

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

----- =0= -----

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2009- 2010

N° :

Thèse

TABAGISME CHEZ LE PERSONNEL
SOCIO-SANTITAIRE DU CERCLE DE
KITA

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009
àHeure devant la faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto - Stomatologie du Mali

Par Monsieur *FALAYE SISSOKO*

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

JURY:

Président : Professeur Elimane MARIKO

Membres : -Professeur Sounkalo DAO

-Dr Saïbou MAIGA

Directeur de Thèse : Professeur Mamadou KONE

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

ADMINISTRATION :

DOYEN : Anatole TOUNKARA – Professeur

1er ASSESSEUR : Drissa DIALLO – Maître de Conférences

2ème ASSESSEUR : Sékou SIDIBE – Maître de conférences

SECRETAIRE PRINCIPAL : Yenimegue Albert DEMBELE – Professeur

AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY Fatoumata TALL – Contrôleur des finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
------------------------	--------------------

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto- Rhino- Laryngologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	Urologie
M. Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie (en détachement)
M. Doulaye SACKO	Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	Ophtalmologie

M. Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	Urologie
M. Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
M. Souleymane TOGORA	Odontologie
M. Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraima MAIGA	Gynéco- Obstétrique
M. Youssouf SOW	Gynéco- Obstétrique
M. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Reanimation
M. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
M. Boubacary GUINDO	ORL
M. Moussa A OUATTARA	Chirurgie Générale
M. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
M. Bréhima Coulibaly	Chirurgie Générale
M. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
M. Moustapha TOURE	Gynécologie
M. Adegne TOGO	Chirurgie Générale
M. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
M. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
M. Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
M. Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
M. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Reanimation
M. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Reanimation
M. Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
M. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
M. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy Tall	Anesthésie Réanimation
M. Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
M. Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
M. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et cardio-Vasculaire
M. Tioukany THERA	Gynécologie
M. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
M. Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie

M. Seydou BAKAYAKO	Ophtalmologie
M. sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
M. Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
M. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophtalmologie
M. Hamidou Baba SACKO	ORL
M. Siaka SOUMAORO	ORL
M. Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
M. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
M. Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
M. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
M. Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
M. Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

M. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
M. Moussa Issa DIARRA	Biophysique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Kaourou DOUCOURE	Biologie
M. Bouréma KOURIBA	Immunologie
M. Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
M. Mounirou BABY	Hématologie
M. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
M. Moctar DIALLO	Biologie Parasitologie
M. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mahamadou DIAKITE	Immunologie-Genétique
M. Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
M. Bakary MAIGA	Immunologie
M. Bokary Y. SACKO	Biochimie
M. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie

4. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
M. Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	Dermato-Leprologie

M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Boubakar DIALLO	Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa A. CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
M. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
M. Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie

M. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
M. Yacouba TOLOBA	Pneumologie
M. Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
M. Ousmane FAYE	Dermatologie
M. Mahamadou DIALLO	Radiologie
M. Mahamadoun GUINDO	Radiologie
M. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
M. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
M. Ichaka MENTA	Cardiologie
M. Souleymane COULIBALY	Cardiologue
M. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
M. Salia COULIBALY	Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Drissa DIALLO	Matières Médicales
M. Alou KEITA	Galénique
M. Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	Toxicologie
Mme Rakio SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Yaya KANE	Galénique
M. Saïbou MAIGA	Législation
M. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
M. Yaya COULIBALY	Législation
M. Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie Immunologie
M. Sékou BAH	Pharmacologie
M. Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

M. Moussa A. MAIGA	Santé Publique
M. Jean TESTA	Santé Publique
M. Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Massambou SACKO	Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	Santé Publique
M. Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
M. Samba DIOP	Anthropologie Médicale

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Adama DIAWARA	Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
M. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
M. Akory AG IKNANE	Santé Publique
M. Ousmane LY	Santé Publique
M. Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
M. Fanta SANGHO	Santé Communautaire

4. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO	Biostatistique
M. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	Botanique
M. Boubou DIARRA	Bactériologie
M. Salikou SANOGO	Physique (Ministère)
M. Boubacar KANTE	Galénique
M. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
M. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	Génétique
M. Lassine SIDIBE	Chimie Organique
M. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA

Bromatologie

Pr Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr Mounirou CISSE

Hydrologie

Pr Amadou Papa DIOP

Biochimie

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

*DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS*

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail :

-A ALLAH, le tout puissant, le miséricordieux ; louange à toi de m'avoir donné la santé, le courage et la conviction de mener ce modeste travail à son terme, que ton nom soi glorifié à jamais. AMEN !

-AU prophète Mohamed (paix salut sur lui)

-A mon père feu Mahamadou SISSOKO

Merci père, de nous avoir appris que dans la vie, il ne faut compter que sur soi-même, de nous avoir inculqué le sens des valeurs. Tu nous as enseigné la simplicité, la franchise, la dignité, le courage et la sincérité. Sache que ce travail est à ton honneur ; j'aurai voulu que tu sois présent, mais la volonté de Dieu a emporté. Repose en paix papa !

-A ma mère Djoncouda KANOUTE

Je remercie DIEU de m'avoir donné une maman comme toi.

Toi qui t'es privée de tout pour que nous ayons une vie meilleure. Tu es une femme responsable, courageuse, généreuse, forte, travailleuse et pleine de bon sens, ce jour est le tien, ce travail est l'aboutissement de tout ce que tu as enduré pour nous élever, puisse ALLAH te donner une longue vie et nous donner la force pour pouvoir t'honorer maman.

-A mon tonton Koly SISSOKO

C'est le lieu de vous dire merci, et vous témoignez de ma reconnaissance à travers ce modeste travail. Qu'ALLAH vous accorde une longue vie.

-A mon fils Koly SISSOKO, papa t'aime plus que tout au monde ; je souhaite qu'un jour tu fasses mieux que moi.

-A ma femme OUMOU DIANE, Merci pour ton soutien et pour tout ce que tu as accepté pour moi. Q'ALLAH te donne une vie merveilleuse.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

A Dr Ismael SIMAGA Médecin chef au CSRef de Kita, recevez ici mes sincères remerciements pour votre disponibilité et votre soutien inconditionnel, ce travail est aussi le vôtre.

A Dr Kizito DABOU Médecin Chef adjoint au CSRef de Kita, merci d'avoir mis à ma disposition tous ceux qui étaient indispensables à la réalisation de ce travail. Votre rigueur et votre sérieux dans le travail a été exemplaire pour moi. Ce travail est aussi le vôtre.

A Dr Adama BOUARE au CSRef de Kita, merci pour vos conseils, votre simplicité et votre facilité d'abord.

A Dr Bieter DEMBELE au CSRef de Kita, merci pour votre contribution à la réalisation de ce travail et votre disponibilité.

A Famory KEITA Infirmier d'état au CSRef de Kita, grâce à votre soutien ce travail a été mené à bout, je vous en remercie.

A tout le personnel de santé du cercle de Kita, je vous remercie pour votre soutien inconditionnel.

A Dr Fadouba SIDIBE et Mme SIDIBE Ténin DIALLO, merci pour votre soutien combien inestimable pour moi, que Dieu vous en récompense. Sachez que je n'oublierai jamais vos gestes.

A tout le personnel du CNOU.

A Dr KONE Abou au CSCOM de Koulouba.

A mes tontons : Moussa SISSOKO, SATA Moussa SISSOKO, Niafou SISSOKO, Lassi DIARRA, Tambadou DABO, Cheick SISSOKO. Merci pour votre soutien dans les moments difficiles de ma vie. Qu'Allah le tout puissant vous soit reconnaissant.

A mes Tantes : Ramata SISSOKO, Douafing.

A mes frères et soeurs : Fily SISSOKO, Sibou SISSOKO, Feu Moussa SISSOKO, Lountanding SISSOKO, Djély Madi SISSOKO, Mahamadou SISSOKO, Mamadou KANOUTE, Kékoro KANOUTE.

A mes amis : Mory SAMAKE, Ibréhim TOUNKARA, Hamala DIAWARA, plus que des amis, vous été des frères pour moi.

A mon cousin : Falaye Diabaté, Recevez ici mes sincères remerciements pour vos soutiens dans les moments difficiles.

A mes collègues de la FMPOS : Bangaly SIDIBE, Boubacar KEITA, Abdoulaye KARAMBE, Bouffon, Nima, Drissa SIDIBE, Famakan DIAKITE, Abdramane BAH, Mamadou BOITE, Fa-issif KOUYATE, Idrissa SACKO, Mamadou DIAWARA, Boubacar DIARRA, YARE, Emanuel, Dr SYLLA Ousmane, Dr KANE Afou, Dr TRAORE Demba, Dr DIARRA Bréhima, et tous ceux dont je n'ai pas cité ici, sachez que je ne vous oublierai jamais.

HOMMAGES

AUX

HOMMAGES
MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur Elimane MARIKO

- Professeur de pharmacologie à la FMPOS
- Pharmacien colonel
- Ancien Chef de D.E.R des sciences pharmaceutiques
- Chargé de cours de pharmacologie à la FMPOS
- Chargé de mission au Ministère de la défense et des Anciens Combattants.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré de tous.

Recevez honorable maître nos sentiments d'estime, de respect et de gratitude.

A notre maître et juge

Dr Saïbou Maïga

- Maître assistant de Législation à la FMPOS
- Chargé de cours de législation à la FMPOS.

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre ardent désir à transmettre aux autres vos larges connaissances et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié.

Votre apport pour la réalisation de ce travail fût plus que considérable : il est aussi le vôtre.

Permettez **Cher Maître**, de vous réitérer toute notre reconnaissance et veuillez trouver ici, notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Professeur Soukalo DAO

- Maître de conférences de maladies infectieuses à la FMPOS,
- Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la FMPOS,
- Chercheur au programme SEREFO

Cher maître,

Vous nous avez fait un immense privilège en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Vous nous fascinez par la grandeur de votre humanité et la splendeur de votre enseignement.

Votre sagesse, votre capacité d'écoute et votre expérience professionnelle nous honorent et font de vous un **Maître** de qualité exceptionnelle.

En acceptant d'apprécier ce modeste travail, vous contribuez à son indispensable amélioration.

Veillez accepter **Cher Maître**, nos sincères remerciements.

A notre Maître et directeur de thèse,

Professeur Mamadou KONE

- Professeur de physiologie à la FMPOS
- Chargé de cours de physiologie à la FMPOS,
- Directeur général adjoint du centre National des œuvres universitaires du Mali,
- Médecin du sport,
- Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques,
- Président du collège Malien de Réflexion pour la Médecine du sport,
- Membre du comité scientifique de la revue Française de Médecine du sport,
- Membre du Groupement Latin et Méditerranéen de médecine du sport,
- Secrétaire général de la fédération Malienne de Taekwondo, Ceinture noire 3^{ème} dan.

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Vous êtes un homme de science mais aussi un homme de lettre.

Nous avons été séduits au cours de nos visites par votre culture, votre simplicité, votre accessibilité, votre disponibilité et votre grande ouverture. Nous gardons de vous l'image du maître aux qualités humaines inestimables.

Cher maître, recevez l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

BAT: British American Tobacco.

CIRC : Centre International de la Recherche sur le Cancer.

CO : Monoxyde de carbone.

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CSRéf : Centre de santé de référence.

CPN : Consultation prénatale.

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

HTA : Hypertension artérielle.

I.N.P.S : Institut national de prévoyance sociale.

IRA : Infections Respiratoires Aigues.

JMST : Journée mondiale sans tabac.

OHVN : Office de la Haute Vallée du Niger.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

PDRIK : Projet de développement rural intégré de Kita.

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

SA : Siège agence.

SLACAER : Service Local d'Appui, de Conseil, d'Aménagement et d'Equipement rural.

SONATAM : Société Nationale de Tabac et Allumettes du Mali.

SPSS: statistical pacrage for social sciences.

UEMOA : Union Economique et Monétaire des Etats de l'Afrique de l'Ouest.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	1-2
II-OBJECTIFS.....	3
III-GENERALITES	4-23
IV-METHODOLOGIE.....	24-33
V-RESULTAT DE L'ETUDE.....	34-54
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	55-58
VII-CONCLUSION.....	59
VIII-RECOMMANDATIONS.....	60-61
IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	62-68
X-ANNEXES.....	69-75

I-INTRODUCTION :

Le tabagisme est un terme qui caractérise la consommation du tabac en général. Il est le plus souvent utilisé pour désigner le comportement des personnes dépendantes de la consommation de tabac (tabacomanie), par opposition à la consommation occasionnelle. [23]

Le tabagisme est une des principales causes évitables de mortalité dans le monde. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), 4,9 millions de morts par an seraient imputables au tabagisme, cela correspond à 62 décès pour 100.000 personnes, 1 décès toutes les 8 secondes, 60 millions de décès pour la seule moitié du XX^{ème} siècle.

Il est aussi la cause d'au moins 25 pathologies connues. On estime à près de 75% les cas de cancers liés directement ou indirectement au tabagisme (cancers des poumons, de la langue, de la gorge, ...). [28]

L'OMS estime que si la consommation poursuit les tendances actuelles, le tabac sera la cause de 10 millions de morts par an d'ici 2030, principalement dans les pays en développement. [16]

- ✓ En France, 28,6% de la population fument (hommes et femmes confondus). Le tabagisme est responsable du décès de 175 français par jour (64.000 par an). Un fumeur sur deux ne dépasse pas 65ans qui est bien inférieur à l'espérance de vie (83ans). [57]
- ✓ Aux Etats-Unis : 20,8% de la population en 2006 fument. Le tabagisme est responsable de près de 440.000 décès annuels (soit environ un cinquième des décès). [23]
- ✓ Au Mali, la prévalence du tabagisme est mal connue, très peu d'études ayant été faites à ce sujet ; cependant une étude réalisée en 1981 par HAIDARA AM., a révélé que sur un échantillon de 5433 sujets recrutés dans la ville de Bamako, 27,89% étaient des fumeurs avec un taux de 43,86% pour les hommes et 2,6% pour les femmes. [21]

Les dispositions contenues dans la loi n°96/041 portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac au Mali visent à interdire la publicité en faveur du tabac à la radio, à la télévision, dans les salles de cinéma et sur certains panneaux publicitaires. Elle vise en outre à interdire l'usage du tabac dans certains endroits publics et dans les véhicules de transport public. Mais ces textes demeurent inappliqués. Une enquête CAP réalisée par le Ministère de la santé du 29 Avril 1998 au 4 Mai 1998 révèle que presque 60% des personnes interrogées ne sont pas au courant de l'existence de la loi et que seulement 23% des individus sont disposés à l'appliquer. [44]

Compte tenu du caractère hautement additif des cigarettes, la politique dominante actuelle (2009) de l'OMS vise à l'éradication complète du tabagisme, à l'instar de ce qui serait une épidémie mondiale. L'option consiste à viser une consommation modérée et raisonnée, en évitant la dépendance, est actuellement combattue. [27]

Le personnel socio-sanitaire bien que, non épargné par la consommation du tabac, a un rôle décisif dans la lutte contre le tabagisme. Connaissant pour la plupart, les conséquences liées à la consommation du tabac, il se doit d'être exemplaire et s'impliquer dans l'aide au sevrage. C'est dans ce but que nous avons voulu étudier l'importance du problème dans le milieu socio-sanitaire du cercle de **Kita**, le comportement du personnel et leur point de vue face au tabagisme.

II-OBJECTIFS :

1-Objectif Général:

Etudier la prévalence du tabagisme chez le personnel socio-sanitaire du cercle de Kita.

2-Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel socio-sanitaire du cercle de Kita.
- Déterminer les causes de la consommation du tabac.
- Apprécier la connaissance et les comportements du personnel socio-sanitaire de Kita sur les conséquences du tabagisme.
- Déterminer les meilleurs moyens de lutte contre le tabagisme.

III- GENERALITES:

Le tabac a été longtemps cultivé uniquement en Amérique. Il était consommé sous forme de poudre de tabac à chiquer ou fumer dans des pipes. C'est à la fin du XV^{ème} siècle que les Européens découvrirent le tabac.

Jean Nicot en 1560 l'introduisit en France. Il le fit connaître à la reine Catherine de Médicis qui l'utilisa contre ses migraines. Cela exhorta le succès de l'herbe de Nicot à laquelle on attribua les vertus médicales et des pouvoirs magiques [22].

En 1580, le tabac parvint en Turquie, ce qui lui ouvre les portes de l'Asie. L'entrée du tabac en Afrique s'est faite par le Maroc d'abord en 1593 et au Mali pendant la période coloniale dans le but d'occuper les paysans pendant la saison sèche.

Dès la fin du XV^{ème} siècle le tabac était connu dans le monde entier. Le tabac, sous forme de cigare, voit le jour puis la forme de cigarette apparaît [17].

Devant l'augmentation continue de sa consommation, le marché du tabac ne tarda pas à se créer une place importante dans l'économie mondiale.

Si aujourd'hui la nocivité du tabac pour la santé est connue, c'est surtout grâce à l'américain Richard Pearl qui établit en 1938 un lien entre la consommation du tabac et l'abrégement de la vie [17]. Mais aussi grâce à de nombreuses études qui ne cessent d'être réalisées depuis cette date rendant ainsi le tabac sujet à des controverses de la part des médecins, des acteurs économiques et des hommes de loi.

1. Culture et Composition du tabac :

La plante du tabac, *nicotiana tabacum*, fait partie de la famille des *Solanacae* [7]. C'est l'espèce la plus cultivée dans le monde.

1.1. Culture du tabac au Mali :

Au Mali on cultive traditionnellement la variété Rustica. La culture se fait par semis sous forme de pépinière. Les plants sont ensuite repiqués.

La température optimale pour la végétation est de 27°C, le sol doit être sablonneux et léger, riche en éléments fertilisants notamment l'azote, l'acide phosphorique et la potasse.

Ces éléments influencent la qualité du tabac produit après la récolte, le tabac est traité par dessiccation puis la fermentation avant d'être prêt à la consommation [22]. Le tabac peut être consommé avec de la fumée (cigarette, cigare, pipe) ou sans fumée (tabac à chiquer ou à priser) [56].

La composition de la fumée du tabac nous intéresse ici, car la cigarette est la forme la plus répandue aujourd'hui. En général lorsqu'une cigarette se consume, un grand nombre de composés chimiques se forment à l'extrémité et sont inhalés par le fumeur (courant de fumée principale ou primaire) ou rejetés dans l'air (courant de fumée latérale ou secondaire) [32].

1.2. Composition du tabac :

Parmi les nombreuses substances que la fumée de tabac contient, seuls quatre groupes de constituants seront pris en considération du fait de leur toxicité. Il s'agit de :

1.2.1. La nicotine :

C'est un alcaloïde découvert en 1809 par Voquelin [67]. Il est responsable de la dépendance tabagique. La nicotine absorbée dans les alvéoles passe dans le sang et se fixe sur les récepteurs nicotiques, récepteurs à acétylcholine présents dans les jonctions neuromusculaires, ganglions parasympathiques, la médullosurrénale et surtout certaines zones du cerveau, principalement les voies dopaminergiques. La stimulation de ces neurones induit la libération de la dopamine et celle des autres neuromédiateurs, expliquant les effets psycho actifs de la nicotine [77].

La décharge d'adrénaline entraîne une accélération du rythme cardiaque, la dépression du système nerveux central et du système respiratoire. Elle est à l'origine de la constriction des petites artères du corps pouvant être à l'origine d'une hypertension artérielle. La dose létale de la nicotine chez l'homme est voisine de 0,06 grammes [62].

1.2.2. Le monoxyde de carbone :

Le monoxyde de carbone, une fois dans l'organisme se fixe sur l'hémoglobine.

Il diminue à la longue la capacité d'oxygénation du sang, vingt cigarettes transforment 20% d'hémoglobine en carboxyhémoglobine.

En outre le monoxyde de carbone augmente la teneur en graisse du corps humain et ainsi le risque d'athérosclérose [75]. Une cigarette libère 15 à 20 millilitres de monoxyde de carbone, c'est pourquoi les sujets n'inhale pas la fumée ont une oxycarbonémie sensiblement égale à celle du non-fumeur [22].

1.2.3. Les irritants :

La présence d'irritants dans la fumée de tabac est à l'origine de nombreux phénomènes allergiques de la muqueuse respiratoire. Il s'agit d'aldéhydes, d'acroléine, d'éthanol, de benzoquinone, etc... Ils sont responsables de l'hypertrophie de la muqueuse, l'atrophie ciliaire et l'inflammation des bronches. Le retentissement bronchique du tabac augmente avec l'inhalation de la fumée, la quantité consommée et l'ancienneté du tabagisme. La pondération que l'on est amené à faire en fonction des types de tabac ou des filtres associés aux cigarettes semble faible [66].

1.2.4. Les substances cancérigènes :

L'action cancérigène du tabac est liée à la présence, dans le condensât de la fumée de facteurs chimiques de cancérisation (les hydrocarbures inhérents à la combustion, le 3- 4 benzopyrène, les anthracènes, etc...) et facteurs physiques (éléments radioactifs comme le polonium 210) [45]. Ces substances seraient

métabolisées par l'organisme en cancérigènes avant de provoquer des lésions du génome [66].

Il existe une réglementation sur la teneur en goudron et en nicotine autorisée aux industries de tabac du monde avec obligation [69]. Des arguments solides indiquent que cette exposition à la fumée ambiante de tabac est nocive pour la santé des non-fumeurs. Récemment l'agence américaine pour la protection de l'environnement a classé l'exposition à la fumée ambiante de tabac comme un carcinogène de classe A, pouvant être à l'origine de cancer du poumon [9].

La fumée ambiante est constituée de la fumée produite pendant que la cigarette couve et de la fumée primaire exhalée par le fumeur. Plus de 75% des produits de combustion d'une cigarette entrent dans l'air. Les constituants de la fumée ambiante sont qualitativement similaires à ceux de la fumée primaire. Cependant certaines toxines comme l'ammoniac, le formaldéhyde et les nitrosamines sont présents à des concentrations beaucoup plus hautes dans la fumée ambiante que dans la fumée primaire [9].

Les femmes enceintes qui fument risquent davantage de perdre le fœtus par avortement spontané. Dans les pays à revenus élevés, les enfants nés de mères fumeuses ont très souvent un faible poids de naissance et ils ont un excès de risque de mourir peu après la naissance jusqu'à 37% supérieur à celui des enfants des non-fumeuses. Les chercheurs ont observé récemment la présence d'un carcinogène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac dans l'urine du nouveau-né dont la mère est fumeuse [7].

Le tabagisme passif est grave chez les enfants. Des études ont montré que le tabagisme passif avait un retentissement sur la fonction respiratoire des enfants arrivés à l'âge adulte notamment les infections respiratoires à répétition ou l'exacerbation des crises d'asthme, les otites, causent fréquentes de surdité chez les enfants [58].

La fumée de tabac produit également divers effets immédiats : irritation des yeux et du nez, céphalées, maux de gorge, étourdissement, nausées, toux et problèmes respiratoires [58]. L'appréciation des risques de la fumée ambiante est importante pour le médecin, car elle fournit une base pour conseiller aux parents de ne pas fumer quand les enfants sont à la maison ; pour insister sur l'interdiction du tabac dans les établissements de soins pour les enfants et pour recommander la restriction du tabac sur les lieux de travail et d'autres endroits publics [9].

2. Tabagisme et toxicomanie [21] :

La toxicomanie est une appétence morbide pour les drogues douées d'effets toxiques, euphorisants ou analgésiques, dont l'usage prolongé entraîne toujours un état d'accoutumance préjudiciable à l'individu au tant qu'à la société. On a proposé une classification des drogues des toxicomanies majeures (opium, morphine, cocaïne, alcool...) et des drogues des toxicomanies mineures dont fait partie le tabac, mais aussi les barbituriques, les amphétamines, le café et le thé.

2.1. 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.
- L'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.

2.2. Aspects psychiques :

Les raisons profondes de la toxicomanie sont à rechercher dans une perturbation instinctivoaffective ancienne. La nature de ce déséquilibre intime de la personnalité se révèle variable : on en décrit des toxicomanes déprimés

chroniques, anxieux, schizoïdes, obsédés, etc... En fait le phénomène est complexe, et tous les cas de toxicomanie ne peuvent recevoir d'explication. A une fixation et à une régression au stade oral de la personnalité (stade psychanalytique) s'ajoute peut être le rôle de l'équipement neurologique génétique de l'individu dans la fragilité des toxicomanes.

Parmi les facteurs déclenchant, citons les maladies ou accidents aux conséquences douloureuses, dévalorisantes ou invalidantes, tous les échecs familiaux et conjugaux, professionnels, les deuils, etc...

La nocivité du tabac sur la santé est reconnue depuis 1699 à travers une thèse intitulée « l'abus du tabac abrège t-il la vie ? » dirigée par le docteur Guy Cressent Fagon (1638-1718) professeur de Botanique et premier médecin du roi Louis XVI [41]. Un gros fumeur sur deux va mourir à cause du tabac et dans les pays développés la moitié d'entre eux décéderont avant 70 ans, avec une espérance de vie inférieure de plus de 20 ans. Selon l'OMS, plus de 4 millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabac. Ce qui représente un décès toutes les huit secondes. Les pics actuels de la mortalité tabagique reproduisent les présences de la consommation avec un décalage de 3 ou 4 décennies. La mortalité actuelle résulte de la consommation antérieure. De 1950 à 2000, le tabac aurait fait plus de 60 millions de morts dans les pays développés. Si la tendance est maintenue, 500 millions de personnes aujourd'hui en vie mourront à cause du tabac. Sur les 300 millions d'hommes âgés de moins de 30 ans en chine, 100 millions au moins seront tués par le tabac [1]. Par ailleurs, l'OMS estime également qu'à moins d'un changement de comportement en ce qui concerne l'usage du tabac, d'ici trois décennies, les décès prématurés provoqués par le tabac dans le monde en développement dépasseront le chiffre escompté de décès dus au SIDA, à la tuberculose et aux complications de l'accouchement combinées [8]. Le tribut prélevé par le tabac

s'élèvera à 10 millions de décès par an d'ici les années 2020 ou 2030. Et 70% de ces décès prématurés surviendront dans les pays en développement.

Les études réalisées au Mali sont rares concernant la morbidité liée à l'usage du tabac. Toutefois Diallo [19] a situé le tabac comme premier facteur connu de la douleur thoracique rencontrée en pratique cardiologique quotidienne à l'hôpital national du point G. En 1996, une autre étude réalisée par Dao [15] révèle que le tabac est la première cause des cardiopathies ischémiques, d'emphysème et de cancer pulmonaire à l'hôpital national du point G.

Voici ci-dessous quelques effets néfastes du tabac sur la santé tels que mentionnés dans certains ouvrages littéraires :

2.3. Pathologies induites par le tabagisme :

2.3.1. Maladies cardio-vasculaires :

Bien que certaines études anatomiques n'aient pas retrouvé de corrélation stricte entre le fait de fumer et l'importance de l'athérosclérose coronaire, il existe une relation entre le tabagisme et la maladie coronaire [20].

La maladie coronaire est une cause importante de décès dans les pays développés. Une étude prospective parisienne [16] a montré que le risque relatif de maladie coronaire chez les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour est multiplié par 3 par rapport aux non-fumeurs. Quant au risque relatif d'infarctus du myocarde ou de mort subite, il peut atteindre 5,2.

Le tabagisme n'est pas en soit un facteur d'HTA mais il augmente le risque de complications, y compris le développement de la nephro-angiosclérose et la progression vers une HTA maligne [42].

La cigarette est aussi associée à un risque accru d'anévrisme de l'aorte. Le taux de mortalité par anévrisme de l'aorte abdominale chez les fumeurs est de 2 à 8 fois supérieur au taux constaté chez les non-fumeurs [56].

2.3.2. Impact sur le système nerveux central :

L'analogie de la structure de la nicotine avec l'acétylcholine rend compte de ses effets cholinergiques.

Elle a des effets excitateurs et inhibiteurs.

Elle est en outre responsable de la dépendance tabagique [55].

2.3.3. Impact sur l'appareil respiratoire :

Le tabagisme favorise la survenue de broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Les composants irritants de la fumée de tabac sont à l'origine d'une hypersécrétion de mucus et de la lésion des cellules épithéliales des voies respiratoires. En effet, les aldéhydes de l'acide cyanhydrique entraînent une altération du mouvement des cils bronchiques, facteur de stase du mucus bronchique et d'obstruction [55].

La paralysie des cils des voies respiratoires et les altérations tissulaires qui en résultent, sont à l'origine, chez les fumeurs, de laryngites chroniques rebelles et de trachéites chroniques [16].

2.3.4. Impact sur l'appareil digestif :

L'habitude du fumeur se manifeste au niveau de la bouche par une haleine, la perte du goût et une denture inesthétique. Le risque de cancer des lèvres, de la langue et du larynx est élevé aussi bien pour les fumeurs de cigarettes que pour les fumeurs de cigares et de pipes [16]. L'action du tabagisme est aussi retenue dans les ulcères de l'estomac.

Une étude faite en 1975 retrouvait un tabagisme de plus de 20 cigarettes par jour chez 93% d'ulcéreux [6].

2.3.5. Cancer du poumon :

Le cancer du poumon est la première maladie associée au tabagisme. Le risque relatif moyen est de 3,0, ce qui signifie qu'un fumeur à trois fois plus de risque de développer un cancer du poumon qu'un non-fumeur du même âge.

Le cancer du poumon continue d'être le meneur dans les décès par cancer en Amérique du Nord. Le cancer du poumon est le plus fréquent à travers le monde

entier, comptant pour environ 12% des nouveaux cancers diagnostiqués chez les femmes et les hommes [60].

Les facteurs affectant le risque de cancer de poumon lié au tabagisme sont : la nature des produits du tabac (le risque par rapport au non-fumeur est d'environ 10 pour les cigarettes et 2 pour les cigares et les pipes) et la durée du tabagisme. Le risque de cancer du poumon lié au tabagisme est modifié par d'autres produits susceptibles d'avoir un effet carcinogène. C'est le cas de l'exposition à l'amiante [71].

2.3.6. Autres cancers :

2.3.6.1. Le cancer du rein :

En raison de l'élimination rénale de plusieurs constituants de la fumée du tabac, l'implication du tabagisme dans la survenue du cancer du rein doit être recherchée. Une interrogation qui a malheureusement eu une réponse positive car le risque relatif entre le fumeur et le non-fumeur est voisin de 2. Une explication du rôle cancérigène du tabac au niveau rénal serait la présence de carcinogènes rénaux connus dans le tabac (le cadmium et la diméthyl-nitrosamine) [29].

2.3.6.2. Le cancer de l'utérus et des seins :

Certaines études semblent montrer que le tabac réduirait le risque de survenue des cancers du corps de l'utérus et du sein.

L'effet anti-œstrogène de la nicotine peut apparaître comme la cause logique de cette constatation relative à ces deux cancers hormono-dépendants [4].

Cependant, l'estimation globale du risque relatif selon 5 études sur le rôle du tabagisme dans l'étiologie du cancer du col de l'utérus était de 1,6. En d'autres mots, les fumeuses ont 60% plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus que les non-fumeuses [60].

Quant au cancer du sein, le plus récent rapport du Surgeon General's (U.S.Department of Health and Human Services HHS) concluait que le

tabagisme n'était pas associé au risque de cancer du sein. En 1989, le rapport du CIRC n'arrivait pas également à une conclusion définitive sur l'association du tabagisme avec le risque de cancer du sein. On considérait que seulement un faible degré de réduction du risque pouvait être envisagé, dû à l'influence du tabagisme sur l'équilibre hormonal [60].

2.3.6.3. Le cancer des ovaires :

Le degré de risque relatif dans 3 études épidémiologiques sur les effets du tabagisme sur le cancer des ovaires n'était pas significatif et une étude cas-témoins confirmait ce résultat. Donc, aucune conclusion définitive ne peut être tirée concernant le tabagisme et le risque de cancer de l'ovaire [60].

2.3.6.4. Le cancer de la vessie :

Selon 10 études épidémiologiques, fumer la cigarette est une cause majeure de cancer de la vessie. Dans la plupart des études, les risques diminuaient avec l'arrêt de fumer proportionnellement au temps d'arrêt. Le risque relatif dans ces études, était de 1,8 à 1,3 [60].

2.3.6.5. Le cancer de l'estomac :

Deux études bien conçues indiquent que le tabagisme actif constitue un facteur de risque pour le développement du cancer de l'estomac. Les deux études rapportent que les fumeurs ont environ 1,8 fois plus de risque de développer un cancer de l'estomac que les non-fumeurs [60].

2.3.6.6. Le cancer du foie :

Les documents publiés sur le tabagisme et le cancer du foie montrent une association positive avec une relation dose-effet dans la plupart des études.

L'étendue complète du risque pour les fumeurs actifs dépasse ce qu'on a vu avec le cancer de l'estomac. Cette affirmation est basée sur différentes études récentes de cas incidents avec vérification histologique [60].

2.3.6.7. Le cancer du pancréas :

Le cancer du pancréas est un des cancers qui est nettement liés au tabagisme. Environ 10 études sur les effets cancérigènes du tabac sur le pancréas ont démontré un risque relatif global de 1,2 à 2,6. Deux études cas-temoins au Canada ont apporté un risque similaire pour les fumeurs actifs, les deux statistiquement significatives. Une de ces études présentait des données qui démontraient un risque associé au tabagisme beaucoup plus prononcé chez les femmes. Dans cette étude, les fumeuses ont un risque environ 6 fois plus élevé que chez les non-fumeuses. Selon une vaste étude d'un suivi de 26 ans, une forte relation entre le tabagisme et le cancer du pancréas était démontrée [60].

2.3.6.8. Le cancer de la prostate :

Quant au cancer de la prostate et le fait de fumer, 11 études ont documenté une légère augmentation du risque. Dans une étude récente d'une population cas-temoins chez les hommes ayant un indice de masse corporelle élevé, une association appréciable était établie entre l'usage de la cigarette et le risque du cancer de la prostate [60].

2.3.7. L'atteinte des autres organes :

Plusieurs rapports récents contiennent des preuves de l'existence d'un lien entre le tabagisme et l'ostéoporose qui à son tour prédispose aux facteurs pathologiques [75].

Dans une vaste et récente étude épidémiologique, on a établi un lien entre le tabagisme et les troubles du sommeil [57]. Les preuves continuent à s'accumuler établissant un lien entre cataracte et tabagisme. Il pourrait exister aussi une association entre tabagisme et un certain type de maladie thyroïdienne [42]. La nicotine et le monoxyde de carbone perturbent profondément les mécanismes de congestion auxquels est lié le fonctionnement des organes sexuels masculins et féminins. Fumer entraîne des lésions inflammatoires des organes génitaux pouvant conduire vers la stérilité et /ou l'asthénie sexuelle [17].

Fumer réduit la circulation du sang dans les petits vaisseaux de la peau

endommageant ainsi les constituants de la peau avec pour conséquence, l'apparition des rides et une apparence de vieillissement [11].

3. Le tabac et les médicaments :

Le tabac modifie le métabolisme de nombreux médicaments par induction enzymatique notamment la théophylline, l'antipyrine, la phénacétine, le benzodiazépine, la phénylbutazone etc... [30].

4. Le sevrage tabagique [66] :

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 :

4.1. La dépendance psychique :

Elle est liée à des propriétés psycho-actives 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).

4.2. 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 [16].

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

4.3. 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 [64]. 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.

4.4. 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 Fageströme.

C'est un guide indispensable pour le choix du traitement. Le score permet de classer le fumeur en fonction de sa dépendance [16].

Tableau I : Test de dépendance (d'après Fageströme) à la nicotine.

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	Moins de 15	0
	De 16 à 25	1
	Plus de 25	2
Quel taux de nicotine y a-t-il dans vos cigarettes ?	Moins de 0,6mg	0
	De 0,6 à 1mg	1
	Plus de 1mg	2
Inhalez-vous la fumée ?	Jamais	0
	Parfois	1
	Toujours	2
Fumez-vous plus le matin que l'après midi ?	Oui	1
	Non	0
A quel moment fumez-vous vos premières cigarettes ?	Immédiatement au lever	2
	Après le petit déjeuner	1
	Plus tard	0
Quelle cigarette trouvez-vous la meilleure, la plus indispensable ?	La première	1
	Une autre	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui	1
	Non	0

De 0 à 3 points : Vous êtes peu ou pas dépendant

De 4 à 6 points : Vous êtes dépendant

De 7 à 9 points : Vous êtes fortement dépendant

10 points et plus : Vous êtes très fortement dépendant.

4.5. Traitement du tabagisme :

4.5.1. Règles générales :

Il faut donner une série de conseils importants :

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

4.5.2. Pharmacothérapie :

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

4.5.2.1. Psychotropes :

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

4.5.2.2. Nicotine :

Elle est administrée chez les patients présentant une dépendance physique importante (score de Fageströme >5). C'est le moyen le plus efficace pour combattre ce syndrome de sevrage. La nicotine est fournie sous une forme autre que le tabac, en quantité suffisante pour supprimer les besoins, puis à dose dégressive pour obtenir une désaccoutumance, ce qui prend en moyenne 3 mois.

La nicotine est administrée sous forme de gomme de 2 à 4 mg ou de timbre desservant des quantités de 7 à 21 mg par jour suivant la surface et la

préparation pharmaceutique utilisée. Un suivi d'au moins 6 mois est toujours indispensable, il réduit les risques de récurrences.

4.5.3. Psychothérapie [21] :

Il s'agit d'un mode de traitement utilisant exclusivement des techniques psychologiques. Ses indications dépendent de la personnalité, de l'âge et de la situation du fumeur.

Les types de psychothérapie sont multiples :

- ◆ la psychothérapie directive ou «de soutien» a pour but d'apporter une aide à un fumeur dans une situation difficile de son existence, sans chercher à analyser en profondeur l'origine du malaise.
- ◆ la psychothérapie en profondeur est fondée sur la méthode psychanalytique utilisant les «associations libres». A partir du phénomène de transfert, ce travail consiste à analyser les conflits profonds inconscients, à rechercher leurs liens avec les troubles présentés et, ainsi faire évoluer la personnalité du fumeur.
- ◆ la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, dont les règles sont moins strictes et qui peut s'appliquer à un plus grand nombre de cas ; la psychothérapie d'expression (psychodrame, rêve éveillé, expressions plastiques) ; la psychothérapie de groupe, qui s'adresse à plusieurs personnes réunies.
- ◆ la psychothérapie de l'enfant utilise les techniques du jeu, du dessin, de la peinture, du modelage.
- ◆ la psychothérapie par le milieu, ou psychothérapie institutionnelle, fait appel à des établissements spécialisés (écoles, ateliers, maison, etc...).

5. Lutte contre le tabagisme :

Depuis les années 1970, 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 états 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 produit de tabac.
- * Le recourt à des mesures financières par exemple l'augmentation des impôts sur le tabac pour corriger la consommation.
- * L'élimination progressive de la publicité sur le tabac.

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

- ✓ La réduction de la toxicité par la diminution progressive des taux maximaux de goudron produit lors de la combustion, 15 mg depuis 1993 et 12 mg à partir de 1998.
- ✓ L'obligation d'avertissement sanitaire en langage clair et de format lisible porté sur les unités de conditionnement [51].

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 [17].

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

Les faiblesses de la législation résident en plusieurs points :

- * 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 les manifestations.

* La législation ne donne aucune norme quant à l'impression des mentions d'avertissement sanitaire sur les paquets de cigarettes. Elle a besoin d'une réforme plus claire et efficace de manière à infléchir la courbe de la consommation du tabac.

Les réalités 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.

- Plusieurs études réalisées sur les 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. En général nous pouvons dire que ces dernières années, le processus de lutte anti-tabac est bien engagé au Mali. Du fait de l'expression de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays, mais aussi par l'engagement des organes de la presse dans la lutte à travers divers articles consacrés au 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 [35].

Depuis l'époque coloniale, la culture du tabac dans notre pays a connu un essor considérable. La production locale est à 875 tonnes pour la seule année de 2003. C'est surtout dans la région comprise entre Bamako et la frontière avec la Guinée Conakry, sur les deux rives du fleuve Niger dans la zone OHVN qu'est produit l'essentiel du tabac cultivé en République du Mali. On y produit notamment les variétés Paragny et Burley de l'espèce *nicotina Rustica*.

La SONATAM est la seule entreprise nationale de fabrication de cigarettes. Créée en 1965, elle a comme activités traditionnelles l'importation, la fabrication et la distribution des 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 F CFA contre 7.283.149.504 F CFA en 1991.

Un plan d'investissement ambitieux de 9 milliards de F CFA a été soumis aux administrateurs pour la période de 2002 à 2006.

Ce plan prévoyait 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 de 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 du BAT au Mali 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 promotions dans les boîtes de nuit ou chez des particuliers. Il faut noter que le BAT ne vend pas directement des cigarettes mais passe par la SONATAM pour l'importation de ses produits.

Le prix des paquets de cigarettes varie de 250F CFA à 800F CFA 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'état.

Par ailleurs, les timbres fiscaux ne sont pas obligatoires sur les paquets de produits du 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'il engendre. Au Mali, les services compétents ont estimé la fraude sur les cigarettes pour l'année 2001 à 5.707.000.000 F CFA. 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 [74].

IV-METHODOLOGIE :

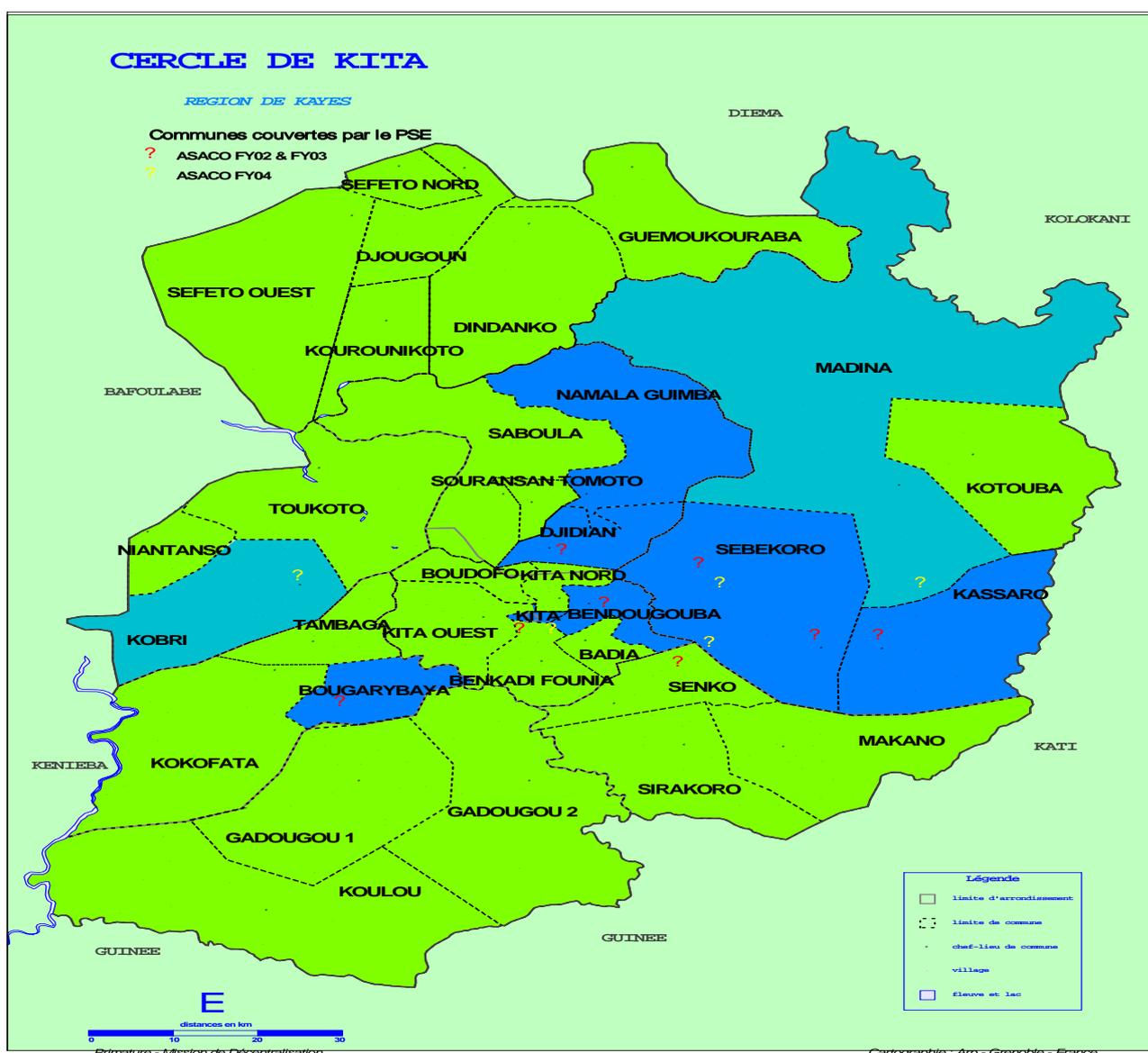
1-LE CADRE D'ETUDE :

IL s'agissait d'une étude menée sur l'ensemble du personnel socio-sanitaire du cercle de Kita.

Situé dans la partie Sud Est de la région de Kayes, le cercle de Kita couvre une superficie de 35 250 km². Il compte trente trois (33) communes dont deux (2) urbaines : **Kita** et **Kourounikoto** et trente une (31) rurales.

Figure 1 : cercle de Kita

NORD



1.1-APERCU HISTORIQUE :

Il n'existe aucune tradition relative à des occupants antérieurs aux familles actuelles. Le premier qui fonda un village dans la zone de Kita fut un nommé **DIOUNA**, chef de la famille des **Toukara**. Il vint du Ouagadougou (cercle de Goumbou). Un autre chef malinké, **SUNDIATA**, premier aïeul des Keita, habitait alors dans le Manding ; battu et chassé par **SUMANGOUROU**, chef de la famille bambara des Kanté, il implore l'aide de **DIOUNA**. Celui-ci partit à la tête de ses guerriers, qu'il joignit à ceux de **SUNDIATA**. **SUMANGOUROU** fut battu à son tour et s'enfuit à Koulikoro, aux abords du Niger, où il mourut. **SUNDIATA** a pu se réinstaller au **MANDING**.

Après ce succès, **DIOUNA** retournait à Ouagadougou, quand, frappé de la fertilité des environs de Kita, il résolut de s'y établir ; et en effet, il fonda un village qu'il appela Sédiousaba. Vers la même époque, **SIEMATULUBA**, chef de la famille des Kamara, ayant entendu vanter la richesse et la fertilité de Sédiousaba, quitta son village, Bérénimba, et vint fonder au pied de Kita Kourou, sur l'emplacement actuel de Boudofo, un village qu'il dénomma Fatafi. Il s'allia avec **DIOUNA**, qui, ne se trouvant pas assez en sûreté à Sédiousaba (à 2 Km de la montagne) fonda un nouveau village, Linguékoto, où il vint habiter. C'est l'actuel quartier de Toukarala.

De même que **SIEMATULUBA** avait été attiré par la réputation de Sédiousaba, celle de Fatafi et de Linguékoto tenta **KEMEKO NIA MAKAN KEITA**, fils de **SUNDIATA**. **KEMOKO** fonde Kabaya ; son frère **SETIGUI** le rejoint et crée **Benko** (entre le **Kroukoto** actuel et le pied de la montagne).

Des mariages établissent bientôt des liens étroits entre les trois familles **Toukara**, **Kamara** et **Keita**. **SETIGUI** épouse la première fille de **SIEMATULUBA**, nommée **GUIFALA** avec laquelle il a eu trois fils : **GANDO**, **TANOU-MASIRE** et **KANKOUROU** que célèbrent encore les griots du pays. Dès lors, la famille des Keita prend une suprématie, une

prépondérance qu'elle conservera désormais dans les affaires du pays, bien que ce fût la dernière venue.

1.2- DONNEES GEOGRAPHIQUES :

1.2.1 -GEOGRAPHIE PHYSIQUE :

Le cercle de Kita est limité, au Nord, par les cercles de Diéma et de Nioro ; au Sud, par la république de Guinée ; à l'Est par les cercles de Kati et de Kolokani ; à l'Ouest par les cercles de Bafoulabé et de Kéniéba. Le relief est constitué par un ensemble de plateaux d'une altitude moyenne de 200 à 500 mètres parsemés de relief résiduel comme le « Kita Kourou » qui culmine à 500 mètres de part et d'autre d'une plaine centrale.

On y retrouve deux types de climats :

- Au Nord, un climat de type sahélien caractérisé par une courte saison pluvieuse de 3 à 4 mois ; les précipitations y sont de 500 à 700 mm de pluies par an ;
- Au Sud, une nuance soudanienne avec une longue saison des pluies allant de 5 à 6 mois et des précipitations abondantes variant entre 1000 et 1200 mm par an.

La végétation est à l'image de cette différence de climats : au Sud, c'est la savane arborée alors qu'au Nord, la végétation est de type steppique. De cette flore variée sont tirées plusieurs essences dont le fameux « quinquéliba » de Kita qui a une grande réputation à travers tout le pays.

Sur le plan hydrographique, le cercle de Kita appartient au bassin versant du fleuve Sénégal. Il est arrosé par ses affluents dont le **Bafing** et le **Bakoye**.

1.2.2- VOIES ET MOYENS DE COMMUNICATION :

Le cercle est traversé par la voie ferrée qui le relie à Bamako et à Kayes sur respectivement 186 et 307 km.

Les routes se répartissent en :

- Route internationale : Bamako- Kati- Kita- Saraya dont les travaux sont en cours ;

- Routes régionales :

Route n°9 (RR 9) : Kita- limite du cercle de Kéniéba 102 Km ;

Route n° 10 (RR 10) : Kita- Frontière Guinéenne 85 Km ;

Route n° 11 (RR 11) : Kita- Toukoto- Séféto 160 Km

Route n° 12 (RR12) : Kita- limite du cercle de Nioro 126 Km

Route n° 13 (RR 13) : Kita- Limite avec la région de Koulikoro 102 km.

- Routes d'intérêt local et pistes rurales :

Elles relient le chef lieu de cercle à certaines localités (Kita- Sagabari ; Kita- Tambaga- Manantali ; Batimakana- Namala ; Djidian- Tofassadaga).

Le réseau routier a été amélioré grâce à la CMDT (Compagnie Malienne de développement des Textiles) qui a réhabilité environ 677 kilomètres de pistes rurales et le PDRIK (Projet de Développement Rural Intégré de Kita) dont l'essentiel des interventions dans le domaine des infrastructures routières porte sur le tronçon Kita- Badougou- Santankoto-Toukoto- Balinda long de 154 Km avec la réalisation d'un pont entre Toukoto et Kéniénifié qui permet de désenclaver la partie Nord du cercle.

Toutes les structures fonctionnelles de 1^{er} niveau sont reliées au centre de santé de référence par un RAC.

En plus de sa connexion au réseau téléphonique, on dénombre dans le cercle huit (08) radios de proximité dans les localités de Kita (05), Sébékoro (01), Kassaro (01) et Kokofata (01) ainsi que les moyens traditionnels de communication. La télévision nationale couvre environ 30 % du territoire du cercle.

1.3- POPULATION :

1.3.1- DEMOGRAPHIE :

La population totale du cercle en 2008 est estimée à **377 465** habitants (RGPH 1998 actualisée /DNSI) ; soit une densité de 9 habitants au km² environ. Le taux

d'accroissement spécifique du cercle est de 2,2 %. La répartition spatiale est homogène dans l'ensemble. La population est composée essentiellement de Malinkés. On retrouve également les Kagoros au nord, les Peuhls à l'est et une forte communauté de Bozos essentiellement le long des cours d'eau.

1.3.2- ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET POLITIQUE :

Suite à la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le cercle de Kita a été découpé en trente trois communes dont deux urbaines et trente une rurales. Cette répartition est superposable généralement au découpage sanitaire. Au niveau cercle, on retrouve le Conseil de Cercle. L'autorité de tutelle des collectivités décentralisées est assurée par les Sous Préfets auprès des communes et par le Préfet au niveau cercle.

A côté de ces institutions, on retrouve plusieurs services techniques : l'Hydraulique, les transports, la poste, la **SOTELMA**, le **SLACAER**, etc...

1.3.3- SYSTEME EDUCATIF :

La situation des infrastructures se présente comme suit :

356 écoles classiques du cycle fondamental

75 écoles communautaires

18 C.E.D (centre d'éducation de développement)

12 Medersas et 3 écoles privées. Parmi les écoles classiques, 26 appliquent la pédagogie convergente.

Il existe une académie d'enseignement couvrant les cercles de Kita, Bafoulabé et Diéma, deux centres d'animation pédagogique (CAP), deux lycées dont un privé, une école de formation des agents de santé et 3 écoles de formation professionnelle.

2- SITUATION SANITAIRE :

2.1-ETAT D'EXTENSION DE LA COUVERTURE SANITAIRE AU 31 DECEMBRE 2008 :

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'extension de la couverture sanitaire, le nombre de CSCOM est passé de 21 en 2007 à 31 en 2008 sur 45 aires de santé que compte la carte sanitaire ; soit 75,46 % de la population couverte. La population dans un rayon de 5 Km par rapport aux CSCOM est estimée à 142634 habitants ; soit 38 % de la population totale du cercle ; la population dans un rayon de 15 Km à 231732 habitants, soit 61%. Les requêtes concernant l'équipement et la dotation initiale en médicaments sont en cours pour neuf (09) aires de santé disposant de centre construit selon les normes. Il s'agit des aires de santé de : Kabéléa, Baléa, Niantaso, Brérimba, Daféla, Sibikily, Boudofo, Founia Moribougou et Senko.

2.2- HYGIENE/ASSAINISSEMENT/ACCES A L'EAU POTABLE :

Seulement 10 centres de santé sur 21 disposent de l'eau potable. Il est prévu dans le cadre de la seconde phase du PDRIK (Projet de Développement Rural Intégré de Kita) de réaliser des points d'eau au niveau de tous les centres.

Dans le cadre de la gestion des déchets biomédicaux, les centres de santé disposent dans la majorité des cas d'incinérateurs fonctionnels. Il en existe au niveau du centre de santé de référence.

2.3- RESSOURCES :**2.3.1- RESSOURCES HUMAINES :****Tableau II: SITUATION DU PERSONNEL DES STRUCTURES DE 1^{er} ECHELON AU 31 DECEMBRE 2008.**

Aires de santé	Médecin	TSS	TS	SF	Matrone	IO	Gérant	Autres	Sources de Financement		
									Etat	Ressources propres	CTD
Bendougouba	0	0	1	0	1	0	1	1	1	3	
Bougaribaya	0	0	1	0	1	0	1	1	1	3	
Djidian	0	1	0	0	2	0	1	1		5	
Diougounté	1	0	0	0	1	0	1	1		4	
Fladougou Maréna	0	0	1	0	1	0	1	1	1	3	
Guémoucouraba	0	0	1	0	1	0	1	1		4	
Guénikoro	0	1	0	0	1	0	1	1	1	3	
Kassaro	0	1	0	0	2	1	1	1	1	5	
Kagoro Moutan	0	0	1	0	1	0	1	1	1	3	
Makandiambouyou	0	1	0	0	1	2	1	1	3	3	
Sandiambouyou	0	0	1	0	2	0	1	1	1	3	1
Sébékoro	0	0	1	0	2	1	1	2	2	4	1
Séféto	1	0	0	0	2	0	1	1		4	1
Sagabari	0	1	0	0	2	0	1	1	1	4	
Toukoto	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	
Central	0	0	1	0	0	0	0	0	1		
Kokofata	0	0	1	0	1	0	1	2	2	3	0
Darsalam	0	1	0	0	2	1	1	2	2	5	0
Kotouba	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	0
Mambiri	0	1	0	0	1	0	1	2	1	4	0
Madina	0	1	0	0	1	0	1	1	0	4	0
Badinko	1	0	0	0	2	1	1	2	1	6	0
Diougoun	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	
Niagané	0	1	0	0	1	0	1	1	0	4	
Tambaga	0	1	0	0	1	0	1	1	1	3	
Koféba	0	1	0	0	1	0	1	2	1	4	
Sitaninkoto	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	
Goro	0	1	0	0	1	0	1	1	1	3	
Kourounikoto	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4	
Gallé	0	1	0	0	1	0	1	1	1	3	
Fladougou Bankassi	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	0
Balandougou	0	0	1	0	2	0	1	1	1	3	1
Kobiri	0	1	0	0	2	0	1	2	1	5	0
Sirakoro	0	0	2	0	1	0	1	1	2	3	0
TOTAL	3	15	17	0	42	7	32	40	29	123	4

Au 31 décembre 2008, tous les centres de santé de 1^{er} échelon disposent du personnel ; trois centres (03) sur 34 ont un médecin comme chef de poste soit 8,8%. 18,58% de l'effectif est à la charge de l'Etat (fonctionnaires et initiative PPTE) [78].

CTD : collectivité territoriale décentralisée, IO : Infirmière obstétricienne, SF : sage femme, TSS : Technicien supérieur de santé, TS : Technicien de santé.

TABLEAU III : Personnel sanitaire et social des FSC, confessionnelles, privées et parapubliques en 2008.

Nom de la structure	Type	Médecin	Sage femme	ID E	Infirmier du 1 ^{er} cycle	Matrone	Gérant	Autres	Activités délivrées
INPS	CMIE	1	0	1	0	0	0	9	CC/VACC
Bata Sékou	Clinique médicale	1	0	0	1	0	1	2	CC/VAC/ACC/CPON
Disp. Saint Félix	Cabinet de soins	0	1	0	2	1	2	1	CC
Disp. Catholique Sagabary	Cabinet de soins	0	0	1	0	0	0	2	CC
Disp. TransRail Toukoto	Cabinet de soins	0	0	1	0	0	0	1	CC
Nafadjicoura	Disp.	0	0	0	0	1	0	1	CC/ACC/VAC
TOTAL		2	1	3	3	2	3	7	-

INPS- Institut National de Prévoyance Sociale ; CMIE- Centre Médical Inter Entreprise ; CC- Consultation curative ; CPN- Consultation prénatale ; ACC- Accouchement ; VAC- vaccination ; Disp.- Dispensaire ; IDE- Infirmier diplômé d'Etat [78].

3-TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et exhaustive. Elle s'est déroulée du 16 Mars au 30 Mai 2009.

4-POPULATION D'ETUDE :

Toutes les catégories professionnelles étaient concernées dans cette étude : Médecins, pharmaciens, assistants médicaux, techniciens supérieurs de santé,

techniciens de santé, aides soignants, techniciens de surface, techniciens sociaux, gardiens, vaccinateurs, gérants de pharmacie, chauffeurs.

Ont été considéré comme :

-Tabagiques : les fumeurs permanents ou occasionnels.

-Ex-fumeurs : les sujets qui ont arrêté de fumer.

-Non fumeurs : les sujets qui n'ont jamais fumé.

5-CRITERES D'INCLUSION :

Etait inclus dans cette étude, le personnel présent acceptant volontiers d'y participer.

6-CRITERES DE NON INCLUSION :

Le personnel présent, n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

7-ECHANTILLONNAGE :

Cette étude a porté sur l'ensemble du personnel socio-sanitaire du cercle Kita. Nous avons eu cet effectif global en faisant la somme des effectifs du personnel des différentes structures sanitaires du cercle.

Le nombre du personnel socio-sanitaire du cercle de Kita était 300 au total.

Nous avons pu recruter les données de 276 personnels de santé sur 289 fiches d'enquêtes distribuées, dans les différentes structures sanitaires du cercle de Kita, soit 95,5% de taux de participation.

8-PARAMETRES ETUDIES :

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

9-ASPECT ETHIQUE :

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

Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu avant leur inclusion dans l'étude.

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

Nous avons procédé l'enquête selon la méthode de «porte à porte» et de «CSCOM à CSCOM», en distribuant au personnel les questionnaires et recueillis immédiatement ou ultérieurement selon leur disponibilité.

10-CHRONOGRAMME DE L'ENQUETE :

Nous avons effectué l'enquête dans les différentes structures sanitaires selon le programme suivant :

-Du 16 au 23 Mars 2009 : (CSRef de Kita, I.N.P.S, Clinique Médicale « BATA SEKOU », Cabinet médical N'BESSE, CSCOM de Darsalam, CSCOM de Makandiamougou).

-Le 25 Mars 2009 : Les CSCOM de Badinko, Sébékoro, Kassaro.

-Du 26 au 27 Mars 2009 : Les CSCOM de Fladougou Bankassi, Fladougou Maréna, Fladougou Madina, Kotouba.

-Le 30 Mars 2009 : Les CSCOM de Bendougouba, Guénikoro.

-Le 06 au 07 Avril 2009 : Les CSCOM de Djidian, Mambiri, Sandiamougou.

-Le 08 Avril 2009 : Les CSCOM de Boudofo, Toukoto.

-Du 13 au 24 Avril 2009 : Les CSCOM de Séféto, Diougounté, Niagané, Diougoun, Guémoucouraba, Kagoro Moutan, Kourounikoto.

-Du 04 au 11 Mai 2009 : les CSCOM de Koféba, Tambaga, Kobiri, Bougaribaya, Kokofata, Sagabari, Kabélia, Gallé.

-Le 18 Mai 2009 : Le CSCOM de Sitaninkoto.

-Du 26 au 30 Mai 2009 : Les CSCOM de Sirakoro, Goro.

11-SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :

Nos données collectées sur le terrain ont été saisies sur le logiciel SPSS 12.0f et analysé par le même logiciel.

V-RESULTATS DE L'ETUDE :

Cette enquête a été faite sur l'effectif global du personnel de santé du cercle de Kita (300) ; nous avons récupéré les données de 276 participants sur 289 fiches d'enquêtes distribuées, avec 3 cas de refus.

1-SITUATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE :**TABLEAU IV : Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe.**

TRANCHE D'AGE	Sexe		Total	POURCENTAGE
	Masculin	Féminin		
Inf. ou = 20	3	4	7	2,5
21-30	49	45	94	34,1
31-40	45	26	71	25,7
41-50	43	18	61	22,1
51-60	30	12	42	15,2
61-70	1	0	1	0,4
Total	171	105	276	100

La tranche d'âge comprise entre 21 à 30 ans était la plus représentée soit **34,1%**, dont 171 participants de sexe masculin et 105 de sexe féminin.

TABLEAU V : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale.

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Marié(e)	216	78,3
Célibataire	57	20,7
Divorcé(e)	2	0,7
Veuf (ve)	1	0,4
Total	276	100

La grande majorité de notre échantillon soit **78,3%** était des mariés.

TABLEAU VI : Répartition des enquêtés selon la possession d'enfant.

POSESSION D'ENFANT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	214	77,5
Non	62	22,5
Total	276	100

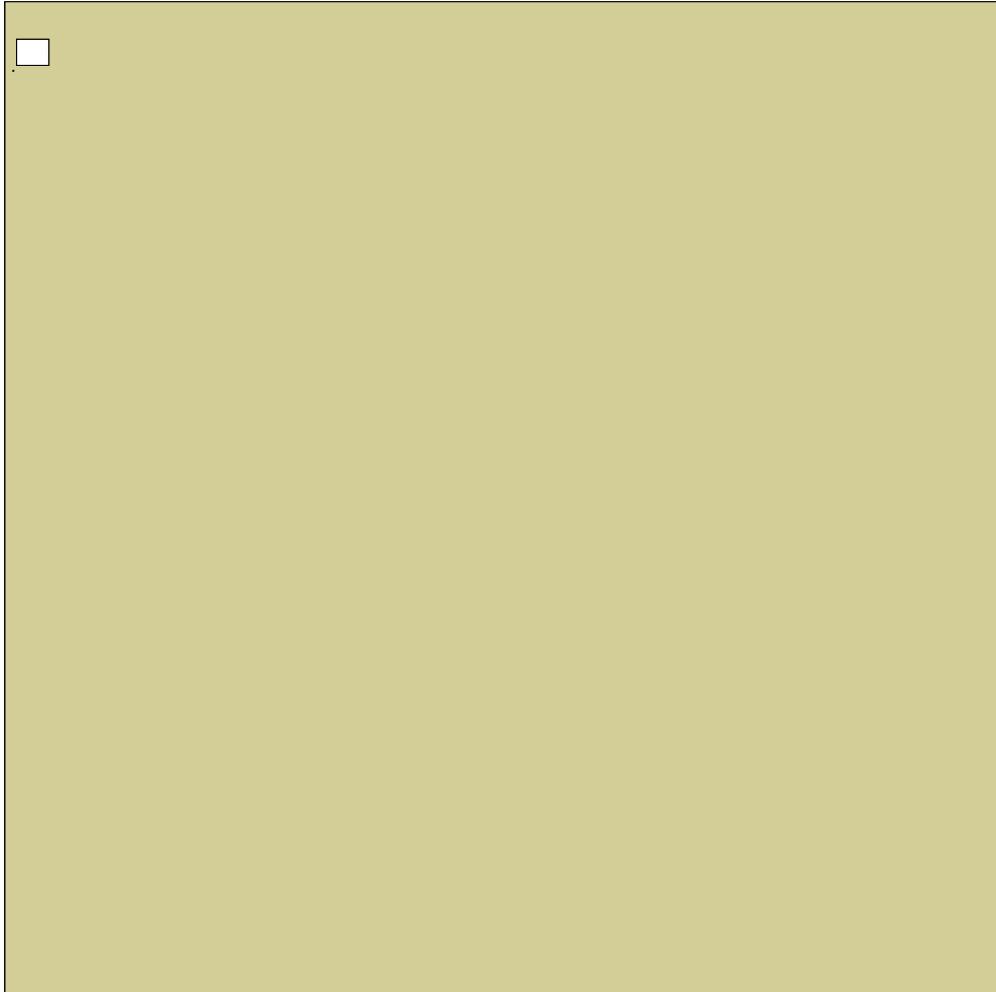
Parmi les participants, **22,5%** n'avaient pas d'enfant.

TABLEAU VII : Répartition des enquêtés selon la profession.

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Médecins	11	4,0
Gardiens	11	4,0
Gérants de pharmacie	28	10,1
Comptable	1	0,4
Etudiants	4	1,4
Pharmaciens	6	2,2
Assistants Médicaux	3	1,1
Techniciens supérieurs de santé	32	11,6
Techniciens de santé	42	15,2
Aides soignant	116	42,0
Techniciens de surface	13	4,7
Chauffeurs	7	2,5
Assistants sociaux	2	0,7
Total	276	100,0

Les aides soignants, les techniciens de santé, les techniciens supérieurs de santé étaient les plus représentés avec des taux respectifs de : **42,0%** ; **15,2%** ; **11,6%**.

2-PREVALENCE DU TABAGISME :



GRAPHIQUE I : Répartition selon le statut fumeur des enquêtés.

Dans cette étude, **21,7%** des participants étaient des fumeurs et **13,8%** étaient ex-fumeurs. Les non-fumeurs représentaient la majorité des participants soit **64,5%**.

TABLEAU VIII : Répartition des fumeurs actuels selon la profession.

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Médecins	4	6,6
Gardiens	7	11,7
Gérants de pharmacie	6	10
Comptables	0	0,0
Etudiants	1	1,7
Pharmaciens	0	0,0
Assistants Médicaux	0	0,0
Techniciens supérieurs de santé	6	10
Techniciens de santé	13	21,7
Aides soignant	17	28,3
Techniciens de surface	5	8,3
Chauffeurs	1	1,7
Assistants Sociaux	0	0,0
Total	60	100

Les aides soignants représentaient la majorité des fumeurs avec **28,3%** ; suivi des techniciens de santé avec **21,7%** et les gardiens avec **11,7%**.

TABLEAU IX : Répartition des fumeurs selon le début et la durée du tabagisme.

AGE DE DEBUT	DUREE DU TABAGISME				TOTAL	POURCENTAGE
	moins 1 an	1-5ans	6-10ans	11ans et plus		
10-14 ans	0	0	1	4	5	8,3
15-19 ans	0	1	10	30	41	68,3
20-25 ans	1	2	3	3	9	15
26 ans et plus	0	1	2	1	4	6,7
Moins de 10 ans	0	1	0	0	1	1,7
Total	1	5	16	38	60	100

La majorité des fumeurs actuels de notre échantillon soit **68,3%** avaient commencé entre **15 à 19 ans** et fument depuis **11 ans et plus**.

TABLEAU X : Répartition des fumeurs selon les motifs d'entrée dans le tabagisme.

RAISONS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Curiosité	34	56,6
Plaire aux autres	12	20
Stress	6	10
Père	1	1,7
Entourage (amis)	6	10
Sans avis	1	1,7
Total	60	100

La curiosité était évoquée par **56,6%** des fumeurs comme la raison d'initiation au tabagisme.

TABLEAU XI : Répartition des fumeurs selon les initiateurs au tabac.

INITIATEUR AU TABAC	EFFECTIF	POURCENTAGE
Ami	49	81,7
Parents	1	1,7
Seul	10	16,6
Total	60	100

La majorité des fumeurs, soit **81,7%** avaient commencé à fumer avec un ami.

(NB : Parents : Père ou mère)

TABLEAU XII : Répartition des fumeurs selon les raisons de continuation du tabagisme.

RAISONS DE CONTINUATION DU TABAGISME	EFFECTIF	POURCENTAGE
Habitude	41	68,4
Plaisir	8	13,3
Stress	11	18,3
Total	60	100

L'habitude était évoquée par **68,4%** des fumeurs comme la raison de continuation du tabagisme.

TABLEAU XIII : Répartition des fumeurs actuels selon le nombre de paquet de cigarette fumé par jour.

NOMBRE PAQUET PAR JOUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Moins d'un paquet	37	61,7
Un paquet	18	30
Plus d'un paquet	5	8,3
Total	60	100

Parmi les fumeurs, **30%** fumaient un paquet jour.

TABLEAU XIV : Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'arrêt de fumer.

NOMBRE D'ANNEE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Moins d'un an	5	13,2
1-5 ans	10	26,3
6 à 10 ans	7	18,4
11 et plus	16	42,1
Total	38	100

Dans notre étude, **42,1%** des ex-fumeurs avaient cessé de fumer il y a 11 ans et plus.

TABLEAU XV : Répartition des ex-fumeurs selon les raisons d'arrêt du tabagisme.

RAISONS DE CESSATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Maladie	16	42,1
Culpabilisation	12	31,6
Conseil (ami, parent, médecin)	2	5,3
Economique	6	15,8
Indisposition de l'entourage	1	2,6
Religion	1	2,6
Total	38	100

La raison d'arrêt du tabagisme la plus évoquée par les ex-fumeurs soit **42,1%** était la maladie.

TABLEAU XVI : Répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début et la durée du tabagisme.

DUREE DE TABAGISME	AGE DE DEBUT DU TABAGISME				POURCENTAGE
	10-14ans	15-19ans	20-25ans	TOTAL	
1-5 ans	1	3	1	5	13,1
6-10 ans	1	5	3	9	23,7
11 ans et plus	3	18	3	24	63,2
TOTAL	5	26	7	38	100

La majorité des ex-fumeurs soit **63,2%** avaient fumé entre 11ans et plus. L'âge de début le plus évoqué se situait **15 à 19 ans**.

TABLEAU XVII : Répartition des fumeurs et ex-fumeurs selon le type de tabac fumé.

TYPE DE TABAC	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cigarette	96	98
Autres	2	2
Total	98	100

La grande majorité des fumeurs et ex-fumeurs soit 98% fumaient de la cigarette.

TABLEAU XVIII : Répartition des ex-fumeurs selon le nombre de paquet fumé par jour.

NOMBRE DE PAQUET PAR JOUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Moins d'un paquet	21	55,3
Un paquet	8	21
Plus d'un Paquet	9	23,7
Total	38	100

Plus de la moitié des ex-fumeurs soit **55,3%** fumaient moins d'un paquet par jour.

TABLEAU XIX : Répartition des non-fumeurs selon les motifs de non tabagisme

RAISONS DE NON TABAGISME	EFFECTIF	POURCENTAGE
Non désire	120	67,4
Statut de femme	31	17,4
Education	18	10,1
Economie	2	1,1
Religion	7	4
Total	178	100

Le non désire était le motif évoqué par **64,4%** des non-fumeurs.

3-APPRECIATION DE CONNAISSANCE SUR LES CONSEQUENSE DU TABAGISME :

TABLEAU XX : Répartition des fumeurs selon la dépense journalière dans le tabac.

DEPENSE JOURNALIERE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Moins de 250f CFA	17	28,3
250 à 500f CFA	37	61,7
500 à 750f CFA	3	5
750 à 1000f CFA	3	5
Total	60	100

Par jour, **61,7%** des fumeurs dépensaient entre **250 à 500 f CFA**.

TABLEAU XXI : Répartition des fumeurs et ex-fumeurs selon leurs avis sur l'influence (économique et sanitaire) du tabagisme sur la famille.

INFLUENCE DU TABAGISME	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	93	94,9
Non	5	5,1
Total	98	100

Selon **5%** des fumeurs et ex-fumeurs, leurs tabagisme n'a pas d'influence sur la famille.

Tableau XXII : Répartition des femmes mariées selon le conjoint fumeurs.

CONJOINTS FUMEURS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	26	30,23
Non	60	69,77
Total	86	100

Plus d'un quart (1/4) des femmes mariées, soit **30,23%** avaient un conjoint fumeur.

TABLEAU XXIII : Répartition des enquêtés selon la possession d'enfant fumeur.

ENFANTS FUMEURS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	17	6,2
Non	259	93,8
Total	276	100

Parmi les participants, **6,2%** avaient un enfant fumeur.

4-PROPOSITIONS DE SOLUTION DE LUTTE ANTI-TABAC :**TABLEAU XXIV : Répartition des fumeurs actuels selon le nombre de tentative d'arrêt.**

TENTATIVES D'ARRET	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	10	16,7
1	12	20
2	14	23,3
3	16	26,7
4 et plus	8	13,3
Total	60	100

Ont tenté d'arrêter trois (3) fois, **26,7%** des fumeurs actuels.

TABLEAU XXV : Répartition des fumeurs actuels selon la volonté d'arrêter actuellement.

VOLONTE D'ARRET	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	53	88,3
Non	7	11,7
Total	60	100

Parmi les fumeurs, **88,3%** avaient la volonté d'arrêter actuellement.

TABLEAU XXVI : Répartition des fumeurs selon le besoin de soutien pour arrêter de fumer.

BESOIN DE SOUTIEN	EFFECTIF	POURCENTAGE
Psychologue	10	16,6
Médical	1	1,7
Les deux	12	20
Non	37	61,7
Total	60	100

Plus de la moitié des fumeurs soit **61,7%** affirmaient n'avoir pas besoin de soutien pour arrêter de fumer.

TABLEAU XVII : Répartition des enquêtés selon le rôle du personnel soignant d'aider les fumeurs à abandonner.

ROLE DU PERSONNEL SOIGNANT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	271	98,2
Non	5	1,8
Total	276	100

Presque la totalité des participants soit **98,2%**, pensaient avoir le rôle d'aider les fumeurs à abandonner.

TABLEAU XXVIII : Répartition des enquêtés selon l'influence du personnel soignant sur les fumeurs pour les aider à abandonner.

INFLUENCE DU PERSONNEL	EFFECTIF	POURCENTGE
Oui	262	94,9
Non	14	5,1
Total	276	100

La majorité des participants soit **94,9%** affirmaient avoir de l'influence sur les fumeurs pour les aider à abandonner.

TABLEAU XXIX: Répartition des enquêtés selon le nombre de personnel ayant tenté de persuader un fumeur d'abandonner.

TENTATIVE DE PERSUASION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	268	97,1
Non	8	2,9
Total	276	100

Dans notre échantillon, **97,7%** du personnel avaient persuadé un fumeur d'abandonner.

TABLEAU XXX : Répartition des enquêtés selon le résultat de la tentative de persuasion d'abandon de tabac.

RESULTAT DE TENTATIVE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Avec succès	111	40,2
Sans succès	158	57,2
Sans avis	7	2,5
Total	276	100

Plus de la moitié des enquêtés soit **57,2%** affirmaient n'avoir pas eu de succès aux tentatives de persuasion d'abandon du tabac, par contre **40,2%** l'ont pu avec succès.

TABLEAU XXXI : Répartition des fumeurs selon les meilleurs moyens pour arrêter de fumer.

MOYENS D'ARRÊT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Volonté	174	63,0
Interdiction de vente	3	1,1
Augmenter le prix du tabac	1	0,4
Média (télé, radio)	26	9,4
Publicité	1	0,4
Campagne nationale	8	2,9
Contact personnel	22	8,0
Religion	7	2,5
Consultation médicale gratuite	5	1,8
Témoignage d'anciens fumeurs	25	9,1
Fermer les usines de fabrique	4	1,4
Total	276	100

Plus de la moitié du personnel soit **63%**, affirmaient que la volonté est le meilleur moyen pour arrêter de fumer, le média **9,4%** ; **9,1%** le contact personnel.

TABLEAU XXXII : Répartition des enquêtés selon la connaissance de l'existence de la loi sur tabagisme au Mali.

CONNAISSANCE LOI ANTI-TABAC	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	102	37,0
Non	174	63,0
Total	276	100

Environ **63%** du personnel ne connaissaient pas l'existence de la loi sur le tabagisme au Mali.

TABLEAU XXXIII : Répartition des enquêtés selon la connaissance de la date de la journée mondiale sans tabac (JMST).

CONNAISSANCE DE LA DATE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	5	1,8
Non	271	98,2
Total	276	100

Seulement **1,8%** du personnel, avait pu se rappeler de la date de la journée mondiale sans tabac.

TABLEAU XXXIV : Répartition des enquêtés selon que la journée mondiale ait un impact dans la lutte anti-tabac au Mali.

IMPACT DE LA JOURNEE SANS TABAC	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	237	85,9
Non	39	14,1
Total	276	100

Ceux qui affirmaient que la journée a un impact dans la lutte anti-tabac représentaient **85,9%** du personnel.

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

SOUHAIT DE PARTICIPATION A LA JOURNEE MONDIALE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	250	90,6
Non	26	9,4
Total	276	100

La majorité du personnel ont évoqué vouloir participer aux manifestations de la JMST soit **90,6%**.

TABLEAU XXXVI : Répartition des enquêtés selon la volonté d'interdiction de fumer dans les centres de santé.

INTERDICTION DE FUMER AU CENTRE DE SANTE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Aux patients	5	1,8
A toute personne	271	98,2
Total	276	100

Presque la totalité du personnel soit **98,2%** affirmaient qu'il faut appliquer une interdiction de fumer à toute personne dans les centres de santé.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Nous avons mené une étude transversale et descriptive portant sur **276** participants. Le but de cette étude était de déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel de santé du cercle de Kita. Pour aboutir à ce résultat, nous avons procédé à une enquête à partir d'un questionnaire individuel préalablement élaborés.

Au cour de cette étude nous avons rencontré quelques difficultés, dont l'absence de certains agents de santé et la difficulté d'accès de certaines localités (CSCOM).

L'âge moyen de nos sujets était **40,5** ans avec un sexe ratio à **1,6** en faveur des hommes. Cet âge moyen est supérieur à celui de DIAW [20] qui avait trouvé **37,5** ans dans une étude similaire réalisée chez le personnel médical et paramédical du CHU du Point-G. Par contre cet âge moyen est égale à celui trouvé par N'DIAYE [48], dans une étude effectuée chez des médecins exerçant à Dakar.

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était comprise entre 21 à 30 ans, soit **34,1%** des sujets. Elle pourrait s'expliquer par la diversité des catégories professionnelles.

Cette tranche d'âge a été observée par SYLLA [68] dans une étude menée chez le personnel socio-sanitaire du CHU Gabriel TOURE chez **57,5%** des sujets recrutés. Par contre N'DIAYE [48], a trouvé que **60%** des sujets avaient un âge compris entre 30 à 40 ans.

Les mariés, constituaient la majorité des sujets enquêtés, avec **78,3%**, contrairement à SYLLA [68] chez qui la majorité des sujets étaient célibataires soit **58%**.

Les aides soignants, étaient la catégorie professionnelle la plus représentée, avec un taux de **42%**. Ce qui pourrait s'expliquer par leur prédominance au niveau des centres de santé communautaires (CSCOM).

Les techniciens de santé et les techniciens supérieurs de santé représentaient respectivement : **15,2 %**; **11,6%**.

Nous avons trouvé, dans notre échantillon que, **21,7%** étaient fumeurs ; **13,8%** ex-fumeurs ; **64,5%** non-fumeurs. Tous les fumeurs étaient de sexe masculin.

La prévalence du tabagisme était plus élevée dans notre échantillon que celle trouvée par ALOUI [3], soit **14,9%** de fumeurs, **7,6%** d'ex-fumeurs, et **77,5%** de non-fumeurs.

Tandisque DIAW [20] a trouvé **12,9%** de fumeurs, **13,2%** d'ex-fumeurs et **73,9%** de non-fumeurs.

Plus d'un paquet par jour, c'était la consommation journalière de **23,7%** des ex-fumeurs ainsi que **8,3%** des fumeurs dans notre étude.

Ces résultats sont proches de ceux trouvés par DIAW [20] soit **20%** des fumeurs fumant plus de deux (2) paquets par jour.

La majorité de nos tabagiques soit **68,3%** des fumeurs et **47,3%** des ex-fumeurs ont commencé leurs tabagisme entre 15 à 19 ans.

Cette tranche d'âge est la même trouvée dans les études similaires [21; 20 ; 75 ; 65 ; 46 ; 68].

La dépense journalière de **60,7%** des fumeurs est de (250f à 500f CFA) dans notre étude, ce qui correspond à (7500f à 15000f CFA) par mois soit environ la moitié du revenu mensuel d'un aide soignant.

Contrairement à Liliane [75], les fumeurs ne dépensaient pas plus de 5000f CFA par mois et TOUNKARA [72], qui a avait trouvé 10500f CFA.

Parmi les fumeurs, **56,6%** ont commencé leur tabagisme par curiosité, tandis que dans l'étude de SYLLA [68], l'entourage était la raison évoquée par **28,5%** des fumeurs ainsi que DEMBELE [16] qui a trouvé que **50,7%** des fumeurs ont commencé par promiscuité.

La raison de continuation du tabagisme évoquée par la majorité des fumeurs, soit **68,4%** est l'habitude ce qui s'expliquerait par leur dépendance au tabagisme.

Presque la moitié des ex-fumeurs, soit **42,1%** ont évoqué la maladie comme raison d'arrêt du tabagisme contre **31,6%** qui ont évoqué la culpabilisation. Ces résultats sont proches de ceux observés par DIAW [20], soit **42,5%** qui avaient évoqué la maladie et **45%** la culpabilisation. Par ailleurs ALAOUI et SAMUEL ont trouvé respectivement **63,5%** ; **57%** des cas dans leurs travaux [3 ; 65], qui ont évoqué les problèmes de santé comme raison d'arrêt du tabac.

Dans notre étude **88,3%** des fumeurs affirmaient avoir la volonté d'arrêter de fumer. Ce taux était légèrement inférieur à celui de l'étude de SYLLA [68] soit **95,7%**. Par contre, **58,7%** des fumeurs déclaraient souhaiter arrêter de fumer dans l'étude de RAVEL [63].

Dans notre série **26,7%** des fumeurs ont tenté d'arrêter trois (3) fois sans succès ; parmi ces fumeurs, **20%** affirmaient avoir besoin d'un soutien médical et psychologue pour arrêter de fumer. Ce taux est inférieur à ceux trouvés par DIAW et LILIANE soit respectivement **93,7%** ; **90%** [20 ; 75].

Quand aux meilleurs moyens pour arrêter de fumer, le personnel soignant a évoquée dans **63%** des cas la volonté, suivit de média à **9,4%** des cas et le témoignage d'anciens fumeurs **9,1%** des cas. Pendant que COOREMAN [14]

trouvait que **69%** préféraient une consultation anti-tabac et le contact personnel dans **79%**.

Dans notre étude, presque la totalité du personnel soit **98,2%** pensaient avoir un rôle d'aider les fumeurs à abandonner et **94,9%** pensaient avoir une influence sur les fumeurs, car connaissant bien les dangers du tabagisme.

Parmi le personnel enquêté, **97,1%** des sujets avaient tenté de persuader un fumeur à abandonner avec **40,2%** de cas de succès.

Par ailleurs, **63%** des enquêtés ignoraient malheureusement l'existence de la loi relative au tabagisme au Mali.

Seulement **1,8%** du personnel soignant avaient pu se rappeler de la date de la journée mondiale sans tabac JMST ; **85,9%** pensaient que cette (JMST) avait une influence dans la lutte anti-tabac au MALI.

Par ailleurs **90,6%** du personnel voudraient participer aux manifestations de la journée mondiale sans tabac au MALI.

L'interdiction formelle de fumer dans les centres de santé était approuvée par **98,2%** des participants.

Ces chiffres nous ont montré que le personnel de santé n'est pas épargné par la problématique du tabagisme, mais nous ont donné aussi de l'espoir quant à la lutte anti-tabac par ces derniers.

VII-CONCLUSION :

Le tabagisme constitue un problème de santé publique d'actualité ayant des conséquences qui augmenteraient dans un avenir proche, à cause de sa précocité et de sa délocalisation dans les pays en développement.

Dans notre étude, nous avons recruté 276 agents de santé dans le cercle de KITA, dont **21,7%** de fumeurs, **13,8%** d'ex-fumeurs et **64,5%** de non-fumeurs. **68,4%** des fumeurs ont évoqué l'habitude comme raison de continuation du tabagisme.

Plus de la moitié des fumeurs soit **56,6%**, ont évoqué la curiosité comme motif d'entrée dans le tabagisme.

La majorité des tabagiques avait commencé à fumer entre **15 à 19ans** ; **61,7%** des fumeurs dépensaient entre (250f CFA à 500f CFA) par jour dans la cigarette.

Actuellement, **88,3%** de nos fumeurs avaient affirmé avoir la volonté d'arrêter de fumer.

Parmi les moyens proposés pour arrêter de fumer la volonté était évoquée dans **63%** des cas dans notre série comme le meilleur moyen pour abandonner, aussi tous les autres moyens dans le questionnaire ont été approuvés.

VIII-RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités gouvernementales :

- Réaliser une étude globale sur la prévalence du tabagisme au MALI.
- Elaborer et mettre en place une politique nationale de lutte contre le tabagisme.
- Veiller au respect de l'article 3 du décret n° 97-162/P-RM qui vise à interdire de fumer dans les lieux clos ou couverts accueillant le public ou constituant des lieux de travail.
- Introduire dans le media la diffusion des messages de lutte contre le tabagisme.
- Réviser et intensifier la diffusion de la loi n°96/041 du 07 AOUT 1996 portant restriction de la publicité et de l'usage du tabac au MALI.
- Elaborer et diffuser de nouveaux textes législatifs et réglementaires, relatifs à l'importation, l'exportation, la consommation du tabac au MALI.
- Augmenter les taxes pour décourager l'importation du tabac.

A l'administration des centres de santé :

- Interdire toute forme de tabagisme dans les centres de santé.
- Utiliser des affiches montrant des séquelles du tabagisme au sein des centres de santé.
- Former du personnel pour l'aide au sevrage.
- Organiser des conférences sur le tabagisme afin de mieux informer la population sur les méfaits du tabac.

Au personnel soignant :

- Au personnel tabagique ne pas fumer en présence des malades.
- Informer au cours des consultations, les patients sur les conséquences liées au tabagisme.

Aux associations et ONG de lutte contre le tabagisme :

- Multiplier les activités de sensibilisation à travers tout le pays.
- Mettre en place des centres de sevrage et d'information sur le tabagisme.
- Faire un suivi et évaluation de toutes les activités de lutte anti-tabac.

IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1- Aide mémoire n°221 :

Tabac et santé, OMS avril 1999.

2-Agence Française de sécurité sanitaire des produits sanitaires :

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

3-ALAOUI Yazaidi A, El Bazie M, El Meziane A :

Tabagisme chez le personnel de santé au Maroc.5^e. Conférence panafricaine de santé au travail. Tunis, 22 Septembre-2 Octobre 1999.

4- ANNE BORGNE : femme et tabac

La dépendance et l'arrêt du tabac : les femmes, une population particulière.

Octobre 2001 ; P14, 16.

5-Atlas, OMS : P87-2003

6- ASHTON (H.), STEPNEY (R.) :

Fumer : Aspects psychologiques et pharmacologiques.

Encycl-Med-Chir (Paris France) Pneumologie 6-012-A-38.

Toxicologie professionnelle 16-535-E-10 1994, 8P.

7- Banque Mondiale :

Maîtriser l'épidémie. L'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.

Washington, 2000 ; P10, 53, 57.

8- BARRY (J.) : Tabagisme : une catastrophe de santé

Source OMS : La vie au XXI^{ème} siècle – une perspective pour tous. Genève, 1998. Fraternité matin 1997, p.6.

9- BENNETT-PLUM-GILL-KOKKO-MANDELL-OCKNER-SMITH :

Cecil traité de Médecine Interne, Edition Spécial étudiant, P35-36.

10-Baylet R, Frament V, Diop s, Ndobelinga, De Modeiros D:

Enquête sur l'utilisation du tabac dans les centres coutumiers et en milieu urbanisée à Dakar. Dakar Medical 1974; 19 : 36-46.

11-CAMARA Ousmane :

Le tabagisme chez les patients au service de Pneumologie du Point-G ; Thèse de Médecine : Bamako, 2007.60p ; 260.

12-Chaibainou A, Sellama, Achachi L :

Evaluation du tabagisme en milieu pneumologique et cardiologique, 130 cas. Rev Mal Respir 2005 :22 :1s101.

13- CISSE MOHAMED :

Enquête globale sur le tabagisme chez les jeunes (SOS tabagisme). 2002, p1.

14-Cooreman J, Pretet, Levallois M, Marsac J, Perrize S :

Le tabagisme chez les élèves infirmiers ; Rev. Mal Respir 1988; 5 :115-21.

15- DAO SOUNKALO :

Tabac : Aspects économiques et effets sur la santé en milieu hospitalier de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 1996.

16-DEMBELE Bierter :

Le tabagisme dans certains lycées publiques et privés du district de Bamako; Thèse de Médecine ; Bamako2007.82p; 146.

17- DENA KOUANA :

Etude de quelques aspects du tabagisme chez les étudiants de l'ENMP du Mali. Thèse de Pharmacie, Bamako, 1994.

18- DIALLO (B.A) :

La douleur thoracique en pratique cardiologique quotidienne à Bamako
Epidémiologie clinique et étiologique.

Mali Médical, 1994(1) : 6-8.

19- Dictionnaire de Médecine :

Première Edition. Larousse de poche 1985 : 693.

20-DIAW Aliou: Le tabagisme chez le personnel médical du CHU Point-G ; Thèse de Médecine; Bamako, 2008.45p ; 168.

21- HAIDARA (A.M) :

Le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre le tabagisme au Mali. Thèse de Pharmacie, Bamako, 1981.

22- HAILLOT (O.), LARSON (Y.) :

Le cancer du rein de l'adulte ; Rev. Prat. (Paris) 1993, 43(7) : 797-806.

23-[http : //www.quotimed.com/recherche/index.cfm?fuseaction 17/03/09.](http://www.quotimed.com/recherche/index.cfm?fuseaction=17/03/09)

24-<http://www.service-public.fr/actualites/00385html> 17/03/09 à 19h.

25-<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/> 17 Mars 2009 à 19h.

26-<http://www.annals.org/cgi/content/full/145/11/839> 17/03/09 19h.

27-<http://www.who.int/features/2003/08/fr/index.html> 17/03/09 à 19h.

L'Organisation Mondiale de la Santé.

28-[http://fr.wikipedia.org/wiki/tabagisme#cite_ref
quotidien_du_m.C3.A9decin_4-2.](http://fr.wikipedia.org/wiki/tabagisme#cite_ref_quotidien_du_m.C3.A9decin_4-2) 17/03/09.

29-HUHTON (G.):

Collection pour le praticien; Pneumologie, Edition Masson, p.26.

30- International Agency for research on cancer:

IARL monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to human, 1986 vol 38.

31-Josseran L, King G Velter A, Dressen C:

Smoking behaviour and opinions of French general practitioners. J Natl Med Assoc 2000; 92:382-90.

32- Journée Mondiale sans Tabac :

31 mai 2000. OMS. Fiche d'information n°5.

33- KOFFI (N.), BOUZED (S.), KOUASSI (B.), NGOM (A.), HORO (K.) :

Le tabagisme chez le personnel de santé des 3 CHU d'Abidjan (RCI).

Revue de Médecine d'Afrique noire 2003, 159 : 193.

34-Largue G :

Arrêter de fumer ? ED.Odile Jacob ; 1998.

35- La ligue Nationale contre le cancer :

Le tabac : Pour mieux connaître ses dangers. Paris 2000 ; P11.

36- La ligue Nationale contre le cancer :

« Le vrai combat » Guide de l'utilisateur, 2000 ; p10-27.

37- LEMAIRE (J.F)

Le tabagisme. Que sais-je ? n°1859, Paris 1986.

38-Livre Blanc :

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

39-Lutte antitabac : Renforcer l'action nationale. Rapport sur la santé dans le monde 2003, façonner l'avenir. OMS 2003.

40-Malakuskas k, Veryga A, Skalauskas R:

Smoking prevalence among university hospital staff. *Medicine* 2003; 36:301-6.

41- MIHALTAN (F.), ULMEANU (R.):

Incidence du tabagisme dans la population active en Roumanie en 1999.

Rev. Mal. Respir. 2001, vol 18 Janvier, 157: 179.

42- Ministère de la santé de l'hygiène et de la prévention du Sénégal :

Plan d'action national de lutte contre le tabac 2002-2007; P13.

43-Ministère de santé du Mali :

Plan d'action national de lutte contre le tabac.

44-Ministère de la santé en collaboration avec l'organisation mondiale de la santé : Rapport de l'enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire au Mali.

45- Mme CLAIRE CHOLLAT-TRAQUET (OMS) :

Les femmes et le tabac, chapitre 4.

46-Nafti, A Bakir, A Chiban:

Le tabagisme chez les étudiants en médecine d'Algérie. *Rev. Mal Respir.* 2005; 22: 1s98.

47-Nassaf et Coll. : Habitude de fumer, attitudes et connaissances en matière de tabagisme des Médecins internes et résidents du CHU de Ibn Rochd de Casablanca. Rev Mal Respir 2005; 22:1S97.

48-NDIAYE M, Hane AA, Ba O, Diop-Dia, Kandji M:

Le tabagisme parmi les médecins exerçant à Dakar. Revu pneumol clin 2001; 57; 7-11.

49- NEMERY (B.)

Principes de toxicologie pulmonaire. Edition Technique.

Encycl-Med-Chir (Paris France) Pneumologie 6-012-A-38

Toxicologie professionnelle 16-535-E-10 1994, 8P.

50-Nguyen LT Perrot J :

Pratique des médecins généralistes pneumologue, médecins du travail et tabacologue face à la BPCO et au tabagisme. Rev Mal Respir 2005; 22:1s97.

51- OMS – fiche d’information n°1

Les femmes et le tabac, P33.

52- OMS – fiche d’information n°3

Vaincre la dépendance à l’égard du tabac. Journée mondiale sans tabac 31 mai 2000.

53-OMS :

Rôle des personnels de la santé dans la lutte antitabac : Octobre 2005.

54-OMS :

Convention cadre pour la lutte antitabac : OMS Genève 2003.

55-OMS : Lutte contre le tabagisme sans fumée : Rapport d’un groupe de réflexion de l’OMS ; série de rapport technique 773 ; Genève 2003

Rwanda Juin 2001, n°009. P4.

56-OUEDRAGO (A.), OUEDRAGO(T.L.), OUEDRAGO (D.E), SOWA (J.P) : Situation actuelle du tabagisme au Burkina Faso. Cahier santé 2000 ; P178, 179.

57- Panorama de la santé :

Les indicateurs de l'OCDE 2005.

58- PARIS (R.R) ET MOYSE (MME H.) :

Précis de matière médicale Paris, Masson et Cie, 1971 t 03, 509.p.

59- PAUL FREOUR :

Le médecin, le fumeur et le tabac 1987.

60- PIERRE GODEAU, SERGE HERSON, JEAN CHARLES PIETTE

Traité de Médecine 3^{ème} Edition P921, 2409, 2413.

61-Pobee Jom, Larbi EB, KPodonou J:

The profil for African smoker. E. Afr. Med J 1984; 61:227-33.

62- POROT (A.) :

Les toxicomanies, 1976 : 100-106.

63-Ravel C, Bardot E, Pujol E, Hoa D :

Acteurs prédictifs du sevrage tabagique au sein d'une population vue en consultation spécialisée. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 1s100.

64- RUTH ROEMER :

OMS, Action législative contre l'épidémie mondiale du tabagisme 1983

65-Samuel N:

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

66- SASCO (J.A) :

Cancers bronchiques primitifs.

Rev. Prat. (Paris) 1993, 43 (7) : 797-806

67- Stratégies publics consultants SAEL :

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

68-Sylla Ousmane :

Tabagisme chez le personnel socio-sanitaire du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURÉ; Thèse de médecine : Bamako 2008.

69- TCHUINDEM STEPHANIE FLAVIETTE :

Impact du tabagisme chez les lycéens du district de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako 2002.

70-Taieb C, Piergiovani J, Mariono N :

De la première cigarette à fumeur régulier. Rev. Mal Respir 2005; 22:1s99.

71- THOMAS (D.):

Tabagisme et maladies cardiovasculaires.

Rev. Prat. (Paris) 1993, 43 (10); 1218-1222.

72-TOUNKARA Fatoumata :

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

73- TRAORE (M.B) :

Diverses utilisations du tabac au Mali et leurs incidences sur la santé et le développement. Thèse de Pharmacie, Bamako 1983.

74- VIVANT (A.), AMBROISE :

Le tabagisme chez les collégiens : Etude de quatre collèges Lorrains 1999-2000.

75-Youche Longue, Liliane :

Etude du tabagisme chez les sujet âgés de 15 à 30 ans dans le village du Point-G à Bamako à propos de 360 cas ; Thèse de médecine : Bamako, 2005. 80p ; 131.

76-Y. Martinet ; A.Bohadama :

Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Masson 2002. 2^{ème} édition:292p.

77- ZOHOUM (TH.), DIOP (S.), HOCUTONDI (A.), YACOUBA (AM.):

Médecine d'Afrique noire, 1988 35(10) P 699, 700.

78-CSRéf de Kita : Situation du personnel socio-sanitaire du cercle de Kita en Décembre 2008.

Fiche signalétique

Nom : SISSOKO

Prénom : Falaye

Titre de thèse : Le tabagisme chez le personnel socio-sanitaire du cercle de Kita.

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

N° tel : 22366816398/ 23378323335.

Email : falaye.sissoko@yhoo.fr

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé : Le tabagisme constitue un problème majeur de santé publique dans le monde. Il est l'une des principales causes évitables de mortalité dans le monde. Nous avons effectué cette étude sur le personnel socio-sanitaire du cercle de Kita, pour déterminer la prévalence du tabagisme, apprécier la connaissance, le comportement du personnel face au tabagisme et déterminer les meilleurs moyens de lutte anti-tabac.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et exhaustive réalisée du mois de Mars à Mai 2009. Elle a porté sur 276 personnels de santé du cercle de Kita, dont **21,7%** de fumeurs, **13,8%** d'ex-fumeurs et **64,5%** de non-fumeurs.

La majorité des sujets étaient de sexe masculin soit **62%** des sujets; les aides soignants étaient la catégorie professionnelle la plus représentée soit **42%** des cas.

La dépense journalière de **60,7%** des fumeurs étaient comprise entre (250F à 500F CFA).

Il ya **88,3%** des fumeurs qui affirme avoir la volonté d'abandonner le tabac actuellement.

Parmi les fumeurs, **97,1%** avaient affirmé avoir persuadé un fumeur d'abandonner avec **40,2%** de succès d'abandon.

La volonté personnelle du fumeur est évoqué par **63%** des enquêtés comme meilleurs moyens d'abandon. La presque totalité du personnel avait affirmé avoir un rôle d'aider les fumeurs pour abandonner et pensaient qu'il faut formellement interdire de fumer dans les centres de santé soit **98,2%** des sujets. Par ailleurs nous avons constaté que **63%** des participants ne connaissaient pas l'existence de la loi sur le tabagisme au Mali.

Mots-clés : Tabagisme, Epidémiologie, Personnel de santé, Prise en charge.

Identification file**Last name:** Sissoko**First name:** Falaye**Thesis Title:** Smoking among the social-medical staff in the District of Kita**Academic year:** 2009-2010**Place of presentation:** Bamako**Cell:** + (223) 668.163.98/ + (233) 783.233.35**E-mail :** falaye.sissoko@yahoo.fr**Country:** Mali**Depository:** The library of FMPOS**Center of interest:** Public Health

Résumé: Smoking constitutes a major public health problem in the world. It is one of the leading causes of preventable death in the world. We have carried out this study on the social-medical staff at Kita in order to define the prevalence of the issue and appreciate the medical staff attitude about smoking and to find out the best anti-tobacco fighting means.

It is about a transversal, descriptive, and an exhaustive study accomplished from March to May 2009. The study focused on 276 people of the medical staff of Kita, among whom 21.7% are smokers, 13.8% are former smokers, and 64.5% are non-smokers. The majority of the respondents was males and represented 62%; the professional category that was the most represented in the study were the caregivers and represented 42% of the recorded cases. The daily expense of 60.7% of the smokers on tobacco ranged of 250fcfa to 500fcfa. 88.3% of the smokers actually affirmed their willingness to quit smoking. Among the smokers 97.7% affirmed to have persuaded, another smokers to stop smoking with 40.2% of success cases. The smokers' personal willing, as evoked by 63% of the respondents, is the best means to quit smoking. Almost all the medical staff said they had a role in helping smokers to quit and they or 98.2% of the respondents thought that smoking is to be strictly forbidden in healthcare

centers. In other respects, we noticed that 63% of the participants of the study were aware of the smoking law in Mali.

Keywords: *Smoking, Epidemiology, Healthcare staff, Healthcare Support.*

FICHE D'ENQUETE :

N° :

I-Situation sociodémographique :

1-Age : Sexe : Masculin /_/ Féminin /_/
 2-Célibataire : /_/ Marié(e) : /_/ Divorcée : /_/ Veuf (ve) : /_
 3-Avez-vous des enfants : Oui : /_/ Non : /_
 4-Etes-vous ? Médecin : /_/ Pharmacien : /_/ Assistant médical : /_
 Tech. Sup. de santé : /_/ Tech. De santé : /_/ Aides soignant:/_
 Tech. De surface : /_/ chauffeur d'ambulance: /_
 Assistant(e) Social : /_/

Autres à préciser :

II-La prévalence du tabagisme :

- Etes-vous ? Fumeur : /_/ Ex-fumeur : /_/ Non fumeur : /_/

1-Si vous êtes fumeur :

- depuis combien de temps fumez-vous ?

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

- A quel âge avez-vous commencé ?ans.

- Pour quelles raisons avez-vous commencé de fumer ?

Curiosité : /_/ Imiter Publicité : /_/ Plaire aux autres : /_/ Stress : /_/

Père : /_/ Mère : /_/ Entourage : /_/ Autres à Préciser :

-Avec qui avez-vous commencé de fumer ?

Ami : /_/ Parent(s) : /_/ Seul : /_/ Autres à préciser :

-Pour quelles raisons continuez-vous de fumer ?

Habitude : /_/ Plaisir : /_/ Stress : /_/ Autres à préciser :

-Combien de paquets de cigarettes fumez-vous par jour ?

Moins d'un paquet : /_/ Un Paquet : /_/ Plus d'un paquet : /_/

3- Si vous êtes ex-fumeur :

-depuis combien de temps avez-vous cessé de fumer ?

Moins d'un an : /_/ 1 à 5ans : /_/ 6 à 10ans : /_/ 10 et Plus : /_/

- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous cessé de fumer :

Maladie : /_/ Economique : /_/ Indisposition de l'entourage : /_/ Religieuse:/_/

Culpabilisation : /_/ Emissions médicales (télévision, presse écrite, radio) : /_/

Conseil (ami, parent, médecin) : /_/

-Avez-vous fumé pendant combien de temps ?

-A quel âge avez-vous commencé ?.....ans

-Qu'est ce que vous fumiez ?

Cigarette : /_/ Cigare : /_/ Pipe : /_/ Autres à préciser :

-Combien de paquet fumiez-vous par jour ?

d'un paquet : /_/ Un paquet : /_/ Plus d'un paquet : /_/

Moins

4-Si vous êtes Non fumeur, quelles sont vos raisons ?

Non désire:/_/ Statut de femme : /_/ Education : /_/ Economie : /_/ Religion /_/

Autres à préciser :

III-Appréciation de connaissance sur les conséquences du tabagisme :

1-Combien dépensez-vous par Jour dans le tabac ?

Moins de 250f CFA : /_ / 250 à 500f CFA : /_ / 500 à 750f CFA : /_ / 750 à 1000f CFA : /_ / Plus de 1000f CFA : /_ /

2- Savez-vous que votre tabagisme peut avoir des conséquences sur votre famille ?

Oui : /_ / Non : /_ /

Si non, vos raisons :

3- Votre conjoint(e) fume t-il (elle) ? Oui : /_ / Non : /_ /

4- Vos enfants fument-ils ? Oui : /_ / Non : /_ /

IV- Propositions de solution de lutte anti-tabac :

1- Avez-vous essayé de cesser de fumer ? Oui : /_ / Non : /_ /

2- Si Oui, combien de fois ? 1 : /_ / 2 : /_ / 3 : /_ / 4 et plus : /_ /

3- Souhaitez vous actuellement arrêter de fumer ?

Oui : /_ / Non : /_ /

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

Psychologue : /_ / Médical : /_ / Les deux : /_ / Non : /_ /

Autres à Préciser :

.....

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

Oui : /_ / Non : /_ /

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

Oui : /_ / Non : /_ /

7- Avez-vous tenté de persuader un fumeur d'abandonner ?

Oui : /_ / Non : /_ /

Si oui comment a été suivit votre conseil ?

.....

.....

8- Quels sont les moyens qui vous paraissent les meilleurs pour arrêter de fumer ?

Volonté : /_ / **Media** (radio, télé, presse écrite) : /_ / **Publicité** : /_ / **Campagne nationale** : /_ / **Contacte personnel** : /_ / **Religion** : /_ /

Consultation médicale gratuite : /_ / **Témoignage d'anciens fumeurs** : /_ /

Autres à préciser :

9- Connaissez-vous l'existence de la loi sur le tabagisme au Mali ?

Oui : /_ / Non : /_ /

10- A quelle date a lieu chaque année la journée mondiale sans tabac ?

Le /___/___/___/ Je ne sais pas : /_ /

11- Pensez-vous qu'une telle journée aie un impact dans la lutte anti-tabac au Mali ?

Oui : /_ / Non : /_ /

12- Souhaitez-vous prendre une part active aux manifestations de cette journée ?

Oui : /_ / Non : /_ /

13- Pensez-vous qu'il faut interdire de fumer dans les centres de santé ?

Au personnel : Oui : /_ / Non : /_ /

Aux patients : Oui : /_ / Non : /_ /

A Toute personne : Oui : /_ / Non : /_ /

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !