

**Ministère de L'Enseignement
du Mali
Supérieur et de la
Recherche Scientifique**



République

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2011 - 2012

N°.../

Titre

TABAGISME CHEZ LE PERSONNEL DU CHU GABRIEL TOURE

Thèse

**Présentée et soutenue publiquement le 17/05/2012 devant
la Faculté de Médecine et d' Odonto- stomatologie**

Par :

M. coulibaly alhoussey



Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : *Pr Mamady KANE*

Membre : *Dr Boubacar Fassara SISSOKO*

Co-directeur : *Dr Ibrahima SANGARE*

Directeur de thèse : *Pr Kassoum M SANOGO*

DEDICACE ET REMERCIEMENT

DEDICACES

Au nom d'Allah le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

Louange à Allah, Seigneur de l'univers.

Le Tout Miséricordieux le très Miséricordieux,

Maitre du jour de la rétribution.

C'est toi (seul) que nous adorons, et c'est toi (Seul) dont nous implorons secours.

Dirige-nous dans le sentier droit,

Le chemin de ceux que tu as comblés de faveurs,

Non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés.

Seigneur accorde ton salut à notre Prophète Mohamed qui a clôt ce qui a précédé,

Salut,

Au terme de ce travail couronnant des années d'études, mes dédicaces vont à l'endroit du tout puissant, à travers son bien aimé notre **Prophète MOHAMED** (paix et salut sur lui, sa famille et tous ceux qui ont suivi son chemin).

- **A mon père :**

❖ **Salif COULIBALY** merci de m'avoir enseigné les vertus du bien fait.

Toi qui as guidé mes premiers pas à l'école et qui n'as jamais cessé de me rappeler que « seul le travail libère l'homme » par tes actes. Tu as toujours su m'inculquer les règles de la bonne conduite, de dignité, du respect de l'humain, ce qui m'a permis de me forger un chemin dans la vie. Reçois ici le fruit de ton semis de l'amour de mon prochain et de la persévérance. Tu es un père aimé et tes enfants ne t'oublieront jamais.

A ma mère :

❖ **Ramata KANTE**

Femme humble, généreuse, honnête et travailleuse, tu représentes encore pour moi l'exemple de la bonté, du respect de l'autre. Ce travail est le fruit de ton sacrifice, de ta patience, de tes efforts pour que notre éducation soit à hauteur de souhait. Tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut tout au long de mes études surtout les moments difficiles. En ce jour, un de tes vœux est réalisé, remercie Allah une fois de plus et demande lui encore une fois de plus. Il est le détenteur de l'immensité.

Quels mots, quelles phrases, quelles citations que dirais-je si ce n'est « Grand Merci »

Ce jour, est le tien, mais confirme une fois encore tes efforts inlassables au service du prochain.

Qu'Allah te bénisse ici bas et l'autre monde, amen !

-A mes tontons :

❖ **Sory Ibrahim, Malick, Yoro, Abdramane, Oumar, Madou, Ousmane.**

Vos encouragements perpétuels, vos exigences continues, vos conseils éducatifs m'ont guidé chaque jour pendant ces longues années.

Voyez en ce travail le votre.

-A mes tantes :

❖ **Fanta, Nassou, Astan, Aminata, Awa.**

Merci pour votre disponibilité, vous avez toujours été à mes côtés pendant ces longues années d'étude. Que le Seigneur vous accorde la grâce de vieillir à nos côtés pour nous conseiller de persévérer toujours dans la vérité.

-A mes frères et sœurs :

❖ **Kalou, Mary, Moussa, Boubacar sidi, Youssouf, Seyba, Feu Soumaïla feu Saran, Kadiatou.**

La vie étant faite ainsi nous avons passé ensemble de bons moments et d'autres peu glorieux où le découragement se lisait sur nos visages mais avec l'appui des parents nous avons pu surmonter ces étapes. Puisse Allah consolide notre fraternité.

-A mon frère jumeau

❖ **Alassane COULIBALY**

Vous me donnez plus que ce que je mérite. Trouvez ici l'expression de mon affection, de mon respect et toute ma reconnaissance.

-A toute la famille <<COULIBALYLA>>

-A Dr Moussa DIARRA

Merci pour votre aide. Vos conseils ne m'ont jamais fait défaut toutes les fois où je me suis tourné vers vous. La considération que vous avez pour moi et votre générosité n'auront pas été vaine. Soyez rassuré de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENT

-A tous les médecins du CHU Gabriel TOURÉ particulièrement: Dr SIDIBE Noumou, Dr BAH Hamidou, Dr MENTA Ichiaka, Dr TRAORE Aladji, Dr SOGODOGO Adama, Dr MAIGA Youssoufa; votre disponibilité, votre humanisme, vos conseils et surtout votre désir du travail bien fait font de vous des hommes admirables.

-Aux DES de cardiologie : Baby COULIBALY, Samba SIDIBE, Fatou D TRAORE, Edgar OUADRAGO, Cheick FOFANA, Joseph COULIBALY, Oumar KONE, Bourema DEMBELE, René DAKO, Mamadou TOURE, Alou SANGARE, Jacob SAWADOGO, Salif TIELA : merci pour vos conseils et enseignements durant ces moments passés ensemble.

-Aux du service de médecine du CHU Gabriel TOURE particulièrement ceux de la cardiologie, Fadjoungou KEITA, Bakary

MARIKO, Maxime DEMBELE, Abel DIOMA, Ibrahim MAIGA, Abdramane SANGARE Mandé BERTHE, Michel COULIBALY.

-Aux internes thésards du service de cardiologie : Moussa DIARRA, Békaye KEITA, Dabélé MOUNKORO, Oussenou DOUGNON, Abdoulaye CISSOKO, Youssouf DJIGUBA, Gilbert COULIBALY, Nama GORY : votre collaboration et la bonne ambiance qui règnent entre nous m'ont profondément marqué. Je vous remercie infiniment pour tous vos soutiens, vos conseils.

-Au Major, aux infirmiers, aux garçons de salle.

Pour votre attachement au travail, recevez ici ma profonde reconnaissance.

-A la famille du CHEICK CHERIF O HAIRRA

Pour les prières et les bénédictions merci.

-A mes amis et camarades : Dr TIELA, Apha, FOMBA, BATHILY, Lassina, Bobby, Lassina DIARRA, KANSAYE.

-A mes promotionnels : FOMBA, Ibrabim dit IB, Mamadou Daba, Alassane, Alfousseyni, Almamy, Dougon, Malick, Abel.

-A tous les confrères de la F.M.P.O.S.

-Aux docteurs : Dr : Lamine, Makalou, Lassina, Younoussé :

Votre collaboration m'a été toujours profitable. La vie professionnelle étant une formation continue, je solliciterai une collaboration plus étroite. Merci !

-Au personnel de l'ASACOME: Dr KONE et tout son personnel.

-Au personnel du Centre de Santé « Chérif la » : Dr DIARRA et tout son personnel.

Votre respect et votre soumission ont fait des Internes des personnes honorables et ceux-ci pérenniseront leur présence dans votre établissement.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

- **A notre Maître et Président du jury :**
Pr Mamady KANE
- Professeur en Radiologie ;
- Maître de conférences en Radiologie à la FMOS.
- Chef de service de Radiologie et Imagerie médicale du CHU Gabriel TOURE.
- Secrétaire général du syndicat national de la Santé et de l'action sociale.

Cher Maître

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations, votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances : vos expériences et vos qualités humaines font de vous un Maître admirable.

Nous vous en remercions très sincèrement et vous réaffirmons notre profond respect.

- **A notre Maître et Membre du jury :**
Dr Boubacar dit Fassara SISSOKO
- Spécialiste en pneumo-phtisiologie.
- Maître Assistant à la FMOS.

Cher Maître,

Nous sommes fiers de votre présence dans ce jury. Votre simplicité, votre sensibilité social, votre savoir faire et votre disponibilité font aimer votre personne.

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

-A notre Maître et co-directeur

Dr Ibrahima SANGARE

-Spécialiste en cardiologie

-Médecin agréé en médecine aéronautique auprès de l'ANAC

Cher Maître,

Votre constante disponibilité, votre sagesse et votre simplicité nous ont permis de finaliser avec promptitude ce travail. En acceptant de siéger dans ce jury vous nous faites un grand honneur.

Veillez trouver ici cher Maître l'expression de toute notre reconnaissance et nos vifs remerciements.

- A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Kassoum Sanogo

- Professeur en Cardiologie
- Maître de conférence à la FMOS.
- Directeur médical au CHU Gabriel Touré
- Chef de service de l'unité de cardiologie au CHU Gabriel Touré.

Cher Maître,

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

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

Sommaire

I. Introduction.....	4
II. Objectifs.....	7
1. Objectif général	
2. Objectifs spécifiques	
III Généralités.....	9
1. Définitions	
2. Rappels	
3. Description botanique du tabac	
3-1. Plante	
3-2. Morphologie	
3-3 Culture du tabac au Mali	
3-4. Production et importation du tabac au Mali	
3-5. Transformation et la consommation du tabac au MALI	
3-6. Composition du tabac	
4. Tabac et Tabagisme	
4-1. Les différentes sortes de tabac	
4-2. Mode de consommation du tabac	
4-3. La quantification du tabagisme	
4-4. Les différents types de fumeurs	
4-5. Conséquences sanitaires	
a) Historique	
b) Impact du tabagisme sur la santé	
4-5. Pathologies liées au tabagisme	
5. Tabagisme et toxicomanie	
6. Sevrage tabagique	
6-1. L'aide à la motivation et à la décision :	
6-2. Une évaluation et ses dépendances	
7. Traitement du tabagisme	
7-1. Prévention du tabagisme	
7-2. Traitements médicaux	
8. Lutte contre le tabagisme	
IV. Méthodologie.....	38
1. Lieu d'étude	
2. Type d'étude	
3. Période d'étude	

4. Population d'étude	
5. Critères d'inclusion	
6. Critères de non inclusion	
7. Paramètres étudiés	
8. Recueil des données	
9. Saisie et l'analyse des données	
V. Résultats.....	45
VI. Commentaires et discussions.....	61
VII. Conclusion.....	66
VIII. Recommandation.....	71
IX. Références bibliographiques.....	70
X. Annexes.....	78

ABREVIATIONS

AVC: Accidents Vasculaires Cérébraux.
ANAC : Agence Nationale Aviation civile.
BPCO: Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives.
BAT: British American Tobacco.
CAN: Coupe d'Afrique des Nations.
CHU GT: Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE.
CHU PG: Centre Hospitalier Universitaire Point-G.
CHN : Centre Hospitalier National.
CO : Monoxyde de Carbone.
COCAN: Commission d'Organisation de la Coupe d'Afrique des Nations.
DES : Diplôme d'Études Spéciales.
EPH : Etablissement Public Hospitalier.
EPA : Etablissement Public à caractère Administratif.
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
HTA: Hypertension Artérielle.
HIV : Human Immuno-deficiency Virus.
IDM : Infarctus du Myocarde.
OHVN: Office de la Haute Vallée du Niger.
OMS: Organisation Mondiale de la Santé.
SAU : Service d'Accueil des Urgences.
SONATAM: Société Nationale de Tabac et Allumettes du Mali.
UEMOA: Union Economique et Monétaire Ouest Africain.
VADS: Voies Aéro-Digestives Supérieures.
VEMS: Volume Expiratoire Maximal Seconde

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Le tabagisme, véritable problème de santé publique, est au centre de l'actualité médicale à l'échelle mondiale. C'est l'un des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et des cancers. Dans le monde : le tabagisme est la 1^{ère} cause de décès évitables dans les pays développés et parmi les 10 premières causes de décès dans les pays en développement.

Il existe actuellement dans le monde un milliard et demi de fumeurs et près de la moitié des enfants du monde entier vivent dans un milieu enfumé par les cigarettes [1].

En effet selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la mortalité imputable au tabac dans le monde a été estimée à environ 5,4 millions de personnes annuellement [1]. Ce taux devrait s'élever à près de 10 millions par an en 2030 [2], dont 80% de ces décès surviennent dans les pays en développement [1]. Il devrait être la cause la plus facilement évitable de morbidité et de mortalité, car les dangers sont maintenant connus de la majorité de la population, y compris des fumeurs.

Les Méfaits du tabac sur la santé ne sont plus à démontrer de nos jours. Le tabac est une cause connue de plusieurs maladies notamment le cancer du poumon qui occupe la première place des cancers dans le monde, l'emphysème, les cardiopathies et d'autres maladies graves. Malgré cela de nombreux nouveaux marchés ne cessent de s'ouvrir, les anciens marchés résistent toujours. [3]

En France, 66 000 décès annuels sont liés à la consommation de tabac soit plus d'1 décès sur 9. La lutte contre le tabagisme constitue une des préoccupations les plus importantes en santé publique et est un des principaux objectifs du plan de lutte contre le cancer mis en place par le gouvernement [4].

Aux Etats Unis le tabac est responsable de 400.000 morts chaque année. Il provoque 80% des cancers du poumon, le plus meurtrier de tous les cancers, ainsi que de l'emphysème et favorise les maladies cardio-vasculaires, selon un rapport des centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies [5].

En Afrique deux millions de personnes meurent par an sur 700 millions de consommateurs potentiels, constitué de jeunes de moins de 20 ans [6]. On estime actuellement en Tunisie 7000 décès annuels dûs

au tabac directement, soit 20 personnes qui décèdent chaque jour à cause du tabac [1]. Au Sénégal une étude réalisée chez le personnel médical et paramédical a retrouvée 11,6% de fumeurs et 13,3% d'ex-fumeurs. [7]

Au Mali, la prévalence du tabagisme n'est pas connue .Une étude réalisée par Haidara [8] en 2003, révèle que sur un échantillon de 5433 sujets recrutés dans la ville de Bamako 27,89% étaient des fumeurs avec un taux de 43,86% d'hommes et 2,6% de femmes.

Une étude réalisée au CHU PG a montré que 12,9% et 13,2% du personnel médical et paramédical étaient respectivement fumeurs et ex-fumeurs [3].

A ce jour aucune étude sur la question n'a été réalisée au CHU GT raison pour laquelle il nous a paru important d'étudier le tabagisme dans cet établissement tout en fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

-Etudier le tabagisme chez le personnel du CHU GT.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence du tabagisme chez ce personnel.
- Déterminer les habitudes tabagiques des sujets fumeurs.
- Evaluer le niveau d'information et d'implication sur les dangers du tabagisme.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définitions

- **Définition du tabac** : C'est une plante de la famille des solanacées, de la même famille que la pomme de terre, la tomate, et le pétunia.

Mais seul le tabac contient de la nicotine. [9]

- **Définition du tabagisme** : [10,11]

Selon plusieurs auteurs le tabagisme est une dépendance qui entraîne le fumeur à s'auto administrer une substance dont il n'a nullement besoin pour vivre, et qui conduit à l'inconfort en cas d'abstinence par des prises continues ou périodique du tabac.

2. Rappels

-Histoire

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.

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).

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

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

C'est à la fin du XVème siècle que les européens découvrirent le tabac [11].

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 [11].

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.

Dés 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 [12].

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'abrégement de la vie [11].

3. Description botanique du tabac

3-1. La plante : [13, 14]

Originaire des pays chauds, le tabac est une plante rudérale (qui pousse dans les jets et décombres) mais susceptible de prospérer sous des climats très divers. Le tabac se cultive depuis le 60^{ème} degré de latitude Nord (Finlande et Suède) jusqu'au 40^{ème} degré de latitude sud (Australie). Sa durée de végétation est relativement courte (de 2 à 5 mois) lui permet de se trouver sur la plus grande partie du globe une période suffisamment longue pour parvenir à maturité. Dans la famille des solanacées le genre *Nicotiana*, groupe, entre autres, tous les tabacs cultivés.

Le genre fut décrit par Tournefort pour la première fois en 1719 : plante a tige herbacée (annuelle) ou ligneuse (pérennantes) feuilles isolée entières inflorescence complexe, cymes plus ou moins ramifiées ; calices tubuleux ; corolle tube ; ovaires à deux ou quatre lobes entourés à la base d'un nectaire, stigmat ne forme de tête aplatie, capsule à deux ou quatre valves bifides ; Graines très petites (de 1200 à 400nm de longueur de 700 à 300nm de largeur) à téguments au reliefs sinueux ; Embryon charnu.

3-2. Morphologie :

Tableau I : Morphologies des 2 grandes espèces de *Nicotiana tabacum* L et *Nicotiana rustica* L. [13]

Espèces	Nicotiana tabacum L, Grand tabac	Nicotiana rustica L, Petit tabac
Taille	2 mètres, plante peu ramifiée	1 à 1,5 mètre, plante plus ramifiée
Feuilles	Simple, alternes, sessiles, velues et vigoureuses ovales lancéolées courtement acuminés au sommet décurrent à la base.	Forme et dimension variables, oblongues, elliptiques ou largement ovales. Arrondies ou obtusément acuminées au sommet et ou à la base avec un pétiole de 4 cm.
Fleurs	acuminées. Grandes cymes terminales de fleurs rougeâtres, blanchâtres, roses parfois crémees, infundibuliformes, corolle de 4 cm de longueur, calice de 1,5 cm à lobes longuement acuminés	Cymes terminales de fleurs jaunes ou jaunes verdâtres villeuses, corolle de 2 cm de long et de 7 mm de diamètre, à lobes arrondis ou obtusément acuminés, calice de 1 cm de long à lobés triangulaires.
Fruits	Capsules ovoïdes de 2 cm de long renfermant de multitude de grains brunâtres minuscules.	Capsules ovoïdes de 2 cm de long renfermant de multitude de grains brunâtres minuscules.

Deux espèces, regroupant un très grand nombre de variétés, qui ne cessent de croître sont cultivés pour la consommation : *N. rustica* et *N. tabacum*. *N. rustica* (sous genre *rustica*) provient des plateaux arides et du Pérou et se caractérise par vingt quatre chromosomes médians ou submédians ; Elle proviendrait du croisement de *N. paniculata* et de *N. undulata*. On cultive le *N. rustica* en ex-U.R.S.S et en Pologne ainsi qu'en Italie, au Maroc et en Tunisie. Les plantes sont des herbes vigoureuses à famille pétiolé cordiforme. La corolle, terminée par un limbe étalé, est de couleur jaune.

N. tabacum L, du sous genre *tabacum*, regroupe le plus grand nombre de variétés industriellement cultivées, auxquelles s'ajoutent sans cesse de nouveaux hybrides.

On admet généralement six formes originaires : *fruticosa*, *lancifolia*, *brasiliensis*, *virginica*, *havanensis* et *macrophylla*.

Cette classification, due à Comes (1899) [2], est partout réduite à quatre formes originales (Anastasia, 1906), *Virginica* regroupant *Virginica* et *Lancilolia* de Comes, et *Purpurea* regroupant *Macrophylla* et *Fructicosa*. Dans tous les cas, il s'agit là des formes idéales auxquelles on peut certes rattacher toutes les variétés cultivées, mais sans existence actuelle sous leur forme pure.

3-3 La culture du tabac au Mali

La culture du tabac se pratiquerait depuis des siècles, mais la culture industrielle a commencé avec l'implantation de la **SONATAM**. Le Mali produit par an **500 tonnes** de tabac brut [9]. Cette culture porte sur trois espèces : l'espèce *Rustica* destinée à la consommation locale et *les Paraguay et les Burley* nouvellement introduits dans le pays. Deux opérateurs de développement agricoles assurent plus de la moitié des productions:

- ✓ L'Office Haute Vallée du Niger (OHVN),
- ✓ Le projet de Réhabilitation du périmètre agricole de Baguinéda.

Le prix d'achat au producteur de tabac était respectivement de **450F CFA/kg**, la première qualité de tabac, et de **350 FCFA/kg** pour la deuxième qualité pendant que le kilo du riz était de **400 FCFA** et le mil était à **225 FCFA** le kilogramme (kg) [9].

Il faut signaler que la première « **Action Tabac** » a été lancée en 1961, soit une année seulement après l'accession du pays à l'indépendance. Cette opération qui s'inscrivait dans le cadre de la transformation des matières premières a abouti à la création en 1965 de la première fabrique des cigarettes: Société Nationale des tabacs et Allumettes du Mali (SONATAM) [15].

L'Office de la Haute vallée du Niger (OHVN) était chargé de l'encadrement du monde paysan pour le développement et la promotion de la culture vivrière, de tabac avec une superficie de **7500 km²** dans les zones encadrées. En 2004, les missions de l'OHVN ont été réorientées vers le remplacement progressif de la culture du tabac par celle des bananes...

A ces cultures s'ajoutent les productions traditionnelles dans certaines localités du pays (région du nord, Cercle de Niono, Pays de Dogon et Bobo, etc...)



Figure 1: Champ de culture de tabac [16].

3-4. Production et importation du tabac au Mali

Les importations du tabac s'élevaient à 12 Milliards de FCFA en 2006 pour atteindre 16 Milliards en 2009 soit un taux de croissance de 33%.

En termes d'importation des produits alimentaires on note aussi une augmentation car Ils passent de 149 milliards de FCFA en 2006 à 180 milliards de FCFA en 2009 soit un taux de croissance 21% [9].

Les importations augmentent certes à la fois pour les produits alimentaires et le tabac mais la vitesse de progression des importations de tabac (33%) est plus élevée que celle des produits alimentaires (21%).

IMPORTATION DE TABAC AU MALI (en milliards de FCFA)

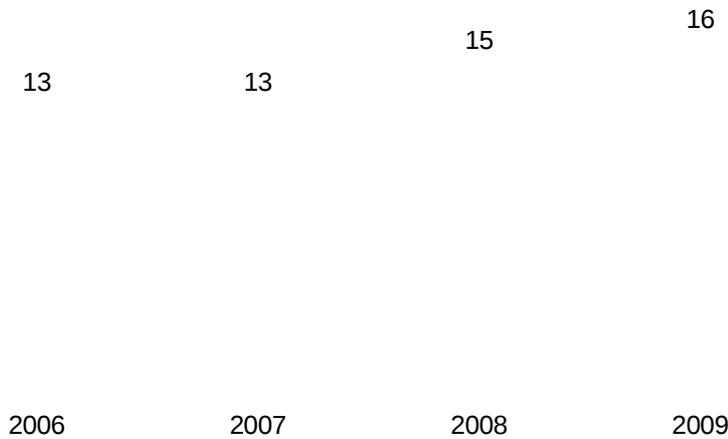


Figure 2: Importations de tabac au Mali en 2006 et 2009 [9].

IMPORTATION DES PRODUITS ALIMENTAIRES AU MALI (en milliards de FCFA)

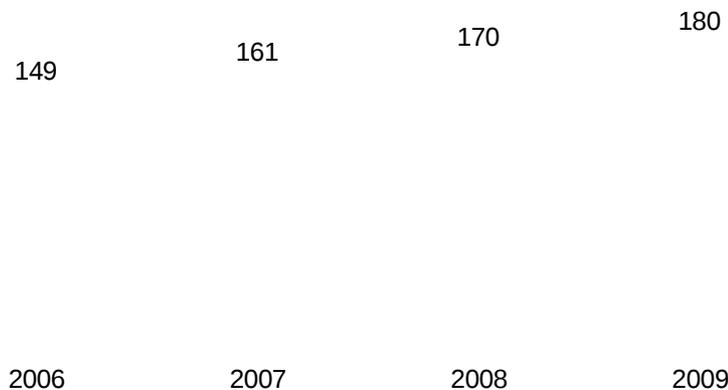


Figure 3: Importations des produits alimentaires au Mali [9].

Tableau II: Importations de tabac en 2006 et 2007 en volume et en valeur [9].

	2006		2007		2008
	Valeur	Q (tonnes)	Valeur	Q (tonnes)	Valeur
Cigares (même à bout coupés) et cigarillos contenant du tabac.					
Cigarettes contenant du tabac	63191	28	123900	37	6706659
Cigares, cigarillos, cigarettes en succédanés du tabac	13176909803	1136418	10968844427	978010	12971707997
	295180	295180	71650533	3746	8078478
Tabacs à fumer même contenant des succédanés du tabac, en toute proportion	487194758	138925	1781781045	504169	2387126079
Total	1366446292	1570551	1282239995	1485962	1537361923

3-5. La transformation et la consommation du tabac au MALI [9]

Le Mali produit non seulement du tabac brut mais dispose également d'une unité de transformation: la SONATAM.

La SONATAM détient le monopole de l'importation et de l'exportation des produits industriels du tabac. Cependant, sa part est estimée à 75% du marché national du Tabac. Le reste étant assuré par la contrebande et la fraude.

La SONATAM contribuerait pour 10 milliards de francs CFA par an au titre des impôts et taxes, y compris les frais de douane sans compter une masse salariale d' 1 milliard. Elle est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes existant aux côtés d'autres entreprises commerciales maliennes qui font le commerce de gros des produits du Tabac: **Bally SA, Société Djigué, BAT et Impérial Tobacco** sont aussi présents sur le marché en vue de faire la promotion de leurs marques.

3-6. Composition du tabac

Parmi les nombreuses substances que la fumée de tabac contient, seulement quatre (4) groupes de constituants seront pris en considération du fait de leur toxicité.

❖ La nicotine

Le tabac contient un alcaloïde, la nicotine dont l'absorption induit un effet psycho actif de stimulation cérébrale et simultanément de légère relaxation physique [17].

L'accoutumance du système nerveux central à la nicotine est très rapide : quelques cigarettes suffisent à entraîner une dépendance physique puis ultérieurement psychologique. Le manque de nicotine, longtemps considéré comme principal responsable de l'addiction au tabagisme n'est pourtant pas ressenti physiquement: il se manifeste subjectivement par des troubles de la concentration, un état de tension ou de l'irritabilité.

❖ Le Monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone est un gaz issu de la combustion du tabac. Une fois le monoxyde de carbone dans l'organisme, il se fixe sur l'hémoglobine (Hb). Il est aussi responsable de la diminution à long terme de la capacité d'oxygénation du sang. En outre le monoxyde de carbone (CO) augmente la teneur en graisse du corps humain et ainsi le risque d'athérosclérose [18].

❖ Les irritants

De nombreux phénomènes allergiques de la muqueuse respiratoire sont dus aux constituants irritants contenus dans la fumée du tabac. On peut citer : les aldéhydes, l'éthanol, la benzoquinone, l'acroléine (c'est une irritante extrêmement toxique utilisée aussi comme une arme chimique de guerre) etc.

Ils sont responsables de l'hypertrophie de la muqueuse, de l'atrophie ciliaire et de l'inflammation des bronches. Le retentissement

bronchique du tabac augmente avec l'inhalation de la fumée, de la quantité du tabac consommé et de l'ancienneté du tabagisme [19].

❖ Les substances cancérigènes

L'action cancérigène du tabac est liée à la présence dans le condensât de la fumée des 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) [20]. Les substances seraient métabolisées par l'organisme en cancérigène avant de provoquer des lésions du génome [19].

Des arguments solides indiquent que l'exposition à la fumée ambiante du tabac est nocive pour la santé des non fumeurs. L'agence américaine pour la protection de l'environnement a classé l'exposition à la fumée ambiante du tabac comme un cancérigène de classe A pouvant être à l'origine de cancer du poumon [21].

4. Tabac et Tabagisme

4-1. Les différentes sortes de tabac [14]

Sont les suivantes

- Tabac virginie: (Flue cured = séché à l'air chaud) utilisé pour la fabrication des cigarettes blondes appelées tabac jaune.
- Tabac Burley: Light air cured = léger séché à l'air dans les séchoirs et à l'ombre au paravent cultivé au Mali dans la zone irriguée de Baguineda.
- Tabac d'orient (Sun cured = séché pendant quelques heures au séchoir et après au soleil.
- Tabac noir (Dark air cured) séché à l'air produit au Mali à l'Office du Niger à Sélingué dans la zone diffuse. Il est aussi appelé *le Paraguay*.
- Tabac brun pour pipe (Fire cured)

4-2. Mode de consommation du tabac

Le tabac est utilisé sous forme manufacturée.

Les formes non industrielles de consommation du tabac sont rencontrées dans les pays en développement et qui constituent des modes de consommation de la production locale. Elles sont difficiles à évaluer car généralement exclues des statistiques [14, 22, 23].

Il s'agit du tabac en vrac pour pipe, des poudres à priser et à chiquer en Afrique [24, 25], des cigarettes artisanales en Asie du Sud-est.

Les principaux modes de consommation du tabac correspondent à cinq (5) types courants de produits industriels,

- ✓ Les cigares
- ✓ Le tabac à mâcher
- ✓ Le tabac à priser
- ✓ Le tabac pour pipe
- ✓ Les cigarettes

4-3. La quantification du tabagisme [26]

L'interrogatoire va permettre de préciser :

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

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

n = nombre de cigarettes fumées/jour

a = nombre d'années de tabagisme

- la quantité du tabac fumé dont le poids est beaucoup plus important que la durée.

Ainsi, le risque de cancer bronchique est multiplié par 3 lorsque la quantité est multipliée par 2 ; lorsque la durée du tabagisme double.

Dans cette mesure, l'expression en paquets x années est incorrecte puisqu'elle donne le même poids à la quantité et à la durée.

Néanmoins c'est une expression commode du tabagisme.

- L'usage de filtre, de tabac brun ou blond, de cigarettes légères ou non. Le risque de développer un cancer bronchique ou des voies aéro-digestives supérieures (VADS) est diminué d'environ 1/3 par l'usage

des filtres... à condition de ne pas compenser en fumant davantage. Ceci est souvent le cas chez les fumeurs qui passent aux cigarettes légères (teneur moindre en goudron et nicotine) qui pour maintenir un taux de nicotine suffisant augmentent leur consommation.

- Le passage très ancien aux cigarettes avec filtre et de tabac blond aux USA a entraîné une modification des types histologiques de cancer du poumon : du fait d'une inhalation plus profonde ce sont les adénocarcinomes qui se développent plus volontiers que les épidermoïdes. En France les fumeurs sont restés beaucoup plus longtemps fidèles au tabac brun et aux cigarettes sans filtre et le carcinome épidermoïde est le type histologique prédominant.
- La pipe et le cigare induisent moins de risque cancer bronchique en raison d'une inhalation moindre. En revanche, ils constituent un facteur de risque important pour les cancers des VADS.

4-4. Les différents types de fumeurs [1]

- **Le fumeur occasionnel**, fumant 1 à 2 cigarettes par jour est une éventualité rare. Elle concerne le plus souvent le tabagisme à son début ou des femmes ou des hommes d'un certain âge ; la toxicité est difficile à évaluer, elle est possible.
- **Les fumeurs réguliers**, de moins de 10 cigarette par jour sont également rares, mais la toxicité est ici déjà réelle : il s'agit bien souvent d'un stade intermédiaire vers le tabagisme majeur, cette période pouvant durer un temps parfois très long.
- **Les gros fumeurs**, plus de 20 cigarettes par jour, sont bien souvent d'anciens fumeurs, véritables toxicomanies, dont l'espérance de vie est diminuée en moyenne de 6 ans (voire 10 ans) par rapport au non fumeur.
- **Les très gros fumeurs**, plus de 60 cigarettes par jour, sont souvent d'anciens fumeurs, chez lesquels des troubles psychiatriques sont fréquemment retrouvés : le sevrage est difficile avec un syndrome de manque toujours présent ; les troubles fonctionnels et somatiques dus au tabagisme sont inévitables.

4-5. Conséquences sanitaires

c) Historique

La responsabilité du tabagisme dans la genèse des cancers (en particulier du poumon) a été longue à établir. Les premières études qui

lient le tabac au cancer ont été réalisées durant la période de l'Allemagne Nazie, par Franz H. Muller en 1939, Eberhard Schairer et Erich Schöniger de l'université de Jona 1943. Les Nazis, attachés à la pureté du corps et à leur volonté de domination du monde sous un mode racial ont effectué une grande quantité de recherches sur le cancer (création d'un institut de recherche à l'université de Jona) et ont été les premiers à mettre en place des politiques restrictives sur l'usage du tabac [27]. Le rôle cancérigène du tabac a été également suspecté dès le lendemain de la seconde guerre mondiale, notamment par Richard Doll, épidémiologiste britannique, puis confirmé par des études de vaste envergure dans les années 1950 et 1960 [28]. Le Lobbying des industriels du tabac a sensiblement freiné l'acceptation de ces données, la conviction de la majeure partie du corps médical étant faite à partir du milieu des années 1960 [29].

d) Impact du tabagisme sur la santé

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le tabagisme était dans le monde en 2003 la première cause de décès évitable avec 4,9 millions de décès imputable au tabagisme par an, aucune autre consommation ne présente plus de risque pour la santé que celle du tabac. Cela correspond à 62 décès pour 100000 personnes, un décès toutes les huit secondes, 60 millions de décès pour la seule seconde moitié du XXème siècle (1,2 millions de pertes humaines par an) [30]. Si le tabagisme tend à diminuer légèrement dans les pays développés, il est en forte augmentation dans les pays en développement. Au total, le nombre de décès induits par le tabagisme devrait dépasser les 10 millions par an d'ici 2020, soit 10 fois le nombre actuel de décès causés par l'alcoolisme (un peu moins d'un million de morts par an). Il est aussi la cause d'au moins 25 pathologies connues. On estime à plus de 33% chez l'homme et 10% chez la femme, les cas de cancers liés au tabagisme (cancers des poumons, de la langue, de la gorge etc...) [31].

4-5. Pathologies liées au tabagisme

❖ Risques cardio-vasculaires et respiratoires

Sphère ORL : La fumée de tabac contient des produits irritants susceptibles de provoquer des laryngites. L'irritation chronique est propice à la formation des cancers du pharynx et du larynx.

Poumons : Les dépôts de goudron irritent les voies respiratoires et favorisent l'apparition d'infections pulmonaires, puis de la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructives (BPCO) provoquant une hypoventilation des tissus et une diminution de la résistance aux exercices physiques. A long terme, les bronchites deviennent chroniques pouvant mener à l'insuffisance respiratoire. Le monoxyde de carbone, quant à lui, se substitue à l'oxygène sur l'hémoglobine et par conséquent diminue l'oxygénation du sang, provoquant un essoufflement (dyspnée) [32]. Il s'agit également d'une cause importante des cancers des poumons.

Cœur et vaisseaux sanguins : la nicotine provoque une accélération du rythme cardiaque et comporte un effet vasoconstricteur, induisant une sous-alimentation des tissus. Il entraîne en outre une augmentation du taux de graisse dans le sang. Il favorise directement, à long terme, l'apparition et l'aggravation de l'athérome, obstruant progressivement les vaisseaux sanguins, avec toutes les implications : angine de poitrine, infarctus du myocarde (IDM), accident vasculaire cérébral (AVC), artériopathie oblitérante des membres inférieurs... Le risque d'infarctus du myocarde est globalement multiplié par 3 chez le fumeur et de manière moindre en cas d'exposition répétée et durable au tabagisme passif. En combinaison avec la pilule contraceptive, le tabagisme est un facteur d'apparition de caillots pouvant conduire à une thrombose veineuse profonde (phlébite) ou à une embolie pulmonaire voire un infarctus du myocarde (IDM).

❖ **Autres effets**

Le tabagisme accroît la probabilité des troubles suivants (liste non exhaustive) :

Fertilité : elle diminue tant chez l'homme que chez la femme fumeuse.

Sexualité : le tabagisme, par son rôle dans l'altération des vaisseaux sanguins, favorise l'impuissance [33].

Diabète : le tabagisme aussi bien actif que passif, est associé à une augmentation du risque de sa survenue [34].

SIDA : la réponse aux traitements antiviraux semble moins bonne chez les fumeuses porteuses du virus HIV [35].

Fumer est particulièrement déconseillé pendant la grossesse : entre autre, les risques de fausses couches, de mortalité périnatale, de poids du nouveau né inférieur à la moyenne augmentent sensiblement, de même que les risques de mort subite du nourrisson [36]. Le tabac favorise la survenue de malformation notamment la fente labio-palatine (bec-de-lièvre) chez le bébé [26]. Même une faible consommation de tabac (de 1 à 10 cigarettes par jour) accroît ce risque.

Au niveau de la cavité buccale :

Le risque d'apparition d'un cancer de la bouche est multiplié par 5 à 9 fois par rapport aux non-fumeurs. Ce risque est corrélé au nombre de cigarettes, cigares ou pipes fumés quotidiennement et à la durée de l'exposition et est lentement réversible.

Le risque de parodontites sévères est multiplié par trois (3), risque accru de perte de dents.

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

Cancer du rein [37], de la vessie, de l'estomac et de l'intestin grêle.

Le tabagisme est également une cause majeure du cancer de la gorge, même si l'on n'a pas encore véritablement identifié la cause précise de tel ou tel type de cancer. Le risque est de fait inhérent à la combustion en particulier aux goudrons cancérigènes qui entrent dans la composition de la fumée ; et ce quelle que soit sa méthode de prise ou la composition du produit consommé.

On sait maintenant aussi que l'usage du tabac contribue à la cataracte, la tuberculose, la pneumonie, l'anévrisme aortique abdominal...

Outre les maladies pouvant être provoquées par la consommation du tabac et par l'exposition du tabac aux autres, la dépendance à l'égard du tabac est en elle-même un trouble distinct, au sens de la classification internationale des maladies (CIM-10). En tant que chronique, comportant fréquemment des

rechutes, la dépendance à l'égard du tabac nécessite un traitement adéquat.

5. Tabagisme et toxicomanie [38]

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.

6. Sevrage tabagique [19]

Le tabagisme devait être la cause de maladie la plus facilement évitable car les risques sont maintenant connus de presque tous. Mais, malgré la législation, malgré la hausse des prix des cigarettes et malgré les campagnes médiatiques, le tabagisme ne cesse d'augmenter dans le monde. L'aide à l'arrêt du tabagisme passe avant tout par le traitement de la dépendance du tabagisme à la nicotine.

On distingue deux types de dépendances pharmacologiques :

❖ **La dépendance psychique :**

Elle est liée à des propriétés psychoactives qui conditionnent l'apparition des sensations ressenties comme positives pour les fumeurs (plaisir, euphorie, stimulation intellectuelle avec augmentation de la concentration à court terme, réduction de l'anxiété, réduction de la sensation de faim expliquant le moindre poids des fumeurs, 1 à 3 kg de moins que les non-fumeurs).

❖ **La dépendance physique :**

Chaque fois que la nicotininémie tombe au dessous d'un certain seuil, le fumeur ressent une sensation de manque, de besoin avec une pulsion irrésistible à fumer de nouveau. Il s'y associe toute une série de trouble de la nervosité, une irascibilité et une irritabilité.

Ce syndrome aigu de sevrage est une des principales causes des difficultés du sevrage à court terme.

Pendant longtemps, les mesures d'arrêt de tabac étaient uniquement considérées comme une affaire de volonté. Plusieurs méthodes thérapeutiques empiriques étaient employées systématiquement chez tous les fumeurs (acupuncture, auriculothérapie, homéothérapie, extrais dilués d'alcool, mésothérapie etc...).

Les résultats étaient obtenus par effets placebo.

Aujourd'hui, il est possible d'apporter à chaque fumeur une aide appropriée aux caractéristiques de son propre tabagisme en fonction des degrés de dépendance dont il est victime.

Voici ci-dessous quelques étapes d'aide au sevrage :

6-1. L'aide à la motivation et à la décision :

Le sevrage qui est entre les mains du médecin un acte médical est avant tout un acte volontaire du fumeur [39]. Sa décision ne doit pas

être subite. Le médecin doit prendre le temps pour conduire le fumeur, lui expliquer les risques du tabagisme pour sa santé. Il faut le préparer à ce qui sera une longue épreuve, un changement radical de vie. La décision finale appartient au fumeur. A la suite de ces conseils, certains sujets arrêtent de fumer seul. Mais si leur tentative échoue, il faudra alors leur proposer une aide qui sera fonction de la gravité de leur tabagisme.

6-2. Une évaluation et ses dépendances :

-Un interrogatoire minutieux précise l'ancienneté et l'intensité du tabagisme (la durée du tabagisme et la quantité de cigarettes fumées par jour) ainsi que les éventuels troubles fonctionnels (toux, expectoration, dyspnée, etc...).

- On étudie la signification de la cigarette grâce à des échelles visuelles analogues (intensité de la dépendance gestuelle, cigarette plaisir et détente, cigarette réduction d'anxiété, cigarette stimulante lors des tâches intellectuelles, cigarette soutien moral en cas de dépression).

- On évalue la dépendance pharmacologique de la nicotine. Elle est mieux évaluée par le questionnaire de **Fagerström**.

C'est un guide indispensable pour le choix du traitement. Le score permet de classer le fumeur en fonction de sa dépendance.

Tableau III : Questionnaire de dépendance de Fagerström [11]

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

- moins de 5 minutes.....3
- 6 à 30 minutes.....2

- 31 à 60 minutes.....1
- après 60 minutes.....0
- Trouvez – vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?
 - oui.....1
 - Non.....0
- Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?
 - la première.....1
 - une autre.....0
- Combien de cigarette fumez-vous par jour ?
 - 10 ou moins.....0
 - 11 à 201
 - 21 à 302
 - 31 ou plus.....3
- Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après votre réveil que pendant le reste de la journée ?
 - oui.....1
 - non.....0
- Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?
 - oui.....1
 - non.....0
- Score total.....**
 - 0 à 2 = pas de dépendance
 - 3 à 4 = dépendance faible
 - 5 à 6 = dépendance moyenne
 - 7 à 8 = dépendance forte
 - 9 à 10 = dépendance très forte

Tableau IV : Test d’autoévaluation des chances de réussite de sevrage tabagique

1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle	2
		1
	Je viens à la consultation sur avis médical	1

	Je viens à la consultation sur avis de ma famille	
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.

7. Traitement du tabagisme

7-1 Prévention du tabagisme [40]

« Peut-on prévenir le tabagisme ? »

- ✓ Plusieurs campagnes de prévention du tabagisme sont orchestrées chaque année par des instances gouvernementales. Par différents moyens et médias, ces campagnes socio-éducatives visent à inciter les fumeurs à arrêter, stimuler les ex-fumeurs à ne pas recommencer, à dissuader les non-fumeurs de ne pas fumer (surtout les adolescents), et à inciter les non-fumeurs à faire respecter leur désir de ne pas être exposés à la fumée secondaire.
- ✓ Le meilleur moyen pour ne pas devenir dépendant de la nicotine est évidemment de ne pas commencer à fumer. C'est pourquoi de nombreux efforts se concentrent sur les jeunes, l'adolescence étant une période durant laquelle la majorité des fumeurs grillent leur première cigarette et développent leurs habitudes tabagiques.
- ✓ Certains laboratoires ont développé des vaccins dont le rôle serait de réduire la sensibilité du cerveau à la nicotine. Cependant, encore plusieurs années s'écouleront avant que ces vaccins ne soient mis sur le marché.
- ✓ Le tabagisme est à proscrire durant une grossesse, car il peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et l'enfant

7-2. Traitements médicaux

Le facteur le plus important pour un sevrage réussi est la volonté. Les chances de réussite sont meilleures si l'on veut cesser de fumer pour soi-même et non pour faire plaisir aux autres. Fumer est un comportement déterminé par de multiples facteurs propres à chaque individu, comme la personnalité, l'équilibre psychologique, la situation sociale ou l'environnement. En conséquence l'approche visant à cesser de fumer ne peut être personnalisée.

En raison des deux composants de l'accoutumance (psycho comportementale et psychologique), il est généralement recommandé d'agir simultanément sur deux fronts :

- ✓ **Rééquilibrer la chimie du cerveau** en amenant graduellement les récepteurs de la dopamine à se satisfaire d'une production normale : timbres de nicotine et autres médicaments.
- ✓ **Défaire les mécanismes comportementaux** par lesquels la cigarette est devenue indissociable du quotidien.

❖ Dix astuces avant de plonger :

1. Choisissez la date de la première journée de l'arrêt du tabac
2. Ecrivez les raisons pour lesquelles vous voulez cesser de fumer. Relisez-les lorsqu'un fort état de manque surgit
3. Ecrivez les situations qui encouragent à fumer. Visualisez-vous dans ces situations sans cigarette à la main
4. Excluez de votre environnement immédiat cigarettes et cendriers
5. Parlez-en à l'entourage, plus le soutien est important, meilleures sont vos chances de réussite
6. Développez de nouvelles habitudes quotidiennes pour remplacer celles liées à la cigarette ; faites de l'exercice physique par exemple
7. Si désiré, obtenez la médication requise et utilisez-la adéquatement
8. Pour vous encourager, calculez les économies réalisées
9. Pensez à ceci « Si des millions de gens ont réussi, pourquoi pas moi ? »,
10. Adopter la devise « un jour à la fois ».

❖ Pour rééquilibrer la chimie du cerveau :

Il existe deux catégories de produits pharmaceutiques qui facilitent le **sevrage** : les produits de substitution nicotinique et les médicaments qui influent sur l'humeur.

➤ Les thérapies de remplacement de la nicotine.

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

- ✓ Habitrol
- ✓ Nicoderm
- ✓ Nicorette
- ✓ Thrive

Un traitement dure normalement 10 à 12 semaines. La dose de nicotine est ajustée progressivement à la baisse, jusqu'à l'arrêt complet.

NB : L'**abstinence totale** de la cigarette et des autres produits du tabac est nécessaire durant le traitement afin d'éviter la surdose de nicotine.

➤ Timbre transdermique :

Comme il libère de la nicotine progressivement le timbre présente l'avantage d'offrir un apport de nicotine régulier et mesurable. On suggère généralement de l'utiliser 16 heures sur 24.

➤ Gomme à mâcher :

Avec ce produit, l'ex-fumeur peut décider à quel moment il ingèrera la nicotine, ce qui lui permet d'agir immédiatement sur les états de manques. Plusieurs personnes sont toutefois incommodées par le goût de la gomme ou n'aiment pas mâcher. Le produit peut entraîner une irritation des muqueuses.

➤ Lozanges

Des comprimés qui, au fur à mesure de leur dissolution dans la bouche, libèrent de la nicotine, absorbée par les muqueuses.

➤ Vaporisateur nasal

La nicotine arrive au cerveau plus rapidement avec le vaporisateur nasal qu'avec le timbre ou la gomme. L'inconvénient du vaporisateur est qu'il n'est pas aussi pratique à utiliser qu'une gomme ou un timbre.

➤ Inhalateur

L'inhalateur est conçu comme une cigarette. La personne aspire de la nicotine dans un tube. Ce produit est intéressant pour les gens qui ont du mal à se défaire de l'habitude de porter la main à leur bouche. Un désavantage est que l'inhalateur doit être utilisé fréquemment pour procurer une dose suffisante de nicotine. Il peut aussi causer de l'irritation dans la bouche et la gorge.

➤ Bupropion (Zyban)

C'est un antidépresseur commercialisé sous la marque Zyban. C'était également le premier produit qui pouvait se prendre sous forme de comprimé. Il y a des contre-indications à l'utilisation du bupropion ainsi que des effets indésirables potentiels.

➤ Varénicline (Champix)

Ce médicament provoque une réponse de plaisir plus faible, tout en empêchant la « vraie » nicotine de se fixer aux récepteurs (en cas de rechute).

❖ Pour défaire les mécanismes comportementaux counseling et soutien personnalisé :

- Les divers programmes mis sur pied par des cliniques ou des organismes communautaires proposent surtout des approches psychologiques de type cognitivo-comportemental, où l'accent est mis sur la modification des liens que l'individu a avec la cigarette.
- On peut également dire que, dans une moindre mesure, le **soutien moral** et psychologique d'un proche peut jouer le rôle de counseling. Lors du dernier programme québécois annuel, le défi « **j'arrête, j'y gagne !** » (ne pas fumer pendant six (6) semaines et gagner de somptueux cadeaux), les vainqueurs ont avoué qu'ils n'auraient pu arriver sans l'aide de leur marraine ou parrain.
- Par ailleurs, des études récentes indiquent que l'ajout d'activités physiques quotidiennes (même de courte durée) au programme de counseling réduirait le désir de fumer en agissant sur les composantes psychologiques de **la dépendance**.
- Une forte envie de fumer vous assaille ?
- ✓ prenez cinq (5) respirations lentes et profondes en pensant à autre chose (une situation cocasse, un lieu où vous aimez être...).
- ✓ Remémorez-vous les raisons qui vous ont incité à cesser de fumer.
- ✓ Buvez un grand verre d'eau.
- ✓ Mâcher de la gomme.
- ✓ Contactez un ami

➤ Approches complémentaires :

Les approches suivantes ne remplacent pas la stratégie de cessation tabagique décrite précédemment, mais peuvent la soutenir.

❖ **Hypnothérapie :**

De nombreuses études ayant évalué différentes techniques d'**hypnose** ont démontré que, six mois après une séance, le taux d'abandon de **la cigarette** se situait entre 30% à 40%. Une synthèse d'étude, publiée en 2000, conclut que l'hypnose est une technique « **possiblement efficace** » pour **arrêter de fumer**.

Remarque : En Inde, le **Yoga** est couramment employé comme intervention de soutien dans les cures de désintoxication. Cependant, peu d'essais cliniques ont été menés pour démontrer son efficacité en la matière.

❖ **Recommandations alimentaires**

Des études laissent croire que les fumeurs ont des concentrations sanguines réduites en antioxydants et en d'autres nutriments (vitamine C, Zinc, Calcium, Acide folique, Bêta-carotène, Vitamine E etc...). Il se peut que les radicaux libres générés dans le corps par la fumée de cigarette détruisent les antioxydants naturels, ou encore que les fumeurs aient une diète moins équilibrée que les non-fumeurs. Ce qui mène certains spécialistes dont le naturopathe J.E.Pizzorno, à recommander une diète composé de rations suffisantes en fruits, légumes et poissons.

❖ **Technique de relaxation :**

Si le sevrage cause de l'anxiété, des fringales ou des problèmes d'insomnie, trouver une tactique qui aide à relaxer profite à plusieurs personnes.

8. Lutte contre le tabagisme

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

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

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

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

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

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

-- L'obligation d'avertissement sanitaire en langage clair et de format lisible porté sur les unités de conditionnement [41].

Il est indispensable que soit enfin développée une véritable politique de prévention et d'éducation tournée vers les populations les plus ciblées par l'industrie du tabac.

Celle-ci cherche de nouveaux consommateurs qui doivent remplacer ceux qui sont morts prématurément ou ceux qui ont abonné afin que soit maintenu l'état du marché.

Les populations les plus sensibles sont les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les catégories les plus démunies de la société [42].

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

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

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

La réalité sur le terrain :

- La SONATAM seul fabricant au Mali applique sur les paquets de cigarettes qu'elle produit et ceux qu'elle importe la mention « dangereux pour la santé » ; mais l'écriture est de petit caractère et se trouve généralement sur la face latérale du paquet.
- Les médias respectent la loi sur la diffusion de la publicité sur le tabac. Mais du fait que les parrainages soient autorisés, il se passe souvent une publicité indirecte.
- Plusieurs études réalisées sur des individus à Bamako avaient révélé que la majorité des bamakois déclaraient ignorer l'existence de cette loi et de ce fait ne l'appliquaient pas [42].
- En général nous pouvons dire que ces dernières années le processus de lutte antitabac est bien engagé au Mali. Du fait de l'expression de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays notamment à travers la COCAN, lors de la CAN 2002, mais aussi par l'engagement des organes de la presse dans la lutte à travers divers articles consacrés au tabagisme. Notons aussi la mobilisation sociale suscitée autour des questions du tabagisme.

A l'instar d'autres pays, le Mali célèbre la journée mondiale sans tabac tous les ans, suscitant de nombreuses manifestations dans tout le pays [43].

Depuis l'époque coloniale, la culture du tabac a connu un essor considérable. La production locale est à 875 tonnes pour la seule année de 2003. C'est surtout la région comprise entre Bamako et la frontière avec la Guinée Conakry, sur les deux rives du Niger dans la zone OHVN qu'est produit l'essentiel du tabac cultivé en république du Mali. On y produit notamment des variétés Paraguay et Burnley de l'espèce *Nicotiana Rustiqua* [44].

La SONATAM est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes. Créée en 1965, elle a comme activités traditionnelles l'importation, la fabrication et la distribution de cigarettes et allumettes au Mali. Elle renaît aujourd'hui de ses cendres après une longue traversée du désert qui a commencé à partir des années 1990. C'est en 2002 que la privatisation de la SONATAM SA a été décidée

par les autorités politiques. Elle mène des activités florissantes au Mali. Ses importations officielles de tabac se sont élevées en 2002 à 8 757 455 663 FCFA contre 7 283 149 504 en 1991.

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

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

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

Le prix des paquets de cigarettes varie de 250 FCFA à 700 FCFA selon les marques.

Il est le même dans les campagnes qu'en ville. Cependant, en raison de la contrebande généralisée, les prix sont relativement bas s'agissant des marques frauduleuses. Le produit des taxes sur le tabac n'est pas alloué à une activité spécifique comme les soins de santé.

Il est incorporé dans le budget global de l'Etat. Par ailleurs, les timbres fiscaux ne sont pas obligatoires pour les paquets de produits de tabac. La contrebande s'est développée dans de proportions considérables ces dernières années. L'axe guinéen est considéré comme une zone de grande introduction de cigarettes de contrebande. Il est devenu une préoccupation grave quant aux conséquences néfastes qu'elle engendre. Au Mali, les services compétents ont estimé la fraude sur les cigarettes pour l'année 2001 à 5 707 000 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 [25]

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Lieu d'étude

Ce travail s'est déroulé au Mali et plus précisément à Bamako au sein du CHU Gabriel TOURÉ dans le service de cardiologie du département de médecine.

L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959. Il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste,

maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel TOURE a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'Hôpital Gabriel TOURE était l'un des quatre (04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°92-024 AN-RM du 05 octobre 1992 ; avant de devenir (EPH) par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003.

L'hôpital a quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés, des femmes enceintes, et les enfants ;
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

Situé en commune III et bâti sur une superficie de 3,1 hectares, l'Hôpital Gabriel TOURE comprend une administration, 7 départements regroupant 26 services médico-techniques et des unités depuis la décision n°0386/DGHGT du 30 novembre 2009 suite à la mise en œuvre du Projet d'établissement. Il s'agit de :

- Département de médecine regroupant les services suivants :

- Hépato-Gastro-entérologie ;
- Cardiologie ;
- Neurologie ;
- Diabétologie ;
- Dermatologie.

- Département de chirurgie regroupant les services suivants:

- Chirurgie générale ;
- Traumatologie et orthopédie ;
- Oto Rhino Laryngologie (ORL) ;
- Urologie ;
- Neuro-Chirurgie ;
- Chirurgie pédiatrique ;
- Médecine physique (Kinésithérapie).

- Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence comprenant les services :

- Anesthésie ;
- Réanimation adulte ;
- Service d'Accueil des Urgences.
- **Département de gynécologie-Obstétrique** qui regroupe les services ci-après :
 - Gynécologie ;
 - Obstétrique.
- **Département d'imagerie médicale** comprenant les services :
 - Scanner ;
 - Mammographie et radiologie conventionnelle.
- **Département des services médico-techniques** qui comprend les services :
 - Laboratoire d'analyses médicales ;
 - Pharmacie.
- **Département de pédiatrie** composé de deux services :
 - Pédiatrie générale ;
 - Néonatalogie.

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la direction. L'Unité d'hygiène, assainissement et la Buanderie sont rattachées à la Surveillance générale, la morgue à la Direction médicale et la Cuisine à la Direction administrative.

Chaque département est dirigé par un Chef de département.

L'hôpital dispose actuellement de 447 lits et emploie 614 agents toutes catégories confondues dont 135 contractuels sur ressources propres.

Les partenaires du CHU sont essentiellement :

- L'OMS à travers les partenariats Africains pour la Sécurité des Patients «APPS».
- L'UNICEF pour la lutte contre le VIH/SIDA et la malnutrition.
- Le Centre pour le Développement des Vaccins (CVD).
- L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), partenariat à redynamiser.
- L'ONG GIP-ESTHER pour la lutte contre le VIH/SIDA.
- L'ONG Save The Children et le Projet KANGOUROU avec le GP/SP.
- Le GFAOP dans le cadre de la lutte contre le cancer de l'Enfant.
- Le PAM (Programme Alimentaire Mondial).

- La Fondation pour l'Enfance.
- La Fondation Partage.
- La Fondation THIAM.
- Le MRTC (Malaria Research and Training Center).
- Le Gouvernorat du District de Bamako.
- La Mairie du District de Bamako.
- La Direction Nationale du Développement Social (DNDS).
- L'UTM (Union Technique de la Mutualité).
- L'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale).
- EDM –SA (Energie du Mali Société anonyme).
- Mutuelle des forces Armées (Armée de l'air).
- Le SAMU social
- Des donateurs anonymes et diverses autres associations religieuses et bénévoles.

Le service de cardiologie du département de médecine :

Il comprend trois secteurs :

- Bureaux des cardiologues : Un bureau pour le chef de service et un bureau pour chaque médecin spécialiste dont certains au deuxième étage et d'autres au troisième étage du bâtiment administratif.
- Consultation et exploration cardiovasculaires : Deux box de consultation avec deux tables de consultation, une salle d'ECG.
- Le secteur d'hospitalisation : composé de trois salles d'hospitalisation comportant 17 lits, une salle des internes, une salle pour des infirmiers, une salle pour les agents de surface, une salle d'Echographie cardiaque et un bureau pour le surveillant.

Le personnel du service de cardiologie

Composé de :

- Le chef de service qui est Maître de conférences en cardiologie à la FMOS et aussi le directeur médical du CHU Gabriel TOURÉ.
- Six médecins spécialistes des maladies cardiovasculaires dont un maître assistant.
- Des médecins en spécialisation pour le Diplôme d'Études Spéciales (DES) de cardiologie.
- Neuf étudiants hospitaliers.
- Un infirmier diplômé d'état.
- Quatre infirmiers du premier cycle.

- Des étudiants stagiaires de la FMPOS et des écoles de santé privées.
- Deux aides soignants.
- Deux techniciens de surface.

Matériel et équipement :

- Un appareil d'échocardiographie doppler.
- Un appareil d'électrocardiographie.
- Des stéthoscopes et des tensiomètres répartis entre le secteur d'hospitalisation et les box de consultation.
- Trois pèse personnes.
- Des thermomètres.

Activités :

Plusieurs activités sont réalisées au sein du service de cardiologie :

- La visite générale des malades hospitalisés effectuée tous les lundis et vendredis par le chef du service, les médecins spécialistes, les médecins DES, les faisant fonction d'interne, l'infirmier major et les étudiants stagiaires.
- Les consultations spécialisées se font tous les jours ouvrables au box de consultation. Les avis cardiologiques sont donnés dans les autres services par les médecins spécialistes. Les soins sont donnés par les infirmiers sous la supervision de l'infirmier d'état. L'unité assure également la réalisation de l'électrocardiogramme effectué tous les jours ouvrables et interprété par l'un des cardiologues.
- Une équipe de garde composée d'un médecin (cardiologue, gastroentérologue ou généraliste), un étudiant hospitalier, de deux infirmiers assurant la permanence auprès des malades hospitalisés et des urgences médicales en dehors des heures habituelles de travail, est présente tous les jours.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive

3. Période d'étude

L'étude a été réalisée au cours du mois de janvier 2010.

4. Population d'étude

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

- Personnel médical : Médecins (titulaires, DES, les médecins biologistes et les pharmaciens) ; et assistants médicaux.
- Paramédicaux (techniciens supérieurs de santé, techniciens de santé, techniciens de surface, aides soignants, techniciens de laboratoire...)
- Agents de l'administration.

Nous avons considéré comme :

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

5. Critères d'inclusion

Ont été inclus, tout le personnel ayant accepté de participer à cette étude.

6. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus, ceux qui n'ont pas accepté d'y participer et les autres catégories professionnelles du CHU Gabriel TOURE en dehors des deux catégories de la population d'étude.

7. Paramètres étudiés

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

8. Recueil des données

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

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

Le consentement éclairé de tout le personnel a été obtenu avant leur inclusion dans le protocole

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

L'étude s'est déroulée selon plusieurs étapes :

Une correspondance a été adressée à tous les chefs de service sous forme de note de service par le Directeur de l'hôpital pour une meilleure adhésion à l'étude. Nous avons effectué l'enquête par la

méthode du « porte à porte », en distribuant au personnel, le questionnaire, dont les réponses ont été recueillies immédiatement ou ultérieurement selon la disponibilité du personnel.

9. Saisie et l'analyse des données

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS version 17 et la saisie des résultats sous Word office 2007. Pour la comparaison des variables qualitatives, nous avons utilisé le test du << CHI-2 >> Le seuil de validité de tous ces tests a été arrêté à $P < 0,05$.

RESULTATS

V. RESULTATS

Taux de participation : au total 191 personnes sur 612 (le nombre de personnel) ont accepté de participer à notre étude, soit un taux de participation de 31,20%.

Tableau I : Répartition en fonction de la participation des services

Services	Effectifs	Fréquences
Service administration	43	22,5
SAU	25	13,1
Anesthésie-réanimation	18	9,4
Chirurgie générale	12	6,3
Radiologie	11	5,8
Gynécologie	10	5,2
Cardiologie	10	5,2
Urologie	10	5,2

Traumatologie	9	4,7
ORL	9	4,7
Pharmacie	9	4,7
Gastro-enterologie	6	3,1
Chirurgie pédiatrique	5	2,6
Kinésithérapie	4	2,1
Pédiatrie	3	1,6
Médecine générale	3	1,6
Neurochirurgie	2	1,0
Laboratoire	1	0,5
Service social	1	0,5
Total	191	100,0

Le service administratif a été le plus représenté avec 22,5%.

Tableau II : Répartition selon les catégories professionnelles.

Professions	Effectifs	Fréquences
Infirmier	60	31,4
Agent administratif	43	22,5
Médecin	36	18,8
Assistant médical	28	14,7
Sage femme	10	5,2
Technicien surface	10	5,2
Agent de sécurité	2	1,0
Assistant social	1	0,5
Pharmacien	1	0,5
Total	191	100,0

Les infirmiers ont été les plus représentés avec 31,4%.

Tableau III : Répartition en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	Fréquences
Masculin	138	72,3
Féminin	53	27,7
Total	191	100,0

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 72,3%.

Tableau IV : Répartition selon la Tranche d'âge

Tranche âge	Effectifs	Fréquences
20-30 ans	38	19,9
31-41 ans	83	43,5
42-52 ans	49	25,7
53-63 ans	19	9,9
64 ans et plus	2	1,0
Total	191	100,0

La tranche d'âge 31-41ans a été la plus représentée avec 43,5%.

Tableau V: Répartition en fonction des antécédents.

Antécédents	Effectifs	Fréquences
Sans antécédents	120	62,8
Gastrite	19	9,9
Douleurs jambes à la marche	8	4,2
HTA	6	3,1
Obésité + gastrite	6	3,1
Diabète	4	2,1
Obésité	4	2,1
Asthme	4	2,1
Douleur jambes à la marche +gastrite	4	2,1
Douleurs thoracique à l'effort	3	1,6
UGD	2	1
HTA +diabète	2	1
HTA + Asthme	2	1
Asthme + gastrite	2	1
Dyspnée à l'effort	1	0,5

Lésions buccales	1	0,5
HTA + Obésité	1	0,5
HTA + gastrite	1	0,5
HTA + diabète +Asthme	1	0,5
Total	191	100,0

La gastrite isolée ou associée a été l'antécédent le plus retrouvé avec 16,6%.

Tableau VI: Répartition selon le statut tabagique.

Statut	Effectifs	Fréquences
ex-fumeur	38	19,9
Fumeur	31	16,2
Non fumeur	122	63,9
Total	191	100,0

Les fumeurs représentaient 16,2% de la population étudiée.

Tableau VII : Répartition du personnel selon l'âge de début de tabagisme.

Age de début	Effectifs	Fréquences
10-20 ans	48	69,6
21-31 ans	18	26,1
32-42 ans	3	4,3
Total	69	100,0

L'âge de début de tabagisme se situe entre 10-20 ans dans 65,9%.

● Ordre des ex-fumeurs

Tableau VIII: Répartition en fonction de sexe.

Sexe	Effectifs	Fréquences
Masculin	37	97,4
Féminin	1	2,6
Total	38	100

97,4% sont de sexe masculin.

Tableau IX: Répartition en fonction de l'âge.

Tranche d'âge	effectifs	Fréquences
20-30 ans	4	10,5
31-41 ans	13	34,2
42-52 ans	17	44,8
53-63 ans	4	10,5
Total	38	100

La tranche d'âge 42-52ans a été la plus représentée avec 44,8%.

Tableau X: Répartition des ex-fumeurs selon le personnel

Professions	Effectifs	Fréquence
Assistant médical	12	31,6
Médecin	8	21,1
Infirmier	9	23,7
Agent administratif	5	13,2
Technicien de surface	2	5,2
Assistant social	1	2,6
Agent de sécurité	1	2,6
Total	38	100

Le personnel médical : médecin et assistant médical

Le personnel médical représentait 52,7%.

Tableau XI: Répartition en fonction de la durée du sevrage.

Durée de sevrage	Effectifs	Fréquences
1 an	4	10,5
2 ans	3	7,9
5 ans	6	15,8
Plus de 10 ans	25	65,8
Total	38	100,0

65,8% des ex-fumeurs ont arrêté de fumer il y'a plus de 10 ans.

Tableau XII: Répartition selon le motif du sevrage

Motif de sevrage	Effectifs	Fréquences
Problème de santé	13	34,2
Inutile	21	55,2
Autres	2	5,3
Problème de santé et inutile	2	5,3
Total	38	100,0

Autres : conseil de l'entourage ; influence.

55,2% des ex-fumeurs ont trouvé la cigarette inutile.

Tableau XIII : Répartition selon le nombre de tentative d'arrêt de fumer.

Tentative de sevrage	Effectifs	Fréquences
1 fois	14	36,8
2 fois	11	29,0
3 fois ou plus	13	34,2
Total	38	100,0

36,9% des ex-fumeurs ont pu arrêter de fumer après une 1^{ère} tentative.

● Ordres des fumeurs

Tableau XIV: Répartition en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	Fréquence
Masculin	31	100
Féminin	0	0
Total	31	100

Le sexe masculin représente la totalité des fumeurs.

Tableau XV: Répartition en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Fréquences
20-30 ans	7	22,6
31-41 ans	18	58,1
42-52 ans	5	16,1
53-63 ans	1	3,2
Total	31	100

La tranche d'âge 31-41ans a été la plus représentée avec 58,1%.

Tableau XVI: Répartition selon le personnel

Professions	Effectifs	Fréquences
Médecin	3	9,7
Assistant médical	2	6,5
Infirmier	7	22,6
Technicien santé	2	6,5
Agent surface	5	16,1
Agent de sécurité	1	3,2
Agent administratif	11	35,5
Total	31	100

Les agents de l'administration ont été les plus retrouvés avec 35,5%.

Tableau XVII : Répartition selon la durée de consommation du tabac.

Durée de consommation	Effectifs	Fréquences
1-5 ans	3	9,7
6-10 ans	3	9,7
11-15 ans	7	22,6
16-20 ans	10	32,3
21-25ans	3	9,7
26 et plus	5	16,1
Total	31	100,0

La durée de consommation se situe dans 32,3% entre 16-20 ans.

Tableau XVIII : Répartition selon le nombre de cigarettes consommées par jour.

Nombre de cigarette consommée par jour	Effectifs	Fréquences
<10 / j	19	61,3
10-20 / j	11	35,5
+ 20 / j	1	3,2
Total	31	100,0

61,3% des fumeurs consommaient moins de dix cigarettes par jour.

Tableau XIX : Répartition selon le temps de consommation de la 1^{ère} cigarette après le réveil.

Temps de consommation de la 1^{ère} cigarette après le réveil.	Effectifs	Fréquences
Immédiatement	3	9,7
15 à 30min	5	16,1
1 heure	12	38,7
Plus d'1 heure	11	35,5
Total	31	100,0

38,7% des personnes fumaient leur 1^{ère} cigarette 1 heure de temps après le réveil.

Tableau XX : Répartition selon le lieu de consommation pendant les horaires de service.

lieu de consommation au service.	Effectifs	Fréquences
La cour	26	83,9
La cour et la toilette	2	6,5
La cour et le bureau	2	6,5
Les trois lieux	1	3,2
Total	31	100,0

83,9 % du personnel fumaient dans la cour de l'hôpital.

Tableau XXI: Répartition en fonction du lieu de consommation à domicile.

lieu de consommation à domicile	Effectifs	Fréquences
La cour	17	54,8

Salon	1	3,2
La rue	3	9,7
La cour, la chambre et la rue	1	3,2
La cour et la chambre	1	3,2
Partout	8	25,8
Total	31	100,0

54,8% du personnel fumaient dans la cour de leur domicile.

Tableau XXII: Répartition selon le désir d'arrêter de fumer ou non.

Désir d'arrêter de fumer.	Effectifs	Fréquences
Non	4	12,9
Oui	27	87,1
Total	31	100,0

Le personnel qui souhaitait arrêter de fumer était le plus représenté avec 87,1%.

Tableau XXIII : Répartition en fonction des motivations d'arrêter de fumer.

Motivations.	Effectifs	Fréquences
Problème de sante	16	59,3
Problème de finance	1	3,7

Inutilité	5	18,5
Problème de santé et de finance	2	7,4
Problème de santé et inutilité	3	11,1
Total	27	100,0

59,3% des fumeurs souhaitaient arrêter de fumer pour problème de santé.

Tableau XXIV: Répartition selon la nécessité du soutien au sevrage.

Soutien au sevrage	Effectif	Fréquences
Non	18	66,7
Oui	9	33,3
Total	27	100,0

66,7% des fumeurs qui souhaitaient arrêter pensaient y arriver seul.

Tableau XXV : Répartition en fonction du type d'aide au sevrage.

Type d'aide au sevrage	Effectifs	Fréquences
Médical	1	11,1

Psychologique	1	11,1
Les deux	7	77,8
Total	9	100,0

77,8% ont opté pour un soutien combiné.

Tableau XXVI : Répartition en fonction de l'opinion générale du personnel.

Opinion générale		Effectifs	Fréquences
Type d'exemple	Bon	191	100
	Mauvais	0	0
Influence	Oui	158	82,7
	Non	33	17,3
Aide au sevrage	Oui	184	96,3
	Non	7	3,7

100% des enquêtés pensent que le personnel soignant doit donner un bon exemple à la population et qu'il peut non seulement influencer mais également aider au sevrage avec respectivement 82,7% et 96,3%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

➤ Etude sur la population globale

Le service administratif occupait le premier rang avec 22,5% alors que Touré N O et coll dans le CHN de Fann ont eu dans son étude 24,5% du personnel des maladies infectieuses [7].

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 72,3%. Ce résultat est conforme à ceux de Diaw A et Touré N O et coll qui ont retrouvé respectivement 53,8% et 73,9% [3, 7].

Ceci peut s'expliquer d'une part, par les facteurs socioculturels et d'autre part, par la prédominance masculine au sein de l'hôpital.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des infirmiers (31,4%). Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance de ce type de personnel au niveau des services.

La tranche d'âge la plus représentée de notre étude est 31 - 41 ans avec 43,5% soit un âge moyen de 37,3 ans. Ce résultat est identique à celui de Diaw A [3] qui a retrouvé 37,7ans comme l'âge moyen et la tranche d'âge comprise entre 21 et 30 ans était la plus représentée avec 43%. Par contre dans une enquête effectuée chez des médecins exerçant a Dakar par N'diaye et coll. [45] l'âge moyen était de 40,5 ans et la tranche d'âge 30 et 40 ans avec 60% des sujets.

Notre étude retrouve 16,2% de fumeurs et 20% d'ex-fumeurs ; ces résultats sont supérieurs à celui retrouvé par Diaw A [3] 12,9% et 13,2% respectivement. Alaoui et coll. [46] ont retrouvé 14,9% de fumeurs, 7,6% d'ex-fumeurs.

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

➤ **Etude des ex-fumeurs**

L'étude a montré une prédominance masculine avec 97,4% nettement supérieur à celui de Touré N O et coll [7] qui a trouvé 53,8%.

La tranche d'âge 42-52ans a été la plus représentée avec 44,8%.

L'âge moyen de notre population ex-fumeur était de 42,2 ans contre 43,8ans obtenue au CHN de Fann par Touré N O et coll [7].

Le personnel médical représente 52,7%. Les 65,8% des ex-fumeurs déclarent avoir arrêté de fumer il y'a plus de 10 ans, 36,9% l'ont reçu après une 1^{ère} tentative. La cigarette a été jugée inutile dans 55,2% des cas constituant du coup, le premier motif d'arrêt du tabac, suivi des problèmes de santé avec 34,2%, contre une étude réalisée au CHN de Fann de Dakar par Touré N O et coll [7] qui ont trouvé autant de médecins que de paramédicaux avec 42,2%, parmi lesquels 51,7% avaient arrêté de fumer depuis plus de 10ans, pour des problèmes de santé au premier plan suivi de la culpabilité dans 24,2% et 21,2% respectivement.

Diaw A [3] a trouvé 13,2% des ex-fumeurs, dont 75% avaient essayés d'arrêter de fumer une fois. La culpabilité et les maladies étaient les principaux motifs d'arrêt du tabac soit respectivement 45,5% et 42,4%.

➤ **Etude des fumeurs**

Le sexe masculin représentait la totalité des fumeurs actifs avec 100%.

La tranche d'âge comprise entre 31 et 41ans a été la plus représentée avec 58,1%, soit un âge moyen de 37,3 ans. Ce résultat est superposable à celui de Touré N O et coll qui trouvaient 38,6ans comme l'âge moyen des fumeurs [7].

Le personnel médical représentait 16,2%, qui est nettement inférieur à celui de Diaw A soit 40,6% de médecins dans son étude réalisée au CHU PG en 2008 [3].

Les agents de l'administration se sont distingués comme les gros fumeurs avec 35,5%.

Dans notre étude la durée moyenne de consommation se situe entre 16 et 20 ans. Ce résultat est similaire avec celui trouvé par Touré O et coll, soit entre 17 et 20 ans. En 2010, Christian NAOUSSI rapportait dans 57,1% des cas une durée d'exposition comprise entre 6 et 15ans [47].

Nous avons recensés 3,2% de gros fumeurs (plus d'un paquet par jour). Ce résultat est largement inférieur à ceux de Diaw A et de Touré et coll qui ont retrouvé respectivement 20% et 31% de gros fumeurs. [3, 7].

Egalement 9,7% de nos sujets fumaient leur 1^{ère} cigarette immédiatement après le réveil; contre 44,6% qui fumaient dans les cinq premières minutes après le réveil dans l'étude de Diaw A. [3]

A l'issue de notre étude, le personnel qui souhaitait arrêter de fumer était le plus représenté avec 87,1%. Ce résultat est similaire à celui de Touré O et coll avec 86,2% de souhait d'arrêter de fumer [7]. Un taux plus élevé a été retrouvé par Youche L et coll et, Diaw A avec respectivement 90%, 93,7% de souhait d'arrêt de fumer. [48, 3].

Les problèmes de santé ont été les principaux motifs d'arrêt de fumer avec 59,3% des fumeurs qui souhaitaient le sevrage. Les mêmes raisons ont été évoquées dans 72,1% par M. Bakaï Tchaab Abal [49] et par Alaoui et coll dans 63,3% des cas. [46].

66,7% des fumeurs qui souhaitaient arrêter pensaient y arriver seul. Ce résultat est en désaccord avec celui de M. Bakaï Tchaab Abal qui trouve que 82,1% des fumeurs affirmaient avoir essayé d'arrêter de fumer sans y parvenir. [49]

Le soutien combiné (psychologique et médical) a été souhaité dans 77,8% (n = 7) comme moyen d'aide au sevrage. 81,25% (n=26) pensaient avoir besoin de soutien psychologique et/ou médical dans l'étude de Diaw A. [7].

Tous les enquêtés (100%) pensent que le personnel soignant doit donner un bon exemple à la population.

Aucours de notre étude, il a été constaté que le personnel de santé peut non seulement influencer mais également aider au sevrage avec respectivement 82,7% et 96,3%. Ce résultat est en accord avec celui de Touré et coll qui ont trouvés respectivement 75,5% et 65,6%. [7].

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

La lutte contre le tabagisme reste l'une des priorités faisant l'objet de mesures nouvelles dans le combat pour la santé que mène l'OMS. Le tabagisme chez le personnel hospitalier est une réalité au Mali. Cette enquête s'inscrit dans la perspective de la lutte contre la pandémie tabagique à l'échelle nationale. Elle pourra servir dans les recherches ultérieures sur l'évolution du tabagisme chez le personnel soignant. Ce personnel, par son contact avec la population, par sa crédibilité et l'autorité morale dont il jouit en matière de santé, doit prendre conscience de son rôle crucial d'éducateur et de son devoir d'implication dans la lutte contre les habitudes et attitudes tabagiques. La mise en place de mesures législatives consensuelles et de centres de sevrage anti-tabac permettront d'entrevoir le bannissement effectif du tabagisme, surtout au sein des structures sanitaires.

RECOMMANDATION

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes:

❖ **Aux autorités gouvernementales :**

- Veiller au respect strict et à l'application des dispositions prises par la nouvelle **loi 033 du 12 juillet 2010** relative à la commercialisation et à la consommation du tabac et des produits dérivés du tabac.
- Intensifier les campagnes de lutte antitabac au niveau national par l'organisation des caravanes de sensibilisation sur les dangers du tabagisme.
- Informer les populations sur l'existence de la loi antitabac et du contenu de cette loi.
- publier et diffuser les résultats des recherches effectuées sur les effets du tabac sur la santé.
- Elaborer une politique nationale de lutte contre le tabac assortie de l'approbation du plan stratégique et d'un programme de lutte antitabac
- Apposer des images dissuasives sur les emballages des cigarettes.
- Développer les compétences des agents de santé à tous les niveaux dans les prises en charge des patients tabagiques.
- Appuyer la société civile dans son rôle de sensibilisation et de plaidoyer.
- Mettre en place un cadre de concertation des acteurs de terrain.

❖ **A l'administration hospitalière**

- Interdire toute forme de tabagisme dans l'enceinte des structures hospitalières.
- Créer des structures spécialisées d'aide au sevrage tabagique.
- Former le personnel d'aide au sevrage.

- Confectionner des pancartes montrant les dangers du tabagisme à l'entrée de l'hôpital.

❖ **Au personnel soignant :**

- Informer tous les patients sur les risques du tabagisme au cours des consultations.

- Montrer l'exemple de s'abstenir de fumer en présence des malades.

❖ **Aux associations de lutte contre le tabagisme**

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

- Mettre en place des centres de sevrage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Nabli M, Boudriga N, Marzougui I, Hamrouni M.**
Guide de formation des médecins de 1^{ère} ligne sur le Sevrage
Tabagique, Ministère de la Santé Publique Tunisienne. 2009 ; P5-21.
- 2- OMS Aide mémoire N° 221** tabac et santé : les faits, Genève avril
1999.
- 3- Aliou Diaw**
le tabagisme chez le personnel médical et paramédical au CHU du
Point G Thèse Médecine, Bamako, 2008. 08-M-168.
- 4- Catherine Hill, Agnès Laplanche**
Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques
Documentation française, Institut Gustave Roussy, Villejuif, 2004.
- 5- Banque mondiale**
Maîtriser l'épidémie, l'état et l'aspect
économique de la lutte contre le tabagisme. Washington:
Estem, 2000; 143P
- 6- The Tobacco Atlas, OMS P87-2002.**
- 7- Toure NO, Dia Kane Y, Diatta A, Ndiaye EH, Niang A, Thiam
K, et al**

Etude préliminaire sur le tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHN de Fann.

Rev Mal Respir. 2006;23 :59-67. This article on Pub Med

8-Haidara A M

Le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre le tabagisme au Mali.

Thèse Pharm, Bamako, 1981. 97- M- 27.

9. Diallo A

Tabac et jeunesse, document ALUTAS MALI, 2001, p 2-6.

10-Paul, Shiltz (Vadecum de pharmacie Edition Maloine)

Paris 1979 ; p52-59,83-27.

11-Malakauskas K, Veryga A, Skalauskas R

Smoking prevalence among university hospital staff.

Medecina 2003; 39: 301-6

12-Cissé Mohamed .

Enquête globale sur le tabagisme chez les jeunes (SOS tabagisme)

2002.pl

13-kouana D.

Tabagisme en milieu universitaire FMPOS.

Thèse pharm Bamako ; 1994 : 96-P-04

14- Tounkara Fatoumata.

Prévalence du tabagisme chez les étudiants en fin de cycle d'étude de médecine, de pharmacie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS).

Thèse pharm Bamako, 2005.05-P-51.

15-CAMARA M.

Division technique tabaculture de la SONATAM-SA, Mai 2003

16- [htt://www.voyagesphotosmanu.com /complet/image/culture-tabac](http://www.voyagesphotosmanu.com/complet/image/culture-tabac)

17- Luc Réfabert. « Tabac, qu'est-ce que ça fait? » 2002.

18- Zouhoum TH, DIOP S, HOCUTONDI A, Yacouba AM.
Médecine d'Afrique Noire, 1988; 35: 699-700.

19- Pierre GODEAU, Serge HERTON, Jean Charles PIETTE.
Traité de Médecine 3ème Edition Eclipse Paris. P 921, 2409, 2413.

20-Lemaire.

Les tabagismes, que sais-je ? N°1859, Paris 1986

21-Bennette T, Gill K, Mandell OS.

Cecil traité de Médecine interne, Edition spéciale étudiant P 35-36.

22- Benowitz et coll, 2002.

Plan d'action nationale de lutte contre le tabac 2002-2007.

(Ministère de la santé, de l'Hygiène et de la prévention Sénégal).

23-Banque Mondiale Le développement à l'œuvre.

Maîtriser l'épidémie. L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Washington 2000 ; p 53-57.

24- OMS Tabac ALERTE! N° spécial l'épidémie de tabagisme (une urgence mondiale de santé publique), Avril 1992 ; p1.

25-Dao Soungalo.

Tabac ; Aspect économique et effet sur la santé en milieu hospitalier de Bamako ; Thèse méd Bamako ; 1996-32p. 97- M- 27

26-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

27-The Nazi War on Cancer.

Robert N. Proctor. 380 pp. Princeton, N.J, Princeton University, 1999.

28- Wynder El, Graham EA, tobacco Smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma

A study of six hundred and eighty-four proved cases;
JAMA, 1950; 143: 329-336.

29- Bach BP.

Smoking as a factor in causing lung cancer,
JAMA, 2009; 301: 539-541.

30-<http://www.who.int/features/2003/08/fr/index.html>. Organisation mondiale de la santé.

31-<http://sante.medecine.commentcamarche.net/contents/tabac/01le-tabac-des-statistiques-alarmanes-qu'il-faut-connaître>. PhP3.

32-H. Frank Farmer, Jr, M.D, Ph.D, F.A.C.P.

Factsheet on lung Cancer; Source CDC (Centers for disease Control) the health consequences of smoking: A report of the surgeon general (2004).

33- Mironea V, Imbimboa C, Bortolottib A et Als.

Cigarette smoking as risk factor for erectile dysfunction: results from an Italian epidemiological study, Eur urol, 2002; 41: 294-297.

34- Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J.

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

35- Feldman JG, Minkoff H, Schneider MF et al.

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

36- Fleming P, Blair Ps.

“Sudden infant death syndrome and parental smoking”, early hum Dev.2007, Nov83 (11): 721-5. Epub 2007Sep18.

37- Lipworth I, Tarone RE, Mc Laughlin JK.

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

38- 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

39- PAUL FREOUR.

Le médecin, le fumeur et le tabac 1987.

40 -Docteur André Plante, MD.

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

41- 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.

42- Ministère de la santé de l'hygiène et de la prévention du Mali.

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

43- Stratégies publics consultants SARL

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

44- Tchuinden Stephanie Flaviette.

Le tabagisme, chez les lycéens dans le district de Bamako;

Thèse med :bamako 2002 ;81p ;39

45-Ndiaye M, Hane AA, Ndir M, Ba O, Diop-Dia D, Kandji M.

Le tabagisme parmi les médecins exerçant a Dakar.

Revu pneumol clin 2001; 57: 7-11

46-Alaoui Yazidi A, El Bazie M, El Meziane A.

Tabagisme chez le personnel de sante au Maroc.5é Conférence Panafricaine de santé au travail. Tunis, 22 septembre-2 octobre 1999.

47- Christian NAOUSSI SANGO

Connaissances et Attitudes des éléments de la police vis-à-vis du tabagisme dans les commissariats du district de Bamako.

Thèse Méd 2010.-63p. 10-M-167.

48- Youche Longue, Liliane

Etude du tabagisme chez les sujets âgés de 15 à 30 ans dans le village de Point-G à Bamako à propos de 360 cas.

Thèse med : Bamako, 2005.80p ; 131.

49- M. Bakaï Tchaa Abalo.

Tabagisme en milieu scolaire Bamakois.

Thèse de méd Bamako ; 2011.-98p. 11-M-137.

ANNEXES

X. ANNEXES

Annexe 1: Loi antitabac

Mme DIARRA
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

LOI N° 10- 033 /DU 12 JUIL 2010.

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

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

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

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET

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

CHAPITRE II : DES DEFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II : DES MESURES DE PROTECTION CONTRE LE TABAC

CHAPITRE I : DU COMITE NATIONAL DE CONTROLE DU TABAC

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

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

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

A ce titre, il est notamment chargé de :

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

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

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

CHAPITRE II : DES PRODUITS DU TABAC

Article 6 : Conformité à la réglementation

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

Article 7 : Informations relatives aux produits du tabac

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

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

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

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

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

Article 9 : Distributeurs de cigarettes

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

Article 10 : Conditions de vente

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

Article 11 : Livraison des produits du tabac

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

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

Article 12 : Informations exigées sur les paquets

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

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

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

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

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

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

Le parrainage du tabac est également interdit.

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

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

CHAPITRE IV : EXPOSITION A LA FUMEE

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

Article 15 : Il est interdit de fumer dans :

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

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

TITRE III : DES INFRACTIONS ET PENALITES

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

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

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

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

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

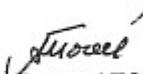
TITRE IV : DISPOSITIONS FINALES

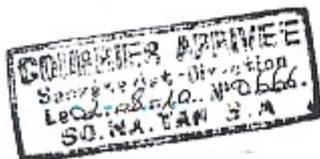
Article 21 : Un décret pris en Conseil des Ministres détermine les modalités d'application de la présente loi.

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

Bamako, le 12 JUIL 2010

Le Président de la République,


Amadou Toumani TOURE



Annexe 2 : FICHE D'ENQUETE

N° : /

Anonymat (100%)..... Anonymat (100%)..... Anonymat (100%)

Sexe : M () F ()

Age : ans

Service

Médecin ()

Pharmacien ()

Assistant Médical ()

Infirmier ()

Sage femme ()

Technicien santé ()

Labo ()

Rx ()

Assistant social ()

kiné ()

Agent surface ()

agent de sécurité ()

pharmacie ()

Agent administratif ()

ATCD :

HTA ()

Diabète ()

Obésité ()

Asthme ()

BPCO ()

Douleurs thoracique à l'effort ()

Douleurs jambes à la marche ()

Gastrite ()

UGD ()

Lésions buccales ()

Vous fumez ? Et ou chiquez ?

-Non ()..... Vous avez fumez dans le temps

Non ()

Oui ()

Vous avez arrêté il y'a combien de temps

1an () 2 ans ()

5ans () + 10ans ()

Autres

Pourquoi avez-vous arrêté de fumer

Problème de santé ()

Problème de finance ()

Ne servait à rien ()

Autre

Vous avez pu arrêter après combien de tentative

1 ()

2 ()

3 () ou plus ()

-Oui ()

A quel âge avez vous commencé à fumer ?ans

Vous fumez depuis combien d'année ?ans

Vous avez essayé d'arrêter de fumez combien de fois ? 1 ()

2 ()

3 () ou plus ()

Vous fumez combien de cigarette / jour

<10 /j () 10-20/j () +20 /j ()

Vous prenez votre 1^{ère} cigarette combien de temps après le réveil ?

- Immédiatement ()
- 15 à 30 minutes ()
- 1 heure ()
- Plus d'1 heure ()

Où est ce que vous fumez quand vous êtes au service :

- dans la cour ? ()
- dans le bureau ? ()
- dans les toilettes ? ()

Où est ce que vous fumez quand vous êtes à la maison :

- dans la cour ? ()
- dans la chambre ? ()
- au salon ? ()
- dans la rue ? ()

Souhaiteriez-vous arrêter de fumer ?

Non ()

Oui () et Pourquoi ? Problème de santé ()
..... Problème de finance ()
..... Ne servait à rien ()
..... Autre

Pensez-vous arriver seul à laisser la cigarette ?

Oui () non ()

Pensez vous y arrivez avec le soutien :

- médical ? Oui () Non ()
- psychologue ? Oui () Non ()
- les deux ? Oui () Non ()

Donnez-vous des conseils aux autres :

Non () Oui ()
Lesquels ?

Quel exemple le personnel soignant doit donner à la population

Bon () Neutre () Mauvais ()

Le personnel de santé peut il aider les fumeurs à arrêter de fumer ?

Oui () Non ()

Le personnel de santé a-t-il suffisamment d'influences pour cela ?

Oui () Non ()

COLLABORATION

MERCI POUR VOTRE

Annexe : 3 Fiche signalétique

Nom : COULIBALY

Prénom : Alhousseny

Titre de thèse : le tabagisme chez le personnel du CHU GT.

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique, Cardiologie, Toxicologie.

Résumé : Le tabagisme constitue un problème actuel majeur de sante publique, responsable d'une morbidité et d'une mortalité très importantes.

Nous avons effectué cette étude afin d'étudier le tabagisme chez le personnel du CHU GT.

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au cours du mois de janvier 2010.

Nos objectifs étaient de :

- Etudier le tabagisme chez le personnel du CHU GT.
- Déterminer la prévalence du tabagisme chez ce personnel.
- Déterminer les habitudes tabagiques des sujets fumeurs.
- Evaluer le niveau d'information et d'implication sur les dangers du tabagisme.
- Proposer des moyens de lutte contre le tabagisme.

Nous avons eu un taux de participation de 31,2%, avec 31 fumeurs, 38 ex-fumeurs et 122 non fumeurs, tous les services étaient représentés.

L'étude montrait une prédominance masculine (sexe ratio=2,6). Les agents de l'administration représentaient 35,5% de la consommation de tabac. La cigarette a été jugée inutile dans 55,2% des cas constituant du coup, le premier motif d'arrêt du tabac, suivi des problèmes de santé avec 34,2%. Le personnel soignant Malien doit prendre conscience de son rôle crucial d'éducateur et de son devoir d'implication dans la lutte contre le tabagisme. La mise en place de mesures législatives et de centre de sevrage anti-tabac permettra d'entrevoir le bannissement effectif du tabagisme, surtout au sein des structures sanitaires.

Mots-clés : Tabagisme. Personnel. CHU GT.

