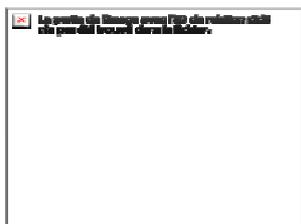


Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

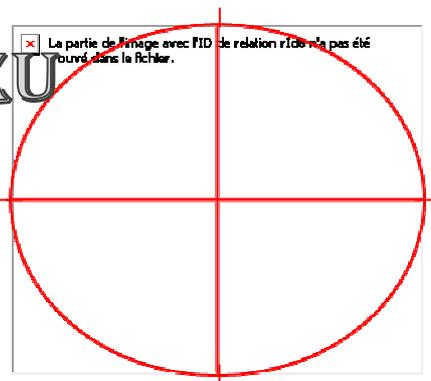
Un Peuple- Un but -Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
Année Universitaire 2012-2013

N° :/

TITRE:
**TABAGISME EN MILIEU
UNIVERSITAIRE
BAMAKOIS**



THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le ___/03/2013
Devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako

Par

Monsieur ROLYF KEITH AWORE ADJATIN

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

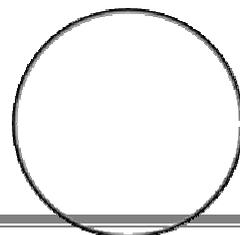
JURY

Président du Jury: **Professeur SOULEYMANE DIALLO**

Membre du Jury: **Docteur M'BAYE OUSMANE**

Membre du Jury: **Monsieur MORIBA CAMARA**

Directeur de thèse : **Professeur DIOP SAMBA IBRAHIM**



“

L'Éternel est mon berger : je ne manquerai de rien. Il me fait reposer dans les verts pâturages, il me dirige près des eaux paisibles. Il restaure mon âme, il me conduit vers les sentiers de la justice, A cause de Son nom.

Quand je marche dans la vallée de l'ombre de la mort, je ne crains aucun mal, car Tu es avec moi : Ta houlette et ton bâton me rassurent. Tu dresses devant moi une table, En face de mes adversaires ; Tu oins d'huile ma tête, Et ma coupe déborde.

Oui, le bonheur et la grâce m'accompagneront Tous les jours de ma vie, Et j'habiterai dans la maison de L'Éternel jusqu'à la fin de mes jours. ”

Psaume 23

“

Mon âme, bénis l'Éternel ! Que tout ce qui est en moi bénisse Son Saint nom ! Mon âme, bénis l'Éternel, et n'oublie aucun de ses bienfaits !.... ”

Psaume 103

DEDICACE SPECIALE

Je dédie ce travail à mes parents **Monsieur** et **Madame AWORE**

ADJATIN :

Merci d'avoir été toujours là, pour partager mes moments de joie et pour me soutenir dans les moments difficiles. Je n'oublierai jamais les sacrifices que vous avez faits pour moi, **Dieu** vous le Rendra au centuple.

L'année qui vient de s'écouler, a été faite de hauts et de bas, mais avec votre soutien et le secours du Tout Puissant, je ne doute pas de la venue de jours meilleurs.

Je profite de ce jour spécial pour vous remercier encore une fois, pour Tout ce que vous avez fait pour moi, et vous dire combien je vous aime. J'espère être un jour à la hauteur de toutes vos attentes et qu'ainsi vous soyez fiers de votre fils.

A notre Maître et **Président du jury**,

Professeur SOULEYMANE DIALLO

- ◆ **Maître de conférences en Pneumologie**
- ◆ **Chercheur au CEREFO (Centre de Recherche et de Formation)**
- ◆ **Président de la SOMAP (Société Malienne de Pneumologie)**
- ◆ **Président de l'ANAFORCAL (Association pour la Formation Continue en Allergologie)**
- ◆ **Chef du Service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G**
- ◆ **Colonel Major de l'Armée Nationale**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations, témoigne de l'immense honneur que vous nous faites.

Nous avons trouvé en vous en encadreur non seulement disponible et altruiste, mais aussi érudit, perfectionniste et un excellent exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre respect, de notre admiration et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et **Membre du jury,**

Docteur OUSMANE M'BAYE

◆ **Praticien au service de Pneumo-Phytisiologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.**

◆ **Chercheur clinicien au Centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose.**

Cher maître,

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre ouverture d'esprit ainsi que votre attachement au travail bien accompli nous ont profondément marqué et font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maître, l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

A notre Aîné et **Membre du jury,**

Monsieur MORIBA CAMARA

◆ Chef de la division informatique et documentation à la Direction Nationale du Commerce et de la Concurrence.

Cher aîné,

Nous sommes honorés de vous compter parmi le jury de cette thèse.

Votre vivacité et votre générosité nous ont rassuré et ont éveillé notre respect.

Nous ne saurions décrire l'ardeur et la ponctualité avec lesquelles vous avez apporté de précieuses et nombreuses contributions à ce travail.

Veillez accepter ici, l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et **Directeur de thèse,**

Professeur Samba Ibrahim DIOP

- ◆ **Maître de conférences en Anthropologie Médicale**
- ◆ **Enseignant chercheur en Ecologie Humaine, Anthropologie et Ethique en santé du Département d'étude et de Recherche de Santé Publique de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie**
- ◆ **Responsable de l'unité de recherche formative en Sciences Humaines, Sociales et Ethiques du Centre de Recherche et de Formation (CEREFO), VIH/SIDA/FMOS**

Cher maître,

Nous ne saurions trouver les mots pour vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à notre travail, et de la spontanéité et de la rigueur avec lesquelles vous l'avez dirigé.

Votre disponibilité, vos qualités humaines, ainsi que votre culture scientifique ont éveillé en nous admiration et respect.

Acceptez de recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES FIGURES.....	4
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
HYPOTHESES.....	7
CADRE THEORIQUE.....	8
OBJECTIFS.....	12
GENERALITES.....	13
I- Origine et histoire du tabac.....	13
II- Définitions.....	14
III- Composition du tabac.....	17
IV- Culture du tabac au Mali.....	20
V- Exportation et importation du tabac au Mali.....	21
VI- Transformation et consommation du tabac au Mali.....	24
VII- Impact du tabagisme sur la santé.....	25
VIII- Traitement.....	31
METHODOLOGIE.....	36
A. CADRE D'ETUDE.....	36
B. TYPE D'ETUDE.....	36
C. DUREE DE L'ETUDE.....	36
D. POPULATION D'ETUDE.....	36
E. GESTION ET ANALYSE DES DONNEES.....	38
RESULTATS.....	39

COMMENTAIRE.....	51
DISCUSSION.....	52
CONCLUSION.....	57
RECOMMANDATIONS.....	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	60
ANNEXES.....	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.	15
Tableau II.	16
Tableau III.	22
Tableau IV.	23
Tableau V.	30
Tableau VI.	39
Tableau VII.	42
Tableau VIII.	44
Tableau IX.	45
Tableau X.	45
Tableau XI.	46
Tableau XII.	47
Tableau XIII.	48
Tableau XIV.	49
Tableau XV.	49
Tableau XVIa.	50
Tableau XVIb.	50

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Prêtre chamâne.....	13
Figure 2. Composition cigarette	18
Figure 3. Répartition des étudiants selon les facultés.....	39
Figure 4. Répartition des étudiants selon le sexe.....	40
Figure 5. Répartition des étudiants selon l'âge.....	40
Figure 6. Répartition des étudiants en fonction du statut fumeur.....	41
Figure 7. Répartition des étudiants fumeurs en fonction de l'âge actuel.....	43
Figure 8. Répartition des étudiants fumeurs selon les raisons de fumer.....	43
Figure 9. Répartition des étudiants fumeurs selon l'âge de début.....	44

Sigles et Abréviations

®	Marque déposée
ALUTAS :	Association de L utte contre le T abac, l' A lcool et les S tupéfiants
AVC :	A ccident V asculaire C érébral
BAT :	B ritish A merican T obacco
BPCO :	B roncho- P neumopathie C hronique O bstructive
ENPM :	E cole N ationale de P harmacie et M édecine
FLASH :	F aculté de L angues et S ciences H umaines
FMOS :	F aculté de M édecine et d' O donto S tomatologie
FSEG :	F aculté de S cience E conomique et G estion
FSJP :	F aculté de S ciences J uridiques et P olitiques
Hb :	H émoglobine
HIV :	H uman I mmunodeficiency V irus
IDM :	I nfarctus D u M yocarde
KG :	K ilo G ramme
Km² :	K ilo M ètre- C arré
MO :	M onoxyde de carbone
OHVN :	O ffice de la H aute V alée du N iger
OMS :	O rganisation M ondiale de la S anté
RAS :	R ien A Signaler
SIDA :	S yndrome d' I mmuno- D éficienc A cquise
SONATAM :	S ociété N ationale de T abac et d' A llumettes au M ali

INTRODUCTION

Par définition, le tabagisme est une intoxication aigue ou chronique par le tabac pouvant entraîner de graves complications pour la santé [1]. Le tabac est une plante herbacée appartenant à la famille des solanacées, cultivée pour ses feuilles riches en **nicotine** qui est une **substance alcaloïde psychotrope** et classée parmi les substances stupéfiantes créant une dépendance à long terme.

Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier (**Tableau 1**). Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique. Les tabacs en feuilles sont classés selon leur variété ou leur mode de séchage.

Les tabacs bruns sont séchés à l'air et au feu, **les tabacs blonds** à l'air chaud, et **les tabacs clairs** (goût américain) sont séchés à l'air ou au soleil.

Aujourd'hui, le tabagisme est à lui seul la principale cause de décès évitable dans le monde [2] et particulièrement chez les adolescents. Cette mortalité est estimée à nos jours à **5 millions** par an selon l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**) ; si aucune action d'urgence n'est entreprise, plus de **8 millions** de personnes mourront chaque année d'ici **2030** [3, 4].

Au **Mali**, des études portant sur le tabagisme au sein des bars, des lycées, des collèges, des commissariats et du milieu footballistique ont été menées, mais nous n'avons pas retrouvé de travaux axés exclusivement sur le tabagisme en milieu étudiant.

Nous nous proposons donc de mener une étude sur les aspects socio-épidémiologiques du tabagisme en milieu universitaire à Bamako.

HYPOTHESES

- ✿ La prévalence du tabagisme est en nette progression en milieu universitaire bamakois.

- ✿ Il existe une différence de fréquence du phénomène entre les deux sexes.

- ✿ Les fumeurs (es) présentent plus de problèmes de santé que les non fumeurs en milieu universitaire bamakois.

- ✿ L'entourage influe sur le tabagisme.

CADRE THEORIQUE

La majorité des études réalisées sur le tabac et le tabagisme ainsi que les articles et revues qui en font état, nous relatent des connaissances sur le phénomène et le danger qu'il représente; mais notons que ces études, trop centrées sur des groupes spécifiques, nécessitent une réactualisation.

Celle réalisée par DENA K. en 1996, « **Etude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du MALI** », [5] faisait ressortir que **12%** des étudiants à cette époque là étaient fumeurs. Cette étude quelque peu ancienne déjà, n'a traité, comme son titre l'indique, que de certains aspects du tabagisme. Vu les tendances actuelles, il serait pertinent de connaître l'impact du tabagisme sur l'état de santé des étudiants ainsi que leurs connaissances des risques liés à ce phénomène.

En **1981**, HAÏDARA Mohamed avait mené une étude intitulée « **Le tabac et les intoxications des fumeurs : propositions et moyens de lutte contre le tabagisme** » [6]. Cette étude bien que plus complète que celle réalisée par DENA, ne faisait état ni de l'impact du phénomène sur la santé des fumeurs, ni des effets du tabagisme passif. Quelques propositions de moyens de lutte concrets contre le tabagisme y sont faites par l'auteur, mais elles seraient peu efficaces de nos jours.

TCHUINDEM Stéphanie, en **2002** étudie l'**Impact du tabac chez les lycéens dans le district de Bamako** [7] et retrouve **14%** de fumeurs. Cette étude, en dehors du fait qu'elle ne concerne que les lycéens, est similaire à celle de DENA K. de part son ancienneté et la plupart des faits qu'elle relate.

Bieter DEMBELE, en **2007** dans son étude sur le « **Tabagisme chez les lycéens de l'académie d'enseignement de Bamako de la rive gauche** » [8] démontrait que **10,9%** des lycéens étaient fumeurs. Cette étude ne visait qu'un groupe très spécifique : les lycées de la rive gauche.

L'enquête menée par KEITA Fadiala, également en **2007**, sur la « **Fréquence du tabagisme parmi les footballeurs de 1ere division du district de Bamako** » [9] situe la prévalence du tabagisme chez les footballeurs à **14%**.

Toujours en **2007**, DIARRA Bourama dans son étude axée sur la « **Prévalence du tabagisme à la faculté des lettres, langues, arts et sciences humaines** » [10], rapportait que **19,8%** des étudiants étaient fumeurs : là encore, il s'agit d'une étude limitée à une population spécifique.

En **2010** TCHAA Abalo, dans une thèse ciblant le « **Tabagisme en milieu scolaire Bamakois** » [11], montre que **18,40%** des jeunes scolaires fument.

Notons que ces études, particulièrement celles de DENA, DIARRA et TCHAA sont quelque peu anciennes et limitées à des groupes spécifiques de la population. Ces chiffres ne sont plus d'actualité et n'englobent qu'une partie de la population. La dangerosité du tabagisme au XXI^e siècle étant un enjeu de société dans de nombreux pays (développés et en voie de développement), y compris au Mali, nous avons voulu centrer notre étude sur les quatre grandes facultés du district de Bamako, car incarnant la relève de demain.

Une récente enquête faite par **ALUTAS** Mali (Association de Lutte contre le Tabac, l'Alcool et autres Stupéfiants) [12], avait déjà rapporté en novembre **2010** que **19,1%** des élèves et étudiants fumaient. Ce chiffre ayant retenu notre attention, nous avons jugé utile de nous pencher sur ce véritable phénomène mondial qu'est le tabagisme et de mener un travail centré sur la population estudiantine, cette population de jeunes souvent livrés à leur propre sort.

La lutte contre le tabagisme au Mali a déjà été enclenchée il y a quelques années, avec des résultats en termes de législation peu probants car le Mali peine à appliquer la **loi 96- 041[13]** portant interdiction et restriction de la publicité en faveur du tabac et de son usage dans les lieux publics. Mais quelle est l'exacte étendue du phénomène, surtout sur les jeunes étudiants ?

Le problème posé dans cette étude est de savoir si le tabagisme est en progression ou pas dans la population estudiantine, et de connaître l'impact du phénomène sur ces jeunes, de recueillir les informations sur les connaissances, les attitudes et pratiques des étudiants(es) vis-à-vis du tabagisme, sur l'accès au tabac ou à ses produits dérivés, et sur le sevrage tabagique ; de savoir si les étudiants sont au courant des différentes formes de communication ou d'actions commerciales mises en place par les industries du tabac visant à promouvoir directement ou indirectement l'usage du tabac ou un de ses produits dérivés ; en ce qui nous concerne, nous citerons la **SONATAM** (Société Nationale des Tabacs et Allumettes au Mali), car implantée au Mali depuis **1965**.

Chaque jour dans le monde, entre **80 000 et 100 000** jeunes deviennent dépendants du tabac [14]. Si la tendance actuelle se confirme, **250 millions** d'enfants en vie aujourd'hui mourront à terme de maladies liées au tabac.

Actuellement **9,5%** des étudiants fument des cigarettes et **1 étudiant sur 10** consomme des produits dérivés du tabac (exemple : pipe, tabac sans fumée) [15].

Malgré les moyens de lutte acharnée mis en place par l'**OMS** (exemple : **Journée Mondiale Sans Tabac**, le **31mai**), pour maîtriser la vente du tabac et de ses produits manufacturés, et réduire ses conséquences néfastes sur la santé des populations, les pays en voie de développement, sous la pression économique et de l'industrie du tabac qui leur rapporte énormément, continuent de se laisser séduire par ces dernières, se menant ainsi à leur propre perte.

En revanche, en Italie, l'interdiction de fumer dans les lieux publics a diminué le nombre de crises cardiaques. Pour les chercheurs, le lien entre cette diminution de la mortalité et l'interdiction du tabac est évident, si l'on en croit les résultats d'une autre étude italienne [16], qui montre que les accidents cardiovasculaires ont diminué de plus de **10%** depuis que le tabac est banni des lieux publics.

De plus et par la même occasion, de nombreux italiens ont profité de cette interdiction pour abandonner définitivement la cigarette [17].

L'enquête de surveillance de l'usage de tabac au Canada (ESUTC) [18] nous fournit de précieuses statistiques : **17%** de canadiens âgés de 15ans et plus étaient fumeurs en **2011**, c'est **8%** de moins qu'en **1999**.

Le plus mauvais élève en Occident est la **Belgique**. En effet, la consommation de tabac parmi les néerlandophones et les francophones est restée presque identique ces dernières années: **23%** et **21%** [19].

En Afrique, la prévalence du **tabagisme** est en **constante progression** ; selon l'OMS, **20%** des jeunes fument en milieu scolaire.

Au **Mali**, une enquête [20] réalisée en **2001** montrait que **1/3** des jeunes en milieu scolaire consommaient du tabac sous ses différentes formes.

Aujourd'hui les effets du tabac ne sont malheureusement plus à prouver. Selon l'OMS, **75%** des cancers sont directement ou indirectement liés à la consommation du tabac. Le **cancer du poumon** est le principal, à lui seul il représente **85%** des cancers. Vient ensuite le cancer des voies aérodigestives supérieure selon la localisation avec **57% à 87%**, suivi du cancer de la **vessie** avec **40%**, puis le cancer du **pancréas** avec **13,30%** [21].

OBJECTIFS

■ OBJECTIF GENERAL:

- Evaluer la prévalence du tabagisme en milieu universitaire du District de Bamako.

■ OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la prévalence globale du tabagisme dans l'ensemble des Facultés du district de Bamako (FMOS, FLASH, FSEG, FSJP).
- Décrire les facteurs de risque liés à la consommation du tabac.
- Déterminer la prévalence du tabagisme en milieu universitaire selon l'âge et le sexe.
- Décrire l'état de santé des étudiants(es) fumeurs(es).

GENERALITES

I- Origine et histoire du tabac :

Si le tabac est un don de *l'île de la grande tortue* (île située au sud de l'Océan Pacifique). Il fût probablement utilisé pour la première fois il y'a plus de 2000 ans par les **Mayas** (peuples autochtones d'Amérique du sud), puis par diverses tribus amérindiennes, notamment au cours de rituels religieux et sociaux. Le tabac fût surtout une plante sacrée et curative, utilisée par les prêtres et les chamânes (**figure1**) pour qui sa fumée servait à communiquer avec les esprits et à apaiser les douleurs [22].



Figure 1 : Chamâne [22]

C'est seulement vers **1318** que le tabac traversa le **Pacifique sud** pour **l'Atlantique nord**, précisément en **Espagne** et au **Portugal**, où il fût cultivé seulement comme plante médicinale. En **1560**, **Jean Nicot**, alors ambassadeur de **France** à Lisbonne (**Portugal**), l'introduisit en France sous **François II**.

Cette plante originaire d'Amérique centrale et du sud rencontra un grand succès en France ; on lui prêta même des vertus médicinales et elle fût appelée **Nicotiane** en l'honneur de l'ambassadeur Jean NICOT. En **1629**, le **Cardinal Richelieu** instaure la taxe sur la tabac et **Colbert** établit un monopôle d'Etat de la vente en **1674** : l'usage du tabac devient ainsi la marque de raffinement de la haute société.

Tandis qu'elle conquît toute l'Europe, elle ne fait son apparition en Afrique qu'en **1913**, plus précisément au **Maroc**. En ce qui concerne son entrée au **Mali**, elle ne se fait que pendant la période coloniale. La date précise de son entrée dans le pays reste floue.

Par ailleurs on apprend des traditionnalistes **Mandingues** que le neveu de l'empereur du Mali, **ABOUBAKARY II**, aurait embarqué avec lui un stock de tabac lors de son expédition à travers l'Atlantique en **1303** et que le roi du Dahomey (actuel **Bénin**) **Béhanzin** au XVe siècle, entretenait un commerce florissant où s'échangeaient **or, chevaux et tabac**[23].

II- Définitions :

Le tabagisme est une intoxication aigüe ou chronique due à une consommation abusive du tabac. Il existe deux sortes d'intoxication :

2-1 . Intoxication active :

On entend par là, le fait de consommer soit même du tabac.

2-2 . Intoxication passive :

On entend par là, le fait de s'exposer de façon involontaire à la fumée du tabac.

Du point de vue botanique, il existe deux classifications du tabac :

Tableau I : Classification botanique [24]

Espèce	<i>Nicotiana tabacum</i> ; <i>Nicotiana rustica</i>
Genre	<i>Nicotiana</i>
Famille	Solonacée
Ordre	Personnatae
Sous classe	Dialypétale
Classe	Dicotylédone
Sous division	Angiosperme
Division	Spermaphyte
Règne	Végétal

2-3 . Classification morphologique. [24]

D'après la classification morphologique, il existe trois sous genres :

◆ *Nicotiana pétunoide* :

Elle comprend **45 espèces** et est simplement ornemental.

◆ *Nicotiana rustica* :

Encore appelé **vrai tabac et plus doux**, elle comprend **9 espèces**. Le **rustica** est connue pour sa richesse en nicotine, elle fût introduite au Mali avant le **XIVe siècle**.

◆ *Nicotiana tabacum* :

Variété de tabac plus fort et aux feuilles larges, elle comprend **6 espèces** mais **4 types** seulement connaissent une exploitation industrielle.

Tableau II: Types de tabac exploités [24]

Type Havenensis	Havane, Java, Sumatra
Type Brésiliensis	Burley, Parguay
Type Virginica	Kentucky, Virginie
Type Purpurea	Orient

III- Composition du tabac :

Le tabac contient de nombreuses substances, dont 4 groupes seront décrits du fait de leur toxicité :

☛Nicotine :

La nicotine est une substance **alcaloïde** qui provoque un effet **psycho-actif de stimulation cérébrale** et simultanément **une légère relaxation physique** [25]. Du fait de son accoutumance avec le système nerveux central, elle entraîne après quelques bouffées de cigarettes une dépendance d'abord physique puis physiologique. Cette dépendance physique se manifeste subjectivement par des troubles de la concentration, un état de tension ou d'irritabilité.

☛Monoxyde de carbone :

Ce gaz issu de la combustion du tabac se fixe sur l'hémoglobine (**Hb**). Une fois dans l'organisme il est responsable à long terme de la diminution de la capacité d'oxygénation du sang. Par ailleurs, il augmente aussi la teneur en graisse du corps humain et ainsi le risque d'athérosclérose [26].

☛Irritants :

Plusieurs phénomènes allergiques de la muqueuse respiratoire sont dus aux constituants contenus dans la fumée du tabac tels que :

l'Aldéhyde, l'Ethanol, la Benzoquinone, l'Acroléine. L'acroléine est un irritant très toxique utilisé aussi comme arme chimique de guerre.

Ces irritants sont responsables de l'hypertrophie de la muqueuse, de l'atrophie ciliaire ainsi que de l'inflammation des bronches.

☛ Substances cancérigènes :

La fumée du tabac contient également près de **500 substances cancérigènes** parmi lesquelles **les hydrocarbures inhérents à la combustion, les benzopyrènes, les anthracènes etc...** A ces substances qu'on qualifie aussi de facteurs chimiques de cancérisation, sont associés l'action cancérigène du tabac et des facteurs physiques (**élément radioactif tel que le polonium**) [27].

Ces différentes substances sont métabolisées par l'organisme en agents cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome. **L'agence américaine pour la protection de l'environnement** a classé l'exposition à la fumée ambiante du tabac comme un agent cancérigène de classe **A** pouvant être à l'origine du **cancer du poumon** [28].



Figure 2: Composition de la cigarette [29]

III -1 : Les différents moyens de consommation du tabac

Le tabac se consomme de plusieurs façons [11]:

- ◆ Tabac fumé, on a comme exemple : **cigarette, pipe, cigare.**
- ◆ Tabac prisé : **par inhalation.**
- ◆ Tabac chiqué : **par macération c'est-à-dire par mâchage, en plaçant une boulette entre lèvre et gencive.**

III-2 : Toxicomanie et tabagisme [30].

On entend par **toxicomanie**, l'habitude d'absorber de façon régulière une substance susceptible d'engendrer un état de dépendance physique et psychique, nuisible autant au consommateur qu'à la société. **L'alcool, l'opium, et la morphine** font partie des drogues qu'on qualifie de drogues de toxicomanie **majeure** et le **tabac, le café, et le thé**, sont qualifiées de drogues de toxicomanie **mineure**.

a /Aspects cliniques [11]

La toxicomanie se définit et varie par **trois caractères cliniques** :

1. **L'Irrésistible perversion du besoin** : Pousse le sujet à consommer de la drogue et s'en procurer par tous les moyens.
2. **L'Accoutumance** : Le sujet s'habitue à des doses de plus en plus fortes.
3. **La Soumission totale** : Le sujet devient totalement dépendant physiquement et psychiquement.

b / Aspects psychiques [11]

Les raisons profondes des toxicomanies résident dans une perturbation instinctivo –affective remontant aux premières années de vie. On décrit un toxicomane comme un sujet déprimé chronique, obsédé et anxieux, mais la nature de l'état émotionnel et intime de la personnalité peut se révéler variable.

Tous les cas de toxicomanie ne peuvent recevoir d'explications. En effet, au roulement du stade oral (**stade psychanalytique**) de la personnalité, s'ajoute peut être le rôle de l'équipement génétique de l'individu. Parmi les facteurs déclenchant, nous avons : les maladies, accidents ou évènements traumatisant(e)s, invalidant(e)s, ou dévalorisant(e)s ; les échecs familiaux, professionnels, le deuil etc....

IV- Culture de tabac au Mali :

La culture du tabac au Mali se pratiquerait depuis des siècles. La culture industrielle, elle-même débuta avec la création de la **SONATAM en 1965**.

Le Mali produit par an **500 tonnes de tabac brut [20]**. Cette production porte sur trois espèces :

- 1. Rustica**, destinée à la consommation locale
- 2. Paraguay**
- 3. Burley**

Ces deux dernières espèces citées ont récemment été introduites dans le pays.

Seuls deux opérateurs de développement agricole assurent plus de la moitié des productions, ce sont :

• **L'Office de la Haute Vallée du Niger (OHVN).**

• **Le projet de réhabilitation du périmètre de Baguinéda.**

Le prix d'achat de tabac au producteur se valait respectivement **450f cfa**(en **2010**) en ce qui concerne la première qualité (**Dunhil ®**), aujourd'hui à **750f cfa** et **350f cfa** pour la deuxième qualité (**Liberty®**), aujourd'hui à **250f cfa** ; tandis que le kilogramme du riz était de **400 f cfa**, aujourd'hui à **600f cfa** et le mil à **225f cfa**, aujourd'hui à **350f cfa** [20].

En **1961** l'opération « **Action Tabac** », première du genre après l'accession du pays à la souveraineté nationale, s'est inscrite dans le cadre de la transformation des matières premières et s'est conclue, après 4 ans (**1965**), par la création de la première fabrique de cigarettes au **Mali** : la **Société Nationale des Allumettes et Tabacs au Mali (SONATAM)**.

V- Exportation et importation du Tabac au Mali

Les importations (voir *Tableau III*) de cigarettes contenant du tabac au Mali s'élevaient à **13 milliards** de FCFA en **2009**, et de **20 milliards** de FCFA en **2011**, soit un taux d'augmentation de **67%**. [31]

Les exportations (voir *Tableau IV*) connaissent néanmoins une baisse de nos jours ; pour la cigarette contenant du tabac par exemple, elles s'élevaient à **164 millions** de FCFA en **2009** et seulement à **94 millions** de FCFA en **2011**. [31]

Tableau III : Importations de tabac en 2009 et 2011[31]

ANNÉE	Importations de tabac	Poids en kg	Valeurs Cfa
2009	Cigarettes avec tabac	1 169 022	13.143.819.459
2011	Cigarettes avec tabac	2 247 588	20.481.395.329
TOTAL	–	3.416.610	33.625.214.788

Tableau IV: Exportations de tabac en 2009 et 2011[31]

ANNÉE	Exportations de Tabac	Poids en Kg	Valeurs en Frcs CFA
2009	Feuilles de Tabac	83.315	64.757.157
	Cigarettes avec Tabac	21.172	164.305.708
TOTAL (2009)	-	104.487	229.062.865
2011	Cigarettes avec Tabac	14 466	94.494.601
	Cigares, Cigarillos	1 470	31.015.843
TOTAL(2011)	-	15 936	125.510.444

VI- Transformation et consommation du tabac au Mali :

Le Mali possède une économie dominée par le secteur primaire notamment **agricole**. Les secteurs secondaire (**industries**) et tertiaire sont peu développés.

Les entreprises industrielles en **2005** réalisaient **897 milliards** de FCFA de chiffre d'affaire, il s'agissait essentiellement de la production agricole et de l'industrie de transformation: **conserverie, biscuiterie, boulangerie, textile et tabac [32]**.

La **SONATAM**, unité de transformation joue le rôle de coordinateur dans le marché national du tabac entre les différentes représentations de marques existantes au Mali et les entreprises maliennes qui font le commerce de gros des produits dérivés du tabac :

► **Bally SA ;**

► **Société DJIGUE .BAT**

► **Impérial Tobacco.**

Elle détient aussi le monopôle de l'importation et de l'exportation des produits industriels du tabac. Cependant, sa part est estimée à **75% du marché national du tabac**, étant donné la contrebande et la fraude à qui les 25% restant reviennent [20].

Elle contribuerait à hauteur de **10 milliards** de FCFA par an, au titre des impôts et taxes, des frais de douanes ainsi qu'à une masse salariale **d'1 milliard** de FCFA [20].

VII - Impact du tabagisme sur la santé :

Le tabagisme représente la première cause de décès évitable dans le monde. Véritable phénomène de santé publique, il a causé dans la seconde moitié du XXème siècle près de **60 millions de décès**, soit **1,2 millions de pertes humaines par an** [33].

Toujours selon l’OMS, si rien n’est fait, le nombre de décès induits par le tabagisme devrait dépasser les **10 millions par an d’ici 2020**, soit **10 fois le nombre actuel de décès causés par l’alcoolisme**.

Si le tabagisme tend légèrement à régresser dans les pays développés, il est en forte augmentation dans les pays émergents et sous développés : en **Côte d’ivoire** le taux de tabagisme était de **10% en milieu scolaire** au cours des années **1988 à 1990** [34] ; en **2005** ce taux est passé à **18%** avec une augmentation de **4% chez les filles**.

En un an, le taux chez les filles a **triplé** passant de **4% à 13%** en **2006** alors qu’en **Australie**, d’ici **2025**, il n’y aura plus de fumeurs [34].

VI / 1- Pathologies liées au tabac :

On estime à plus de **33% chez l’homme** et **10% chez la femme**, les cas de cancers liés au tabagisme (**cancer des poumons, de la cavité buccale, etc....**) [35].

a/ Risques cardio-vasculaires et respiratoires

- ❖ **Sphère ORL :** la fumée du tabac est toxique car elle contient plusieurs produits irritants, susceptibles d'engendrer des laryngites et une irritation chronique des voies respiratoires qui favorise l'apparition de **cancer du larynx** et du **pharynx**.

- ❖ **Poumons :** Le **goudron** irrite les voies respiratoires et provoque ainsi des **infections pulmonaires** et une **Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)**, qui entraîne une hypoventilation des tissus, et une baisse de la résistance aux exercices physiques. Le **monoxyde de carbone (MO)**, se substitue à l'oxygène sur **l'hémoglobine (Hb)** et par conséquent, diminue l'oxygénation du sang, entraînant un essoufflement (**dyspnée**)[36].L'irritation chronique est propice à la formation du **cancer des poumons**.

- ❖ **Cœur et Vaisseaux sanguins :** La **nicotine** provoque une accélération du rythme cardiaque et possède un effet vasoconstricteur, qui induit une sous alimentation des tissus, et une augmentation du taux de graisses dans le sang.

Elle favorise à long terme l'apparition et l'aggravation de l'athérome, obstruant progressivement les vaisseaux sanguins, pouvant aboutir à : **l'angine de poitrine, l'infarctus de myocarde (IDM), l'accident vasculaire cérébrale (AVC), et l'artériopathie**. Le risque d'infarctus du myocarde est **multiplié par**

3 chez le fumeur et n'est pas à négliger en cas d'exposition répétée et durable au tabagisme passif.

La consommation prolongée du tabac est aussi un facteur de risque thrombogène entraînant une **thrombose veineuse profonde (phlébite)**, ou une **embolie pulmonaire**, voire, **un infarctus du myocarde** si elle est combinée à la pilule contraceptive.

b/Autres risques :

Le tabagisme peut avoir les effets suivants :



Fertilité : diminue aussi bien chez le fumeur que chez la fumeuse.



Grossesse et accouchement [14] : La santé des femmes enceintes et de leur enfant à naître est constamment menacée par l'exposition au tabac. Les études ont montré qu'environ **20 à 50%** des femmes enceintes fument ou sont exposées à la fumée secondaire. Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire chez les femmes enceintes provoque des avortements spontanés, des grossesses extra-utérines, des mortinaissances, des enfants de faible poids de naissance et d'autres complications, lors de la grossesse et de l'accouchement, qui nécessitent le recours à des soins intensifs pour le nouveau né.

En outre, **fumer est particulièrement déconseillé pendant la grossesse**, car augmentant le risque de **fausse couche**, de **mortalité périnatale** et même le risque de **mort subite du nourrisson [39]**.

Le tabac favorise aussi la survenue de **malformations** telles que la fente labio- palatine encore appelée **bec de lièvre** chez le bébé [40].



Nouveau né [14] : Le tabagisme des parents ou d'autres personnes du foyer après la naissance, augmente également les risques que les enfants exposés souffrent de toux, de bronchite, d'asthme, de pneumonie, d'infections des voies respiratoires potentiellement mortelles ;

De troubles ophtalmiques et auditifs, de blessures ou de décès suite à des incendies déclenchés par une cigarette mal ou non éteinte.



Sexualité : elle favorise l'impuissance masculine par son rôle dans l'altération des vaisseaux sanguins.



Diabète : le tabagisme aussi bien actif que passif est associé à l'augmentation du risque de sa survenue [37].



Sida : Les traitements antiviraux ne répondent pas correctement chez les sujets fumeurs porteurs du **virus HIV** [38].



Cancer de la cavité buccale : le risque d'apparition est **multiplié par 5 à 9 fois** par rapport aux non-fumeurs. Ce risque est corrélé au nombre de cigarettes, cigares, pipe ... fumés quotidiennement. Le risque **de parodontites** est **multiplié par 3**. Il existe un risque accru de perte de dents.



Cancer du pancréas : Le risque est **multiplié par 2 à 4** par rapport aux non- fumeurs.



Cancer du sein [41], de la vessie, de l'estomac et de l'intestin grêle.

En plus de ces pathologies, la consommation du tabac accroît le risque de survenue de **la cataracte, de la pneumonie, de l'anévrisme aortique abdominal** et de **la tuberculose**.

La dépendance au tabac est un trouble bien distinct de ces maladies : cette dépendance qui est chronique et comporte souvent des rechutes, nécessite un traitement adéquat.

VI / 2- Interactions médicamenteuses :

D'après la langue de **Molière**, « l'interaction » est définie par une action réciproque (de plusieurs phénomènes).

Scientifiquement il y a une interaction médicamenteuse lorsque la posologie ou la durée des effets d'un médicament, est modifiée par l'administration préalable ou concomitante d'une autre substance qu'elle soit **organique, un solvant, un métal lourd** ou **un médicament**, en l'occurrence la fumée d'une cigarette, d'un cigare ou d'une pipe [42]. La relation entre nombre de cigarettes fumées par jour et intensité de la plupart des interactions connues entre les médicaments, ne semble plus faire de doute . La fumée de la cigarette peut interagir avec certains médicaments par un **effet pharmacocinétique** ou **pharmacodynamique** [43-44-45] ; ceci est valable chez les gros fumeurs de pipe ou de cigare par inhalation de la fumée [43].

Les principales interactions médicamenteuses avec le tabagisme sont résumées dans le *Tableau V*.

Tableau V : Principales interactions médicamenteuses avec le tabac [43]

Médicaments	Nature des effets	Recommandations
Analgésiques	Diminution de l'effet	Augmentation des doses ou choix d'un autre analgésique
Antagonistes calciques	Peuvent majorer l'hypotension artérielle	Adapter la posologie à l'efficacité et à la tolérance du patient
Antagoniste du récepteur H₂ de l'histamine -Cimétidine	Diminution possible de l'effet en cas de traitement de l'ulcère gastro-intestinaux	Choix du Sulcrafate
Antidépresseurs	Diminution de l'effet	Augmentation de la posologie
Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens	Diminution de l'effet avec augmentation de l'intolérance gastro-intestinale	Choix d'un autre AINS
Benzodiazépines -Oxazepam (seresta)	Diminution de l'effet sédatif	Augmenter la posologie
Bronchodilatateurs	Diminution de l'effet	Augmenter la dose chez les fumeurs et réduire la dose d'un quart à l'arrêt définitive du tabac
Contraceptifs oraux	Augmente le risque de crise cardiaque ou d'accident cérébro-vasculaire	Choix d'un autre moyen de contraception
Hypoglycémiant	Diminution de l'efficacité	Augmenter la dose de 30%
Autres : Café, Vitamine c, Vitamine B 12	Diminution des concentrations sériques des vitamines C B12	Surveiller les déficits de vitamine Cet B 12 chez patients fumeurs et dénutris

IV/ 3 - Prévention du tabagisme [11]:

De nos jours, il existe plusieurs moyens de prévention et de lutte contre le tabagisme, à savoir :

- **Battre une campagne socio-éducative** aidant les fumeurs à arrêter, à stimuler les ex-fumeurs à ne pas rechuter, à dissuader les non-fumeurs de ne jamais essayer car « c'est la première cigarette qui tue ».
- **Montrer les effets de la nicotine** sur l'organisme par des images explicites des différentes maladies que crée la dépendance à la nicotine aux adolescents, car c'est la période durant laquelle la majorité des fumeurs allument leur première cigarette et développent leurs habitudes tabagiques.
- **Augmenter les prix sur les paquets de cigarettes et faire voter une loi** interdisant la vente à l'entrée et à l'intérieur des boîtes de nuit ou restaurants.

VIII –Traitement

VII /1- Symptômes de sevrage du tabac [46].

Lorsqu'un fumeur cesse de consommer de **la nicotine**, il se sèvre et certains effets dus au sevrage apparaissent. Ces effets sont :

- **Tension et irritabilité.**
- **Forte envie de fumer par moments.**
- **Bouche et gorge sèche.**
- **Anxiété.**
- **Tremblements.**
- **Insomnie.**
- **Boulimie.**
- **Diarrhée.**
- **Constipation.**

Ces effets sont à leur paroxysme après quelques jours de sevrage et subsistent quelques semaines, voire, des mois après l'arrêt. Cependant après trois mois sans rechute, ces effets disparaissent complètement ; la nicotine quant à elle est éliminée du corps en quelques jours après l'arrêt du tabac : **quatre** jours plus précisément.

VII / 2-Traitements proprement dits : [11]

Fumer est un **comportement multifactoriel** propre à chaque individu, au même titre que **la personnalité, l'équilibre psychologique, la situation sociale ou environnementale**. L'arrêt définitif du tabac est une décision personnelle, une volonté de soi, elle nécessite une réorganisation de sa vie et la prise de substitutifs de nicotine (**NICORETTE®**). En raison des deux composantes de l'accoutumance (**psycho comportementale** et **psycho affective**), il est préconisé d'agir sur deux fronts :

 **Rétablir l'équilibre hormonal du cerveau**, en amenant graduellement les récepteurs de la dopamine à se satisfaire d'une production normale, ceci est possible par les patches de nicotine et médicaments qui agissent sur l'humeur.

Les produits suivants libèrent une certaine quantité de nicotine dans l'organisme :

- **Habritol®**
- **Nicoderme®**
- **Nicorette®**
- **Thrive®**

Un traitement dure normalement **10 à 12 semaines**, la dose est revue progressivement et graduellement à la baisse jusqu'à l'arrêt complet du tabac.

● **Timbre transdermique :**

Le timbre présente l'avantage d'offrir un apport de nicotine régulier et mesurable.

● Gomme à mâcher :

Permet de réduire les effets de manque, en mâchant ce produit, mais peut entraîner une irritation de la muqueuse.

● Lozanges :

Ce sont des comprimés dissous dans la bouche et qui libèrent de la nicotine qui sera absorbée par les muqueuses.

● Vaporisateur nasal :

La nicotine arrive plus rapidement au cerveau qu'avec le timbre ou la gomme.

● Inhalateur :

Il se présente comme une cigarette : le sujet aspire de la nicotine dans un tube ; efficace pour les sujets qui ont l'habitude de porter la main à la bouche.

● Bupropion (Zyban®) :

Le bupropion fait partie de la famille des antidépresseurs, mais n'est pas utilisé pour ses propriétés antidépressives. Il diminue les symptômes du sevrage tabagique, sans que son mécanisme d'action dans cette indication soit connu avec précision. Il augmente l'effet de la noradrénaline et de la dopamine sur la transmission de l'influx nerveux entre les neurones.

.

● Varénicline (Champix®) :

Ce médicament provoque une sensation de plaisir, en empêchant la vraie nicotine de se fixer aux récepteurs en cas de rechute.

 **Défaire les comportements** par lesquels la cigarette est devenue indissociable du quotidien, **six astuces** le permettent:[11]

1. **Choisir une date de la première journée de l'arrêt du tabac.**
2. **Ecrire les raisons pour lesquelles vous voulez cesser de fumer.**
3. **Exclure de votre environnement immédiat cigarettes et cendriers.**
4. **En parler à l'entourage pour un soutien sans faille, meilleures seront vos chances de réussir.**
5. **Développer de nouvelles habitudes quotidiennes pour remplacer celles liées à la cigarette (faire du yoga).**
6. **Se dépasser en se disant que « des millions de gens ont réussi, pourquoi pas moi ».**

D'autres moyens complémentaires peuvent soutenir la stratégie adoptée pour l'arrêt définitif du tabac :



Hypnothérapie :

Plusieurs études, dont une réalisée en **2000 [11]**, concluent que l'hypnose est une technique potentiellement efficace pour arrêter de fumer. Elles démontrent que **six mois** après une séance, le taux d'abandon se situe entre **30-40%**.



Recommandations alimentaires :

Il est recommandé aux fumeurs une **diète** composée de rations suffisantes en **fruits, légumes et poissons** ; car des études ont prouvé que les fumeurs ont des

concentrations sanguines réduites en **antioxydants** et en d'autres **nutriments** (**vitamine C, vitamine B12, zinc, calcium, bêta-carotène etc.....**) cette diète étant proposée par le naturopathe **J.E.PIZZORNO** [11].



Relaxation :

Du fait des troubles dus au sevrage (**anxiété, insomnie**), il paraît nécessaire de se relaxer en faisant du sport ou des activités libérant l'esprit (jardinage, dessin, etc.....).

A . CADRE D'ETUDE

Les **4 grandes facultés** du district de **Bamako** ont été les lieux de notre étude à savoir :

- Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, située sur la colline du point G.
- Faculté de Sciences Juridiques et Politiques, située sur la colline de Badalabougou.
- Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, située sur la colline de Badalabougou.
- Faculté des Lettres, Langues, Arts et Sciences Humaines, située au quartier du fleuve.

B. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude **transversale et descriptive**.

C. DUREE DE L'ETUDE

L'étude a débuté en **Février 2012** et s'est achevée en **Juillet 2012**.

D. POPULATION D'ETUDE

Notre étude incluait les étudiants (es) des différentes facultés concernées et régulièrement inscrits (es). Nous avons récolté au total **mille quatre vingt douze fiches (1092)**.

1. Critères d'inclusion

Etudiants inscrits, consentants(es) et présents(es) dans les salles ou dans la cour des diverses facultés au moment de notre passage.

2. Critères de non inclusion

Etudiants(es) non inscrit(e)s, les non étudiants, les étudiants d'instituts ou d'écoles privées, les étudiants (es) non consentants(es) ou absents(es) au moment de notre passage.

3. Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a été calculée selon la formule de **Schwartz**.

Formule : $n = (Z^2 \alpha \times p \times q) \div i^2 \times d$

$$\Rightarrow n = (1,96^2 \times 0,14 \times 0,86) \div 0,020577 \times 1 = 1092 ;$$

n=1092

NB : n= taille de l'échantillon, α =risque d'erreur ($\alpha=5\%$), $z=1.96$, p=prévalence du tabagisme dans les études antérieures au Mali (p ici= 14%) **TCHUINDEM Stéphanie [8]** a trouvé P=14% ; $q=1-p$; i=précision de l'enquête.

Au total, la taille de l'échantillon sera de **1092 sujets**.

4. Matériel

Un **questionnaire** pré établi de **5** pages a été adressé aux étudiants (es) des différentes facultés concernées. (cf. annexes)

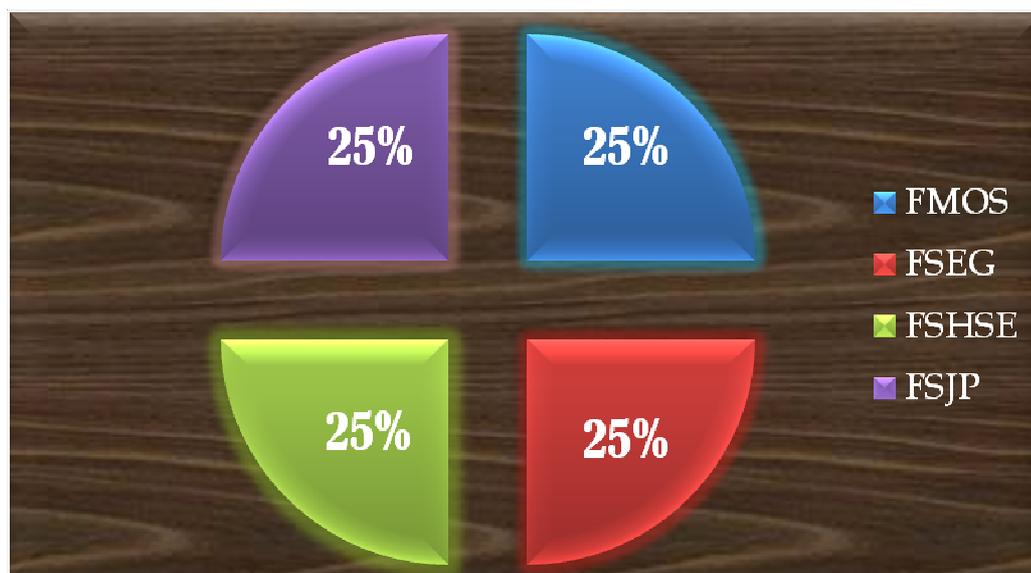
5. Déroulement de l'enquête

La méthode utilisée durant la période consistait à distribuer un questionnaire aux étudiants(es) pour collecter des informations sur différentes variables telles que : **l'âge, le sexe, le statut de fumeur ou non fumeur, la quantité de cigarette(s) ou le nombre de paquet(s) fumé(e)s par jour etc...**; le remplissage a été individuel pour tous(tes) ; les questionnaires étaient récupérés après remplissage.

Un *focus groupe* a été aussi organisé pour mieux cerner le sujet. Ce focus consistait à réunir un groupe de **sept** étudiants de même sexe, d'une moyenne d'âge de **26 ans** appartenant à la même faculté et organiser avec eux un débat après avoir obtenu leur consentement. Ce débat traitait de plusieurs thèmes concernant le tabagisme et le tabac. Il a été enregistré et cet enregistrement contenait les différentes opinions et réactions des participants par rapport aux différents thèmes débattus.

E. Gestion et analyse des données

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés grâce au logiciel **Microsoft Office Word 2007**. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel **SPSS 18 .0**, et les graphiques, réalisés à l'aide du logiciel **Excel 2007**. Le test statistique était le test du χ^2 corrigé de Yates. Ce dernier était considéré comme significatif pour **$p \leq 0,05$** .

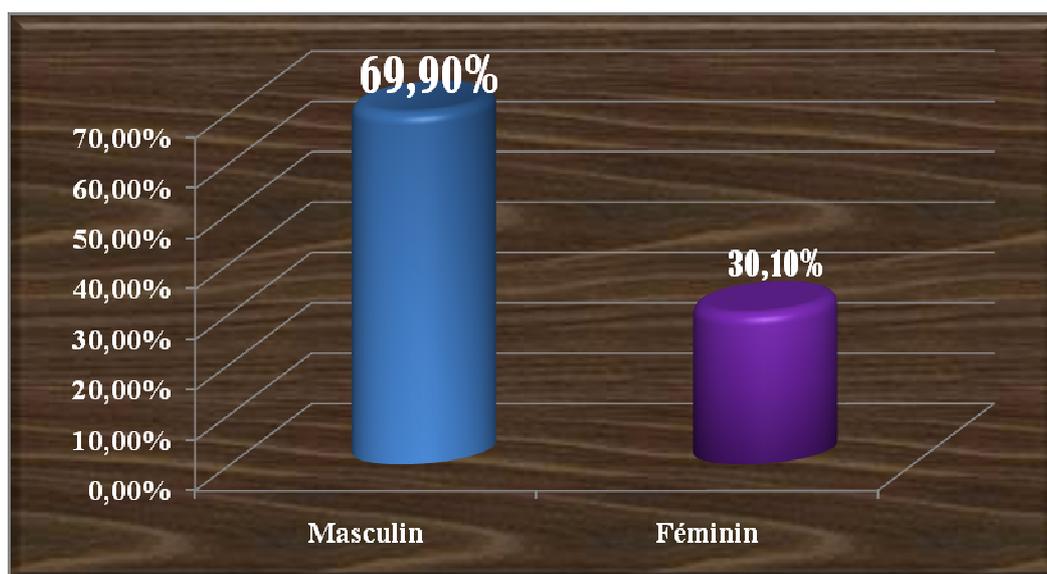
Figure 3- Selon la Faculté

Nous avons retenu 273 étudiants soit **25%** par faculté.

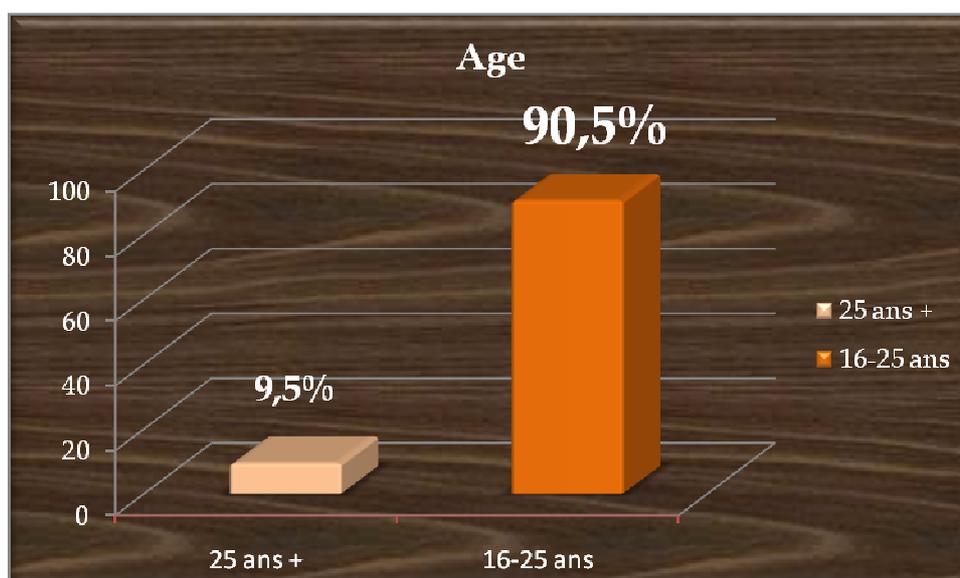
Tableau VI- Selon le niveau d'étude

Classe	Effectifs	Pourcentage (%)
1ère Année	582	53,2
2ème Année	185	16,9
3ème Année	172	15,8
4ème Année	123	11,3
5ème Année	4	,4
6ème Année	24	2,2
7ème Année	2	,2
Total	1092	100,0

Nous remarquons que la majorité des étudiants ayant participé à l'enquête étaient inscrits en **1^{ère} Année**, soit **53,2%**.

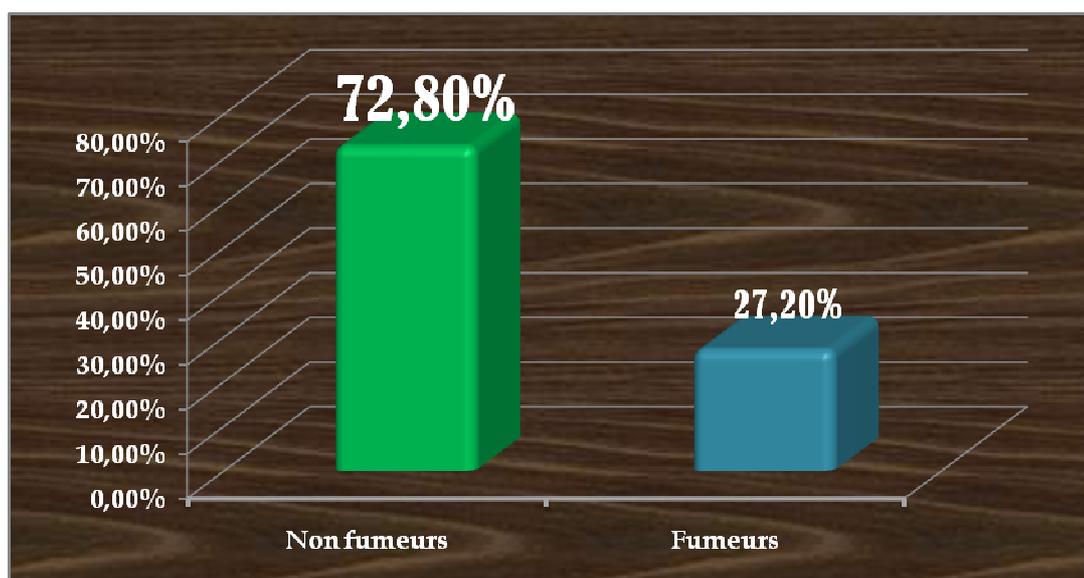
Figure 4 : Répartition des étudiants selon le sexe.

Nous avons enregistré 1092 étudiants, dont 328 de sexe féminin avec un pourcentage de **30,1%** et 764 de sexe masculin soit un pourcentage de **69,9%**. Le sexe ratio était de **2,3** en faveur des hommes.

Figure 5 : Répartition des étudiants selon l'âge.

Nous avons constaté que **90,6%** des étudiants de notre étude avaient entre **16 et 25 ans**.

Figure 6 - Selon le **tabagisme** (fréquence globale)



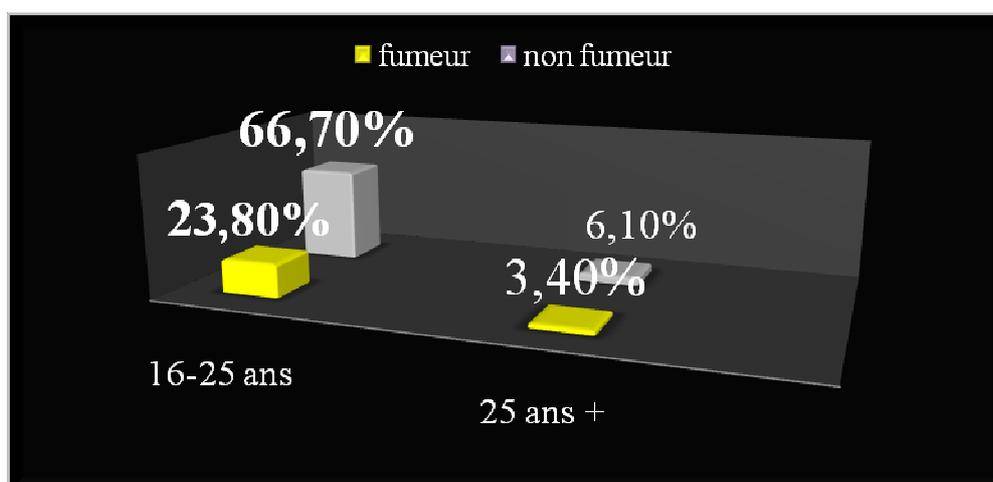
Nous avons remarqué que **72,8%** des étudiants ayant participé à l'enquête étaient non fumeurs, et **27,2%** d'entre eux étaient fumeurs.

Tableau VII-Selon le **tabagisme** en fonction du **sexe**.

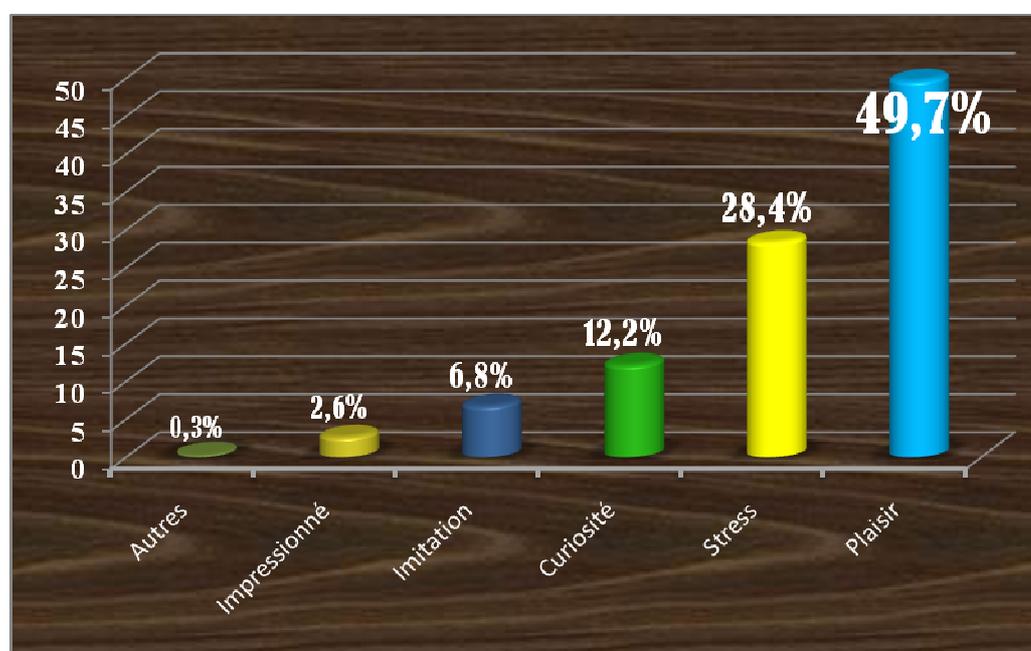
Fumeur		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Oui	Effectifs	266	30	296
	% du total	24,5%	2,7%	27,2%
Non	Effectifs	498	298	796
	% du total	45,5%	27,3%	72,8%
Total	Effectifs	764	328	1092
	% du total	70,0%	30,0%	100,0%

Chi²= 76,533 ddl=1 p=0<0,05 significatif

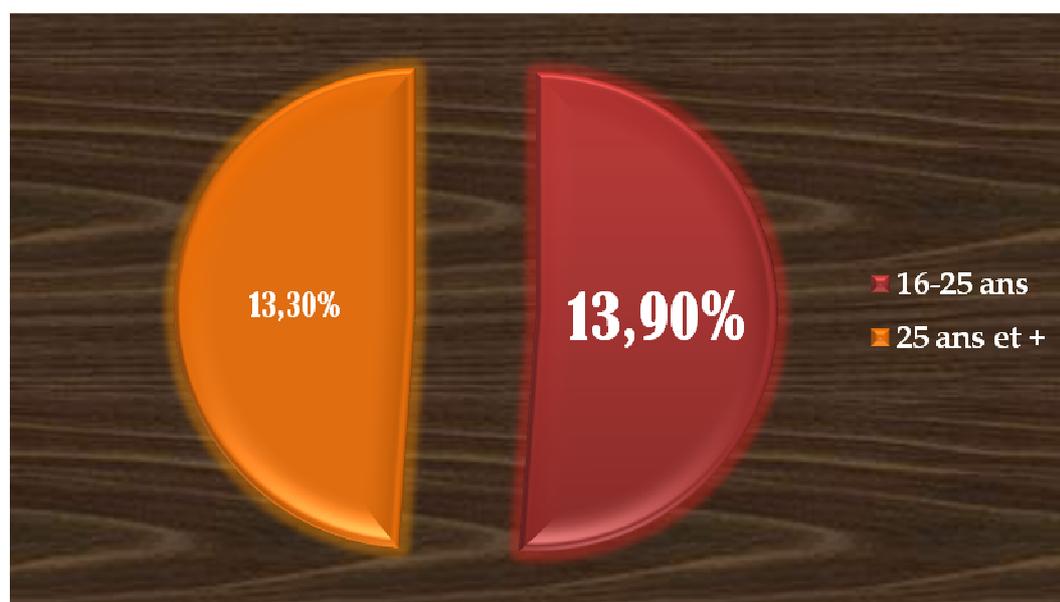
Nous avons constaté dans notre enquête que **24,5%** des étudiants de sexe **masculin** fumaient, tandis que le pourcentage chez le sexe **féminin** était de **2,7%**. Il existait une relation entre le statut de fumeur ou de non fumeur et le sexe.

Figure 7- Selon le **tabagisme** en fonction de **l'âge actuel**.

Nous remarquons également que **66,70%** des étudiants âgés de **16 à 25 ans** étaient non fumeurs et **23,80%** sont fumeurs ; tandis que **3,40%** des étudiants âgés de plus de **25 ans** étaient fumeurs et **6,10%** sont non fumeurs.

Figure 8- Selon la **raison du tabagisme**

La raison la plus évoquée par les fumeurs était le **plaisir** à **49,7%**, suivi du **stress** avec **28,4%**.

Figure 9- Selon l'âge de début

Parmi les étudiants enregistrés **13,90%** ont commencé à fumer entre de **16 et 25 ans** et **13,30%** ont commencé à partir de **25 ans**.

Tableau VIII- Selon l'âge de début en fonction du sexe

Age Première cigarette		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
16-25ans	Effectif	130	22	152
	% du total	43,9%	7,4%	51,2%
25ans+	Effectif	136	8	144
	% du total	45,9%	2,9%	48,8%
Total	Effectif	266	30	296
	% du total	89,9%	10,1%	100,0%

Chi2 =6,457 ; ddl=1 ; p=0,011<0,5 significatif.

Par ailleurs **43,9%** des étudiants fumeurs de sexe **masculin** ont commencé à fumer entre **16 et 25 ans** et **45,9%** à partir de **25 ans**. Il existait une relation entre le sexe et l'âge d'initiation au tabagisme.

Tableau IX- Répartition selon le **tabagisme** en fonction des **amis fumeurs**

Fumeurs	Amis fumeurs		Total
	Oui	Non	
Oui	278(25,5%)	18(1,7%)	296(27,2%)
Non	609(55,7%)	187(17,1%)	796(72,8%)
Total	887(81,2%)	205(18,8%)	1092(100%)

Chi2 =43,747 ddl = 1 p =0,000<0,05 significatif.

Nous avons remarqué dans l'enquête que **25,5%** des étudiants fumaient et avaient des amis fumeurs, contre **1,7%** d'étudiants qui fumaient et n'avaient pas d'amis fumeurs. Il existait une relation entre le tabagisme et les amis fumeurs.

Tableau X- Répartition selon le **tabagisme** en fonction des **parents fumeurs**

Fumeurs	Parents fumeurs		Total
	Oui	Non	
Oui	173(15,9%)	123(11,3%)	296(27,20%)
Non	418(38,2%)	378(34,6%)	796(72,80%)
Total	591(54,1%)	501(45,9%)	1092(100%)

Chi2 =3,095 ddl = 1 p = 0,045<0,05 significatif.

Nous avons constatés aussi que **15,9%** des étudiants fumaient et avaient des parents fumeurs, contre **11,3%** d'étudiants fumeurs qui n'avaient pas de parents fumeurs. Il existait un rapport entre le tabagisme et les parents fumeurs.

Tableau XI- Selon la **durée de consommation**

Durée de consommation	Effectifs	Pourcentage (%)
1-5ans	182	61,5
5-10ans	112	37,9
10 ans - +	2	,6
Total	296	100

Par ailleurs **61,5%** des étudiants fumeurs depuis 5 ans ou moins tandis que **0,6%** fumaient depuis 10 ans et plus.

Tableau XII- Selon l'état de santé du fumeur

Etat de santé	Effectifs	Pourcentage (%)
HTA	12	4,1
Asthme	12	4,1
Tuberculose	5	1,7
Pneumonie	12	4,1
BPCO	19	6,4
Cancer digestif	21	7,1
Impuissance sexuelle	28	9,4
Insuffisance respiratoire	34	11,5
Angine de poitrine	43	14,5
RAS	111	37,1
Total	296	100

Ainsi **14,5%** des fumeurs ont révélé avoir eu une angine de poitrine, **11,5%** une insuffisance respiratoire et **9,4%** ont fait état d'une impuissance sexuelle.

Tableau XIII- Selon les **signes cliniques**.

Signes	Effectifs	Pourcentage (%)
Expectoration	4	1,3
Diminution de la vigilance	7	2,4
Trouble de la mémoire	7	2,4
Céphalée	11	3,7
Vertige	23	7,8
Dyspnée	1	0,3
Essoufflement	30	10,1
RAS	74	25
Toux	139	47
Total	296	100

Par ailleurs **47%** des étudiants fumeurs ont déjà présenté une toux et **10,1%** ont révélé une sensation d'essoufflement à l'effort.

Tableau XIV- Selon la **décision d'arrêter**

Arrêt	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	63	21,3
Oui	233	78,7
Total	296	100

Pour des raisons particulières, **78,7%** des étudiants fumeurs ont décidé d'arrêter et malheureusement **21,3%** ont décidé de continuer à fumer.

Tableau XV- Selon la(es) **raison(s) de l'arrêt**

Raison de l'arrêt	Effectifs	Pourcentage (%)
Soucis financiers	9	3,9
Autres	11	4,7
Ne sais pas	16	6,9
Désaccord avec les parents	21	9,0
Regard de la société	24	10,0
Raison de santé	152	65,2
Total	233	100

Ainsi **65,2%** des étudiants fumeurs ont déclaré avoir arrêté ou tenté d'arrêter pour des raisons de santé.

Tableau XVI - Selon les conseils des étudiants aux :

Tableau XVI-a- Fumeurs

Fumeurs	Effectifs	Pourcentage (%)
Diminution	8	,74
Arrêt	414	37,91
Aucun	670	61,35
Total	1092	100

Nous avons constatés que **37,91%** des étudiants ayant participé à l'enquête ont conseillé aux fumeurs d'arrêter ; **61,35%** n'ont donné aucun conseil.

Tableau XVI-b-Non fumeurs

Non Fumeurs	Effectifs	Pourcentage (%)
Ne jamais essayer	430	39,4
Aucun	662	60,6
Total	1092	100

Et **39,4%** des étudiants ayant participé à l'enquête ont conseillé aux non fumeurs de ne jamais essayer.

COMMENTAIRE

Notre étude a été menée dans les quatre grandes facultés de Bamako (**FMOS, FLASH, FSEG, FSJP**) et a fait ressortir que :

27,2% des étudiants sont fumeurs ; le sexe **masculin** prédomine avec un pourcentage de **69,9%**, la tranche d'âge de **16 à 25 ans** étant la plus représentée avec **90,6%** ; la raison de fumer est le plaisir dans **49,7%** des cas et le motif d'initiation est la curiosité dans **12,2%** des cas. Plusieurs étudiants fument et ont des amis fumeurs (**25,5%**) ou fument et ont des parents fumeurs (**15,9%**). **47%** présentent une **toux** depuis qu'ils ont commencé à fumer et **10,1%** affirment s'essouffler plus vite que d'habitude après une activité physique. **65,2%** des étudiants fumeurs déclarent avoir arrêté ou tenté d'arrêter pour des raisons de santé.

Les principales difficultés que nous avons rencontrées au cours de notre étude résident dans :

- Le fait que la majorité des étudiants ne se trouvaient pas dans les facultés au moment de notre passage, en raison des grèves ;
- Le manque de collaboration de certains étudiants, du à la honte à propos du thème, au manque de discipline, ou au niveau intellectuel qui laissait quelques fois à désirer.

La période durant laquelle nous avons mené notre enquête a été quelque peu perturbée, de ce fait, tous les étudiants régulièrement inscrits n'étaient pas disponibles au moment de notre enquête.

DISCUSSION

1. Données socio- démographiques

a. Faculté (Figure 3)

Notre échantillon était de **1092** étudiants également répartis dans les quatre grandes facultés de Bamako. Nous avons trouvé un pourcentage de **25%**, soit un effectif de **273** étudiants par faculté.

b. Niveau d'études (Tableau VI)

53,2% des étudiants interrogés étaient inscrits en **1^{ère} année**, tandis que nous avons trouvé **2,2%** d'étudiants inscrits en **6^{ème} année**. Ceci pourrait s'expliquer par les nombreuses grèves qu'ont subies les universités maliennes, qui ont entraîné une accumulation des nouveaux bacheliers en première année.

c. Sexe (Figure 4)

Le sexe masculin était le plus représenté avec **764** étudiants, soit **69,9%** de la population d'étude, tandis que le sexe féminin n'était présent qu'à **30,1%** (**328** filles). Le sexe ratio était de **2,3** en faveur des hommes.

Ce résultat est proche de celui trouvé par TCHAA Abalo qui dénotait au total **735** hommes (**67,30%**), pour **357** femmes (**32,70%**), avec un sexe ratio de **2,06** [11].

d. Âge (Figure 5)

La tranche d'âge des **16-25 ans** était la plus représentée avec un taux de **90,6%**. Ce résultat rejoint celui trouvé par TCHAA Abalo en 2010 à Bamako, [11] qui dénotait une prévalence de la même tranche d'âge.

2. Tabagisme

❖ Tabagisme étudiantin (Figure 6)

Sur un échantillon de **1092** étudiants, **72,8%** étaient non fumeurs et **27,2%** étaient fumeurs. Ces résultats sont légèrement différents de ceux trouvés par TCHAA Abalo **en 2010 à Bamako** [11], qui rapportait une proportion de **81,60%** de non fumeurs contre **18,40%** de fumeurs. Cet écart pourrait s'expliquer par le fait que le tabagisme est en constante augmentation. En effet, à **Abidjan**, le tabagisme était de **10%** en **1990** dans la population étudiantine, et en **2005** ce taux est passé à **18%** [35].

❖ Tabac et sexe (Tableau VII)

Sur les **296** étudiants fumeurs enregistrés, **89,9%** étaient de sexe **masculin** et **10,1%** étaient de sexe **féminin**. Ces chiffres diffèrent de ceux rapportés par l'OMS.

En effet, en **Nouvelle Zélande** une étude relate que la prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de **15- 24 ans** est plus élevée chez les sujets de sexe féminin (**28%**) que chez ceux de sexe masculin (**24,5%**) [47]. Ceci pourrait s'expliquer de deux manières : premièrement par le fait que du point de vue culturel le tabagisme féminin est mal vu dans la société malienne et deuxièmement par le faible taux de scolarisation des filles au Mali.

❖ Tabagisme/âge actuel (Figure7)

Au moment de notre étude, **23,80%** des étudiants fumeurs avaient entre **16-25 ans** et **3,40%** étaient âgés de **25 ans et plus**.

❖ **Tabac et raison(s) (Figure 8)**

La principale raison au tabagisme la plus évoquée par les étudiants fumeurs était le **plaisir** à **49,7%** des cas. Le **stress** ne venait qu'en deuxième position avec **28,4%** des cas dans notre étude. Ce résultat se rapproche de celui de TCHAA Abalo [11] qui retrouvait également le **plaisir** comme principale raison au tabagisme avec un pourcentage de **32,8%**.

❖ **Age d'initiation au tabac (Figure 9)**

Parmi les étudiants ayant participé à l'enquête, **13,90%** ont commencé à fumer dans la tranche des **16-25 ans**, l'âge minimum du début de consommation étant de **9 ans**.

Ce chiffre pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge, la plupart des jeunes échappent au contrôle parental et prennent de mauvaises habitudes ; ou s'identifient à des stars de la télé telles que les rappeurs américains, pour s'affirmer et trouver leur place dans la société. Ils sont ainsi convaincus que fumer est une preuve de confiance en soi et de succès.

❖ **Tabac et entourage (Tableaux IX et X)**

Nous avons constaté que **25,5%** des étudiants fumaient et avaient des amis fumeurs, contre **1,7%** d'étudiants qui fumaient et n'avaient pas d'amis fumeurs. Il existait une relation entre le tabagisme et les amis fumeurs.

15,9% des étudiants fumaient et avaient des parents fumeurs, **contre 11,3%** d'étudiants fumeurs qui n'avaient pas de parents fumeurs.

Il existait un rapport entre le tabagisme et les parents fumeurs.

Ceci pourrait trouver une explication dans le fait que l'être humain en général a tendance à imiter ses fréquentations et ses parents .

❖ **Durée consommation (Tableau XI)**

61,5% des étudiants affirmaient fumer depuis **1 à 5 ans**, tandis que **0,6%** fumaient depuis **10 ans et plus**. Ces résultats diffèrent de ceux de **TCHAA Abalo [11]** qui retrouvait **18,4%** de lycéens fumeurs qui consommaient depuis 4ans environ, ou encore de celle de **Christian NAOUSSI SANGO [23] en 2010 à Bamako** qui retrouvait **57,1%** de policiers fumeurs qui consommaient depuis **6 à 15 ans**. Ces discordances pourraient s'expliquer par le fait que les milieux où ont été menées chacune de ces études sont très différents de par l'âge des sujets, l'activité et le degré d'exposition au stress.

3. Santé et tabagisme (Tableaux XII)

Une grande majorité des étudiants interrogés savent que le tabac est un danger pour la santé. **14,5%** des fumeurs ont révélé avoir eu une angine de poitrine, **11,5%** une insuffisance respiratoire et **9,4%** ont fait état d'une impuissance sexuelle.

Durant cette même enquête **47%** présentaient une **toux** depuis le début du tabagisme et **10,1%** affirmaient s'essouffler plus vite que d'habitude après une activité physique (**Tableau XIII**).

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le tabac et les multiples autres composants de la cigarette sont hautement toxiques pour l'organisme tout entier.

✿ **Comment le tabac tue t-il ?**

Aux Etat- Unis, les fumeurs ont **20 fois** plus de chances de mourir du cancer du poumon à l'âge moyen, que les non fumeurs et **3 fois** plus de chances de mourir d'une pathologie cardio- vasculaire, dont l'infarctus du myocarde (**IDM**).

La cigarette est aussi l'une des premières causes de bronchite chronique et d'emphysème.

Le risque de mourir est **100 fois** supérieur pour une durée de consommation **3 fois** plus longue ; par conséquent ceux qui commencent à fumer à l'adolescence et ne s'arrêtent pas, ont un risque de décès plus important [48].

❖ **Bienfaits du sevrage (Tableaux XIV et XV)**

78,7% des étudiants fumeurs ont trouvé une raison d'arrêter de fumer, dont **65,2 %** pour des raisons de santé. Il est possible de s'abstenir, mais sans traitement de sevrage il est presque difficile d'y parvenir. En effet l'OMS affirme selon des recherches menées que sur **100 fumeurs** qui tentent d'arrêter seuls, **deux** y parviennent.

❖ **Conseils aux fumeurs (Tableaux XVIa et XVIb)**

37,91% des étudiants interrogés conseillent aux fumeurs d'arrêter tandis que **39,40%** conseillent aux non fumeurs de **ne jamais essayer**.

Respectivement **61,35%** et **60,60%** ne donnent aucun conseil aux fumeurs et aux non fumeurs.

CONCLUSION

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique. Chaque jour dans le monde, **80.000** jeunes deviennent dépendants du tabac. Si aucune action n'est entreprise, **8 millions** de personnes mourront d'ici **2030** [14].

Le **TABAGISME EN MILIEU UNIVERSITAIRE BAMAKOIS**, tel est le thème de notre étude qui a démontré que le tabagisme est en nette progression dans la population estudiantine avec une prévalence de **27,2%**.

La majorité des étudiants fumeurs ont commencé assez tôt (entre **16 et 25 ans**), et la durée de consommation allait jusqu'à **5 ans** dans **16,7%** des cas. Le motif d'initiation était d'abord le **plaisir** dans **49,7%** des cas, le **stress** ne venait qu'en deuxième position avec **28,4%** des cas.

D'autres résultats nous indiquent aussi que la consommation de tabac est plus importante chez les jeunes qui ont des amis et/ou des parents fumeurs, avec respectivement **94,2%** et **59%**; et que les étudiants(es) fumeurs(es) sont conscients des méfaits du tabac sur la santé.

Fumer tue. Le tabagisme entraîne des dommages aussi bien **physiques** que **socio-économiques**. Ce phénomène touche malheureusement les étudiants maliens qui représentent la relève intellectuelle de demain. Il convient donc de prendre des mesures **rapides, radicales et globales** pour éradiquer ce fléau dévastateur.

RECOMMANDATIONS

↳ **Au Ministère de la Santé**

Assurer de manière plus efficace la publication ainsi que la diffusion des méfaits du tabac sur la santé, de la nouvelle loi antitabac du Mali dans les principaux journaux locaux et spots publicitaires, et enfin si possible, établir un programme national de lutte antitabac. Ceci permettrait une large diffusion et une sensibilisation de la société.

↳ **Au Ministère de l'industrie, du commerce et de la concurrence**

Augmenter les taxes sur l'importation du tabac et du prix de vente du paquet de cigarettes serait bénéfique pour l'état et apposer des images explicites montrant les méfaits de la cigarette sur la santé sur ces paquets pour dissuader les éventuels consommateurs.

↳ **Aux associations de lutte contre le tabagisme et aux ONG**

Multiplier et redynamiser les associations de lutte antitabac, multiplier les conférences débats et les campagnes d'information Education Conseils (IEC). Créer des centres et des clubs antitabac au sein même des facultés, pour soutenir les étudiants qui ont décidé d'arrêter de fumer définitivement.

↳ A la population

- Aux parents, s'abstenir de fumer devant leurs enfants, interdire aux enfants de fumer que ce soit dans les lieux publics, dans la cour des facultés ou à la maison.
- A la jeunesse, ne pas imiter les parents, les amis ou leurs idoles, et éviter le suivisme et les lieux fréquentés par des fumeurs. Enfin : ***ne jamais toucher à la première cigarette.***
- Aux conjoints, ne pas exposer leurs partenaires à la fumée de la cigarette.
- Aux éducateurs, enseigner les méfaits du tabagisme sur la santé, inciter à pratiquer des activités constructives et relaxantes permettant d'épanouir l'esprit, montrer le bon exemple par l'abstinence.

REFERENCES

1: Jacques QUEVAUVILLIERS, Abe FINGERHUT

Dictionnaire Médical, 3ème édition MASSON, Paris, 2001.

2: World Health Organization (WHO)

Report on the global tobacco Epidemic 2008: the power package. Geneva : world health organization , 2008 p8.

3: MATHERN G,

Journal de Pediatrie et de Puericulture, Volume 13, Numéro 6, Septembre 2000, Elsevier

4: Pedro R, Lopez AD, Boreham J, Thum M.

Health C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339:1268-78.

5 : DENA K.

Etude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du MALI, FMPOS, BAMAKO, 1996.

6 : HAÏDARA Mohamed

« Le tabac et les intoxications des fumeurs : propositions et moyens de lutte contre le tabagisme », Thèse de Médecine, ENMP, Bamako 1981.

7 : TCHUINDEM Stéphanie

Impact du tabac chez les lycéens dans le district de Bamako, thèse de Médecine, FMPOS, 2002.

8 : Bietter DEMBELE

« Tabagisme chez les lycéens de l'académie d'enseignement de Bamako de la rive gauche » Thèse de Médecine, FMPOS, Bamako, 2007.

9 : KEITA Fadiala

« Fréquence du tabagisme parmi les footballeurs de 1ere division du district de Bamako » Thèse de Médecine, FMPOS, Bamako 2007.

10 : DIARRA Bourama

« Prévalence du tabagisme à la faculté des lettres, langues, arts et sciences humaines » Thèse de Médecine, FMPOS, Bamako 2007.

11: TCHAA Abalo Bakai

Tabagisme en milieu scolaire bamakois, Thèse de médecine, FMPOS, 2010 Bamako, Mali.

12: DIALLO Adama Diakite

Le tabac et la pauvreté au Mali ; Novembre 2010 (Alutas –Mali).

13: Article 2 de la loi N° 96-041

portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac, du 20 août 1996.

14: The World Bank.

Curbing the Epidemic : Gouvernements and Economics of tobacco control. Washington , DC : World bank publication : 1999.Available from : <http://www.Worldbank.org/tobacco>.

15: Warren CW, Jones NR, Chauvin J.

Global youth tobacco surveillance , 2000 - 2007, 2008 Jan 25;57(1):1-28,
Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention
and Health Promotion, CDC, Atlanta, GA 30341, USA.

16:<http://Fr.m.wikipedia.org>, *consulté le 15/11/12.*

Taux de tabagisme par pays.

17:[http://www.Google.ml /statistique tabac chez les jeunes](http://www.Google.ml/statistique%20tabac%20chez%20les%20jeunes), *consulté le 16/11/12.*

Rates of acute coronary Events circulation, February 2008.

18:[http://www.Google.ml / statistique tabac chez les jeunes](http://www.Google.ml/statistique%20tabac%20chez%20les%20jeunes), *consulté le 15/11/12.*

L'enquête de surveillance de l'usage de tabac au Canada **2011.**

19:[http://www.Google.ml / statistique des méfaits du tabac](http://www.Google.ml/statistique%20des%20m%C3%A9faits%20du%20tabac), *consulté le 15/11/12.*

Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs ;art
DA.he , 24 fév 2012

20: DIALLO Adama Diakite

Le tabac et la pauvreté au Mali ; Novembre 2010 (Alutas –Mali).

21 : [http://www.Google.ml /statistique méfaits du tabac sur la santé](http://www.Google.ml/statistique%20m%C3%A9faits%20du%20tabac%20sur%20la%20sant%C3%A9)

Rapport de commission d'orientation sur les cancers, janv 2003, *consulté le 20/11/12*

22:[http:// www.Google.ml /origine du tabac](http://www.Google.ml/origine%20du%20tabac), *consulté le 20/11/12.*

23 : 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, FMPOS, 2010.

24: Bourama TRAORE

Evaluation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes scolaires de 10 à 20 ans dans la commune de Sikasso, thèse de Médecine, FMPOS, 2007

25 : Luc REFABERT

http://www.refabert-luc-75.medecin.fr/tabac_questquecafait.htm, consulté le 20/11/12.

26: ZOUHOUM T.H., DIOP S., HOCUTONDI A., Yacouba A.M.

Revue Médecine d'Afrique noire 1988:35:p 699-700.

27 : LEMAIRE JF

Le tabagisme, que sais – je ? N° 1859, Collection Que sais-je?, Presses universitaires de France, Paris1986.

28 : BENNETTE T, PLUM, GILL, KOKKO, MANDELL, OCKNER, SMITH

Traité de médecine interne écrit par R. CECIL, éditeur MÉDECINE SCIENCES FLAMMARION, 1997, P35-36.

29 : <http://www.google.ml/search?q=images+de+cigarettes&hl> , consulté le 15/11/12.

30: Larousse

Dictionnaire de poche ; 1^{ère} Edition. Paris : 1985 ; P193.

31: <http://fr.m.wikipedia.org>, consulté le 15/11/12.

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en 2005.

31 : CAMARA Moriba

Rapport sur l'importation et l'exportation du tabac en 2009-2011, Ministère de l'industrie, du Commerce et de la concurrence, Bamako, 2012.

32: Communiqué du conseil des ministres du 20-12-2006

http://fr.wikipedia.org/wiki/Économie_du_Mali/industrie, consulté le 27/11/12.

33: Organisation Mondiale de la Santé

<http://www.who.int/features/2003/08/fr/index.html>, consulté le 15/11/12.

34: Radio France Internationale

Emission de santé *Priorité Santé*, « Journée mondiale sans tabac », diffusée le 30 Mai 2012, 11h30min.

35: [http:// www.sante-médecine-commentcamarche.net/contents/tabac/01le-tabac-des-statisiques-qu'il-faut-connaître.Php](http://www.sante-médecine-commentcamarche.net/contents/tabac/01le-tabac-des-statisiques-qu'il-faut-connaître.Php)³, consulté le 20/11/12

36: Centers for Disease Control

http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/, consulté le 14/11/12 :

“The health consequences of smoking: A report of the surgeon general 2004”.

37: Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J,

Active smoking and the risk of type 2 diabetes, a systematic review and meta-analysis, JAMA, 2007; 298: 2654-2664.

38: Feldman JG, Minkoff H, Schneider MF, et al.

Association of cigarettes smoking with HIV prognosis among women in in the HAART era: A rapport from the women's interagency HIV study. American journal of public health, 2006; 96:1060-1065

39: Fleming P, Blair PS

“Sudden infant death syndrome and parental smoking”, early hum dev. 2007, Nov 1983 (11):721-5.Epub 2007 sep 18

40: National center for health statistics

Enquête portant sur près de 4 millions de dossiers, Oct 2001.

41: Lipworth I, Tarone RE, Mc Laughlin JK

The epidemiology of renal cell carcinoma. J urologie 2006 Dec; 176 (6pt):2353-8 PMID 17085101

42: SHEIN , Jr.

Cigarette smoking and clinically significant drugs, annals of pharmacotherapy .November 1995.

43: Hansten, PD, Horn Jr

Drug interactions and update chapter 17, effects of cigarette smoking on drug action. Vancouver 1993.p 103-107

44: Miller, Lucinda G

Cigarette and drug therapy: pharmacokinetics and pharmacodynamic considerations. Clin. Pharm. 1990; p125-135

45: Miller LG

Recent developments in the study of the effects of cigarette smoking on clinical pharmacokinetics and clinical pharmacodynamics. Pharmacokinet. 1989:90-108

46 : Docteur André PLANTE, MD.

Révision médicale, Mai 2009, Enseignant d'une approche intégrée de prévention, Université de Sherbrooke.

47 : Organisation Mondiale de la Santé.

Making a difference. Rapport sur la santé dans le monde, 1999. Genève, Suisse.

48 : DIALLO Bianta

Etude du tabagisme en milieu scolaire fondamental chez les élèves de 12 à 21ans dans les centres d'animations pédagogiques du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2005.

FICHE D'ENQUETE

Titre : TABAGISME EN MILIEU UNIVERSITAIRE BAMAKOIS

1. Numéro : /..... /
2. Faculté :
3. Age :

16 - 25	<input type="checkbox"/>
25 - et plus	<input type="checkbox"/>
4. Sexe :

Féminin	<input type="checkbox"/>
Masculin	<input type="checkbox"/>
5. Année d'études:
6. Fumeur (se) ?

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------
7. A quel âge avez- vous fumé votre première cigarette ?
.....
8. Depuis combien de temps fumez-vous ?
.....
9. Pour quelles raison(s) fumez- vous ?

Plaisir <input type="checkbox"/>	Curiosité <input type="checkbox"/>	Stress <input type="checkbox"/>
Imitation <input type="checkbox"/>	Impressionner <input type="checkbox"/>	

Autres (préciser)

10. Nombre(s) de cigarette(s) ou paquet(s) fumé(es) par jour ?

.....

11. Avez –vous des amis(es) fumeurs (es) ?

Oui

Non

13. Avez- vous des parents fumeurs ?

Oui

Non

14. Les dits parents fument-il en votre présence ?

Oui

Non

15. Vos parents savent-ils que vous fumez ?

Oui

Non

16. Si oui qu'en pensent t-ils ?

Pour

Contre

Indifférents

17. Fumer influence t-il votre comportement ?

Oui

Non

18 .Combien dépensez – vous par jour pour acheter votre ou vos cigarette(s) ?

100 cfa

200-500 cfa

500 - 1000 cfa

1000cfa et plus

19. La consommation de tabac nuit –elle gravement à la santé d'après vous ?

Oui

Non

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

Oui

Non

21. Si oui :

Définitivement

Partiellement

22 .Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

23. Pour quelle(s) raison(s) tentez- vous ou avez- vous arrêté ?

Raison de santé

Désaccord avec les parents

Soucis financier

Regard de la société

Ne sais pas

24 .Autre(s) raison(s), préciser :

.....

25. Que savez-vous des dangers liés à la consommation du tabac ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

26 .Avez –vous souffert ou souffrez- vous d’une des maladies suivantes ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bronchite chronique obstructive (BCO) | <input type="checkbox"/> Hyper tension artérielle(HTA) |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébrale (AVC) | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Emphysème pulmonaire. |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Impuissance sexuelle | <input type="checkbox"/> Cancer du poumon |
| <input type="checkbox"/> Cancer de la bouche, du larynx, du pharynx | |

27. Avez- vous déjà présenté ou souffert de l’un des signes suivants ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Expectoration |
| <input type="checkbox"/> Céphalée | <input type="checkbox"/> Anorexie |
| <input type="checkbox"/> Diminution de la vigilance | <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement, dyspnée Vertige | |

28 .Que conseilleriez- vous à un sujet fumeur ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

29. Que conseillerez- vous à un sujet non fumeur ?

.....

.....

.....

.....

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Noms: **AWORE ADJATIN**

Prénoms : **ROLYF KEITH**

Date et lieu de naissance : **13 septembre 1986 à Cotonou (BENIN)**

Nationalité : **Gabonaise**

Email : **rolyfkeith2004@yahoo.fr**

Titre de la thèse : **Tabagisme en Milieu Universitaire Bamakois**

Secteur d'intérêt : **Pneumologie ; Santé publique**

Année de soutenance : **2012-2013**

Lieu de soutenance : **Bamako**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMOS**

RESUME

Le **tabagisme** est aujourd'hui un véritable problème de santé publique : chaque jour plus de **100 milles jeunes** deviennent dépendants du tabac [1].

Il s'agit là d'une étude transversale et descriptive réalisée dans le milieu universitaire Bamakois. Les résultats de **1092 sujets** mettent en exergue les points suivants :

27,2% des étudiants sont fumeurs ; le sexe **masculin** prédomine avec un pourcentage de **69,9%**, la tranche d'âge de **16 à 25 ans** étant la plus représentée avec **90,6%** ; le motif d'initiation était le plaisir dans **49,7%** des cas. **47%** présentent une **toux** depuis qu'ils ont commencé à fumer et **10,1%** affirment s'essouffler plus vite que d'habitude après une activité physique.

Mots clefs : Santé Publique-Tabagisme-Etudiants-Milieu Universitaire

PROFIL SHEET

First name: **AWORE ADJATIN**

Surname: **ROLYF KEITH**

Date and place of birth: **September, the 13th of 1986, in Cotonou (BENIN)**

Nationality: **Gabonese**

Email: **rolyfkeith2004@yahoo.fr**

Title: Smoking in Bamako University circle.

Focus: **Pneumology; Public Health**

Academic Year: **2012-2013**

Graduation place: **Bamako**

Registration point: **FMOS' library**

SUMMARY

Smoking is a major health issue. Each year, more than a hundred thousand young boys and girls become addicted to tobacco.

We conducted a cross, descriptive study in Bamako university circle, between **February 2012** and **July 2012**. **1092** students were included in this study and it came out that:

27, 2% of those students were smokers; male made up the largest sex group with **69,9%**, and the main age range was **16 to 25 years old**. Among smokers, **49, 7%** admitted doing so for fun, **47%** experienced **cough** ever since they started smoking, and **10,1%** revealed breathlessness.

Key words: Public health- Smoking -Students- University circle.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père.

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 !