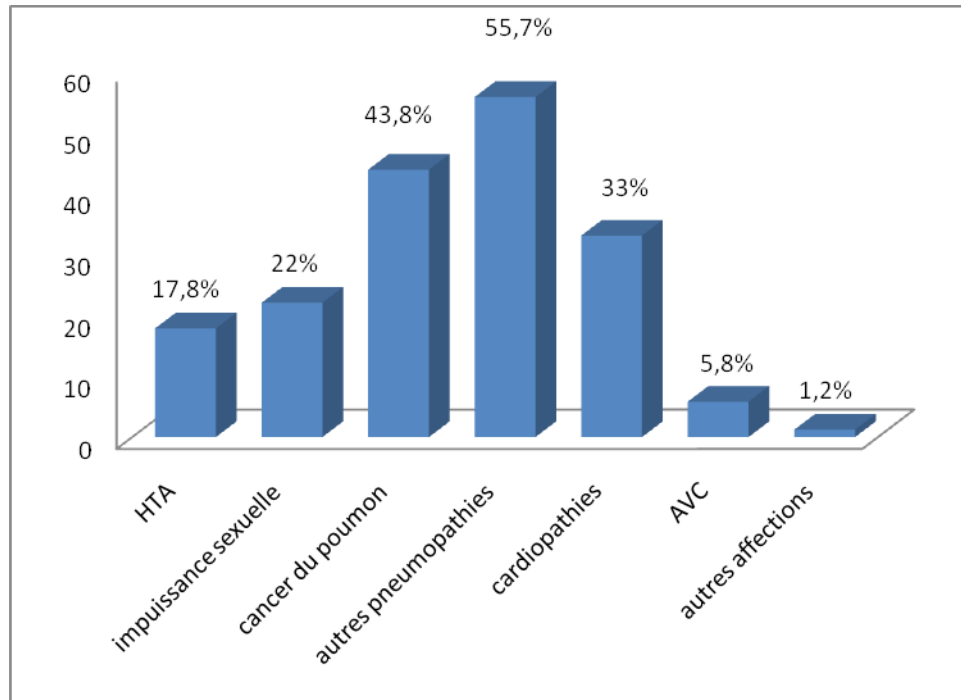
Dans leur entourage 87 femmes tabagiques sur 111 soit **78,4%** avaient leurs amis qui l'étaient aussi.

5.1.3. Connaissances et attitudes vis-à-vis du tabac

Tableau X : Connaissances des effets du tabac sur la santé

	Tabagiques	Non tabagiques	Total
Connaissent les effets sur la santé	86 (77,5%)	267 (73%)	353 (74%)
Ne connaissent pas les effets sur la santé	25 (22,5%)	99 (27%)	124 (26%)
Total	111 (100%)	366 (100%)	477 (100%)

De façon globale, **74%** des femmes connaissent les méfaits du tabac sur la santé.



Autres pneumopathies = emphysème pulmonaire, toux, asthme

Autres affections = colorations des muqueuses, gangrènes, cancer du col de l'utérus, caries...

Figure 24: Connaissances des femmes sur les affections dues au tabac

Les autres pneumopathies ont été les affections dues au tabac les plus fréquentes avec **55,7%**.

Tableau XI: Connaissances du tabagisme passif

	tabagiques	Non tabagiques	Total
A des effets sur les non fumeurs	55 (49,6%)	187 (51,1%)	242 (50,7%)
pas d'effets sur non fumeurs	7 (6,3%)	19 (5,2%)	26 (5,5%)
Aucune idée	49 (44,1%)	160 (43,7%)	209 (43,8%)
Total	111 (100%)	366 (100%)	477 (100%)

Les femmes enquêtées reconnaissent de la nuisance de la fumée du tabac sur les non fumeurs dans **50,7%**. Cette connaissance est similaire selon qu'on soit tabagique ou non.

Tableau XII: Connaissances des effets du tabac sur l'environnement

	Tabagiques	Non tabagiques	Total
A des effets sur l'environnement	79 (71,2%)	270 (73,8%)	349 (73,2%)
N'a pas d'effets sur l'environnement	4 (3,6%)	11 (3%)	15 (3,1%)
Aucune idée	28 (25,2%)	85 (23,2%)	113 (23,7%)
Total	111 (100%)	366 (100%)	477 (100%)

Dans notre population d'étude, **73,2%** connaissent les effets du tabac sur l'environnement. Ce résultat est le même selon qu'on soit tabagique ou non.

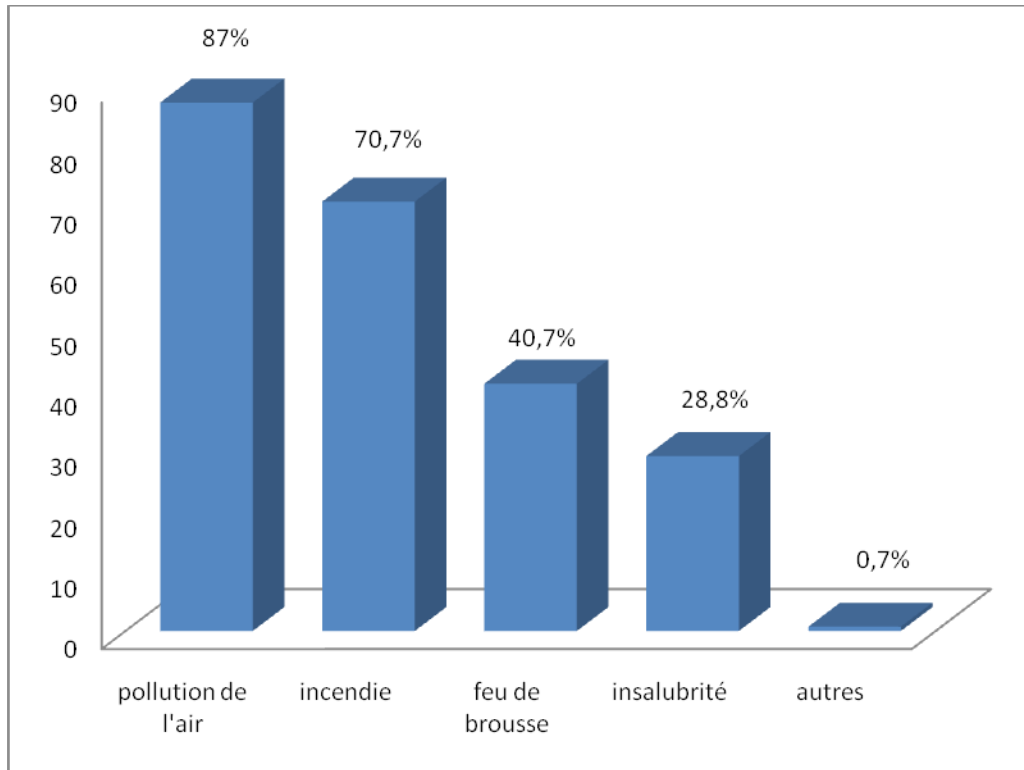


Figure 25: Connaissances des méfaits du tabac sur l'environnement

La pollution de l'air a été le méfait du tabac sur l'environnement le plus fréquemment évoqué avec **87%**.

Tableau XIII : Connaissances de l'impact du tabac sur les enfants

	Tabagiques	Non tabagiques	Total
Influence néfaste	101 (91%)	343 (93,7%)	353 (74%)
Pas d'influence	10 (9%)	23 (6,3%)	124 (26%)

Total	111 (100%)	366 (100%)	477 (100%)
--------------	---------------	---------------	---------------

Trois cent cinquante-trois femmes soit **74%** de notre population pensent que fumer devant les enfants a une influence néfaste sur ces derniers.

Tableau XIV : Tabac dans les lieux publics

	Tabagiques	Non tabagiques	Total
Fumer dans les lieux publics	79 (71,1%)	327 (89,3%)	406 (85,1%)
Ne doit pas fumer dans les lieux publics	32 (28,9%)	39 (10,7%)	71 (14,9%)
Total	111 (100%)	366 (100%)	477 (100%)

Fumer dans les lieux publics était normal pour **85,1%** des femmes.

Tableau XV: Connaissance de l'existence des lois anti-tabac

	Tabagiques	Non tabagiques	Total
Connaissent l'existence de la loi	9 (8,1%)	17 (4,6%)	26 (5,5%)
Ignorent l'existence de la loi	102 (91,9%)	349 (95,4%)	451 (94,5%)
Total	111 (100%)	366 (100%)	477 (100%)

On note que **94,5%** des femmes ignoraient l'existence des lois anti-tabac.

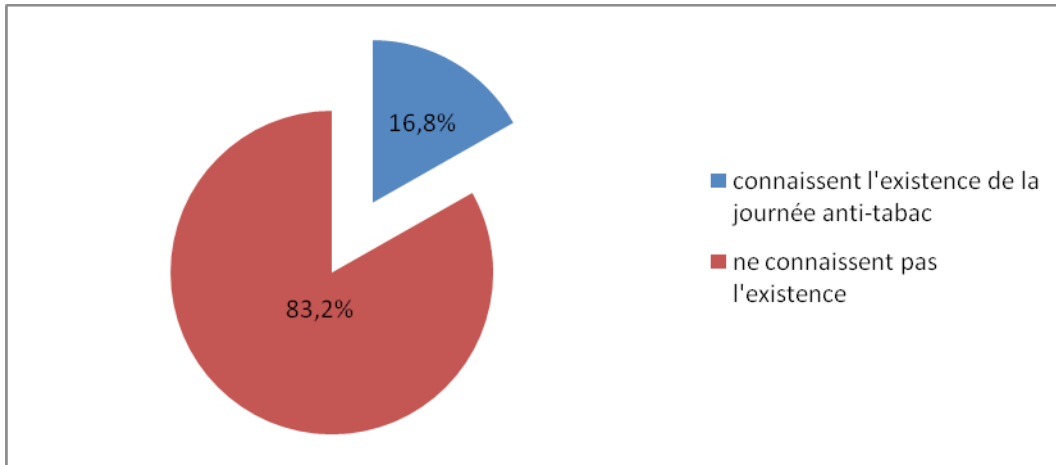


Figure 26 : Connaissances de l'existence de la journée mondiale sans tabac

Dans notre échantillon, **82%** des femmes ignoraient l'existence de la journée mondiale sans tabac.

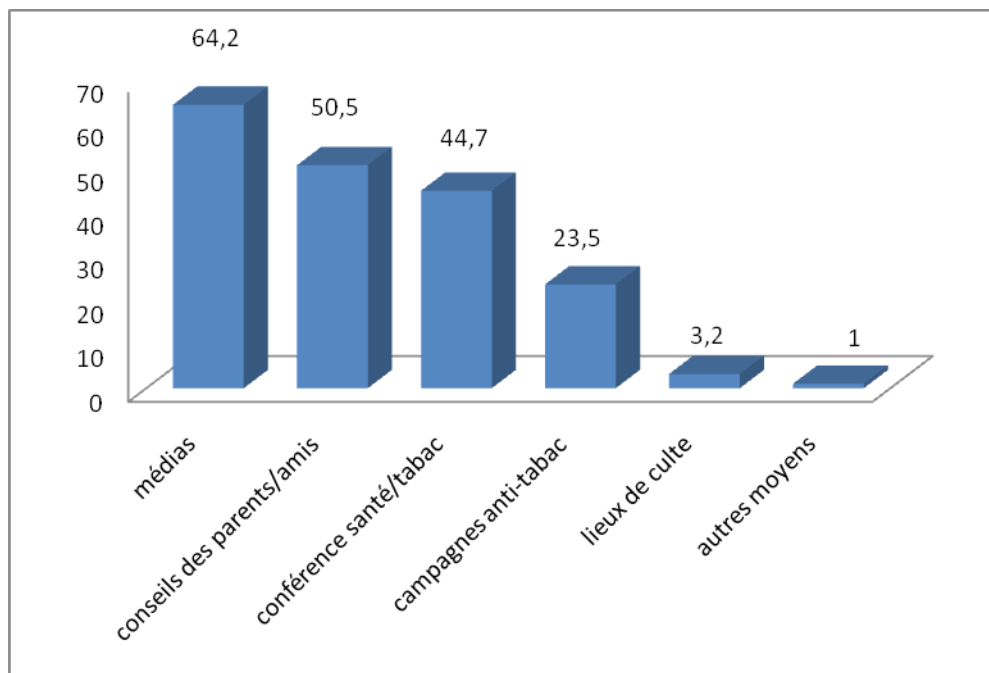


Figure 27 : Opinions sur les méthodes de sensibilisation

Les médias ont été le moyen de sensibilisation le plus cité avec **64,2%**.

Tableau XVI : Tentative d'arrêt du tabac

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Ont déjà essayé d'arrêter	72	64,9
N'ont jamais essayé d'arrêter	39	35,1
Total	111	100

Plus de la moitié des femmes tabagiques avaient déjà essayé d'arrêter de fumer soit **64,9%**.

Tableau XVII : Raisons de tentative d'arrêt

Raisons évoquées	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Santé	32	44,4
regard de la société	23	31,9
grossesse	10	13,9
Argent	5	6,9
Religion	2	2,8
Total	72	100

La santé était la principale raison de sevrage pour **44,4%** des tabagiques désirant arrêter.

Tableau XVIII : Désir d'arrêt du tabac

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Souhaitent arrêter	85	76,6
Ne souhaitent pas arrêter	26	23,4
Total	111	100

On note également que **76,6%** des tabagiques souhaitaient arrêter.

Tableau XIX : Motifs d'arrêt du tabac

Raisons évoquées	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
santé	45	52,9
regard de la société	27	31,8
grossesse	7	8,2
argent	4	4,7
religion	2	2,4
Total	85	100

Dans **52,9%** des cas, les femmes tabagiques souhaitaient arrêter pour des raisons de santé.

Tableau XX : Nature de l'aide

Nature de l'aide	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Aide psychologique	61	82,4
Aide médicamenteuse	27	36,5
Autre aide	2	2,7

Pour les **66,7%** femmes (74 tabagiques sur 111) sollicitant de l'aide pour arrêter, l'appui psychologique était la plus demandée avec **82,4%**.

Tableau XXI : Conseils prodigués aux sujets fumeurs

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Arrêter	335	70,2
Modérer	64	13,4
Respecter les non fumeurs	41	8,6
Boire du lait	15	3,1
Indifférence	11	2,3
Consulter	9	2
persister	2	2
		0,4
Total	477	100

Au cours de notre enquête, **57,6%** des femmes tabagiques ont conseillé d'arrêter de fumer.

5.2. Résultats analytiques

Tableau XXII: Variation du tabagisme en fonction de la tranche d'âge

Tranches d'âge	Tabagiques	Non tabagiques	Total (100%)
15 – 20 ans	16 (16,8%)	77 (83,2%)	93
21 – 35 ans	80 (25,3%)	236 (74,7%)	316
36 – 55 ans	15 (22%)	53 (78%)	68
Total	111	366	477

La tranche d'âge **21-35 ans** était la plus affectée par le tabagisme soit **25,3%**, avec une moyenne d'âge tabagique de **27,31 +/- 5,98 ans**.

Il n'existe aucun lien entre la notion de tabagisme et l'âge des femmes (khi carré= 2,93 et p=0,23).

Tableau XXIII : Variation du tabagisme en fonction de la profession

Profession	Tabagiques	Non tabagiques	Total (100%)
Serveuse	23 (37,7%)	38(62,3%)	61
professionnelle de sexe	19 (76%)	6 (24%)	25
Élève/étudiante	19 (19%)	81 (81%)	100
Ménagère/sans-emploi/autres	7 (10,8%)	58 (89,2%)	65
Commerçante	16 (26,7%)	44 (73,3%)	60
Employée de bureau	7 (10,4%)	60 (89,6%)	67
Artisane	13 (16,7%)	65 (83,3%)	78
Hôtesse/mannequin	7 (33,3%)	14 (66,7%)	21
Total	111	366	477

Quarante deux femmes soit **37,8%** des tabagiques étaient des serveuses et des professionnelles du sexe. Par ailleurs, 76% des professionnelles de sexe et 37,7% des serveuses étaient tabagiques.

La fréquence du tabagisme varie selon les couches professionnelles avec khi carré= 62,41 et $p < 0,001$.

Tableau XXIV : Variation du tabagisme en fonction de la nationalité

Nationalités	Tabagiques	Non tabagiques	Total (100%)
maliennne	64 (17,3%)	305 (82,7%)	369
autres	47 (43,5%)	61 (56,5%)	108
Total	111	366	477

Dans notre échantillon, **43,5%** des étrangères étaient tabagiques face aux **17,3%** rencontrées dans la population malienne.

Il existe une relation entre la nationalité et la consommation de tabac avec (khi carré= 29,19 et $p < 0,001$).

Tableau XXV : Variation du tabagisme en fonction du statut matrimonial

Statuts matrimoniaux	Tabagiques	Non tabagiques	Total (100%)
Célibataire	71 (28,3%)	180 (71,7%)	251
Mariée/fiancée	24 (12,8%)	163 (87,2%)	187
Veuve/divorcée	16 (41,2%)	23 (59,7%)	39
total	111	366	477

Soixante onze femmes tabagiques soit **63,9%** étaient célibataires. Il est également important de noter que **41,2%** des veuves et divorcées étaient tabagiques.

Il existe une relation entre la notion de tabagisme et le statut matrimonial des femmes interrogées ($\chi^2 = 21,83$ et $p < 0,001$).

Tableau XXVI : Variation du tabagisme en fonction du niveau d'études

Niveaux d'études	Tabagiques	Non tabagiques	Total (100%)
Non scolarisée	7 (18,9%)	30 (81,1%)	37
Cycle fondamental	28 (34,6%)	53 (65,43%)	81
CEP et/ou plus	12 (17,4%)	57 (82,6%)	69
DEF et/ou plus	36 (21,3%)	133 (78,7%)	169
BAC et/ou plus	28 (23,1%)	93 (76,9%)	121
Total	111	366	477

On note que **58%** des femmes tabagiques étaient au moins titulaires du Diplôme d'Études Fondamentales (D.E.F.).

Avec $\chi^2 = 7,88$ et $p = 0,096$, la fréquence du tabagisme ne varie pas significativement selon le niveau d'études.

Tableau XXVII : Tabagisme et notion de voyage à l'étranger

	Tabagiques	Non tabagiques	Total (100%)
Ont voyagé	85 (32,9%)	173 (67,1%)	258
N'ont jamais voyagé	26 (11,9%)	193 (88,1%)	219
Total	111	100	477

Dans notre enquête, une femme sur trois ayant effectué un voyage à l'étranger était tabagique soit 32,9%. Il existe une relation entre le

tabagisme et la notion de voyage à l'étranger avec une différence statistiquement significative $p < 0,001$ et Khi carré = 29,46.

Tableau XXVIII : Tabagisme et consommation d'alcool

Consommation d'alcool	Tabagiques (n)	Non tabagiques (n)	Total
Non	21	275	296
Occasionnellement	53	75	128
Régulièrement	37	16	53
Total	111	366	477

On note que 90 femmes soit **81%** des tabagiques consommaient de l'alcool.

Il existe un lien entre la notion de tabagisme et la consommation d'alcool (Khi carré = 131,25 et $p < 0,001$).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au Mali, de nombreuses études ont été réalisées sur le tabagisme. Généralement, il s'agissait d'étudier la prévalence du tabagisme en "milieu scolaire" et les facteurs qui influencent sa distribution dans ce milieu. Mais très peu d'études ont été faites dans les milieux non scolaires, celles portant sur les femmes en particulier. De plus, les lieux de loisirs étant les sites de prédilection du tabagisme tant actif que passif, nous avons donc mené une étude dans les bars, restaurants et discothèques du district de Bamako.

Notre étude intitulée “**Femmes et tabagisme dans les bars, restaurants et discothèques dans le District de Bamako**” est une étude transversale qui a concerné 477 femmes interrogées dans les bars, restaurants et discothèques des six communes de Bamako. Le but principal de l’enquête était de déterminer la prévalence du tabagisme dans la population féminine dudit milieu. Pour atteindre cet objectif, une interview a été réalisée auprès des femmes à partir d’un questionnaire préalablement élaboré et testé. Il a été enregistré 25 refus pour des raisons de non disponibilité ou de susceptibilité. Quelques difficultés ont été rencontrées telle que la non maîtrise des langues françaises et autochtones de part et d’autre.

6.1. Limites de l’enquête

- les réticences culturelles ont fait que les femmes répugnent à admettre qu’elles s’adonnent au tabac ;
- les problèmes de perception de l’impact de l’enquête par certaines femmes auditionnées ;
- le manque de revues bibliographiques antérieures à notre étude ;
- le niveau intellectuel bas de certaines femmes auditionnées.

6.2. Caractéristiques socio démographiques de la population générale

- Age et profession

L’âge moyen de notre population d’étude a été de 26,9 +/- 7,02 ans avec des extrêmes de 15 et 55ans. Les tranches d’âge [21-25ans] et [26 - 30 ans] ont été les plus représentées avec respectivement 26,8% et 27%. Ceci s’explique par le fait que, étant majeures, elles ont quitté la tutelle parentale et cherchent à découvrir de nouveaux horizons.

Les élèves ou étudiantes ont représenté 21% des enquêtées avec respectivement 7,6% et 13,4%. D’une manière générale, l’on sait que les bars, les restaurants et surtout les discothèques sont les sites de fréquentation privilégiés des jeunes. Cela est dû certainement à l’influence du milieu et de la compagnie.

- Nationalité

Plus de la majorité des femmes de notre échantillon (77,4%) étaient des maliennes suivies des ivoiriennes avec 5,2%. Ceci peut se comprendre car l'enquête s'est déroulée à Bamako, capitale du Mali.

- Statut matrimonial et antécédents gynéco-obstétriques

Parmi les femmes interrogées plus de la moitié (soit 52,6%) étaient des célibataires car qui dit célibataire dit "non engagée" et libre de toute contrainte. Ainsi plusieurs femmes ont affirmé fréquenter ces locaux dans l'espoir d'y trouver l'âme sœur.

Au cours de notre enquête, 62,9% des femmes ont déclaré avoir été enceintes au moins une fois et 56,4% avoir au moins un enfant vivant. Ceci s'accorde avec les tranches d'âge les plus représentées [21-25ans], [26-30ans] qui sont des âges où le désir d'enfant et également de fonder une famille est le plus important.

-Niveau d'études

Longtemps on a pensé que les bars/restaurants et discothèques étaient des lieux que fréquentent des personnes au niveau intellectuel est relativement bas ou encore celles dont l'évolution scolaire et l'avenir professionnel étaient compromis, mais force était de constater que 60,8% des femmes interrogées avaient au moins le D.E.F.

6.3. Attitudes tabagiques

Sur 477 femmes interrogées, 111 ont déclaré être fumeuses et 11 ex-fumeuses soit une prévalence tabagique de 23,3%. Par contre B. KABA sur un échantillon de 340 femmes a obtenu une prévalence de 34,85%. De plus notre prévalence est nettement supérieure à celle trouvée par NDIAYE et coll. [62] dans son étude dans le milieu de travail audiovisuel (7%). Elle est également supérieure à celle rapportée par B. DIALLO en 2005 (15%) en milieu scolaire [63]. Bien que les cadres d'étude soient différents ainsi que la taille des échantillons, ces résultats semblent confirmer l'augmentation du tabagisme féminin prévue par l'OMS.

Le questionnaire de Fagerström montrait une dépendance nicotinique faible chez 49,5% des fumeuses, moyenne chez 25,3% et forte chez 25,2%. T. DIAW [64] avait trouvé dans son étude sur le personnel médical et

paramédical en 2008, une dépendance faible chez 17% des sujets, moyenne chez 55,2% et forte chez 27,6%.

Autrefois, le tabagisme était considéré comme un fléau qui touchait particulièrement les hommes. L'histoire et l'expérience des pratiques promotionnelles utilisées par l'industrie du tabac depuis des décennies montrent clairement que depuis près d'un siècle, les cigarettiers tiennent compte des rôles et des normes sexospécifiques dans leurs stratégies commerciales. Depuis les années 1920, époque où elle a commencé à cibler les femmes américaines, l'industrie du tabac a eu recours à divers thèmes et images pour inciter les femmes à fumer, en insistant sur l'acceptabilité sociale de la cigarette, et pour faire ressortir dans telle ou telle marque, les caractéristiques qu'elle supposait correspondre aux aspirations des femmes [65].

Parmi les symboles les plus souvent associés à la femme fumeuse, on citera le chic et l'élégance, la sophistication et le style, le luxe, la distinction, le charme, la sociabilité, le plaisir et la réussite, la santé et la fraîcheur, l'émancipation, le dernier point et non le moindre la minceur. Ces facteurs expliqueraient donc ce fort taux de femmes tabagiques (23,3%) enregistré dans la population du district de Bamako au terme de notre étude.

La cigarette constituait le type de tabac le plus consommé par les femmes avec 91,8% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par sa disponibilité, sa simplicité d'usage, la possibilité d'achat au détail et la contrebande initiée et entretenue par les firmes du tabac au niveau de nos frontières. B. KABA avait également tiré de ses analyses que la cigarette représentait 97,4% des formes de tabac consommées.

Par ailleurs, 34,4% des femmes consommaient entre 5 et 10 cigarettes par jour. Nous avons retrouvé des chiffres voisins chez C. NAOUSSI qui, dans son étude sur les éléments de la police en 2010[66], avait noté que 35,7% des fumeurs et des ex-fumeurs avaient une consommation journalière de 5 à 10 cigarettes.

Parmi les 111 des femmes tabagiques recensées dans le district de Bamako, 39% affirmaient dépenser moins de 500fcfa ou entre 500 et 1000Fcfca pour s'offrir des cigarettes et 54% d'entre elles déclaraient être indépendantes financièrement. Toutefois, il est important de signaler que 22% des tabagiques

dépensaient plus de 1000francs par jour alors que de nos jours, 1,4 milliard de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté (soit 1,25 dollar par jour)

Le plus part des femmes de notre enquête ainsi que celles de T. DIAW commençaient à fumer entre 16 et 20ans soit 59% et le motif d'initiation le plus évoqué par les fumeuses et ex-fumeuses était l'imitation dans 33,6% des cas. En effet, 78,4% des femmes tabagiques avaient leurs amis qui l'étaient aussi et avaient le plus souvent fait un séjour à l'étranger. C'est ainsi qu'un programme anti-tabac mis en œuvre en Italie a montré que les jeunes dont le meilleur ami fumait était davantage enclin à devenir eux-mêmes fumeurs que ceux dont le meilleur ami ne fumait pas [67].

Nos femmes avaient une assez bonne connaissance des méfaits du tabac que ce soit :

- Sur la santé (74%)
- Sur les enfants (74%)
- Sur les non-fumeurs (50,7%)
- Sur l'environnement (73,2%)

Ce niveau de connaissance est bien plus élevé que dans l'étude de N'DIAYE et coll. à Dakar où les connaissances sur la santé par exemple sont estimées à 52,3%. Mais moins important que dans celle de C. NAOUSSI portant sur les forces de l'ordre à Bamako (soit 88,3% sur la santé). Ces connaissances sont similaires selon qu'on soit tabagique ou non. Contrairement à il y a une trentaine d'années, les fumeurs connaissent la quasi-totalité des risques liés au tabac, mais sous l'emprise du tabac, drogue dure à laquelle ils ont développé une addiction, ils continuent de s'intoxiquer.

Ignorant l'existence des lois anti-tabac (94,5%) ou même de la journée mondiale sans tabac (82%), 85,1% des femmes trouvaient normal de fumer dans les lieux publics.

Plusieurs méthodes de sensibilisation et de lutte anti-tabac étaient suggérées : les médias (64,2%), les conférences (44,7%), les campagnes (23,5%), la religion (8,2%). L'utilisation des images choquantes sur les panneaux publicitaires et l'augmentation des prix de vente de cigarettes n'étaient pas de

reste. Par ailleurs, 4,1% des non tabagiques recommandaient de boire du lait, car ce dernier aurait eu des vertus sur leurs conjoints tabagiques.

Il est en général difficile d'arrêter de fumer après une seule tentative. Ainsi, plus de la moitié des femmes tabagiques avaient déjà essayé d'arrêter au moins une fois et le souhaitaient toujours pour des raisons de santé dans 52,9% des cas. A cet effet nombreuses sont celles qui ont sollicité une aide en général psychologique (soit 82,4% des cas). La volonté affichée par les femmes tabagiques d'abandonner l'usage de la cigarette constitue une source d'espoir et montre l'impérative nécessité de mettre en place des actions pérennes de sensibilisation et d'aide au sevrage d'autant plus que 64,9% avaient effectué des tentatives infructueuses d'arrêt.

6.3. Facteurs influençant le tabagisme féminin

Au cours de notre étude, la tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 26 et 35 ans (45,94% des femmes). Avec $p=0,19$ nous avons conclu qu'il n'y a aucun lien entre le tabagisme et l'âge de nos femmes interrogées.

Dans notre échantillon, 17,3% des maliennes fumaient contre 43,5% des non nationaux. De plus, une femme sur trois (32,9%) ayant effectué un voyage à l'étranger était tabagique. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes à l'étranger jouissent d'une plus grande liberté et ne subissent pas le regard critique de la société.

Tout en soulignant le lien entre le tabac et la profession, nous avons constaté que 38,7% des tabagiques étaient des serveuses et des professionnelles du sexe. Ceci corrobore avec les résultats de B. KABA [60] qui dans la même étude en 2006 avait rencontré parmi les femmes tabagiques 31,30% de professionnelles du sexe et 13,91% de serveuses. Fréquentant le monde de la nuit, ces femmes semblent épargnées du regard de la société et donc libres de tout acte. Par ailleurs nombreuses sont celles qui considèrent le tabagisme comme un exutoire afin de mieux assumer leur statut.

Célibataires dans 63,9% des cas, les femmes tabagiques avaient en majorité au moins le Diplôme d'Études Fondamentales (DEF)

Il est également important de noter la corrélation entre le tabac et l'alcool surtout qu'au cours de notre étude 81% des femmes tabagiques consommaient de l'alcool.

Au terme de notre étude, il en ressort que le tabac est influencé par :

- la profession,**
- la nationalité,**
- le statut matrimonial,**
- la notion de voyage à l'étranger et**
- la prise d'alcool**

CONCLUSIONS

7. CONCLUSIONS

Avec une forte expansion dans les pays en voie de développement, le tabagisme cible de plus en plus la population féminine. Nous nous sommes proposé d'établir la prévalence du tabagisme féminin à Bamako dans les lieux de consommation de choix à savoir les bars, restaurants et discothèques.

Au cours de notre étude, 477 femmes ont été interrogées : 111 déclaraient être tabagiques, 11 anciennes tabagiques et 355 non tabagiques soit une prévalence de 23,3% avec une moyenne d'âge de 27ans.

La première cigarette était le plus souvent fumée entre 16 et 20ans. Le motif d'initiation le plus souvent évoqué était l'imitation. A cet effet, 78,4% des femmes déclarées tabagiques avaient leurs amis qui l'étaient aussi.

Cinquante neuf pour cent (59%) des tabagiques fumaient plus de 10cigarettes par jour (soit plus de 500 francs CFA) mais 85% souhaitaient arrêter en général pour des raisons de santé, regard de la société ou tout simplement pour mener à bien leurs grossesses.

Par ailleurs, bien que connaissant les méfaits du tabac sur la santé et son impact néfaste sur les enfants à 74%, les femmes de notre enquête étaient favorables au fait de fumer dans les lieux publics à plus de 85%.

Au terme de notre étude, il ressort ici le tabagisme devenu précoce dans notre société connaît une forte expansion féminine. En effet, Les femmes n'hésitent pas à passer outre les dangers du tabac qui les exposent aux risques de cancers, avortements ou même stérilité pour s'affirmer dans leur entourage.

Toutefois, allons-nous pour autant laisser ces mères, épouses et filles succomber aux charmes de l'industrie du tabac ?

Existe-t-il des moyens efficaces de lutte contre le tabac ?

RECOMMaNDATIONS

8.RECOMMANDATIONS

Il est vrai que la connaissance d'un risque ne suffit pas à elle seule à modifier un comportement, mais il vaut mieux prévenir que guérir. Ainsi, afin de réduire l'ampleur du tabagisme tant masculin que féminin nous pouvons faire les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités gouvernementales :**

- Intensifier la diffusion de la loi n°10/033 du 12 juillet 2010, portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac au Mali en interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou des produits du tabac, le parrainage des activités sportives ou culturelles par les firmes de tabac, l'usage du tabac dans les lieux publics y compris des lieux de travail ainsi que la vente de cigarettes aux enfants de moins de 18 ans ;
- Veiller à la signature du décret de l'application de la nouvelle loi sur le tabac
- Apposer des images dissuasives sur les emballages des cigarettes.
- Intensifier les campagnes de lutte antitabac au niveau national par l'organisation des caravanes de sensibilisation sur les dangers du tabagisme ;
- Apporter un appui conséquent aux ONG dans leurs actions de lutte contre le tabagisme ;
- Appuyer la société civile dans leur rôle sensibilisation et de plaidoyer
- Développer les compétences des agents de santé à tous les niveaux dans les prises en charge des patients tabagiques ;

- Publier et diffuser les résultats des recherches effectuées sur les effets du tabac sur la santé.

➤ **Aux associations de lutte contre le tabagisme :**

- Multiplier des conférences-débats, les campagnes d'information, d'éducation et de communication (I.E.C) sur les dangers du tabagisme tant actif que passif auprès de la population surtout les adolescents et les plus jeunes, particulièrement ceux de la tranche 15 à 19 ans ;
- Former des pairs éducateurs pour mener des actions d'I.E.C au sein des établissements secondaires et supérieurs ;
- Mettre en place des comités de suivi et d'orientation pour ceux désirant arrêter de fumer ;
- S'organiser en réseau ou consortium pour obtenir de meilleurs résultats.

➤ **Aux femmes**

- Eviter de fumer en présence des enfants ;
- Participer avec l'appui du conjoint à la sensibilisation des plus jeunes sur les dangers du tabac depuis la base ;
- Eviter d'associer tabac et contraceptif oral à cause du risque élevé des arrêts cardiaques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Collishaw NE, Lopez A.** *L'épidémie du tabagisme : une urgence mondiale de santé publique.* Genève, OMS ; 1996:35-6
- 3. de Beyer J.** The economic impact of tobacco consumption in Africa. *Promot Educ.* 2005 ;55:12-7
- 2- Morbidity and Mortality Weekly Report Highlights,** April 12, 2002, Vol. 51, No. 14.
- 3- Dr Pierrick Horde,** *Le tabac: des statistiques alarmantes,* santé médecine.commentcamarche.net;12nov2010
- 4- Nicolas Jucha,** *la société chinoise/le tabagisme-une-lutte-urgente-pour-la-chine,* <http://fr.radio86.com/>; 25/09/2010;19h
- 5- Haidara M.,** *Le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre le tabagisme au Mali,* thèse de pharmacie, 1881 ; No 6, Thèse de Pharmacie, Bamako, 1981.

- 6- Townsend L, Flisher AJ, Gilreath T, King G.** *A systematic literature review of tobacco use among adults 15 years and older in sub-Saharan Africa.* Drug Alcohol Depend. 2006 ; 84:14-27
- 7- *Atlas*, OMS P87-2003
- 8- <http://pointvert.ecoleforum.com/t2223> le tabagisme progresse chez les femmes
- 9- **Dr Dan Velea,** *Le tabac et ses origines.* Disponible sur <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanie/produits/tabac/effets.htm>
- 10- Camara M:**
Division Technique Service Tabaculture de la SONATAM -SA Mai 2003
- 11- **Pearl, R.** (1938). "Tobacco Smoking and Longevity." *Science* 87(2253): 216-217.
- 12- Dictionnaire encyclopédique super major, *Larousse*, Edition 2007 ; Page 1021
- 13- Définition de l'ATILF (<http://www.cnrtl.fr/definition/tabagisme>)
- 14- **Kouana Dena,** *Étude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP*, thèse de pharmacie, 1994, p103; No 4
- 15- **Nemery B :** *Principes de toxicologie pulmonaire.* Edition Technique Encycl-Medchir (Paris-France) Pneumologie 6-012A-38 toxicologie professionnelle 16-535-E-10 1994,8P
- 16- FAOSTAT (FAO) *Base de données de la FAO*, accès du 13 juin 2008, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Tabac>
- 17- MTS tobacco machinery, Cigarette Making and Packing Machinery & Engineering Service,
<http://www.la-cigarette.com/composition.html>
- 18- **Samuels N:** *smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation.* Public health 1997; 111: 285-8
- 19- **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
- 20- **Benowitz Neal L :** *Pharmacology aspects of cigarette smoking and nicotine addiction,* Medical drug therapy, N.engl J. Med 1988;vol 319, No 20: 1318-1330

- 21- Ndiaye M, Hane AA, Ndir M, Ba O, Diop-Dia D, Kandji M :** *Le tabagisme parmi les médecins exerçant à Dakar.* Revu pneumol clin 2001; 57: 7-11
- 22- Josseran L, King G Velter A, Dressen C:** *Smoking behavior and opinions of french general practitioners.* J Natl Med Assoc 2000; 92:382-90
- 23- Pobee Jom, Larbi EB, KPodonou J:** *The profil of African smoker.* E Afr Med J 1984; 61:227-33.
- 24- Alaoui Yazidi A, El Bazie M, El Meziane A:***Tabagisme chez le personnel de sante au Maroc.* 5è Conférence Panafricaine de santé au travail. Tunis, 22 septembre-2 octobre 1999
- 25 - 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
- 26-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
- 27- Neal L, Benowitz, Traité de médecine interne.** PLUM F, Bennet JC, Kokko G, Smith MO, Eds Speciale etudiant, Masson,34-36
- 28-** <http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/posters/fr/index.html>
- 29- Dautzenbergg,B.,** *Lutte contre le tabagisme, le second souffle.* Revue No 5.Mars 2002, p12-13
- 30- Dahms, T. E., J. F. Bolin, et al. (1981).** "Passive smoking. Effects on bronchial asthma." Chest 80(5): 530-534.
- 31- Banque mondiale :** *Maitriser l'épidémie, l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.* Washington, Estem, 2000;143P
- 32- OMS-** fiche d'information : Rwanda Juin 2001, No 009. P4
- 33- Comby B.,** *Comment vous libérer du tabac,* 16e mille édition Dangles, p37-52 ; p57-59
- 34- Biesalski, H. K., B. Bueno de Mesquita, et al. (1998).** "European Consensus Statement on Lung Cancer: risk factors and prevention. Lung Cancer Panel." CA Cancer J Clin 48(3): 167-176; discussion 164-166.
- 35- I. Rajower, P. Kleihues.** *Cancer du poumon : connaitre et agir.* Berne : W. Weber ; 1999.
- 36- Diallo A.,** *Tabagisme et protection de l'enfant,* ALUTAS MALI, 2002, p2

37- Tengs TO, Osgood ND, “*The link between smoking and impotence: Two decades of evidence.* *Prev. Med* 2001: 32.6. 447-52

38- R. BOUGHRIET, juin 2009

http://www.actu-environnement.com/ae/news/tabac_pollution_environnement_7486

39- Centre hospitalier d’Avignon : le tabac et l’environnement, 2006

<http://www.ch-avignon.fr/sections/nous/etablissement/actualites/dossiers/tabac-environnement>

40- Delphine, *le tabac nuit à l’environnement*, juin 2009

<http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/tobaccofacts/nations/fr/>

41- Schein, J.R. : *Cigarette smoking and clinically significant drug interactions.* *Annals of pharmacotherapy.* November 1995.

42- Miller Lucinda G., *Cigarette and drug therapy: pharmacokinetic and pharmacodynamic consideration*, article of saw palmetto, September 1996

43- Hansten, P.D, Horn JR., Drug interactions and update. Chapter 17, *Effects of cigarette smoking on drug actions.* Vancouver 1993, p103-107

44- Miller, LG., *Recent developments in the study of the effects of cigarette smoking on clinical pharmacodynamics pharmacokinet*, 1989: 90-108

45- Schoaf SE, Linnoila M., *Interaction of ethanol and smoking on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotherapeutic medication.* *Psychopharmacology. Bulletin*; p 577- 595

46- Fielding JE., *Smoking health affects and control*, *N. Engl. J. Med* 1985; vol313: P491-498

47- Ashley MJ., *Smoking and women: compte rendu de la cinquième conférence mondiale sur le tabagisme et la santé*, 1983. Vol 1; p7, conseil canadien sur le tabagisme et la sante.

48- Sprague Zones J., *Smoking. Why do we start? Why don't we stop?* *Mobius* 1993: vol3, No 4; p 86-90

49- Enquête sociale et de santé en 1992-1993; santé Québec

- 50- Perkins KA, Sexton JE, Dimarco A.**, *Subjective and cardiovascular responses to nicotine combined with alcoholine male and female smokers.* Psychopharmacology, 1995; p205-212
- 51- Talbert M.**, *Médicaments, alcool et tabac.* J. Pharm. Clin, 1992, p 23-27
- 52- Perry PJ, Berver KA, Arndt S.**, *Relationship between patients variables and plasmaclosapine concentrations: a designomogram.* Boil. Psychiatry, 1998; p733-738
- 53-Vial T, Evreux JC.**, *Tabac et médicaments : des interactions a ne pas méconnaître.* 1992, la revue du praticien, 6 : p11-15
- 54- Peros-Golubicic T, Ljubic S.** *Cigarette smoking and sarcoidosis* Acta Med Croatica. 1995; 49 (4-5):187-93
- 55- Hanse et al.** *Smoking and interstitial lung deseases. The effect of cigarette smoking on the incidence of pulmonary histiocytosis X and sarcoidosis.* Ann N Y Acad. Sci. 1986, 465:643-56
- 56- Dictionnaire de poche;** 1ere édition. Paris : **Librairie Larousse**, 1985; 693P
- 57- Ministère de la sante, de l'hygiène et de la prévention du Sénégal :** *Plan d'action nationale de lutte contre le tabac 2002-2007;* 31P
- 58- Salmeron S., Duroux P., Valeyre D.**, *Stratégie de lutte contre le tabagisme. Le livre de l'interne, pneumologie.* Paris : Flammarion, 1998; 147P
- 59- El Biaze M, Bakhatar A, Bartal M, El Meziane, Yazidi A, Yassine N.**, *Connaissances, attitudes et comportements des patients vis-à-vis du tabagisme au Maroc.* Rev Mal respir, 2000; 17 : 671-7
- 60- Stratégies public consultants SARL;** *États des lieux du tabac au Mali.* (2003-2008)
- 61- Kaba Wa Kaba Bruno,** *femmes et tabagisme dans le district de Bamako,* thèse de médecine 2006
- 62- Ndiaye et coll.**, *Tabagisme en milieu de travail audiovisuel : l'exemple de la radiodiffusion et télévision sénégalaise (RTS),* thèse de médecine, Dakar
- 63-Binta Diallo,** *Etude du tabagisme en milieu scolaire fondamental chez les élèves de 12 à 21ans dans les centres d'animation pédagogiques du district de Bamako,* thèse de médecine, Bamako 2005

64- Tidiane Diaw, *Le tabagisme chez le personnel médical et paramédical*, thèse de médecine, Bamako 2008

65-Margaretha Haglund, *women and tobacco: a fatal attraction*. India current affairs, Stockholm, SE 102-52, Suède.

66- Christian Naoussi Sango : *Connaissances et attitudes des éléments de la police vis-à-vis du tabagisme dans les commissariats du district de Bamako*, thèse de médecine, Bamako2010

67- F.Talamancal : *Evaluation of an antismoking educational program among adolescents in Italy*.Hygie;1989,8:p24-28

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro de fiche d'enquête :

Date :

Commune :

I-IDENTIFICATION DU SUJET

1)-Age

2)-Profession

a=élève b=étudiante c=enseignante d= hôtesse e=mannequin
d=serveuse g=infirmière h=médecin i=ingénieur j=journaliste
k=coiffeuse l=commerçante m=couturière n=teinturière
o=ménagère p=autre (à préciser).....

3) Nationalité

a=maliennne b=autre (à préciser).....

4)-Statut matrimonial

a=célibataire b= fiancée c=mariée d=divorcée e=veuve

5) Niveau d'études

a=cycle fondamental b=CEP et/ou plus
c=DEF et/ou plus e=BAC et/ou plus f=autre

(à préciser).....

6) Avez-vous déjà effectué un voyage à l étranger

a=ooui b=non

si oui dans quel pays?.....

7) Antécédents gynéco-obstétriques

Nombre de grossesses.....

Nombre d'avortements.....

Nombre d'enfants.....

8) Avez-vous d'autres sources de revenu ?

a=non b=soutien des parents c=soutien d'un ami
d=soutien d'un conjoint e=autre (préciser).....

9) consommez-vous de l alcool ?

a= non b=occasionnellement c=régulièrement

II-CONSOMMATION DU TABAC

8)- Consommez-vous du tabac ?

a=ooui b=non

9)- Si oui, a quelle fréquence (régulièrement ou occasionnellement)?

-Si non, avez-vous consommé du tabac dans le passé ?

a=oui b=non

10)- Quel type de tabac consommez-vous ?

a=cigarettes b=tabac à chiquer c=cigares

d=pipe e=autres (à préciser)

11) A quel âge avez-vous commencé à fumer ?

.....

12) Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?.....

13)-combien dépensez-vous par jour pour acheter la cigarette ?

a= moins de 500FCFA b=entre 500 et 1000FCFA

c=entre 1000F et 5000FCFA d=plus de 5000FCFA

14)-quelles sont les raisons qui vous ont poussé à fumer ?

a=par plaisir b=par curiosité c=par imitation d=le stress

e= le froid f=autres (à préciser)

.....

17)-Y a-t-il un consommateur de tabac dans votre entourage ?

a=oui b=non

18) Si oui, de qui s'agit-il ?

a= père b=mère c=amis (es) d=conjoint

d=autre (à préciser).....

III-SEVRAGE TABAGIQUE

19)-avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

a=oui b=non

20)-pour quelles raisons ?

a=santé b=argent c=grossesse d=regard de la société e=religion
f=autres (à préciser)
.....

21)-désirez-vous arrêter de fumer ? a=oui b=non

22)-pour quelles raisons ?

a=santé b=argent c=grossesse

d=regard de la société e=religion

f=autre (à préciser)

23) Pensez-vous avoir besoin d'aide pour arrêter de fumer ?

A=oui b=non

24) Si oui, de quelle nature ?

A=psychologique b=médicamenteuse C=autre (à préciser).....

IV-CONNAISSANCES ET ATTITUDES

25)-connaissez-vous les effets du tabagisme sur la sante ?

a=oui b=non

26) Si oui lesquels ?

a=hypertension artérielle b=cancer du poumon

c=accident vasculaire cérébral e=infarctus du myocarde

f=bronchite chronique obstructive g=emphysème pulmonaire

h=tuberculose i=impuissance sexuelle

j=Autres (préciser).....

27)est ce que la fumée du tabac a un effet sur les sujets non-fumeurs ?

a =oui b=non c=aucune idée

28)est ce que la consommation du tabac a des effets sur l'environnement ?

a=oui b=non c=aucune idée

29) Si oui, lesquels ?

a=pollution de l'air b=insalubrité c=feu de brousse d=incendie
e=autres (préciser).....

30) Trouvez-vous normal que les parents fument devant des enfants ?

a=ooui b=non

31) Trouvez-vous normal d'interdire de fumer dans les lieux publics ?

a=ooui b=non

32)-savez-vous qu'il existe des lois anti-tabac au mali ?

a=ooui b=non

33) Savez-vous qu'il existe une journée mondiale de lutte contre le tabac ?

A=ooui b=non

34) Quels sont les moyens d'information qui vous paraissent efficaces pour arrêter de fumer ?

a=conseils des parents et des amis b=influence des pouvoirs religieux
c=campagnes de lutte anti-tabac d=conférences sur la santé et le tabac
e= les médias f=autres (préciser)

35) Quels conseils donneriez-vous à un sujet fumeur ?

.....
Test de Fagerström

TESTS D'EVALUATION

Tableau XXVIII: Test d'autoévaluation des chances de réussite de sevrage tabagique ou test de Démaria Grimaldi et Largue

1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle.	2
	Je viens à la consultation sur avis médical.	1
	Je viens à la consultation sur avis de ma famille.	1

2	J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine.	1
3	Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels.	1
4	Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux.	1
5	Je veux me libérer de cet esclavage.	2
6	Je fais du sport 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 un 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

Interprétation :

Moins de 6 = Motivation faible

7-15 = Motivation moyenne

Plus de 16 = motivation forte

Test de dépendance physique de Fagerström

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

- Dans les cinq minutes
- De 6 à 30 minutes
- De 31 à 60 minutes

Plus de 60 minutes

2- Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?

Oui

Non

3- A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile à renoncer?

La première

N'importe quelle autre

4- Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

10 ou moins

De 11 à 20

De 21 à 30

31 ou plus

5- Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?

Oui

Non

6- Fumez-vous même quand vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée?

Oui

Non

Interprétation :

- **0 à 2 points : pas de dépendance à la nicotine**
- **3 à 4 points : faible dépendance à la nicotine**
- **5 à 6 points : dépendance moyenne à la nicotine**
- **7 à 8 points : forte dépendance à la nicotine**
- **9 à 10 points : très forte dépendance à la nicotine**

Test de dépendance psychique de Horn

Il comporte 18 questions. A chaque question répondre par :

- 5 si « toujours »
- 4 si « souvent »
- 3 si « à l'occasion »
- 2 si « rarement »
- 1 si « jamais »

A. : Je fume pour me maintenir en forme.

B. : Tenir une cigarette fait partie du plaisir de fumer.

C. : J'ai du plaisir à fumer, je me relaxe.

D. : J'allume une cigarette quand je suis en colère pour une raison ou pour une autre.

E. : Lorsque je n'ai plus de cigarettes, je ne peux absolument pas le supporter, il faut que je m'en procure.

F. : Je fume des cigarettes automatiquement, sans en être conscient.

G. : Je fume des cigarettes pour me stimuler, pour me donner un coup de fouet.

H. : Le geste d'allumer une cigarette fait partie du plaisir de fumer.

I. : Je trouve les cigarettes agréables.

J. : Lorsque je me sens mal à l'aise ou perturbé par quelque chose, j'allume une cigarette.

K. : Quand je ne fume pas, j'en suis très conscient.

L. : J'allume une cigarette sans réaliser que j'en ai déjà une qui se consume dans le cendrier.

M. : Je fume une cigarette comme remontant.

N. : Lorsque je fume, regarder la fumée que j'exhale fait partie du plaisir.

O. : Le moment où j'ai le plus envie de fumer, c'est quand je suis bien et détendu.

P. : Lorsque j'ai le cafard ou que je ne veux plus penser, je fume.

Q. : J'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette quand je n'ai pas fumé depuis un moment.

R. : Il m'arrive de réaliser que j'avais une cigarette à la bouche sans me souvenir de l'y avoir mise.

Interprétation :

- **A + G + M > 11 = stimulation**
- **B + H + N > 11 = plaisir du geste**

- $C + I + O > 11 =$ relaxation
- $D + J + P > 11 =$ anxiété / soutien
- $E + K + Q > 11 =$ besoin
- $F + L + R > 11 =$ habitude

Mme DIARRA
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

LOI N° 10- 033 /DU 12 JUIL 2010.

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

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

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

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET

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

CHAPITRE II : DES DEFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II : DES MESURES DE PROTECTION CONTRE LE TABAC

CHAPITRE I : DU COMITE NATIONAL DE CONTROLE DU TABAC

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

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

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

A ce titre, il est notamment chargé de :

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

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

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

CHAPITRE II : DES PRODUITS DU TABAC

Article 6 : Conformité à la réglementation

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

Article 7 : Informations relatives aux produits du tabac

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

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

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

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

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

Article 9 : Distributeurs de cigarettes

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

Article 10 : Conditions de vente

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

Article 11 : Livraison des produits du tabac

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

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

Article 12 : Informations exigées sur les paquets

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

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

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

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

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

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

Le parrainage du tabac est également interdit.

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

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

CHAPITRE IV : EXPOSITION A LA FUMEE

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

Article 15 : Il est interdit de fumer dans :

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

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

TITRE III : DES INFRACTIONS ET PENALITES

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

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

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

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

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

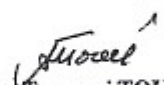
TITRE IV : DISPOSITIONS FINALES

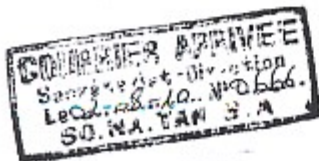
Article 21 : Un décret pris en Conseil des Ministres détermine les modalités d'application de la présente loi.

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

Bamako, le 12 JUL 2010

Le Président de la République,


Amadou Toumani TOURE



FICHE SIGNALITIQUE

Noms: NDICHOUT – GBETNKOM

Prénom: Aïcha

Titre: Femmes et tabagisme dans les bars, restaurants et discothèques dans le district de Bamako

Année soutenance: 2011

Ville de soutenance: Bamako

Pays de soutenance: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S.).

Secteur d'intérêt: Santé publique, pneumologie, cardiologie

Résumé: Nous avons effectué une étude transversale dans les bars, restaurants et discothèques du district de Bamako avec pour objectif général de déterminer la prévalence du tabagisme féminin. Il s'agissait également pour nous de manière spécifique de déterminer les caractéristiques sociodémographiques des femmes tant tabagiques que non tabagiques, les facteurs influençant cette attitude tabagique et les connaissances et comportements face à ce fléau sans cesse croissant dans notre société.

Nous avons interrogé 477 et enregistré 25 refus soit un taux de participation de 95%. La prévalence du tabagisme féminin était de 23,3% avec une moyenne d'âge de 27ans. La première cigarette était dans 59% des cas fumée entre 16 et 20ans. Les serveuses et les professionnelles de sexe étaient les plus nombreuses soit 38,7% des tabagiques. Bien qu'initiales le plus souvent par imitation ou suite à un stress, ces femmes tabagiques souhaitaient arrêter pour des raisons de santé dans 52,9% des cas.

Mots clés : Tabagisme, femme, santé

DESCRIPTIVE CARD

Name: NDICHOUT – GBETNKOM

First name: Aïcha

Title: Women and smoking in the bars/restaurants and night clubs in the district of Bamako

Year of defense: 2011

City of defense: Bamako

Country of defense: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry (FMPOS).

Sector of interest: Public health, pneumology, cardiology

Abstract: A cross-sectional study in bars, restaurants and night clubs was conducted in the district of Bamako in which the objective was to determine the prevalence of smoking among women. This study also served our purpose in identifying the socio-demographic characteristics of non smoking and smoking women, factors influencing their smoking habits, knowledge and their attitudes towards this growing problem in today's society.

Out of 477 women interviewed, 25 refusals were recorded for a participation of 95%. The prevalence of women smokers was 23.3% with an average age of 27 years of age. Fifty nine percent of the 452 women had their first cigarette between the ages of 16 and 20 years of age. Waitresses and call girls/escorts were the most numerous smokers at 38.7%. Although both stress and imitation or the need to be part of a crowd were the main key factors to their smoking initiation, 52.9% of them wished to kick the habit for health reasons.

Key words: smoking, women, health.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE.