

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
(FMPOS)

\*\*\*\*\*



REPUBLIQUE DU MALI

=====

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

=====



N° .....

*Année Universitaire 2008-2009*

**Titre :**  
**Le tabagisme chez le personnel socio sanitaire du centre  
hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré de  
Bamako**

**THÈSE**

**Présentée et soutenue publiquement le 18 Février. 2009**

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
Et d'Odonto-stomatologie**

**Par M. OUSMANE SYLLA**  
*Pour obtenir le grade de Docteur en MEDECINE  
(DIPLÔME D'ÉTAT)*

**JURY : PRÉSIDENT: Pr. Adama DIARRA**

**MEMBRE : Pr. Tiéman COULIBALY**

**MEMBRE : Dr. Saïbou MAIGA**

**DIRECTEUR DE THÈSE : Pr. Mamadou KONE**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009**

**ADMINISTRATION**

**DOYEN** : Anatole TOUNKARA – Professeur

**1er ASSESSEUR** : Drissa DIALLO – Maître de Conférences

**2ème ASSESSEUR** : Sékou SIDIBE – Maître de conférences

**SECRETAIRE PRINCIPAL** : Yenimegue Albert DEMBELE – Professeur

**AGENT COMPTABLE** : Mme COULIBALY Fatoumata TALL – Contrôleur des finances

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: Pneumo-ptisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-entérologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
M. Abdoullaye Ag Rhaly	: Médecine Interne
M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

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

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

#### **PROFESSEURS**

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: ORL
Mme Sy Aida SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale

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

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-Obstetrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie-Reanimation
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale

### 3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraima MAIGA	: Gynéco- Obstétrique
M. Youssouf SOW	: Gynéco- Obstétrique
M. Djibo Mahamane DIANGO	: Anesthésie-Reanimation
M. Mamadou DIARRA	: Ophtalmologie
M. Boubacary GUINDO	: ORL
M. Moussa A OUATTARA	: Chirurgie Générale
M. Birama TOGOLA	: Chirurgie Générale
M. Bréhima Coulibaly	: Chirurgie Générale
M. Adama Konoba KOITA	: Chirurgie Générale
M. Moustapha TOURE	: Gynécologie
M. Adegné TOGO	: Chirurgie Générale
M. Mamby KEITA	: Chirurgie Pédiatrique
M. Lassana KANTE	: Chirurgie Générale
M. Hamady TRAORE	: Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	: Ophtalmologie

M. Drissa KANIKOMO	: Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	: ORL
M. Nouhoum DIANI	: Anesthésie-Reanimation
M. Aladji Seydou DEMBELE	: Anesthésie-Reanimation
M. Ibrahima TEGUETE	: Gynécologie/Obstétrique
M. Youssouf TRAORE	: Gynécologie/Obstétrique
M. Lamine Mamadou DIAKITE	: Urologie

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

### **1. PROFESSEURS**

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie
M. Bakary M. CISSE	: Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Mamadou KONE	: Physiologie

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

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie, Chef de D E R
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie Virologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie-Mycologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	: Parasitologie Mycologie
M. Moctar DIALLO	: Biologie Parasitologie
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mahamadou DIAKITE	: Immunologie-Genetique
M. Bakarou KAMATE	: Anatomie Pathologie
M. Bakary MAIGA	: Immunologie

### **4. ASSISTANTS**

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Mamadou BA	: Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	: Parasitologie Entomologie
M. Blaise DACKOUCO	: Chimie Analytique

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne

M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie
M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie

M. Moussa T. DIARRA	: Hépto Gastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Cheick Oumar GUINTO	: Neurologie
Mme Fatoumata DICKO	: Pédiatrie
M. Boubacar DIALLO	: Médecine Interne
M. Youssoufa Mamoudou Maiga	: Neurologie
M. Modibo Sissoko	: Psychiatrie
M.Yacouba TOLOBA	: Pneumologie
M.Ilo B DILL	: Cardiologie
M.Ousmane FAYE	: Dermatologie
M. Mahamadou DIALLO	: Radiologie
M.Mahamadoun GUINDO	: Radiologie

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

### **1. PROFESSEURS**

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

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

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

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

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

M. Yaya COULIBALY : Législation  
M. Abdoulaye DJIMDE : Microbiologie Immunologie  
M. Sékou BAH : Pharmacologie  
M. Loseni BENGALY : Pharmacie Hospitalière

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

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

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

M. Jean TESTA : Santé Publique

M. Mamadou Souncalo TRAORE : Santé Publique

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Adama DIAWARA : Santé Publique

M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique

M. Massambou SACKO : Santé Publique

M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale

M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie

M. Hammadoun Aly SANGO : Santé Publique

M. Akory AG IKNANE : Santé Publique

M. Ousmane LY : Santé Publique

### **4. ASSISTANTS**

M. Oumar THIERO : Biostatistique

M. Seydou DIARRA : Anthropologie Médicale

## **CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Lassine SIDIBE	: Chimie Organique

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	: Biochimie
Pr. Lamine GAYE	: Physiologie

**DEDICACES**  
**ET**  
**REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

♥ **A ALLAH**, le tout puissant, le miséricorde ; louange a toi de m'avoir donné la santé, le courage et la conviction de mener ce modeste travail a son terme ; que ton nom soit glorifié a jamais !  
AL HAMDOULILAH !

♥ **Au prophète Mohamed (PSL)**

♥ **A mon père Mr Mamadou SYLLA**, la sincérité, la rigueur, le sens de ne compter que sur soit même dans ce monde que vous nous avez tout le temps enseigné nous à permis toujours de chercher à aller de l'avant. Papa je vous aime beaucoup et considéré ce modeste travail comme le votre, puisse ALLAH vous garder plus longtemps parmi nous, Amen !

♥ **À ma mère Mme Aminata DIAKITE**, femme forte, courageuse, tu n'as ménagé aucun effort pour que tes enfants bénéficient de la meilleure éducation possible. Ce travail est le résultat de tes efforts constants, et de tes bénédictions constantes. Puisse ALLAH te gardée longtemps parmi nous. Amen !

♥ **A ma grand-mère Mme Bah Awa TRAORE**, plus qu'une grand-mère vous êtes tout pour moi. Bah, je n'ai pas de mots pour vous exprimer tous ce que je pense vous dire ; mais rappeler vous qu'ALLAH est capable de tout et sachez que ce travail le votre. Qu'ALLAH vous garde le plus longtemps parmi nous pour partager les heureux moments que vous nous avez toujours souhaite. Amen !

♥ **A tonton Bah SYLLA et a toute sa famille** depuis Yirimadjo, tonton c'est le lieu de vous dire encore merci et vous témoigner ma reconnaissance a travers ce travail : considérez que ce travail est le votre aussi.

♥ **A tonton Abdoulaye TRAORE et à tante Bintou DIAKITE** ainsi qu'à toute leur famille depuis Kalaban ext-sud. , c'est le lieu de vous exprimer toute ma reconnaissance. Qu'ALLAH récompense vos enfants pour tous ce que vous avez fait pour moi, encore merci, et sachez que ce travail est le votre aussi.

♥ **Aux tontons** : Sambou SYLLA, Diaguéli SYLLA, Ousmane DIAKITE, Cheick O T DIAKITE et Samba CISSE.

♥ **Aux tantes** : Fanta SYLLA, Dalla SYLLA, Dicko SYLLA, Sadio DIAKITE et Bintou DIAKITE

♥ **À mes frères** : Mohamed SYLLA, Fodé SYLLA, Adama KONE, Ichaka KONE, Yaya KONE, Bemba KONE.

♥ **À mes sœurs** : Awa SYLLA, Fanta SYLLA, Balkissa SYLLA, Aminata SYLLA, Fadima SYLLA, Awa KONE, Bintou KONE, Gatta KONE.

♥ **A Feu FOFANA Issiaka**, mon ami, sache que ce travail est le tien aussi ; que la terre te soit légère. Amen !

♥ **A mon fils Amara**, sache que papa t'aime plus que tout le monde et je te souhaite qu'un jour tu en feras plus moi. Amen !

♥ **A Alutas-Mali** et a toutes les organisations gouvernementales ou non de lutte contre le tabagisme.

♥ **A tous les tabagiques du monde, dans l'espoir qu'un jour vous vous débarrasserez de ce**

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail, je dis encore à tous merci.

Aux familles suivantes :

♥ **DIAKITE, CISSE et MANGARA** toutes a koulikoro gare.

♥ **KOITA, DOUCOURE, KONDE, DIA et MAIGA** toutes au plateau III de Koulikoro.

♥ **TRAORE et DOUCOURE** a kalaban ext-sud.

♥ **OUEDRAOGO** à koulouba plus particulièrement a **Mme Bah Rokia COULIBALY**, plus qu'une diatigui vous avez été tous pour mes camarades et moi. Merci encore pour tous ce que vous avez fait pour l'enfant d'autrui ; ALLAH seul pourrat vous récompenser.

♥ **A Dr N'DIAYE C M C** au Cscm de kabalabougou.

♥ **A Dr KONE Abou** au Cscm de koulouba.

♥ **A Dr M'BAYE Ousmane** du service pneumo au CHU Point-G

♥ **A Dr KEITA Mamby** chirurgien pédiatre au CHU Gabriel Touré.

♥ **Aux Dr MALE Issa et COULIBALY Hamidou** et a toute l'équipe du Cscm de kolebougou, c'est dans ce centre que j'ai commencé mes stages en tant qu'étudiant en médecine ; merci encore pour votre sincérité et disponibilité constantes.

♥ **A Dr GUINDO Saidou** chirurgien, à toute l'équipe de chirurgie et à tous le Csref de Koulikoro.

♥ **Aux frères : DOUMBIA Mohamed ; KEITA Sékou ; DIAWARA Ibrahim.**

♥ **A Mr BERTHE Habib**, très cher ami je te dis encore merci pour tous.

♥ **À Mr DOUCOURE Cheick Z**, très cher ami je te dis mille mercis.

♥ **A mes camarades de koulouba**, les Drs : DIASSANA M ; DIARRA Mantala ; DIARRA Ibrahima ; KONATE Daouda ; DIAMOUTENE Kolo ; DEMBELE Ali ; SANOGO Seriba.

♥ **A mes camarades de promotion de la FMPOS (LA FAMILLE) :**

Amadou, Demba, Youssouf et Boubacar tous TRAORE ; YARE Yaya ; BAGAYOKO Dramane ; DEMBELE Rachelle ; Isaac Atimbe A ; Bourama et Seybou DIARRA; KONE Jean Wamian, Touré Aziz, Konaré Tietin .Je vous pris tous de restons unis jusqu'à la fin de nos vie.

♥ **A mes très chers amis (SIGUIDA) :**

Oumar et Idrissa tous KOITA.GUINDO Boubacar et a sa femme ; FANE Oumar ; fousseyni et Ibrahim tous MANGARA ; MARIKO Soumaila et a sa femme ; DOUMBIA Abdramane ; MAIGA Boubacar .Plus que l'amitié, entre nous actuellement c'est de la fraternité, sachez que je vous aime beaucoup et je n'ai pas de mots pour remercier.

♥ **A Mlle TANGARA Salimata**, infirmière courageuse et modeste. SALI sache que ce modeste travail est le tien aussi pour tous ce que tu as due supporter pour moi, je te dis encore merci.

**HOMMAGES**  
**AUX**  
**MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et président du jury

**Professeur Adama DIARRA**

- ▶ Professeur en physiologie à la faculté de médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie,
- ▶ Conseiller auprès du PRODESS (Programme Décennal pour le Développement Socio sanitaire),
- ▶ Adjoint du président de l'ASACO Baco-djicoroni,

**Cher maître** en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations, vous nous faites un grand honneur.

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

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

A notre Maître et juge

**Professeur Tiéman COULIBALY**

- ▶ Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique,
- ▶ Maître de conférences de chirurgie orthopédique et traumatologique à la faculté de médecine de pharmacie et d’Odonto-stomatologie,
- ▶ Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique,

**Cher maître**, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury, témoigne de votre intérêt pour l’encadrement des futurs médecins. Vos qualités d’homme de science et pédagogique nous ont séduit dès notre arrivée à la faculté.

En acceptant d’apprécier ce modeste travail, vous contribuez cher maître à son indispensable amélioration.

Qu’il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

**Docteur Saïbou MAIGA**

- ▶ Pharmacien,
- ▶ Chargé de cours de législation à la faculté de médecine de pharmacie et d’Odonto-stomatologie,

**Cher maître**, c’est un privilège pour nous que vous acceptiez de siéger dans ce jury. Votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre ardent désir de transmettre aux autres, vos larges connaissances et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié par tous.

Votre apport pour la réalisation de ce modeste travail fut plus que considérable.

Très cher maître, permettez nous de vous réitérer toute notre reconnaissance et veuillez trouver ici, notre profond respect ainsi que nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse

### **Professeur Mamadou KONE**

- ▶ Professeur en physiologie à la FMPOS,
- ▶ Directeur Général Adjoint du centre national des œuvres universitaires du Mali (CNOU),
- ▶ Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques,
- ▶ Médecin du sport,
- ▶ Membre du comité scientifique international de la revue Française de médecine du sport (Medisport),
- ▶ Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport,
- ▶ Membre de l'Observatoire de Mouvement (ODM),
- ▶ Président du collège Malien de réflexion en médecine du sport,
- ▶ Secrétaire général de la fédération Malienne de taekwondo.

**Cher Maître**, en acceptant de nous compter parmi vos élèves, vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir.

Auprès de vous, nous avons appris la loyauté, la notion du travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout de la modestie.

Former un médecin c'est sauver des milliers de vies.

Honorable maître, sachez que même les vicissitudes du temps ne pourront effacer vos souvenirs de nos pensées.

Nous ne sauront vous remercier, trouvez ici, la manifestation de notre profonde admiration et de notre gratitude.

## **ABREVIATIONS**

**AVC:** Accidents vasculaires cérébraux

**BPCO:** Broncho-pneumopathies chroniques obstructives

**CAN:** Coupe d'Afrique des Nations

**CHU:** Centre hospitalier Universitaire

**CO :** Monoxyde de carbone

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

**FMPOS :** Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

**HTA:** Hypertension artérielle

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

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

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

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

**VADS:** Voies aéro-digestives supérieures

**VEMS:** Volume expiratoire maxima seconde

**JMST :** Journée mondiale sans tabac

**INSERM :** Institut national de la santé et de la recherche médicale

**SPSS :** Statistical package for social sciences (logiciel pour l'analyse des données statistiques)

**ONG :** Organisation non gouvernementale

**I E C :** Information éducation et communication

# **SOMMAIRE**

**I INTRODUCTION**

**II OBJECTIFS**

**III GENERALITES**

**IV METHODOLOGIE**

**V RESULTATS**

**VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

**VII CONCLUSION**

**VIII RECOMMANDATIONS**

**IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

# INTRODUCTION

## **I INTRODUCTION :**

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

En effet, selon l'OMS 1,3 milliard de personnes sont concernées, soit le tiers de la population mondiale âgée de 15 ans et plus [1] ; sur ce nombre 200 millions d'hommes et 100 millions de femmes vivent dans les pays industrialisés et le reste dans les pays en voie de développement notamment les pays de l'Afrique au sud du Sahara.

Selon l'OMS [1] le tabac devrait tuer plus de 5 millions de personnes en 2008, soit davantage que le taux de mortalité dû à la tuberculose et le sida combinés. Cette mortalité devrait s'élever à près de 10 millions par an en 2030 dont 70% dans les pays en voie de développement. Le Mali étant parmi ces pays en voie de développement, il y a lieu de s'inquiéter.

Cette morbi – mortalité est évitable car les dangers sont connus par la majorité de la population, y compris les fumeurs.

Mais, malheureusement nous constatons ce qui suit :

- En France 45% des hommes et 33 % des femmes sont fumeurs avec 65 mille décès par an selon l'INSERM [2].
- Aux Etats-Unis d'Amérique le tabac est responsable de 440 mille morts chaque année ; provoquant des cancers de poumons dans 80% des cas, le plus meurtrier de tous les cancers, il est responsable de l'emphysème pulmonaire et aussi l'un des facteurs favorisant de beaucoup de maladies cardio-vasculaires, selon un rapport des Centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies [1].
- Au Mali, la prévalence du tabagisme n'est pas connue.

Une étude réalisée par HAIDARA.AM [4] en 1981, 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% pour les hommes et 2,6% pour les femmes.

En 1996 DAO. S [28], révéla que le tabac est la première cause de cardiopathies ischémiques, d'emphysème et cancer pulmonaire à l'hôpital national du POINT G.

Le tabagisme fût longtemps considéré comme une simple habitude jusqu'à une date récente et les professionnels de la santé s'étaient peu ou pas impliqués dans l'aide au sevrage et se limitaient à des conseils ou une exhortation à la volonté.

Arrêter de fumer réduit considérablement la surmortalité liée à la consommation du tabac.

Tous les professionnels de la santé doivent intervenir dans ce domaine ; et se doivent d'être exemplaires. C'est pour cela qu'il nous a paru nécessaire d'étudier le point de vue et le comportement de ceux-la mêmes qui ont la charge de conseiller, d'éduquer, et d'apporter leur aide au sevrage : le personnel socio sanitaire.

# OBJECTIFS

## **II OBJECTIFS**

### **OBJECTIF GENERAL :**

Etudier le tabagisme chez le personnel socio sanitaire du CHU Gabriel Touré.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel socio sanitaire du CHU Gabriel Touré.
  
- Déterminer les causes de la consommation du tabac par le personnel socio sanitaire du CHU Gabriel Touré
  
- Déterminer la connaissance du personnel socio sanitaire du CHU Gabriel Touré sur les conséquences du tabagisme.
  
- Proposer des solutions pour la lutte anti-tabac.

# GENERALITES

### **III- Généralités**

#### **1 Historique :**

On suppose que la culture du tabac a débuté sur le continent Sud-américain il y a plus de 8000 ans. Certains situent ces origines sur l'Ile de Tobago dans les caraïbes [5].

Depuis plus de 2000 ans les amérindiens utilisent le tabac dans les rituels religieux et pour ses vertus médicinales (utilisé comme analgésique ou dans sa forme mâchée contre les rages de dents) [5].

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

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

C'est à la fin du XVème siècle que les européens découvrirent le tabac [5].

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

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

Si aujourd'hui la nocivité du tabac pour la santé est connue, c'est surtout grâce à l'américain Pearl qui établit en 1938 un lien entre la consommation du tabac et l'abrègement de la vie [5].

#### **2 Tabac et tabagisme**

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

La température optimale pour la végétation est de 27°C, le sol doit être sablonneux et léger, riche en éléments fertilisants notamment l'azote, l'acide phosphorique et la potasse. Ces éléments ont une influence sur la qualité du tabac produit. Après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis fermentation avant d'être prêt à la consommation [6]. Le tabac peut être consommé avec de la fumée (cigarette, cigare, pipe) ou sans fumée (tabac à chiquer ou à priser) [7].

La composition de la fumée de tabac nous intéresse ici car la cigarette est la forme la plus répandue aujourd'hui. En général lorsqu'une cigarette se consume, un grand nombre de composés chimiques se forment à l'extrémité et sont inhalés par le fumeur (courant de fumée principale ou primaire) ou rejetés dans l'air (courant de fumée latérale ou secondaire [8]).

**La nicotine :** c'est un alcaloïde découvert en 1809 par Vauquelin [9]. Il est responsable de la dépendance tabagique. La nicotine absorbée dans les alvéoles passe dans le sang et se fixe sur les récepteurs nicotiques, récepteurs à l'acétylcholine présents dans les jonctions neuromusculaires, les ganglions parasympathiques, la médullosurrénale et surtout certaines zones du cerveau, principalement les voies dopaminergiques. La stimulation de ces neurones induit la libération de la dopamine et celle des autres neuromédiateurs, expliquant les effets psycho actifs de la nicotine [10]. La décharge d'adrénaline entraîne une accélération du rythme cardiaque, la dépression du système nerveux central et du système respiratoire. Elle est à l'origine de la constriction des petites artères du corps pouvant être à l'origine d'hypertension artérielle. La dose létale de la nicotine chez l'homme est voisine de 0,06 gramme [11].

#### **Le monoxyde de carbone (CO) :**

Le CO, une fois dans l'organisme se fixe sur l'hémoglobine. Il diminue à la longue la capacité d'oxygénation du sang. 20 cigarettes transforment presque 20% de l'hémoglobine en carboxyhémoglobine. En outre le monoxyde de carbone augmente la teneur en graisse du corps humain et ainsi le risque d'artériosclérose [12]. Une cigarette libère 15 à 20 ml de CO. C'est pourquoi les sujets n'inhalant pas la fumée ont une oxycarbonémie sensiblement égale à celle du non-fumeur [12].

#### **Les irritants :**

La présence d'irritants dans la fumée de tabac est à l'origine de nombreux phénomènes allergiques de la muqueuse respiratoire. Il s'agit d'aldéhyde, d'acroléine, d'éthanol, de benzoquinone, etc. Ils sont responsables de l'hypertrophie de la muqueuse, l'atrophie ciliaire et l'inflammation des bronches. Le retentissement bronchique du tabac augmente avec l'inhalation de la fumée, la quantité de tabac consommée et l'ancienneté du tabagisme. La pondération que l'on est amené à faire en fonction des types de tabac ou des filtres associés aux cigarettes semble faible [13].

#### **Substances cancérigènes :**

L'action cancérigène du tabac est 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) [14]. Ces substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [14].

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

Des arguments solides indiquent que cette exposition à la fumée ambiante de tabac est nocive pour la santé des non-fumeurs. Récemment l'agence américaine pour la protection de l'environnement a classé l'exposition à la fumée ambiante de tabac comme cancérigène de classe A, pouvant être à l'origine de cancer du poumon [15]. La fumée ambiante est constituée de la fumée produite pendant que la cigarette couve et de la fumée primaire exhalée par le fumeur. Plus de 75% des produits de combustion d'une cigarette entrent dans l'air. Les constituants de la fumée ambiante sont qualitativement similaires à ceux de la fumée primaire. Cependant certaines toxines comme l'ammoniac, le formaldéhyde et les nitrosamines sont présents à des concentrations beaucoup plus hautes dans la fumée ambiante que la fumée primaire [15].

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

Le tabagisme passif est grave chez les enfants. Des études ont montré que le tabagisme passif avait un retentissement sur la fonction respiratoire des enfants arrivés à l'âge adulte notamment les infections respiratoires à répétition ou l'exacerbation des crises d'asthme, les otites, cause la plus fréquente de surdité chez les enfants [16].

La fumée de tabac produit également divers effets immédiats : irritation des yeux et du nez, céphalées, maux de gorge, étourdissement, nausées, toux et problèmes respiratoires [16]. L'appréciation des risques de la fumée ambiante est importante pour le médecin, car elle fournit une base pour conseiller aux parents de ne pas fumer quand les enfants sont à la maison ; pour insister sur l'interdiction dans les établissements de soins pour enfants et pour recommander des restrictions du tabagisme sur les lieux de travail et autres endroits publics [17].

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

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

Aspects cliniques : La toxicomanie vraie se définit par trois caractères cliniques :

- L'irrésistible perversion du besoin, qui pousse le sujet à consommer sans cesse la drogue et à se la procurer par tous les moyens.
- Accoutumance, qui invite le toxicomane à utiliser des doses de plus en plus fortes.
- Une soumission totale de l'individu à sa drogue, l'assuétude (ou dépendance), véritable tyrannie physique et morale.

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

### **4- La quantification du tabagisme [19]**

L'interrogatoire va permettre de préciser :

Le début du tabagisme. Plus il est précoce, plus le risque de cancer bronchique est élevé.

Le nombre de cigarettes fumées/jour (permettant de déterminer la quantité de cigarettes fumées en paquets/ années) en sachant que le risque de cancer bronchique est proportionnel à ce nombre.

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

$$N = \text{paquets/années}$$

n = nombre de cigarettes fumées/jour

a = nombre d'années de tabagisme

Pour un tabagisme dont le poids est beaucoup plus important que la durée, le risque de cancer bronchique est multiplié par 2 ; il est multiplié par 3 lorsque la durée du tabagisme double. Dans cette mesure, l'expression en paquets/années est incorrecte puisqu'elle donne le même poids à la quantité et à la durée. Néanmoins c'est une expression commode du tabagisme.

Le risque de développer un cancer bronchique ou des voies aéro-digestives supérieures est diminué d'environ 1/3 par l'usage de filtre ou de différentes formes de tabac (blond, blanc, léger) ce qui n'est pas bien prouvé et à condition aussi 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 au tabac blond aux Etats-Unis d'Amérique a entraîné une modification des types histologiques de cancer du poumon : du fait d'une inhalation plus profonde ce sont les adénocarcinomes qui se développent plus volontiers que les épidermoïdes. En France les fumeurs sont restés beaucoup plus longtemps fidèles au tabac brun et aux cigarettes sans filtre et le carcinome épidermoïde est le type histologique prédominant.

La pipe et le cigare induisent moins de risque cancer bronchique en raison d'une inhalation moindre. En revanche, ils constituent un facteur de risque important pour les cancers des VADS.

## **5-Pathologies liées au tabac [19]:**

### **Les cancers :**

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

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

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

Les cancers des VADS (cancers ORL et de l'œsophage) : action synergique du tabac et de l'alcool.

Cancers de la vessie. Ce dernier est fortement lié au tabagisme.

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

### **Les maladies respiratoires non cancéreuses :**

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

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

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

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

Les complications cardio-vasculaires :

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

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

### **Le tabac, la mère et l'enfant**

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

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

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

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

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

Les « bienfaits » du tabac :

Moins de maladies de Parkinson et de sarcoïdoses, ce qui n'est pas bien prouvé.

### **6-Sevrage tabagique [20]**

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

En dépit de l'information voire de la surinformation sur les méfaits du tabac, de nombreuses victimes de la cigarette continuent de fumer. Bien souvent angoissés par cette situation, ces sujets voudraient arrêter, mais sans réussir à se motiver suffisamment ou bien échouent ou rechutent à plus ou moins courte échéance. « Jamais la connaissance d'un risque ne suffit à elle seule à modifier un comportement ». Ceci explique que malgré le risque couru et connu, le nombre de fumeurs reste élevé même parmi les médecins. Le tabagisme est un comportement entretenu et amplifié par une dépendance pharmacologique dont la nicotine est responsable. En effet la nicotine, par ses propriétés psycho-actives, est à l'origine d'un renforcement positif en induisant des sensations ressenties comme agréables :

Stimulation lorsqu'il y a un travail intellectuel difficile à réaliser ;

Effet tranquillisant, réduisant les phénomènes d'anxiété et aidant à résister dans les situations de stress ;

Effet stimulation générale, la nicotine pouvant être considérée comme un anti déprimeur ;

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

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

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

Ultérieurement, après plusieurs années de tabagisme, peuvent 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 Lague.

## Tableau I : Test d'autoévaluation des chances de réussite de sevrage tabagique

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 où j'ai l'intention d'en faire.....	1
7	Je veux être en meilleure forme physique.....	1
8	Je veux préserver mon aspect physique.....	1
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant.....	1
10	J'ai des enfants en bas âge.....	2
11	J'ai bon moral actuellement.....	2
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends.....	1
13	Je suis plutôt de tempérament calme, détendu.....	1
14	Mon poids est habituellement stable.....	1
15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure.....	2

Moins de 6 = Motivation faible

7-15 = Motivation moyenne

Plus de 16 = motivation forte

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

## Tableau II : Questionnaire de dépendance de Fagerström [5]

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

Moins de 5 minutes.....	3
6 a 30 minutes.....	2
31 à 60 minutes.....	1
Après 60 minutes.....	0

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

Oui.....	1
Non.....	0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

La première.....	1
Une autre.....	0

Combien de cigarette fumez-vous par jour ?

10 ou moins.....	0
11 à 20 .....	1
21 à 30 .....	2
31 ou plus.....	3

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

Oui.....	1
Non.....	0

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

Oui.....	1
Non.....	0

Score total :

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

## **7- Traitement du tabagisme :**

### **Règles générales :**

Sur le plan de la prise en charge individuelle du tabagisme, il n'y a pas de « méthode pour arrêter de fumer, mais la nécessité d'une approche spécifique adaptée aux caractéristiques de chaque fumeur. [23]. La stratégie désormais recommandée est basée sur une prise en charge globale des dépendances psychiques et physiques en association avec des techniques de modifications comportementales [23, 24]. Pour la prise en charge en pratique courante, d'un arrêt du tabac, nous pouvons adhérer aux recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) ou du programme **smokescreen for the 1990s** de l'école de médecine communautaire de l'université de New south Wales de l'Australie [41].

Il faut donner une série de conseils importants :

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

### **Pharmacothérapie :**

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

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

**Nicotine :** Elle est administrée chez des patients présentant une dépendance physique importante (score Fagerström >5). C'est le moyen le plus efficace pour combattre ce syndrome de sevrage. La nicotine est fournie sous une autre forme que le tabac, en quantité suffisante pour supprimer les besoins, puis à doses dégressives, ce qui peut prendre en moyenne 3 mois. La nicotine est administrée sous forme de gomme de 2 à 4 mg ou

De timbre desservant des quantités de 7 à 21 mg /jour suivant la surface et la préparation pharmaceutique utilisée. Un suivi d'au moins 6 mois est toujours indispensable, il réduit les risques de récurrence.

**Psychothérapie** [23] : Il s'agit d'un mode de traitement utilisant exclusivement des techniques psychologiques. Ses indications dépendent du trouble instinctivo- affectif présenté, du déséquilibre de la personnalité, de l'âge et de la situation du fumeur. Les types de psychothérapie sont multiples.

La psychothérapie directive ou de « soutien » a pour but d'apporter une aide à un fumeur dans une situation difficile de son existence, sans chercher à analyser en profondeur l'origine du malaise.

La psychothérapie en profondeur est fondée sur la méthode psychanalytique utilisant « les associations libres ». A partir du phénomène du transfert, ce travail consiste à analyser les conflits profonds inconscients, à rechercher leurs liens avec les troubles présentés et, ainsi faire évoluer la personnalité du fumeur.

La psychothérapie d'inspiration psychanalytique, dont les règles sont peu strictes qui peut s'appliquer à un plus grand nombre de cas ; la psychothérapie d'expression (psychodrame, rêve éveillé, expressions plastiques) ; la psychothérapie de groupe, qui s'adresse à plusieurs personnes réunies.

La psychothérapie de l'enfant utilise les techniques de jeu, du dessin, de la peinture, du modelage.

La psychothérapie par le milieu, ou psychothérapie institutionnelle, fait appel à des établissements spécialisés (écoles, ateliers, maison, etc.).

Les recours à des mesures financières : par exemple l'augmentation des impôts sur le tabac pour corriger la consommation.

L'élimination progressive de la publicité sur le tabac.

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

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

-- La réduction de la toxicité par la diminution progressive des taux maximums de goudron produit lors de la combustion, 15mg depuis 1993 et 12 mg à partir de 1998, elle est actuellement à 10 mg.

-- L'obligation d'avertissement sanitaire en langage clair et de format lisible porté sur les unités de conditionnement [24].

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

Pendant longtemps au Mali, il n'existait aucun texte législatif spécifique tendant à réduire l'usage du tabac ou la publicité sur le tabac. La documentation internationale de lutte contre le tabac (affiches, autocollants) constituait avec les normes culturelles la principale mesure restrictive du tabagisme [25]. Ce n'est qu'en 1996 plus précisément le 29 juin que l'assemblée Nationale du Mali a adopté la loi 96-041 portant sur la restriction de la publicité et de l'usage de tabac au Mali. La loi fut promulguée le 07 août 1997 par décret 97-162. Elle a été l'acte majeur en faveur des soins préventifs et promotionnels au Mali. La loi interdit la publicité sur le tabac en de nombreux points sensibles : cinéma, télévision, radio, etc. Elle interdit de fumer dans de nombreux espaces publics.

L'article 1, de la loi est flou quant à l'interdiction de la publicité sur « certains panneaux publicitaires ».

L'article 2, du décret autorise la publicité en faveur du tabac quand les firmes parrainent des manifestations.

La législation ne donne aucune norme quant à l'impression des mentions d'avertissement sanitaire sur les paquets de cigarettes.

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

La réalité sur le terrain :

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

Les médias respectent la loi sur la diffusion de la publicité sur le tabac. Mais du fait que les parrainages soient autorisés, il se passe souvent une publicité indirecte.

Plusieurs études réalisées sur des individus à Bamako avaient révélé que la majorité des bamakois déclaraient ignorer l'existence de cette loi et de ce fait ne l'appliquaient pas [25].

En général nous pouvons dire que ces dernières années le processus de lutte antitabac est bien engagé au Mali. Du fait de l'expression de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays notamment à travers la COCAN, lors de la CAN 2002, mais aussi par l'engagement des organes de la presse dans la lutte à travers divers articles consacrés au tabagisme. Notons aussi la mobilisation sociale suscitée autour des questions du tabagisme.

Par ailleurs, notre pays a bénéficié de trois distinctions décernées par l'OMS (Assemblée nationale, SOS tabagisme, CAN 2002) pour avoir encouragé la lutte antitabac.

Le Mali a ratifié en 2005 la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ainsi il a été ciblé pour faire partie des cinq pays pilotes qui bénéficient des activités du projet «Protéger les jeunes du tabac », financé par la fondation des Nations Unies.

A l'instar d'autres pays, le Mali célèbre la journée mondiale sans tabac tous les ans, suscitant de nombreuses manifestations dans tout le pays [26].

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

La SONATAM est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes. Créée en 1965, elle a comme activités traditionnelles l'importation, la fabrication et la distribution de cigarettes et allumettes au Mali. Elle renaît aujourd'hui de ses cendres après une longue traversée du désert qui a commencé à partir des années 1990. C'est en 2002 que la privatisation de la SONATAM 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. Pendant cette même année, la société a connu un chiffre d'affaires de 15,1 milliards de FCFA et a versé 07 milliards à la fiscalité, soit une augmentation de plus de 80 % par rapport à 2001 [29]

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

La relance des activités commerciales avec lancement de plusieurs marques du groupe Impérial Tobacco en 2004.

La relance des activités industrielles avec un plan complet de réimplantation et de modernisation du site afin d'en faire une des usines les plus modernes de l'UEMOA.

La relance des activités de tabaculture, avec des essais déjà effectués de nouvelles variétés et la mise en place d'un nouveau plan de partenariat avec l'Office de la Haute Vallée du Niger (OHVN).

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

Le prix des paquets de cigarettes varie de 200 FCFA à 800 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 malheureusement 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 des proportions considérables ces dernières années. L'axe guinéen est considéré comme une zone de grande introduction de cigarettes de contrebande. Il est devenu une préoccupation grave quant aux conséquences néfastes qu'elle engendre. Au Mali, les services compétents ont estimé la fraude sur les cigarettes pour l'année 2001 à 5 707 000 000 FCFA.

Face à cette situation et dans le souci de mieux cerner le phénomène, le gouvernement du Mali en collaboration avec les douaniers a pris des mesures législatives, réglementaires et stratégiques en vue de mener une lutte acharnée contre la contrebande [28].

#### **8-) Lutte contre le tabagisme :**

Depuis les années 70, l'OMS a sonné l'alarme sur les conséquences néfastes du tabac sur la santé. En 1986, une résolution de l'OMS au cours d'une assemblée générale recommandait aux Etats membres les mesures suivantes :

- Une protection des enfants contre les risques de dépendance à l'égard du tabac
- Une protection efficace contre l'exposition à la fumée du tabac
- Une apposition de mise en garde bien visible sur les emballages de tous les types de produits de tabac.
- Une interdiction de publicité et l'installation des fumeurs afin de préserver la santé des non fumeurs.
- Récemment l'adoption en mai 2003 de la convention cadre de lutte antitabac par les états membres de l'OMS et son entrée en vigueur le 27 février 2005.

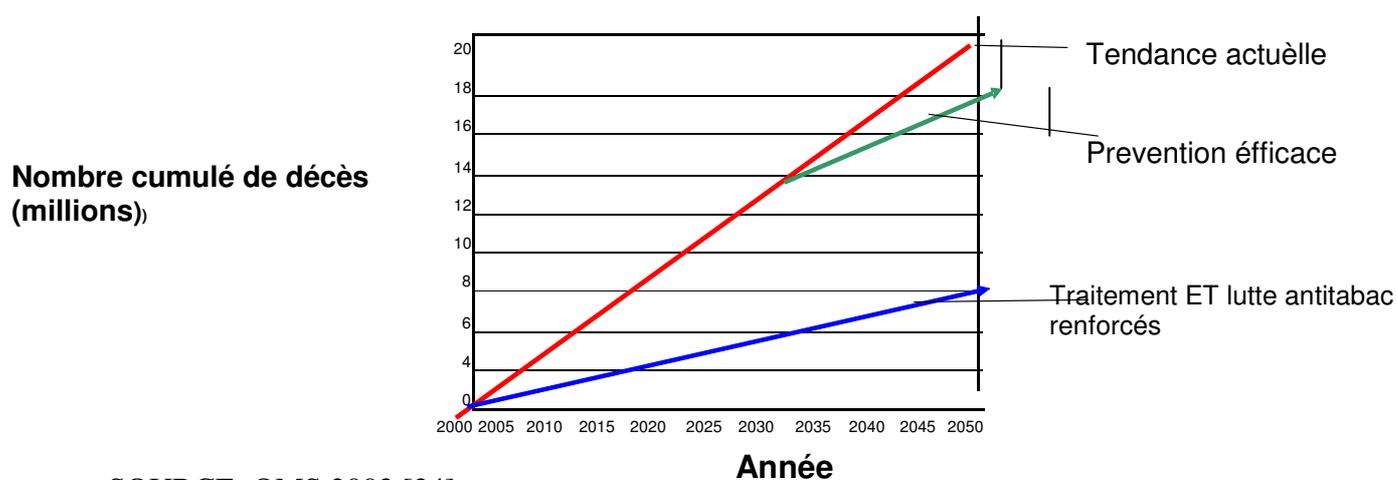
L'objectif de la convention et de ses protocoles est de protéger les générations présentes et futures contre les méfaits sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques de la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac. Elle offre un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac, par les parties au niveau national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac.

**TABLEAU III : Bénéfices de l'industrie du tabac pour 2002-2004**

	Vente (millions US \$)*	Bénéfices (millions US \$)*	Augmentation des bénéfices sur les 3 dernières années
British American Tobacco	19 272	2 095	28,16 %
Japan Tobacco International	42 380	710	24,96 %
Altria (Phillip Morris)	62 182	11 102	13,72 %
Impérial Tobacco Group	11 412	424	13,15 %
Altadis	3 957	541	425,34 %

**Sources :** Rapport financiers extraits des pages internet des compagnies [34]

**FIGURE I : Projection concernant les tendances de la mortalité liée au tabac**



**SOURCE:** OMS 2003 [34]

# METHODOLOGIE

## **IV-METHODOLOGIE**

### **LE CADRE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude menée au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré .Il est situé dans la commune III du district de Bamako. Le CHU Gabriel Touré est le centre hospitalier le plus fréquenté a cause de son accès facile grâce a son implantation en centre ville. Il fut érigé en hôpital et baptisé ((Gabriel Touré)) le 17 janvier 1959 à la mémoire d'un jeune médecin soudanais (Burkina-Faso) contaminé par un malade lors d'une épidémie de peste survenue à Bamako et mort le 12 juin 1934. Il faisait partie de la jeune génération des premiers médecins africains. Le CHU Gabriel Touré est actuellement l'un des derniers recours en matière de santé pour la population malienne en général et celle de Bamako en particulier qui compte 6 communes,60 quartiers et environ 2 millions d'habitants.

Comme les autres hôpitaux du Mali ; le CHU Gabriel Touré a pour mission :

- D'assurer des soins de référence de qualité produits aux meilleurs coûts à tous les patients qui sollicitent ses services ou qui lui sont adressés ;
- D'assurer la formation des professionnels de la santé ;
- De conduire des programmes de recherche.

IL doit, par ailleurs, participer à la mise en œuvre des programmes de santé publique dans ses domaines de compétences, particulièrement dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, et dans celui des urgences. Doté d'un statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) depuis 1992, il est érigé en établissement public hospitalier (EPH) par la loi hospitalière adoptée par l'assemblée nationale en juillet 2002. Ces statuts lui donnent une personnalité morale et l'autonomie financière.

Il dispose :

- D'un conseil d'administration jusqu'ici présidé par le ministre de la santé ;
- D'un comite de gestion remplacé par un comité de direction par la loi hospitalière ;
- D'organes consultatifs : la Commussion médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, la Commussion de soins infirmiers et obstétricaux et le comité technique d'hygiène et de sécurité

Sa capacité d'accueil est de 400 lits pour un effectif de 615 agents (315 hommes contre 300 femmes).

Le CHU Gabriel Touré comprend :

La direction générale et les services techniques suivants :

## **Médecine et spécialités médicales**

1. Cardiologie
2. Diabétologie
3. Dermatologie
4. Pédiatrie
5. Médecine Interne
- 6 Gastro-entérologie
- 7 Service d'imagerie Médicale

## **Chirurgie et spécialités chirurgicales**

1. Anesthésie- Réanimation
2. Chirurgie Générale
3. Chirurgie Infantile
4. Gynécologie- Obstétrique
5. ORL (Oto- Rhino- Laryngologie)
6. Traumatologie- Orthopédie
7. Urologie
8. Serviced'accueil des Urgences

## **AUTRES SERVICES**

1. Laboratoire d'Analyses Bio-medicales
2. Pharmacie Hospitalière
3. Morgue
4. Buanderie
5. Service de maintenance
6. Service social

Tous les services techniques ont été représentés dans notre étude.

## **TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

## **PERIODE D'ETUDE**

L'étude fut réalisée du mois de septembre à octobre 2008.

## **LA POPULATION D'ETUDE**

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

Les médecins, les biologistes, les pharmaciens, les assistants médicaux, les techniciens supérieurs de santé, les techniciens de santé, les techniciens de surface, les aides soignants, les techniciens de laboratoire, les techniciens de maintenance, les techniciens sociaux.....

Nous avons considéré comme :

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

## **CRITERES D'INCLUSION**

A été incluse, le personnel présent qui a accepté de participer à cette étude.

## **CRITERES DE NON INCLUSION**

N'a pas été incluse, le personnel présent et qui n'a pas accepté de participer à cette étude.

## **PARAMETRES ETUDIES**

Situation matrimoniale ; profession ; comportement tabagique ; niveau de connaissance du personnel sur les conséquences du tabac ; moyens de lutte contre le tabagisme.

## **LE RECUEIL DES DONNEES**

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

Le même questionnaire fut utilisé pour toutes les catégories professionnelles.

Le consentement éclairé de tous les personnels a été obtenu avant leur inclusion dans le protocole. L'anonymat a été observé au cours de cette étude grâce à une confidentialité des résultats.

Nous avons effectué l'enquête par la méthode de « porte à porte », en distribuant au personnel, le questionnaire, qui a été recueilli immédiatement ou ultérieurement selon la disponibilité du personnel.

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

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS version 12.0 f version française et la saisie des résultats sous Word office 2003 avec la police 12 Times New Roman.

### **ECHANTILLONNAGE**

L'objectif fixé était de réaliser une étude sur environ 55 pourcent de l'effectif total soit 340 sur 615 agents, pour cela nous avons distribué 360 fiches d'enquêtes soit 58,5 pourcent tout en prenant une marge de perte d'environ 3,5 pourcent.

Sur les 360 fiches distribuées nous en avons recueilli 340, alors il s'agit d'une participation d'environ 94,4 pourcent.

# RESULTATS

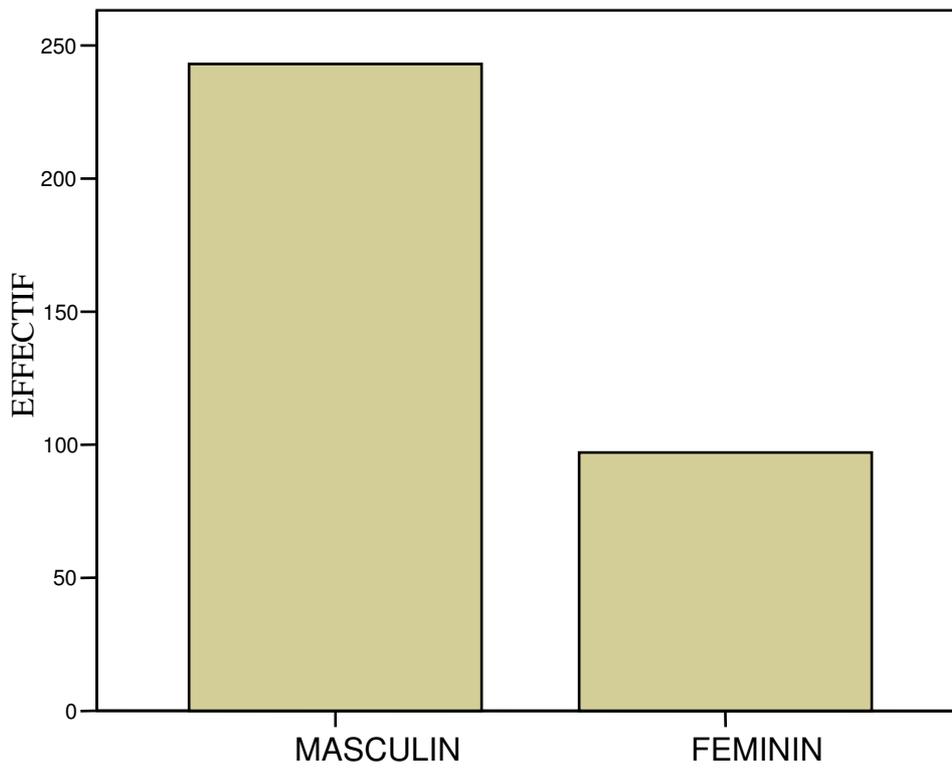
## **V-RESULTATS**

**TABLEAU I : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge**

<b>AGE DE L'ENQUÊTE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Inf ou =20 ans	2	0,5
21 - 30 ans	195	57,7
31 - 40 ans	95	27,5
41 - 50 ans	31	9,1
51 ans et plus	17	5,0
Total	340	100

La tranche d'âge comprise entre 21 à 30 ans est la plus représentée soit 57,5 %.

**FIGURE I : Répartition des enquêtés selon le sexe**



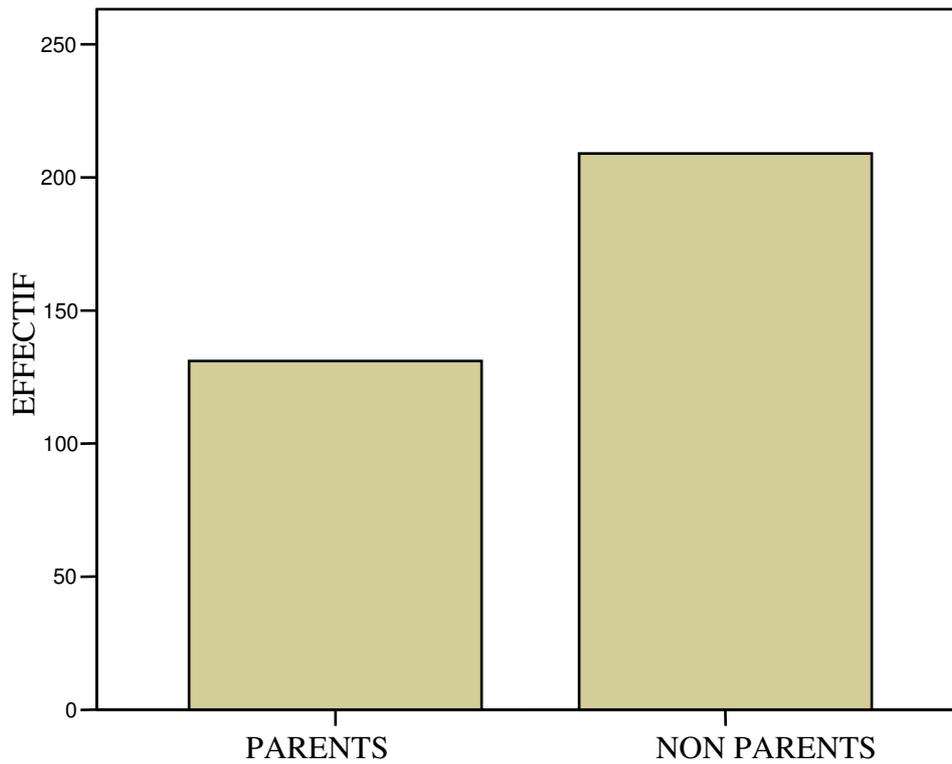
L'analyse de la figure I montre que la grande majorité des participants soit 71,5 % (243) sont des hommes contre 28,5 % (97) pour les femmes (sexe ratio 2,5).

**TABLEAU II : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale**

<b>SITUATION MATRIMONIALE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Célibataires	198	58,2
Mariés	138	40,6
Divorcés	2	0,6
Veufs	2	0,6
Total	340	100

Les célibataires constituent la majorité de nos participants avec un taux de 58,2 % ensuite viennent les mariés avec 40,6 %.

**FIGURE II : Répartition selon que l'enquêté soit parent d'au moins un (1) enfant**



La figure II indique qu'environ 61,5 % (209) de nos participants n'ont pas d'enfant contre 38,5 % (131) qui sont parents.

**TABLEAU III : Répartition des enquêtés selon la profession**

<b>PROFESSION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Médecins	68	20,0
Etudiants	31	9,1
Techniciens de santé (simples et supérieurs)	112	32,9
Techniciens de surface	46	13,5
Assistants sociaux	6	1,8
Sage femme	6	1,8
Pharmaciens	5	1,5
Laborantins	9	2,6
Assistants médicaux	38	11,2
Autres	19	5,6
Total	340	100

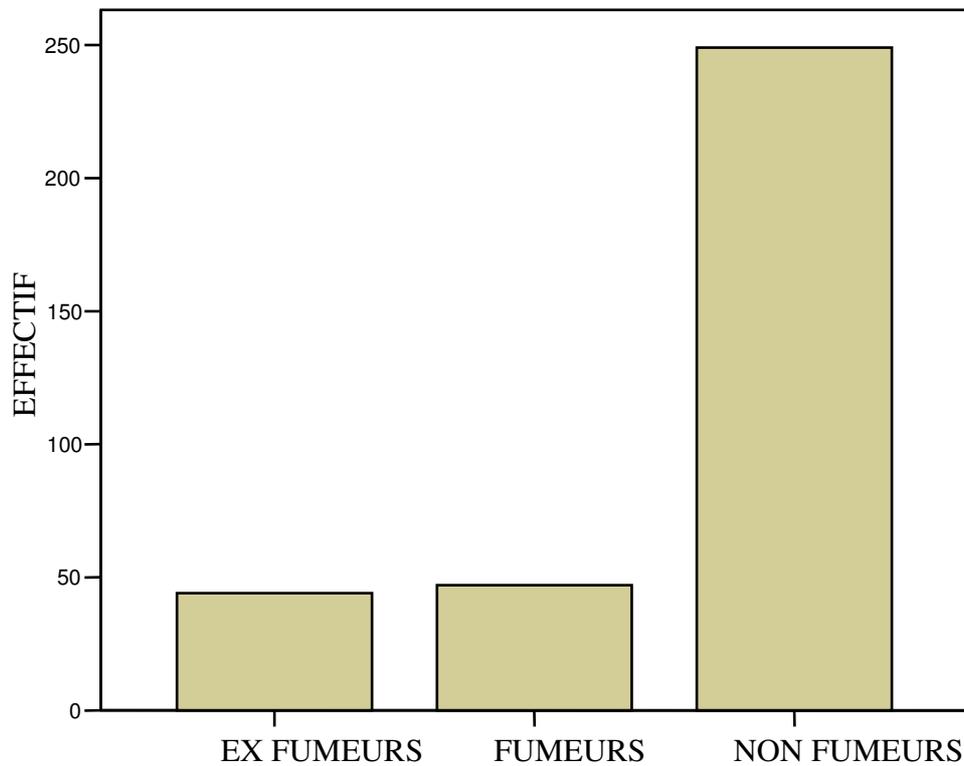
Les techniciens de santé, les médecins et les techniciens de surface sont les plus représentés avec des taux respectifs : 32,9 % ; 20 % et 13,5 %.

**TABLEAU IV : Répartition des enquêtés selon le service**

<b>SERVICE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Anesthésie –réanimation	30	8,8
Chirurgie générale	20	5,9
Chirurgie infantile	15	4,4
Gynécologie-obstetrique	21	6,2
Oto-rhino-laryngologie	12	3,5
Traumatologie-orthopedie	23	6,8
Urologie	19	5,6
Service d'accueil des urgences	12	3,5
Médecine	61	17,9
Pédiatrie	66	19,4
Pharmacie Hospitalière	10	2,9
Laboratoire d'analyses bio-médicales	13	3,8
Service d'imagerie médicale	12	3,5
Morgue	4	1,2
Buanderie	5	1,5
Maintenance	6	1,8
Service social	8	2,4
Autres	3	0,9
Total	340	100

La pédiatrie (I, II, III et les urgences pédiatriques) et la médecine (cardiologie, dermatologie, diabétologie, gastro-entérologie et la médecine interne) sont les plus représentés parmi tous les services soit respectivement : 19,4 % et 17,9 %.

**FIGURE III : Répartition des enquêtés selon le statut fumeur**



L'observation de la figure III nous présente que les non fumeurs, 73,3 % (249) de l'échantillon viennent en tête contre 13,8 % (47) et 12,9 % (44) respectivement pour les fumeurs et les ex fumeurs.

**TABLEAU V : Répartition des ex fumeurs selon la durée d'arrêt du tabagisme**

<b>DUREE D'ARRÊT DU TABAGISME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Moins d'un an	8	18,1
1 à 5 ans	13	29,6
6 -10 ans	11	25,0
Plus de 10 ans	12	27,3
Total	44	100

La majorité de nos ex fumeurs soit 29,6% ont arrêté entre 1-5 ans contre 18,1 % pour ceux qui ont arrêté il y a moins d'un an.

**TABLEAU VI : Répartition des ex fumeurs selon la raison d'arrêt du tabagisme**

<b>RAISON ARRÊT TABAGISME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Maladie	16	36,4
Economie	2	4,5
Indisposition de l'entourage	3	6,8
Culpabilisation	16	36,4
Religion	1	2,3
Conseils	5	11,3
Maladie, économie, indisposition	1	2,3
Total	44	100

La maladie et la culpabilisation sont les plus évoquées également quant aux raisons d'arrêt du tabagisme avec 36,4 % chacune.

**TABLEAU VII : Répartition des ex fumeurs selon la durée de tabagisme**

<b>DUREE DU TABAGISME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
1 -5 ans	10	24,4
6 – 10 ans	14	34,1
Plus de 10 ans	17	41,5
Total	44	100

Ceux qui ont fumé pendant plus de 10 ans constituent 41,5 % de nos ex fumeurs contre 34,1 % pour ceux ayant fumé entre 6-10 ans.

**TABLEAU VII I : Répartition des fumeurs selon la durée de tabagisme**

<b>DUREE TABAGISME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
1 -5 ans	11	23,4
6 – 10 ans	20	42,6
Plus de 10 ans	16	34,0
Total	47	100

Parmi nos fumeurs actuels 42,6 % ont commencé il y a 6-10 ans contre 34 % pour ceux qui sont débuté il y a plus de 10 ans.

**TABLEAU IX : Répartition des ex fumeur et fumeurs selon l'âge du début de tabagisme**

<b>DELAI DE DEBUT DU TABAGISME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
10 à 15ans	10	11,0
16 à 20 ans	60	66,0
21 à 25 ans	17	18,6
26 et plus	4	4,4
Total	91	100

La majorité de nos fumeurs soit 66 % ont débutés entre 16-20 ans contre 18,6 % pour ceux ayant débuté entre 21-25 ans, seulement 4,4 % ont commencé à partir de 26 ans et plus.

**TABLEAU X : Répartition des ex fumeurs et fumeurs selon la nature de tabac fumé**

<b>NATURE TABAC</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Cigarette	91	100
Cigare	0	0
Pipe	0	0
Total	91	100

Tous nos tabagiques fumaient ou fument de la cigarette.

**TABLEAU XI : Répartition des tabagiques (ex fumeur et fumeur) selon le nombre de paquet fumé par jour**

<b>NOMBRE PAQUET FUME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Moins d'un paquet	43	47,2
1 à 2 paquets	33	36,2
Plus de 2 paquets	15	16,6
Total	91	100

Moins de la moitié soit 47,2 % de nos tabagiques fument moins d'1 paquet par jour ensuite viennent 36,2 % et 16,6 % respectivement pour ceux qui fument 1 a 2 paquets et plus de 2 paquets.

**TABLEAU XII : Répartition des non fumeurs selon la raison de non tabagisme**

<b>RAISON NON TABAGISME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Non désire	103	42,4
Statut de femme	22	8,0
Religion	13	5,2
Economie	15	6,0
Education	55	22,0
Sans avis	41	16,4
Total	249	100

Pour ceux qui ne fument pas, le non désire est évoqué dans 42,4 % contre 22 % pour ceux évoquant l'éducation et 16,4 % sont sans avis.

**TABLEAU XIII : Répartition des tabagiques (ex fumeur et fumeur) selon la raison d'entrée dans le tabagisme**

<b>RAISON ENTREE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Père	5	5,6
Professeur	3	3,0
Curiosité	24	26,4
Entourage	26	28,5
Snobisme	16	17,5
Publicité	6	7,0
Stress	11	12,0
Total	91	100

L'entourage est le principal motif d'entrée dans le tabagisme avec 28,5 %. La curiosité, le snobisme et le stress ont été évoqués respectivement dans 26,4 % ; 17,5% et 12 % des cas.

**TABLEAU XIV : Répartition des fumeurs selon la raison de persister**

<b>PERSISTENCE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Habitude	33	70,2
Plaisir	9	19,1
Stress	4	8,5
Entourage	1	2,2
Total	47	100

Plus de la moitié de nos tabagiques soit 70,2 % continuent à fumer par habitude ; 19,1 % par plaisir et le stress dans 8,5 % des cas.

**TABLEAU XV : Répartition des tabagiques (ex fumeur et fumeur) selon la dépense journalière dans le tabac**

<b>DEPENSE JOURNALIERE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Moins 5 00 f	50	55,1
500 à 1000 F	33	36,2
Plus de 1000 f	8	8,7
Total	91	100

Par jour, 55,1 % de nos fumeurs dépensent moins de 500 f CFA dans le tabac contre 36,2 % qui en dépensent entre 500 -1000 FCFA.

**TABLEAU XVI : Répartition des tabagiques (ex fumeur et fumeur) selon l'influence du tabagisme sur la famille**

<b>INFLUENCE DU TABAGISME</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	70	76,9
NON	21	23,1
Total	91	100

Plus des  $\frac{3}{4}$ , environ 76,9 % des fumeurs affirment que leur tabagisme a une influence quelconque sur leur famille.

**TABLEAU XVII : Répartition des femmes dont le conjoint fume**

<b>CONJOINT FUMEUR</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	23	23,8
NON	74	76,2
Total	97	100

Les femmes dont le conjoint ne fume pas constituent 76,2 % de nos participantes contre 23,8 % dont le conjoint est fumeur.

**TABLEAU XVIII : Répartition des parents dont au moins un (1) enfant fume**

<b>ENFANT FUMEUR</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	15	11,4
NON	93	70,4
Sans avis	23	18,2
Total	131	100

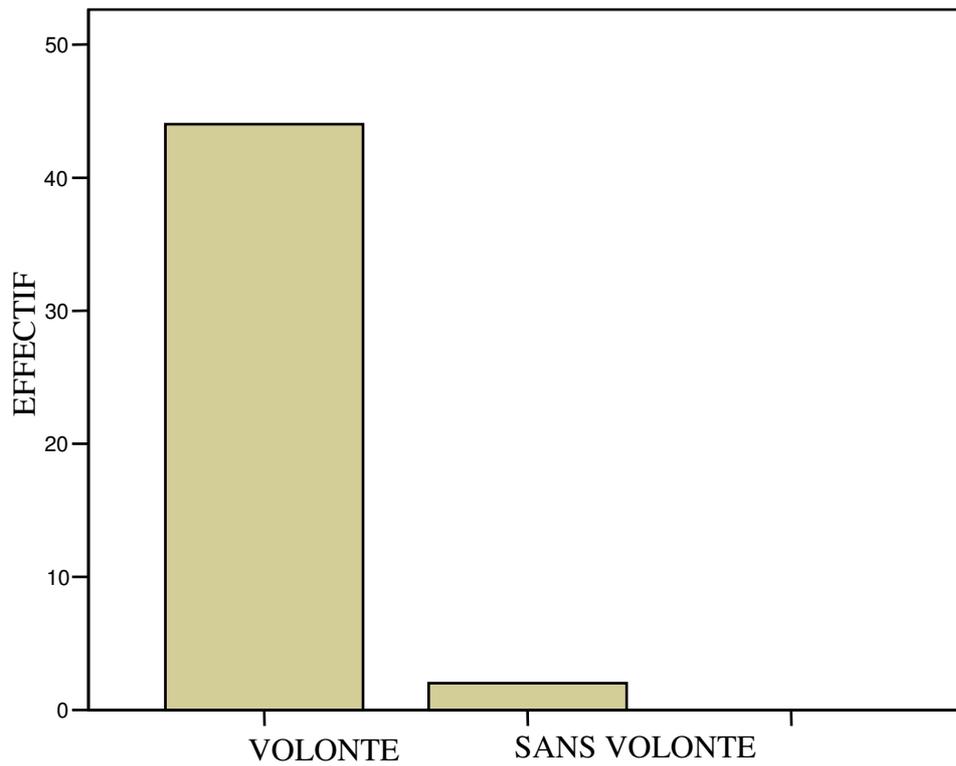
Les parents dont l'enfant fume ne représentent que 11,4 % contre 70,4 % dont l'enfant ne fume pas et 18,2 % sont sans avis.

**TABLEAU XIX : Répartition des fumeurs selon le Nombre d'essai d'arrêt**

<b>ESSAI D'ARRÊT</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Non	5	10,6
1 Fois	12	25,6
2 Fois	16	34,0
3 Fois	6	12,8
Plus de 4 Fois	8	17,0
Total	47	100

Un peu plus d'un 1/3 de nos fumeurs soit 34 % ont fait 2 tentatives d'arrêt de tabagisme contre 10,6 % qui n'ont jamais essayé.

**FIGURE IV : Répartition des fumeurs selon la Volonté actuelle d'arrêter**



L'observation de la figure IV montre que la quasi-totalité de nos fumeurs soit 95,7 % (45) veulent arrêter actuellement contre 4,3 % (2) qui ne le pensent pas.

**TABLEAU XX : Répartition des fumeurs selon le besoin de soutien pour arrêter de fumer**

<b>BESOIN DE SOUTIEN</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Psychologique	6	13,3
Médical	9	20,0
Les deux	16	35,6
NON	14	31,1
Total	45	100

Les deux soutiens (psychologique et médical) sont les besoins demandés de 35,6 % des fumeurs pour arrêter. Le soutien médical et psychologique est demandé respectivement dans 20 % et 13,3 % des cas. Ceux n'ayant pas besoin de soutien quelconque représentent 31,1 %.

**TABLEAU XXI : Répartition des enquêtés selon que le personnel socio-sanitaire à un rôle pour aider les fumeurs à arrêter**

<b>RÔLE PERSONNEL SOIGNANT</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	336	98,8
NON	4	1,2
Total	340	100

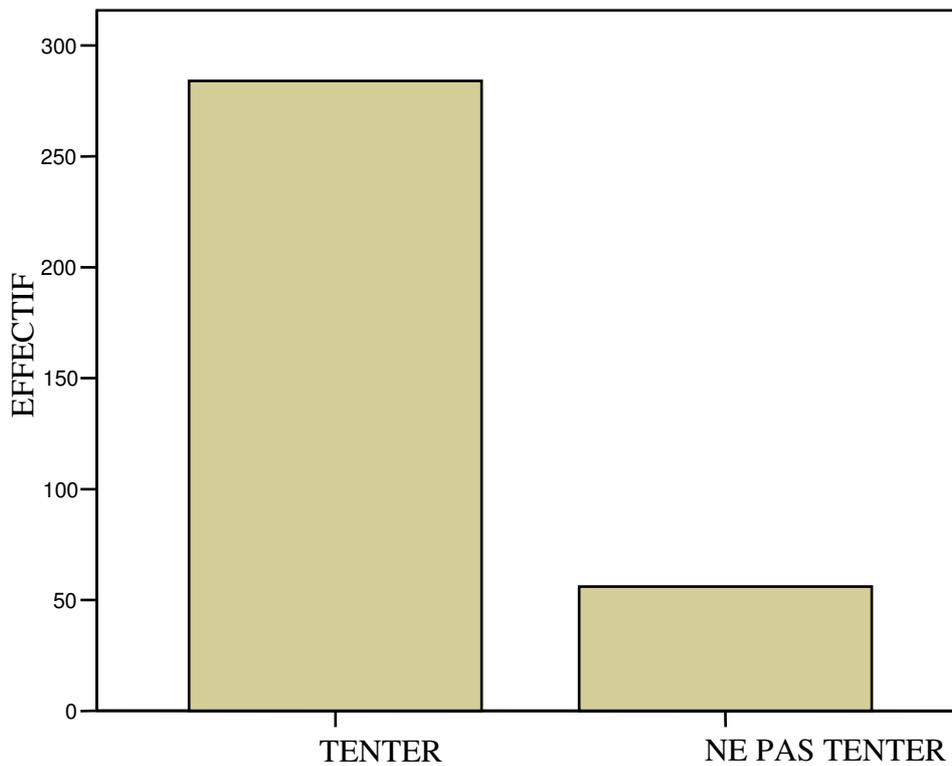
Une part importante de nos participants soit 98,8% affirment qu'il est de notre rôle d'aider les fumeurs à arrêter et le reste est sans avis.

**TABLEAU XXII : Répartition des enquêtés selon que le personnel socio-sanitaire a une influence sur les fumeurs pour les aider à arrêter de fumer**

<b>INFLUENCE DU PERSONNEL SOIGNANT</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	296	87,0
NON	38	11,2
Sans avis	6	1,8
Total	340	100

La majorité affirme que le personnel a une forte influence sur les fumeurs pour les aider à arrêter soit 87 %.

**FIGURE V: Répartition selon le nombre du personnel socio-sanitaire ayant tenté de persuader au moins un fumeur d'arrêter**



L'observation de la figure V montre qu'une frange importante soit 83,8 % (285) des enquêtés affirment qu'ils ont déjà tenté de persuader au moins un fumeur d'abandonner contre 16,2 % (55) qui n'ont jamais tenté.

**TABLEAU XXIII : Répartition de personnel socio-sanitaire selon le résultat de la tentative de persuasion d'arrêt de fumer**

<b>RESULTATS TENTATIVES DE PERSUASSION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Arrêter	104	36,5
Diminuer	76	26,7
Continuer	103	36,1
Sans avis	2	0,7
Total	285	100

Le personnel qui a pu réussir à faire abandonner le tabac par certains fumeurs constitue 36,5 % et 26,7% a pu leur faire diminuer la quantité.

**TABLEAU XXIV : Répartition des enquêtés selon leurs propositions de moyen pour arrêter de fumer**

<b>MOYEN D'ARRÊT</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Volonté	125	36,8
Télé, radio, presse	13	3,8
Publicité	5	1,4
campagne nationale	68	20,0
contact personnel	3	0,9
Autres	31	9,1
Volonté, campagne nationale, télé radio	92	27,1
Sans avis	3	0,9
Total	340	100

La volonté est évoquée comme principal moyen pour arrêter de fumer dans 36,8 % des cas, les campagnes nationales dans 20 % et plus de deux propositions dans 27,1 % des cas.

**TABLEAU XXV : Répartition des enquêtés selon la connaissance de l'existence de loi anti-tabac au Mali**

CONNAISSANCE LOI ANTI-TABAC	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	142	41,8
NON	191	56,2
Sans avis	7	2,0
Total	340	100

Environ 56,2 % du personnel ne connaissent pas l'existence d'une loi anti-tabac contre 41,8 % qui sont au courant.

**TABLEAU XXVI : Répartition selon le nombre d'enquêté ayant pu se rappeler de la date de la journée mondiale sans tabac (JMST)**

CONNAISSANCE JOURNEE SANS TABAC	EFFECTIF	POURCENTAGE
vrai	44	12,9
Faut	293	86,2
Sans avis	3	0,9
Total	340	100

Le personnel ayant pu se rappeler de la date de la JMST ne représentait que 12,9 % des enquêtés contre 86,2 % qui n'ont pas pu se rappeler.

**TABLEAU XXVII : Répartition des enquêtés selon que la journée mondiale sans tabac ait un impact au Mali**

<b>CONNAISSANCE IMPACT JOURNEE SANS TABAC</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	217	63,9
NON	120	35,2
Sans avis	3	0,9
Total	340	100

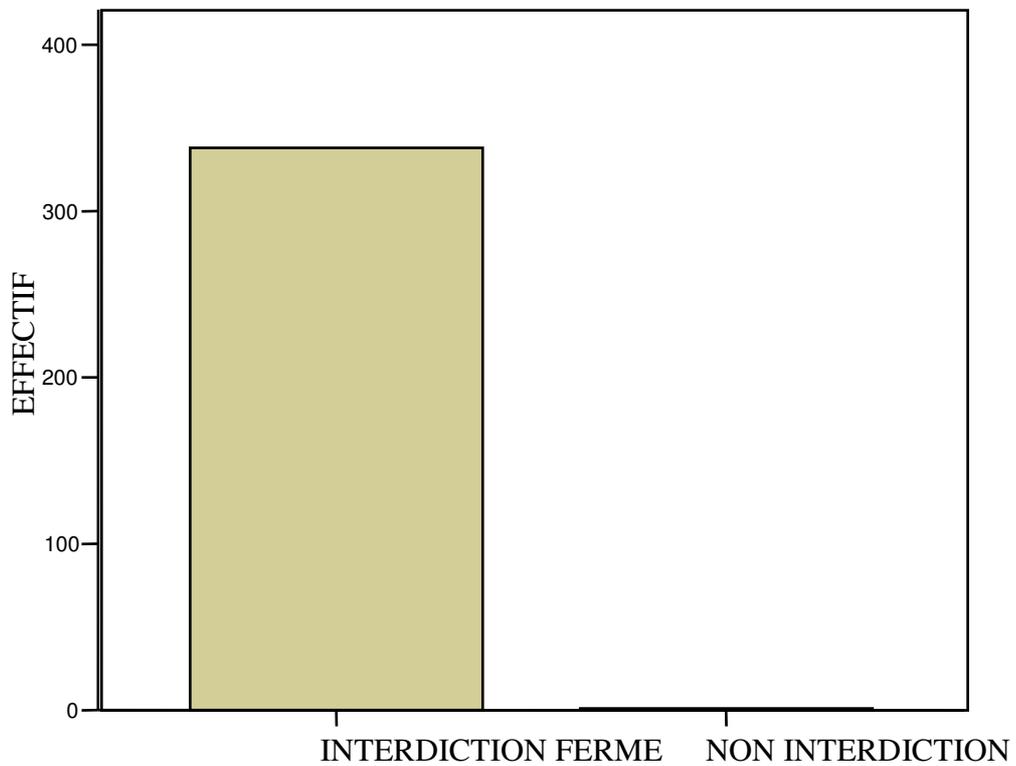
Ceux qui affirment que la JMST à un impact au Mali constitue 63,9 % de l'échantillon contre 35,5 % qui disent le contraire.

**TABLEAU XXVIII : Répartition des enquêtés selon la volonté de participer aux manifestations de la journée mondiale sans tabac**

<b>PARTICIPATION JOURNEE SANS TABAC</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	268	78,8
NON	69	20,3
Sans avis	3	0,9
Total	340	100

La majorité du personnel soit 78,8 %.affirme la volonté de participer aux manifestations de la JMST

**FIGURE V I: Répartition des enquêtés selon la volonté d'interdiction de fumer à l'hôpital**



L'analyse de la figure VI indique que la presque la totalité du personnel soit 99,7 % (239) veulent faire appliquer une interdiction formelle de toute forme de tabagisme dans l'enceinte de l'hôpital.

**TABLEAU XXIX : Répartition des tabagiques selon le sexe (ex fumeur et fumeur actuel)**

<b>SEXES TABAGIQUES</b>	<b>EX FUMEURS</b>	<b>FUMEURS</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Masculin	43	47	90	98,9
Féminin	01	00	01	1,1
Total	44	47	91	100

Tous nos fumeurs sont des hommes soit 99 % contre une seule femme fumeuse (elle est médecin).

**TABLEAU XXX : Répartition des tabagiques selon la profession (ex fumeurs et fumeurs)**

<b>PROFESSION DES FUMEURS</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Médecins	12	13,1
Etudiants	10	11,0
Techniciens de santé	33	36,3
Techniciens de surface	15	16,5
Assistants sociaux	0	0,0
Sage femme	0	0,0
Pharmaciens	0	0,0
Laborantins	4	4,1
Assistants médicaux	9	10,0
Autres	8	9,0
Total	91	100

Les techniciens de santé (techniciens simples et supérieurs) représentaient la majorité de nos fumeurs avec 36,3 %. Ensuite viennent les techniciens de surface et les médecins avec respectivement 16,5 % et 13,1 %.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## **VI Commentaires et discussions**

L'âge moyen des personnes enquêtées (30 ans) est inférieur à celui des sujets ayant pris part à l'étude de DIAW. A [31] qui est de 37,5 ans chez le personnel médical et paramédical du CHU du Point-G.

Par contre dans une étude effectuée chez des médecins exerçant à Dakar par N'DIAYE [11], l'âge moyen était de 40,5 ans.

La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude est celle de 21-30 ans soit 57,5 % des sujets ; tandis que 72 % des sujets de DIAW.A [31] avaient un âge compris entre 25 et 44 ans.

Contrairement à celui retrouvé par N'DIAYE [11] dont 60 % des sujets avaient un âge compris entre 30 et 40 ans.

Les techniciens de santé (simples et supérieurs) constituent la catégorie professionnelle la plus représentée dans notre étude soit 32,9 % ceci est dû à leur prédominance au niveau des différents services.

A la fin de cette étude nous avons retrouvé 12,9 % d'ex fumeurs, 13,8 % de fumeurs et 73,3 % de non fumeurs. ALAOUI [14] à retrouve 7,6 % d'ex fumeurs, 14,9 % de fumeurs et 77,5 % de non fumeurs, ces résultats sont proches de ceux que nous avons trouvés.

DIAW.A [31] a retrouvé 13,2 % d'ex fumeurs, 12,9% de fumeurs et 73,9 % de non fumeurs ; ces taux sont comparables à ce que nous avons trouvé.

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme varie en fonction des catégories socio professionnelles. Les techniciens de santé (simples et supérieurs) constituant 36,3 % des fumeurs contre 16,5 % et 13,1 % respectivement pour les techniciens de surface et les médecins.

Nous avons dénombré 16,6 % de gros fumeurs (fumant plus de 2 paquets par jour) ; ce résultat est proche de celui de LILIANE [29] qui retrouvait 18 % de gros fumeurs (Etude effectuée chez les jeunes de 15 à 30 ans dans le village du Point-G.

DIAW.A [31] a retrouvé 20 %, ce qui est légèrement supérieur a notre résultat.

Environ la moitié de nos tabagiques sont des ex fumeurs et parmi les raisons évoquées pour leur sevrage, la maladie et la culpabilisation sont évoquées également avec 36,4 % pour chacune. Les problèmes de santé sont évoqués dans 63,3 % des cas par ALAOUI [14] ; dans 57% des cas par SAMUELS. [8]

DIWA.A [31] retrouvait 45 % pour la culpabilisation et 42,5 % pour la maladie. Nous pouvons dire que ces résultats sont très proches des nôtres.

Presque tous nos tabagiques ont commencé entre 16 et 20 ans, cette précocité fut retrouvée dans d'autres études [4, 8, 15, 29,31].

TAIEB [16] retrouvait un âge de début du tabagisme chez des sujets de plus de 18 ans.

Quant aux motifs d'entrée dans le tabagisme de nos sujets, la majorité évoquent l'entourage soit 28,5 %, alors que le plaisir est évoqué dans 55,3 % chez DIWA.A [31].

Un fumeur dépense par jour en moyenne 500FCFA ; cela nous donne 15 000FCFA (24 euro) soit 10 à 15 % de revenu mensuel d'un personnel socio sanitaire de catégorie moyenne.

Cette valeur est supérieure à celle retrouvée par TOUNKARA.F [30] à savoir 10 500FCFA.

Contrairement à LILIANE [29], les fumeurs ne dépensaient pas plus de 5 000FCFA par mois dans la cigarette, cela peut être expliqué par la faiblesse de leur revenu.

A présent 95,7 % de nos tabagiques veulent arrêter de fumer et 68,9 % disent qu'ils ont besoin de soutien médical et/ou psychologique.

LILIANE [29] retrouvait 90 % et DIWA [31] 93,7 %, ces taux sont supérieurs par rapport à ce que nous avons trouvé.

Quand aux moyens de lutte (arrêt/sevrage), le personnel a évoqué en premier lieu la volonté 36,8 %, suivit des campagnes nationales dans 20 % des cas et 43,2 % pour toutes les autres propositions confondues (volonté, les medias, campagnes nationales, contact personnel, consultation médicale gratuite)

Cooreman [7] retrouvait une forte préférence pour la consultation antitabac 69% et le contact personnel 79 %.

Chaibainou [20] pense que le sevrage tabagique devrait être fait dans une consultation d'aide au

sevrage tabagique, il devrait passer obligatoirement par des campagnes de sensibilisation surtout chez les jeunes.

Tous ces éléments font penser, comme N'DIAYE. [11], que les ex-fumeurs, doivent être nécessairement impliqués dans la sensibilisation de tous les fumeurs, y compris leurs collègues, pour l'aide au sevrage. Parmi les fumeurs, 86,2 % avaient manifesté le désir d'arrêter de fumer, lançant ainsi un signal fort d'un besoin d'aide au sevrage .N'DIAYE [11] rapportait que 97,7% de médecins fumeurs avaient une ferme intention d'arrêt de fumer, tandis que dans l'étude de Ravell [18], seul 58,7 des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer.

Dans notre étude 99 % du personnel pensent qu'il est de notre rôle d'aider les fumeurs à arrêter et pensent aussi que nous avons une influence certaine sur eux y compris leurs collègues.

Une grande majorité de personnel soit 83,8 % ont déjà tenté de persuader au moins un fumeur à arrêter et 36,5 % ont pu aider à sevrer au moins un fumeur, tout en sachant que 56,2 % du personnel ne connaissent pas l'existence de loi régissant le tabagisme au Mali.

Seulement 12,9 % ont pu se rappeler de la date de la journée mondiale sans tabac (JMST), 63,9 % de personnel pensent que cette JMST a un impact dans la lutte contre le tabagisme au Mali et 100 % du personnel veut l'interdiction formelle de toute forme de tabagisme dans l'enceinte de toute structure hospitalière.

# CONCLUSION

## **VII- Conclusion**

Ont participé à notre étude, 340 agents ont été enquêtés dont plus de la moitié se trouve dans la tranche d'âge de 21-30 ans soit 57,5 %.

A la fin de cette étude nous avons trouvé 12,9 % d'ex fumeurs, 13,8 % de fumeurs et 73,3 % de non fumeurs.

Pour les ex fumeurs, la maladie et la culpabilisation sont les plus évoquées quant aux raisons de leur arrêt. Beaucoup de non fumeurs affirment qu'ils ne fument pas par ce que ce n'est pas leur désir.

Les techniciens de santé (simples et supérieurs) constituent la majorité de nos fumeurs soit 36,3 %.

Quant aux motifs d'entrée dans le tabagisme des ex fumeurs et fumeurs, la majorité évoque l'entourage soit 28,5 %.

Une part considérable des fumeurs a commencé à fumer entre 16 et 20 ans et 66 % dépensent moins de 500f CFA par jour dans la cigarette. Plus de la moitié de nos tabagiques soit 70,2 % continuent à fumer par habitude ; 19,1 % par plaisir et le stress dans 8,5 % des cas. Actuellement, 95,7 % de nos fumeurs souhaitent cesser de fumer ; 68,9 % pensent avoir besoin de soutien psychologique et/ou médical ; 99 % du personnel pensent qu'il est de notre rôle d'aider les fumeurs à arrêter et pensent aussi que nous avons une influence certaine sur eux.

Tous les moyens de lutte et/ou arrêt proposés dans le questionnaire (medias, contact personnel, consultation antitabac, campagne nationale) ont été approuvés.

# RECOMMENDATIONS

## **VIII- Recommandations**

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités gouvernementales :**

- Mener une étude globale sur la prévalence du tabagisme au Mali.
- Mettre en place un programme national de prévention et de lutte contre le tabagisme (PNLT TABAC) dont le fond pourrait être alimenté par une partie des taxes et des bénéfices prélevées sur des industries du tabac.
- La révision de la loi 96-041 du 07 Aout 1996.
- L'élaboration, la diffusion et l'application des nouveaux textes législatifs et réglementaires relatifs, à l'importation, à l'exportation, à la production et à la consommation du tabac.
- Introduire des messages non payants de lutte antitabac dans le programme des medias publics et privés.

### **A l'administration hospitalière :**

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

### **Au personnel soignant :**

- Ne jamais se laisser d'informer tous les patients sur les risques du tabagisme au cours des consultations.
- Montrer l'exemple à ne jamais fumer en présence des malades.
- Faire le plaidoyer à chaque occasion auprès des autorités politique et administrative, des leaders d'association/ONG et communautaires.

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

- Le renforcement des capacités de communication pour un changement de comportement et de mobilisation sociale (conférences débats, des campagnes d'IEC sur le danger du tabagisme auprès de la population tout en insistant sur le fait que ce sont des dangers à moyen et à long terme.
- Mettre en place des centres de sevrage.
- Le suivi/évaluation de toutes ces actions.

# REFERENCES

## BIBLIOGRAPHIQUES

## **IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

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

2-Atlas, OMS P87-2003

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

4-**Haidara (AM)** le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre le tabagisme au Mali ; Thèse Pharm, Bamako, 1981.

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

6-**Cissé Mohamed** : Enquête globale sur le tabagisme chez les jeunes (SOS tabagisme) 2002.pl0

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

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

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

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

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

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

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

14-**Alaoui Yazidi A, El Bazie M, El Meziane A**: Tabagisme chez le personnel de santé au Maroc. 5<sup>e</sup> Conférence Panafricaine de santé au travail. Tunis, 22 septembre-2 octobre 1999

15- **S. Nafti, A. Bakir, A. Chiban**. Le tabagisme chez les étudiants en médecine d'Algérie. Rev. Mal. Respir. 2005 ; 22 : 1s98

16-**Taieb C, Piergiovani J, Mariono N** : De la première cigarette à fumeur régulier. Rev Mal Respir 2005; 22:1s99

17-**Carion-Valero F, Blazavalia P**: smoking in Health care woker's identification of related factors. Arch pneumomol 1998; 34 :379-83

18-**Ravel C, Bardote E, Pujol E, Hoa D**: Acteurs prédictifs du sevrage tabagique au sein d'une population vue en consultation spécialisée. Rev Malt Respir 2005 ; 22 : 1s100

19-**Nguyen LT Perrot J** : Pratique des médecins généralistes pneumologue, médecins du travail et tabacologues\_addictologues face à la BPCO et au tabagisme. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 1s97

20-**Chaibainou A, Sellam A, Achachi L** : Evaluation du tabagisme en milieu pneumologique et cardiologique, 130 cas. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 1s101

21-**Largue G** : Arrêter de fumer ? ED. Odile Jacob; 1998

22- **Nassaf et coll.** : Habitudes de fumer, attitudes et connaissances en matière de tabagisme des médecins internes et résidents du CHU de Ibn Rochd de Casablanca. RevMalRespir 2005 ; 22 :1S97

23- Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac.  
Paris : EDK ; 1998

24- Agence Française de sécurité sanitaire des produits sanitaires : Les stratégies thérapeutiques

médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Rev Pneumol Clin 2003 ; 59 : 291-34

25- Ministère de la santé du Mali :

Plan d'action national de lutte contre le tabac, 2002. 2007

26- Stratégies publics consultants SARL : Etat des lieux du tabac au Mali (dec 2003).

27- **Tchuinden Stephanie Flaviette** : le tabagisme, chez les lycéens dans le district de Bamako ; Thèse : med : Bamako 2002 ; 81p ; 39

28-**Dao Soungalo** : Tabac ; Aspect économique et effet sur la santé en milieu hospitalier de Bamako ; Thèse de médecine, Bamako 1996

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

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

31-**Diaw Aliou** : le tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHU Point-G ; Thèse med ; Bamako, 2008 .45p ; 168

32-**Bieter Dembélé** : le tabagisme dans certains lycées publics et privés du district de Bamako ; Thèse de médecine ; Bamako 2007.82p ; 146

33-**Ousmane Camara** : le tabagisme chez les patients au service de pneumologie du CHU Point-G ; Thèse de médecine : Bamako, 2007.60p ; 260

34-Lutte antitabac : renforcer l'action nationale.

Rapport sur la santé dans le monde 2003, façonner l'avenir. OMS 2003

35-Rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac : OMS oct. 2005

36-Convention cadre pour la lutte antitabac : OMS Genève 2003

37-Lutte contre le tabagisme sans fumée

Rapport d'un groupe de réflexion de l'OMS ; série de rapport technique 773 ; Genève 2003

38-**DENAN Kouana** ; Etude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du MALI.Thèse de pharmacie : Bamako, 1994

39-Ligue nationale contre le cancer.

<< Le vrai combat >> Guide de l'utilisateur, 2000 ; p10-27

40-**Y.Martinet ; A.Bohadama.** :

Le tabagisme : de la prévention au sevrage.Masson .2002.2eme editions.292p

41-**Mendelsohn CP; Richmond RL.** Smokes screen for 1990s. .A new approach to smoking cessation. Aust fam physician 1994.

42-Livre Blanc. 50 mesures pour lutter contre l'épidémie tabagique. Comité national contre le tabagisme, Paris, 1995.

# ANNEXES

# ANNEXE I



Cigarette :     cigare :     pipe :

Autre à préciser : .....

7. Combien de paquet fumez-vous par jour ?.....

8. Si vous êtes fumeur :

- depuis combien de temps fumez-vous ?

Moins d'un an     1 à 5ans     6 à 10ans     10 et plus

9. A quel âge avez-vous commencé ?.....ans(s)

.....  
10. Que ce que vous fumez ?

Cigarette     Cigare     Pipe     Autre à préciser.....

11. Combien de paquet fumez-vous par jour ?.....

12. Si non fumeur, quelles sont vos raisons : .....

.....  
.....

### III Les motifs d'entrée dans le tabagisme : causes

1. Citez nous vos motifs :

Père     Mère     Maître (Professeur)

Curiosité :     entourage :     snobisme :

Publicité :     stress :     mode :

Autre à préciser : .....

2. Pour quelle(s) raison(s) continuez vous à fumer ?

Habitude :     plaisir :     stress :     entourage :

Autre à préciser : .....

### IV Appréciation de la connaissance sur les conséquences du tabagisme :

1. Combien dépensez-vous dans le tabac ?

..... f CFA/ Jour,..... f CFA / Semaine,..... f CFA/ Mois.

2. Savez vous que votre tabagisme peut avoir une influence sur votre famille ?

Oui :  ou non :

Si non vos raisons :.....  
.....  
.....

3. Votre conjoint(e) fume t-il (elle) ?

Oui :  ou non :

4. Vos enfants fument ils ?

Oui :  ou non :

**V Proposition de solution de lutte anti-tabac :**

1. Avez-vous essayé de cesser de fumer ?

Oui :  ou non

2. Si oui, combien de fois ?

1  2  3  4 et plus

3. Souhaitez vous actuellement arrêtez de fumer ?

Oui :  ou non :

4. Si oui, pensez-vous avoir besoin d'un soutien ?

Psychologique :  médical :  les deux :  non :

Autre à préciser.....

5. Dans quelle structure devriez-vous aller pour ce soutien :

Centre anti-tabac :  consultation médicale :

- autre à précise.....

6. Pensez vous qu'il soit dans le rôle du personnel soignant d'aider les autres à cesser de fumer ?

Oui :  ou non :

7 Pensez –vous avoir de l’influence sur les fumeurs pour les aider arrêté ?

Oui :  ou non :

8 Avez-vous déjà tenté de persuader un fumeur d’abandonner ?

Oui :  ou non :

Si oui, comment a été suivi votre conseil ?

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

7. Quels sont les moyens qui vous paraissent les meilleurs pour arrêter de fumer ?

- Volonté : oui  ou non

- télévision, radio, presse écrite : oui  ou non

- publicité : oui  ou non

- campagne nationale : oui  ou non

- contact personnel : oui  ou non

- consultation médicale gratuite : oui  ou non

- autres à préciser : .....

8. Connaissez – vous l’existence de loi anti-tabac ?

Oui :  ou non :

9. A quelle date à lieu chaque année la journée mondiale sans tabac ?

Le ..... je ne sais pas :

10. Pensez vous qu’une telle journée ait un impact dans la lutte du tabagisme au Mali ?

Oui :  ou non :

11. Souhaiterez vous prendre une part active aux manifestations de cette journée ?

Oui :  ou non :

12. Pensez vous qu’il faut interdire de fumer dans les locaux hospitaliers ?

- au personnel : oui  o u non

- au patient :    oui                    ou            no

- à toute personne : oui     ou            non

# ANNEXE II

## Fiche signalétique

**Nom :** Sylla

**Prénom :** Ousmane

**Titre de thèse :** le tabagisme chez le personnel socio sanitaire du CHU Gabriel Touré

**Année universitaire :** 2008-2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays :** Mali

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

**Secteur d'intérêt :** Santé publique

**Résumé :** Le tabagisme constitue un problème actuel majeur de santé publique, responsable d'une morbidité et d'une mortalité très importante. Nous avons effectué cette étude afin de déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel soignant du CHU Gabriel Touré, étudier leur point de vue par rapport au tabagisme.

L'attitude du personnel face aux problèmes liés au tabagisme et la conception de son rôle d'éducateur face à des fumeurs.

Il s'agit d'une étude transversale menée à la cour du mois de Septembre à Octobre 2008.

Nos objectifs étaient de :

- Déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel socio sanitaire. -

Déterminer les causes de la consommation du tabac par le personnel socio sanitaire. -

Déterminer la connaissance du personnel socio sanitaire sur les conséquences du tabagisme. -

Proposer des solutions pour la lutte anti-tabac. Nous avons

eu un taux de participation de 95%, avec 44 ex fumeurs, 47 fumeurs et 249 non fumeurs ; tous les services étaient représentés. Les techniciens de santé étaient les plus représentés dans l'enquête à une proportion de 32,9 %. L'étude montrait une

prédominance masculine (sexe ratio=2,5). Le personnel soignant Malien doit prendre conscience de son rôle crucial d'éducateur et de son devoir d'implication dans la lutte contre le tabagisme. La mise en place des mesures législatives et consensuelles ainsi que des centres de sevrage anti-tabac permettront d'entrevoir le bannissement effectif du tabagisme, surtout au sein des structures sanitaires.

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

# ANNEXE III

## LE PROGRAMME Smokescreen for the 1990s

Permet au médecin généraliste de jouer un rôle actif dans l'aide au sevrage tabagique. Après évaluation de l'envie du fumeur d'arrêter de fumer, une intervention personnalisée lui est offerte. Des ateliers d'entraînement sont proposés gratuitement à tous les médecins généralistes d'Australie.

### **Programme**

Trois interventions différentes sont proposées pour chaque groupe de fumeurs.

Les fumeurs qui ne s'estiment pas prêts sont encouragés à réfléchir sur leur habitude tabagique et sont informés que leur médecin est à leur disposition pour en discuter plus tard s'ils le désirent. Un fascicule leur est confié concernant les principaux problèmes liés au tabagisme.

Les fumeurs incertains font l'objet d'un entretien qui a pour objectif de les faire évoluer spontanément en leur permettant de matérialiser leurs pensées sur les aspects positifs et négatifs du tabac. Puis, le médecin les résume et encourage le patient à observer la balance entre ces aspects positifs et négatifs. C'est le fumeur qui prend alors la décision éventuelle d'entreprendre un arrêt du tabac ; le médecin n'a donc qu'un rôle de conseiller. Ensuite, sont abordées les inquiétudes du sujet à propos du sevrage :

- prise de poids : il est rappelé que 25 % des ex-fumeurs ne prennent pas de poids à l'arrêt du tabac et que la prise moyenne est de l'ordre de 4 kg. Des conseils diététiques simples sont donnés ;
- stress : le problème de la gestion du stress grâce à la nicotine est abordé et la nécessité ou non d'un programme concernant le management du stress est envisagé ;
- symptômes de sevrage : il est précisé que ceux-ci sont fréquents, diminuent assez rapidement et que les timbres à la nicotine peuvent faciliter leur tolérance ;
- crainte de l'échec : il est confirmé que la plupart des fumeurs ont essayé et échoué de 3 à 5 fois avant d'arriver à arrêter complètement le tabac.

Enfin, les problèmes généraux de santé concernant le tabagisme et les bienfaits de son arrêt sont discutés, puis un fascicule est confié au sujet en lui suggérant de consulter son médecin s'il décide formellement d'arrêter de fumer. Les 20 % de fumeurs qui sont prêts à arrêter sont l'objet de consultations successives. La première consultation, dite de **préparation**, a pour objectif d'organiser la stratégie pour cet arrêt du tabac, en particulier en préparant psychologiquement le candidat et en décidant du jour d'arrêt. Une information détaillée est donnée sur l'intérêt du timbre à la nicotine et les habitudes tabagiques du sujet en définissant, notamment, les cigarettes particulièrement importantes. Un fascicule est confié au sujet afin de réfléchir plus en détail sur la technique d'arrêt du tabac. La deuxième consultation, dite **d'arrêt**, a lieu le jour de l'arrêt qui est brutal et qui est préféré à l'arrêt graduel.

Afin d'être efficace au cours des épisodes intenses d'envie de fumer, différentes stratégies sont proposées : distraction (boire un verre d'eau, se laver les dents, calcul mental...), évitement (arrêt du café, les rencontres avec les fumeurs, diminution d'alcool...), report des cigarettes, fuite (quitter la pièce, se promener...).

Le timbre à la nicotine est considéré comme une aide importante dans cette stratégie puisqu'il diminue les symptômes de sevrage et son usage se traduit par une augmentation des résultats au long terme. Son utilisation est considérée comme plus facile que celle du chewing-gum et n'est proposée qu'aux sujets qui sont dépendants à la nicotine.

Une consultation de **suivi** est programmée 3 à 7 jours après la visite d'arrêt. Au cours de cette consultation, les circonstances des cigarettes éventuellement fumées sont abordées, ainsi que les stratégies possibles pour les éviter. Une politique de renforcement positif est adoptée, ces rechutes étant considérées comme des moyens d'apprentissage. Parallèlement, le dosage du timbre à la nicotine est éventuellement adapté, et il est conseillé au sujet de chercher l'aide de ses proches. D'autres consultations à 3 et 6 mois sont recommandées : elles diminuent le nombre de rechutes et augmentent les chances de succès. En cas de rechute, le médecin aide le fumeur à examiner ses causes et à réorganiser une stratégie pour les prévenir lors d'un essai ultérieur qui aura lieu dès que le patient se sentira à nouveau prêt.

# ANNEXE IV

# 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'honoraire.**

**Admis a 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 a favoriser le crime.**

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

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

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

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

**Que je sois couvert d'opprobre et méprise de mes confrères si j'y manque.**

**Je le jure !**