

## SOMMAIRE

	<b>PAGES</b>
INTRODUCTION.....	01
 <b>PREMIERE PARTIE :</b>	
<b>GENERALITES SUR LE TABAGISME</b>	
1. TABAGISME DANS LE MONDE.....	03
1.1. Prévalence du tabagisme.....	03
1.2. Décès dus au tabagisme.....	03
1.3. Consommation de tabac et dépendance.....	04
1.4. Arrêt du tabac.....	07
2. APERCUE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU TABAC ET DES MALADIES RESPIRATOIRES.....	09
2.1. Tabagisme féminin en France.....	09
2.2. Diminution des défenses immunitaires locales et générales.....	09
2.3. Composition de la fumée du tabac.....	10
2.4. Effets amplement démontrés du tabagisme passif.....	11
2.5. Evolution de la proportion des fumeurs.....	11
2.6. Evolution des ventes de tabac.....	12
3. PRINCIPALES MALADIES RESPIRATOIRES DUES AU TABAGISME...	15
3.1. Pathologies respiratoires chroniques.....	15
3.2. Relation tabac-cancer.....	15
4. PREVENTION DES MALADIES RESPIRATOIRES DE L'ENFANT.....	16
4.1. Prévention des infections respiratoires.....	16
4.2. S'opposer au développement de la maladie astmatique.....	16
4.3. Lutter contre le tabagisme actif.....	17

**DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE ÉTUDE PROPREMENT DITE**

1. CADRE D'ETUDE.....	18
1.1. Lieu d'étude.....	18
1.2. Population.....	18
2. METHODOLOGIE.....	18
2.1. Hypothèse.....	20
2.2. Objectifs de recherche.....	20
2.3. Type d'étude.....	20
2.4. Période d'étude.....	20
2.5. Population d'étude.....	20
2.6. Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	20
2.7. Recueil des données.....	20
2.8. Saisie et traitement.....	21
2.9. Limite et éthique.....	21
2.10. Paramètres d'étude.....	21
3. RESULTATS.....	21
3.1. Nombre de sujets de l'enquête.....	22
3.2. Caractéristiques de l'échantillon selon l'âge et le genre.....	23
3.3. Prévalence du tabagisme.....	23
3.3.1. Prévalence globale.....	23
3.3.2. Prévalence du tabagisme chez les femmes.....	23
3.3.3. Prévalence du tabagisme chez les hommes.....	23
3.4. Répartition du tabagisme.....	24
3.4.1. Age et genre.....	24
3.4.2. Niveau d'instruction et profession.....	25
3.4.3. Domicile.....	25
3.5. Durée du tabagisme.....	25
3.6. Type de tabac.....	26
3.7. Consommation.....	26
3.8. Anciens fumeurs.....	27
3.9. Connaissance des dangers du tabac.....	27
3.10. Arrêt du tabac.....	28

	29
<b>TROISIEME PARTIE :</b>	30
<b>COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS</b>	
<b>1. COMMENTAIRES.....</b>	<b>.....</b>
1.1. Prévalence du tabagisme.....	.....
1.2. Répartition du tabagisme.....	31
1.2.1. Tranches d'âge et genre.....	31
1.2.2. Niveau d'instruction et profession.....	31
1.2.3. Domicile.....	31
1.3. Durée, type de tabagisme et consommation.....	32
1.4. Anciens fumeurs.....	32
1.5. Connaissances des dangers du tabac.....	32
1.6. Arrêt du tabac.....	33
1.7. Comparaison aux autres pays.....	33
<b>2. SUGGESTIONS.....</b>	<b>.....</b>
2.1. Information et éducation de la population .....	34
2.1.1. Objectif.....	36
2.1.2. Stratégies.....	36
2.2. Augmentation du prix du tabac .....	36
2.2.1. Objectif.....	36
2.2.2. Stratégies.....	39
2.3. Interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics.....	39
2.3.1. Objectif.....	39
2.3.2. Stratégies.....	39
	39
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>.....</b>
<b>ANNEXE</b>	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>41</b>

## LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau I :	Répartition de la population d'Antananarivo <i>Renivohitra</i> selon l'arrondissement.....	18
Tableau II :	Détermination du nombre des personnes de l'enquête selon le genre et l'arrondissement.....	21
Tableau III :	Caractéristiques de l'échantillon selon l'âge et le genre.....	23
Tableau IV :	Prévalence globale du tabagisme à Antananarivo.....	23
Tableau V :	Prévalence du tabagisme chez les femmes.....	24
Tableau VI :	Prévalence du tabagisme chez les hommes.....	24
Tableau VII :	Répartition du tabagisme selon l'âge et le genre.....	25
Tableau VIII :	Répartition du tabagisme selon le niveau d'instruction et la profession.....	25
Tableau IX :	Répartition des fumeurs selon le domicile.....	26
Tableau X :	Répartition des fumeurs selon la durée du tabagisme.....	26
Tableau XI :	Répartition des fumeurs selon le type de tabac consommé.....	27
Tableau XII :	Répartition des fumeurs selon le niveau de consommation.....	27
Tableau XIII :	Proportion des anciens fumeurs dans la population d'étude.....	28
Tableau XIV :	Répartition des anciens fumeurs selon le genre.....	28
Tableau XV :	Répartition des anciens fumeurs selon la période d'arrêt du tabagisme.....	28
Tableau XVI :	Répartition des fumeurs selon la connaissance des composantes de la cigarette.....	29
Tableau XVII :	Répartition des fumeurs selon la connaissance des dangers du tabac.....	29
Tableau XVIII :	Répartition des fumeurs selon leur attitude vis-à-vis du tabagisme...	30

## **LISTE DES FIGURES**

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
	Figure 1 : Augmentation prévisible des décès liés au tabac de fumeurs n'ayant pas arrêté de fumer.....	03
	Figure 2 : Décès attribués au tabagisme au Royaume-Uni.....	03
	Figure 3 : Décès attribués au tabagisme en France.....	04
	Figure 4 : Un exemple de publicité sur la cigarette.....	06
	Figure 5 : Epidémiologie du tabagisme en France. Revue du praticien (Paris) 1993.....	12
	Figure 6 : Evolution des ventes de tabac et de cigarettes en France.....	13
	Figure 7 : Plan schématique de la ville d'Antananarivo.....	19
	Figure 8 : Schéma de Raw : le tabagisme a un cycle évolutif incontournable....	37
	Figure 9 : Modèle d'apprentissage du comportement.....	38

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES**

AVCI	: Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
DTC	: Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
IEC	: Information, Education et Communication
MCV	: Maladies Cardiovasculaires
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
RN	: Route Nationale
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
%	: pourcentage

## INTRODUCTION

A l'échelle de la planète, le tabac cause un décès sur cinq chez les hommes et un décès sur vingt chez les femmes après 30 ans. En 2000, on notait 4,8 millions de décès prématurés attribuables à des maladies provoquées par le tabac, notamment les Maladies Cardiovasculaires ou MCV, le cancer du poumon et le syndrome obstructif bronchique (1).

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le tabagisme est également associé à des affections respiratoires comme l'asthme et la tuberculose. En Chine, le tabagisme s'est avéré responsable de 12% des décès masculins dus à la tuberculose. En Inde, on a enregistré quatre fois plus de cas de tuberculose chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, ce qui tend à montrer que le tabagisme constitue un facteur contributif dans environ la moitié des décès masculins dus à la tuberculose (1).

Le risque de décès imputable au tabagisme est élevé : entre la moitié et les deux tiers des fumeurs de longue durée meurent de maladies causées par leur toxicomanie. Les fumeurs font également courir des risques aux autres, le tabagisme passif constituant un facteur de risque important chez les enfants pour l'asthme, les pharyngites et les affections respiratoires (1).

« Etude analytique du tabagisme dans la ville d'Antananarivo » est un travail de recherche qui a pour objectif principal de réduire la prévalence du tabagisme.

Le plan de notre étude comprend trois parties principales qui sont les généralités sur le tabagisme, notre étude proprement dite sur le tabagisme, enfin nos commentaires et suggestions.

**PREMIERE PARTIE :**  
**GENERALITES SUR LE TABAGISME**

## GENERALITES SUR LE TABAGISME

### **1. TABAGISME DANS LE MONDE**

#### **1.1. Prévalence du tabagisme (2)(3)(4)**

Le nombre de fumeurs dans le monde est actuellement estimé à 1,1 milliard de personnes, dont les quatre cinquièmes vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. La prévalence du tabagisme est la plus élevée en Europe orientale et en Asie centrale, où 35% des adultes fument. Néanmoins, c'est dans la région d'Asie de l'Est et pacifique que le pourcentage de décès liés au tabac est le plus important (environ 40%).

Les hommes fument davantage que les femmes, bien que l'écart soit plus faible dans les pays à revenu élevé. Les tendances mondiales du tabagisme sont inquiétantes. Si le pourcentage de jeunes qui commencent à fumer continue de suivre le schéma actuel, environ la moitié des hommes et une femme sur dix, le nombre de fumeurs de longue durée progressera de 30 millions chaque année.

Le tabagisme représente une problématique mondiale de santé publique par ses multiples implications historiques, socioculturelles et économiques. Ses conséquences sur l'épidémiologie des maladies et sa toximanogénicité justifient l'aide au sevrage (4).

#### **1.2. Décès dus au tabagisme (5)(6)(7)**

D'ici 2030, les décès prématurés liés au tabac passeront de 10 millions par an selon la figure 1. Ces décès pourraient pourtant être évités, comme on a pu le voir dans les pays où arrêter de fumer est devenu courant.

La lutte contre le tabagisme a commencé sérieusement au Royaume-Uni et aux Etats-Unis dans les années 60. Sur la durée, elle a découragé de nombreux jeunes de fumer et aidé des millions de fumeurs à arrêter. Les actions menées ont entraîné une diminution rapide des taux de cancer du poumon au Royaume-Uni et aux Etats-Unis.

Au Royaume-Uni, où la principale augmentation du tabagisme avait débuté avant la seconde guerre mondiale, l'incidence du cancer du poumon chez les hommes âgés de 35 à 44 ans est passée de 18 cas pour 100.000 habitants en 1950, à 4 cas pour 100.000 habitants en 2000 (figure 2).

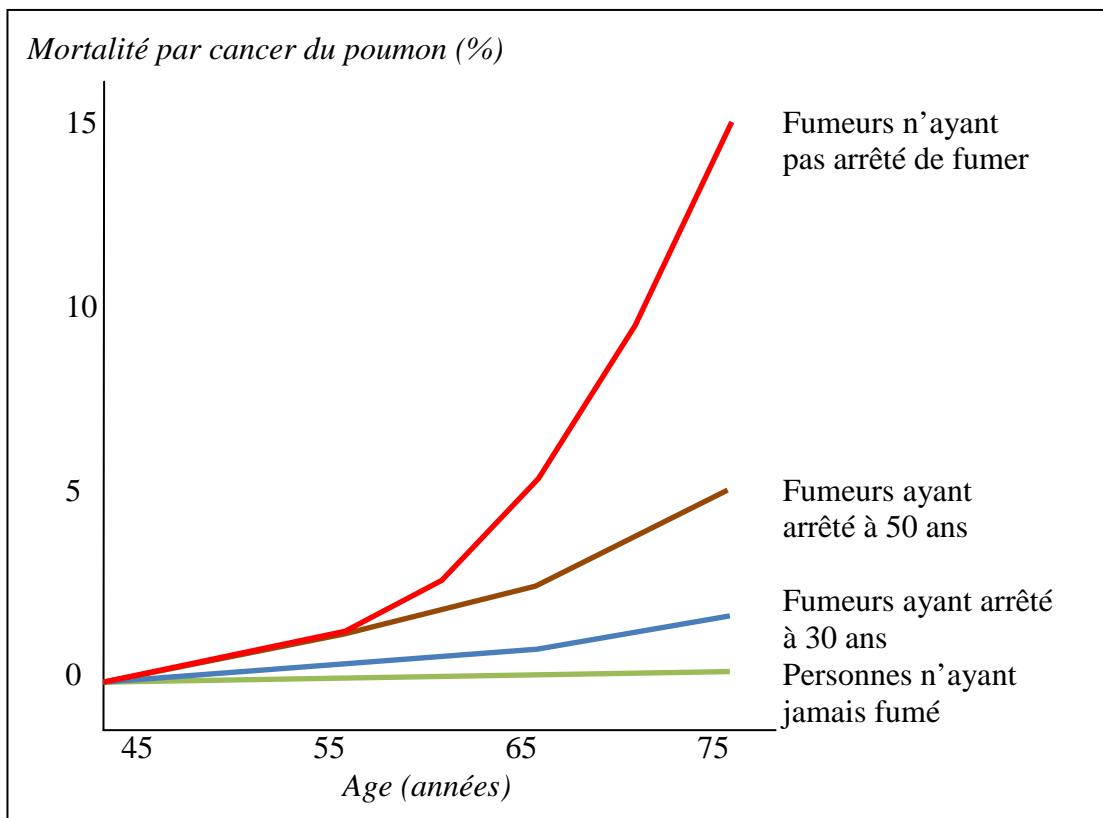


Figure 1 : Augmentation prévisible des décès liés au tabac de fumeurs n ’ayant pas arrêté de fumer (6).

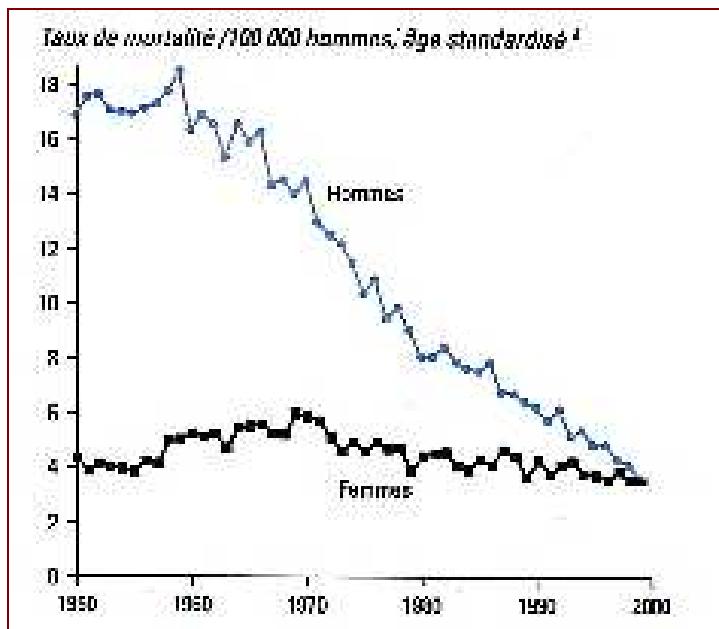


Figure 2 : Décès attribués au tabagisme au Royaume-Uni (7).

En France, par contre, où le tabagisme s'était installé beaucoup plus tard, les efforts entrepris pour inciter les fumeurs à arrêter n'ont pas eu d'impact avant les années 90, et l'incidence du cancer du poumon chez les hommes en France a continué d'augmenter (figure 3).

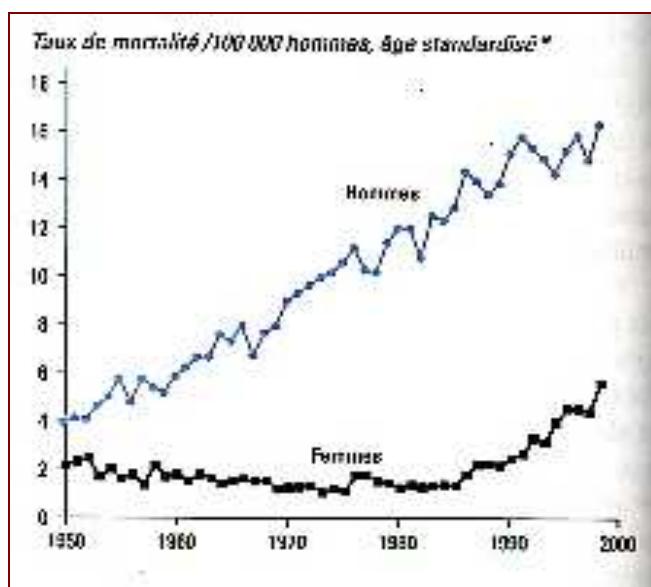


Figure 3 : Décès attribués au tabagisme en France (7).

### 1.3. Consommation de tabac et dépendance (8)(9)(10)

La substance contenue dans le tabac qui crée une dépendance est la nicotine, une drogue psycho-active. L'inhalation est le moyen le plus efficace de transporter la nicotine jusqu'aux récepteurs du cerveau.

La nicotine crée des sensations désagréables lorsque le corps cesse d'en recevoir. A cet égard, il a les mêmes effets que d'autres drogues générant une très forte dépendance, comme l'héroïne et la cocaïne.

Les influences comportementales renforcent l'accoutumance biochimique du tabac. Contrairement aux drogues illégales qui entraînent un risque d'emprisonnement et de désapprobation sociale, le tabac a été favorisé par les usages sociaux et des

intérêts commerciaux en toute légalité. L'industrie du tabac et les pouvoirs publics ont encouragé le tabagisme par le biais de la publicité et d'autres formes de promotion. Le marketing de masse offre également aux fumeurs de multiples occasions d'acheter et de consommer du tabac, ainsi que de fréquents exemples les incitant à le faire, ce qui ne les aide pas à arrêter.

La prévention est le meilleur moyen de lutter contre les maladies causées par le tabac. Tout ce qui réduit le tabagisme, que ce soit en abaissant le nombre de nouveaux fumeurs, en augmentant celui des fumeurs qui arrêtent, en limitant le nombre d'ex fumeurs qui reprennent, ou en diminuant la consommation de tabac des fumeurs, permettra à terme de réduire la charge de morbidité due aux maladies liées au tabac, comme les MCV, le cancer et la tuberculose.

Du fait de sa nature toxicomanogène, le tabac entraîne une accoutumance dont il n'est pas facile de se défaire. Il ne suffit pas de sensibiliser les consommateurs au fait que le tabac crée une dépendance et provoque des problèmes de santé : en règle générale, les gens ne se soucient pas assez des risques qu'ils prennent pour leur santé future, et les jeunes sont davantage susceptibles d'adopter des comportements à risque. Une personne qui a commencé à fumer a du mal à arrêter. Les interventions qui se sont révélées efficaces pour réduire le tabagisme comprennent l'augmentation des taxes sur le tabac, la diffusion d'informations sur les risques du tabac pour la santé, l'instauration d'interdictions de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail, l'interdiction de la publicité, et l'amélioration de l'accès aux thérapies anti-tabac.

Presque tous les Etats prélèvent des taxes sur le tabac pour augmenter les recettes publiques, mais depuis que l'on connaît mieux les dangers du tabagisme, ils se servent de plus en plus des taxes sur le tabac pour rendre la consommation plus chère et décourager ainsi l'usage du tabac. Certains pays utilisent même les recettes des taxes sur le tabac pour financer des programmes de santé visant à réduire l'exposition au tabac.

L'impact sur la consommation des taxes sur le tabac est plus important dans les groupes de population à faible revenu, chez les jeunes et chez les personnes moins instruites. Il est également plus élevé à long terme qu'à brève échéance, parce que les consommateurs en état de dépendance mettent du temps à modifier leurs habitudes. Le prix élevé du tabac semble particulièrement efficace pour empêcher les jeunes fumeurs de passer du stade de l'expérience à celui de la consommation régulière. Les études ont estimé que l'effet d'une augmentation des prix du tabac pouvait être deux fois plus

important dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire que dans les pays à revenu élevé, ce qui signifie qu'en relevant sensiblement les taxes sur le tabac dans les premiers, on arriverait à réduire la consommation de tabac. Les taxes représentent plus des deux tiers du prix de détail dans les pays les plus riches, mais moins de la moitié dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

En plus d'augmenter le prix du tabac, beaucoup de pays sont parvenus à décourager le tabagisme en restreignant l'usage du tabac dans les lieux publics. Ces mesures sont justifiées par la nécessité de protéger les non-fumeurs des effets nocifs de l'inhalation passive du tabac, mais elles créent aussi un obstacle pour les fumeurs, qui les obligent à modifier leurs habitudes et à rechercher des espaces réservés aux fumeurs. Cela peut contribuer à éléver des barrières contre le tabac et également stigmatiser le fait de fumer, induisant de ce fait des changements dans les normes sociales. Pour produire des effets, ces réglementations doivent être effectivement appliquées et sanctionnées, en particulier au moment où elles sont introduites (11).

Les interventions qui affectent les attitudes et les connaissances du public sur les dangers du tabagisme peuvent aussi être extrêmement utiles. Dans le monde entier, peu de produits font l'objet d'autant de publicité et de promotion que les cigarettes (figure 4).



Figure 4 : Un exemple de publicité sur la cigarette (11).

Il est possible de contrer ces actions par des campagnes d’information et de sensibilisation en rendant publics des rapports sur les dangers du tabagisme, en imposant des étiquettes d’avertissement sur les emballages, et en diffusant des messages anti-tabac dans les médias. L’interdiction totale de la publicité et de la promotion du tabac peut réduire le tabagisme et renforcer l’impact des campagnes de sensibilisation du public.

#### **1.4. Arrêt du tabac (12)(13)**

Si les dangers du tabagisme sont aujourd’hui largement connus dans la plupart des pays à revenu élevé, les risques de mortalité et de maladie associés au tabagisme ne sont pas encore bien perçus partout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les principaux messages à transmettre sont que le tabac tue entre la moitié et les deux tiers de l’ensemble des fumeurs, que, en moyenne, les fumeurs perdent 20 à 25 années de vie et meurent entre 35 et 69 ans, et que le fait d’arrêter de fumer augmente les chances de survie quel que soit le nombre d’années pendant lequel la personne a fumé.

Les médicaments récemment mis au point pour contrer les effets de la nicotine améliorent les chances de succès des fumeurs souhaitant s’arrêter. Il est toutefois regrettable que les produits du tabac soient souvent moins chers et plus faciles à se procurer que les traitements de substitution de la nicotine. Pour aider les fumeurs à s’arrêter, les pouvoirs publics doivent diminuer le coût des traitements de substitution de la nicotine et améliorer leur disponibilité. Ces traitements sont plus efficaces lorsqu’ils sont combinés à des services de conseils et un soutien des pairs. Il est particulièrement important d’encourager les fumeurs à arrêter parce que la plus grande part des décès liés au tabac qui surviendront entre maintenant et 2050 toucheront les personnes qui fument aujourd’hui, tandis que l’impact des politiques ciblées sur la prévention du tabagisme chez les jeunes ne se fera vraiment sentir qu’après 2050.

Les interventions qui visent à diminuer l'offre du tabac ne semblent pas donner de très bons résultats. Certains de ces programmes, par exemple l'interdiction de la vente de produits du tabac aux jeunes, sont difficiles et chers à faire appliquer. Les restrictions sur l'importation des produits du tabac peuvent relever les prix intérieurs, mais violent aussi les accords commerciaux internationaux. Les programmes destinés à encourager les agriculteurs à arrêter de cultiver du tabac ne sont pas efficaces parce que d'autres agriculteurs peuvent augmenter leur production pour combler le vide. C'est pourquoi, les pays à revenu faible ou intermédiaire auraient intérêt à concentrer leurs efforts sur la diminution de la demande.

Heureusement, la plupart des interventions portant sur la demande a un bon rapport coût efficacité, et fait même faire des économies. A cet égard, augmenter les taxes sur le tabac est la solution la plus efficace pour réduire le tabagisme. Une hausse de 70% du prix du tabac pourrait éviter 10 à 26% des décès liés au tabac dans le monde.

L'effet serait particulièrement marqué dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, chez les jeunes, et parmi la population masculine. Avec une augmentation des prix de seulement 33%, on obtiendrait un rapport coût efficacité de 3 à 42 dollars par AVCI (Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité) gagnée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et de 85 à 1773 dollars par AVCI gagnée dans les pays à revenu élevé.

En Pologne et en Afrique du Sud, les pouvoirs publics sont allés beaucoup plus loin en doublant pratiquement les prix en peu de temps, ce qui a donné d'excellents résultats. La hausse des prix est la mesure la plus efficace par rapport aux coûts pour faire baisser la consommation de tabac, mais elle est pourtant largement sous-utilisée. De fait, si l'on tient compte de l'évolution du pouvoir d'achat, le prix des produits du tabac a en réalité diminué dans la plupart des pays en développement entre 1990 et 2000.

Améliorer l'accès aux traitements de substitution de la nicotine pour aider les fumeurs qui veulent arrêter de fumer est une mesure qui coûte plus chère entre 75 et 1250 dollars par AVCI gagnée, mais qui reste d'un assez bon rapport coût efficacité, en particulier là où le coût direct des traitements est faible. D'autres interventions, ne portant pas sur les prix, pourraient être mises en œuvre pour un coût compris entre 233

et 2916 dollars par AVCI gagnée. Leur efficacité économique est extrêmement sensible au contexte. Dans les pays où le public assimile bien les messages sur la santé publique, les coûts peuvent être faibles.

Les décès liés au tabac constituent la cause de mortalité en plus forte progression dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, à égalité avec l'épidémie de VIH/SIDA. Les pays n'ont aucune excuse à rester inactifs puisqu'ils ont à leur disposition des mesures efficaces sur le plan économique pour lutter contre le tabagisme. Si l'on veut empêcher une hausse rapide des décès liés au tabac, il importe d'engager des actions énergiques et pertinentes à l'encontre des groupes qui commercialisent les produits du tabac et font pression contre les réformes. Les obstacles qui s'y opposent sont purement d'ordre politique.

## **2. APERCUE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU TABAC ET DES MALADIES RESPIRATOIRES (14)(15)(16)**

### **2.1. Tabagisme féminin en France**

Si le nombre total des fumeurs est à peu près constant depuis quelques années, la tendance est à l'augmentation chez les femmes, qui restent toutefois moins touchées que les hommes : la moitié d'entre elles n'a jamais fumé alors que 3 hommes sur 4 sont ou ont été fumeurs. Un autre phénomène important est l'abaissement de l'âge de début du tabagisme : 14-15 ans en moyenne actuellement, avec un sex-ratio proche de 1, mais des progrès s'amorcent grâce aux actions dans les écoles. Pour les deux sexes, la proportion la plus élevée de fumeurs se situe dans le groupe 18-24 ans (environ 63,5%), insensible aux messages de santé et de prévention qui sont par contre efficaces chez les plus jeunes.

### **2.2. Diminution des défenses immunitaires locales et générales**

Le tabac est indiscutablement l'une des causes majeures des grandes pathologies respiratoires. Les derniers chiffres font état d'environ 25.000 décès par an par cancer des bronches, en France, et de 4 à 5.000 décès par cancer du larynx. Les 95

p.100 des cancers des bronches sont dus au tabac, avec un âge de révélation de plus en plus bas assez fréquemment maintenant entre 30 et 40 ans, lié à une entrée de plus en plus précoce dans le tabagisme depuis les années 70.

Le deuxième point très important est effectivement l'augmentation de l'incidence du cancer des bronches chez la femme, cancer encore exceptionnel il y a 15 ans. Aux Etats-Unis, celui-ci est aujourd'hui le premier cancer de la femme, avant le cancer du sein.

Les autres grandes pathologies liées au tabac sont les bronchites chroniques et les emphysèmes. Bien sûr, le tabac n'en est pas la seule cause, mais c'est un facteur favorisant et déclenchant. Le tabac a également une action à distance de l'appareil respiratoire. Les produits susceptibles d'être cancérigènes sont absorbés, éliminés par le rein et s'accumulent dans la vessie entre deux mictions. La moitié des cancers de la vessie est liée au tabac. Par son action générale sur l'immunité, le tabac favorise également d'autres cancers : pancréas, col de l'utérus, etc...

Il faut signaler la redoutable association alcool/tabac, à l'origine de l'immense majorité des cancers ORL (Oto-Rhino-Laryngologie). Globalement, un cancer sur trois est lié au tabac.

### **2.3. Composition de la fumée du tabac**

La composition de la fumée du tabac est très complexe : plus de 4000 substances ont pu être identifiées. Parmi elles on peut noter :

- des goudrons cancérigènes,
  - des substances irritantes,
  - des éléments radioactifs comme le polonium et des radicaux libres (quinones, époxydes, oxyde de carbone),
  - la nicotine a, elle, une action cardiovasculaire et provoque la dépendance.
- C'est en effet un psychotrope majeur qui, à l'inverse des autres drogues, ne détériore pas les fonctions cognitives.

Les irritants présents dans la fumée de tabac sont responsables d'une hypersécrétion de mucus et de lésions de l'épithélium avec une paralysie des cils. La dynamique de l'épuration bronchique est donc fortement modifié.

Il y a, localement, une moindre production d'IgA, une altération des fonctions des macrophages alvéolaires et un déficit immunitaire général. Le facteur principal du développement d'un emphysème paraît être une altération de l'équilibre protéases-antiprotéases. Tout cela explique les pathologies liées au tabac et notamment la survenue très fréquente d'infections respiratoires hautes ou basses. Les sujets tabagiques présentent effectivement des sinusites, des rhinites, des bronchites et même des broncho-pneumonies à répétition.

#### **2.4. Effets amplement démontrés du tabagisme passif**

Le tabagisme passif peut débuter avant même la naissance par l'exposition du fœtus in utero. La femme fumeuse s'expose d'abord à une réduction de sa fertilité et à des avortements précoces. Les enfants nés à terme présentent un petit poids de naissance, un indice d'Apgar plus faible et peut-être des troubles du développement psychomoteur, ainsi qu'un risque relatif plus élevé du tabagisme ultérieur, et de certains cancers de l'adolescence ou de l'adulte jeune (lymphome, hémopathie).

Chez l'enfant, le tabagisme passif expose à une fréquence plus importante des infections ORL et broncho-pulmonaires, de l'asthme.

#### **2.5. Evolution de la proportion des fumeurs (17)(18)(19)**

L'évolution de la proportion des fumeurs adultes dans la population générale en France pour la période allant de 1974 à 1992 montre dans l'ensemble une certaine stabilisation de la prévalence.

On note cependant chez les hommes une tendance à la baisse et chez les femmes en revanche, une tendance à la hausse de la prévalence du tabagisme (figure 5).

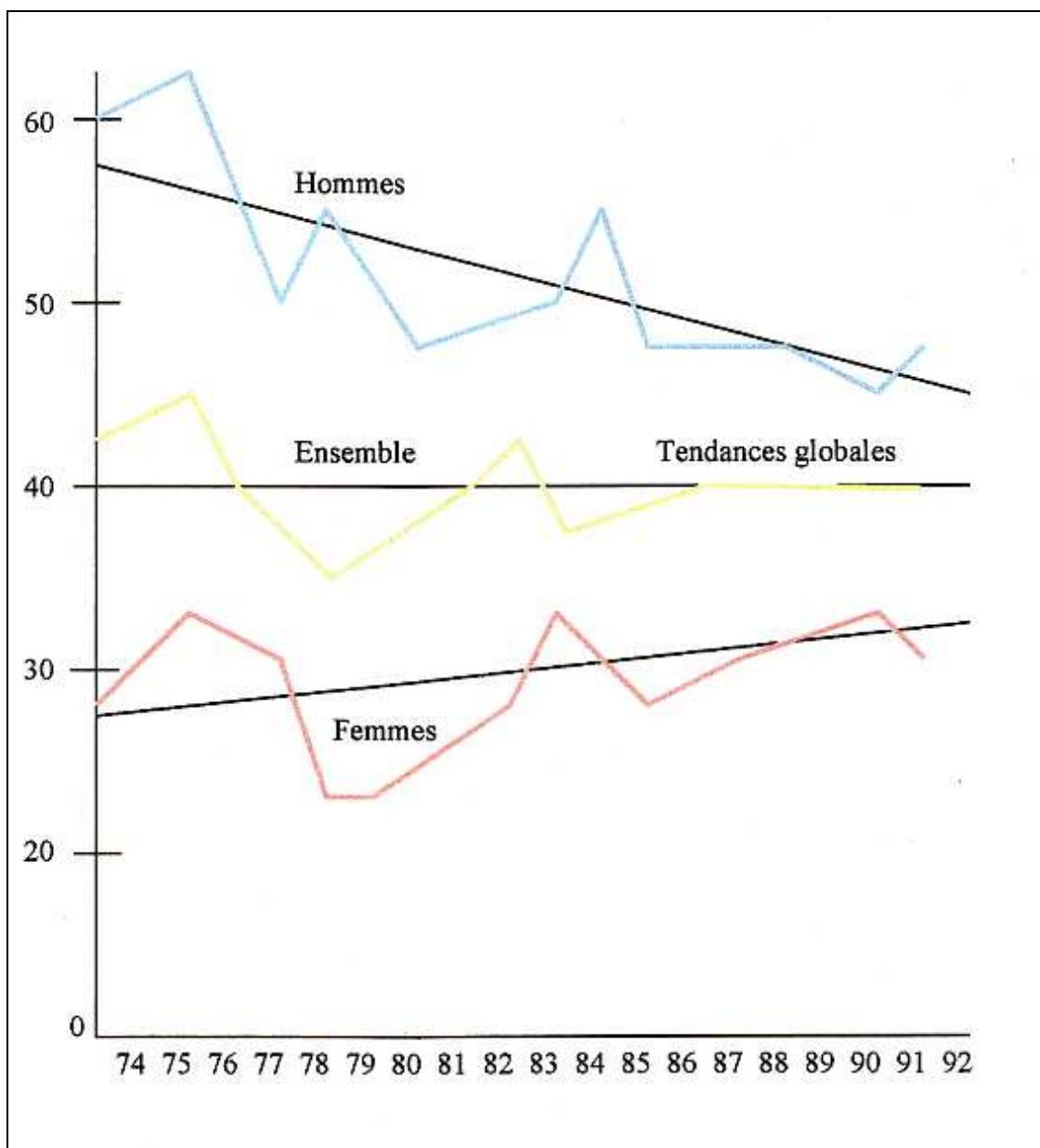


Figure 5 : Epidémiologie du tabagisme en France. Revue du praticien (Paris) 1993 (19).

## 2.6. Evolution des ventes de tabac

De 1860 à 2000, une analyse à travers l'évolution des ventes de tabac et de cigarettes en France montre sur les courbes une augmentation très importante et rapide de la consommation des cigarettes (figure 6).

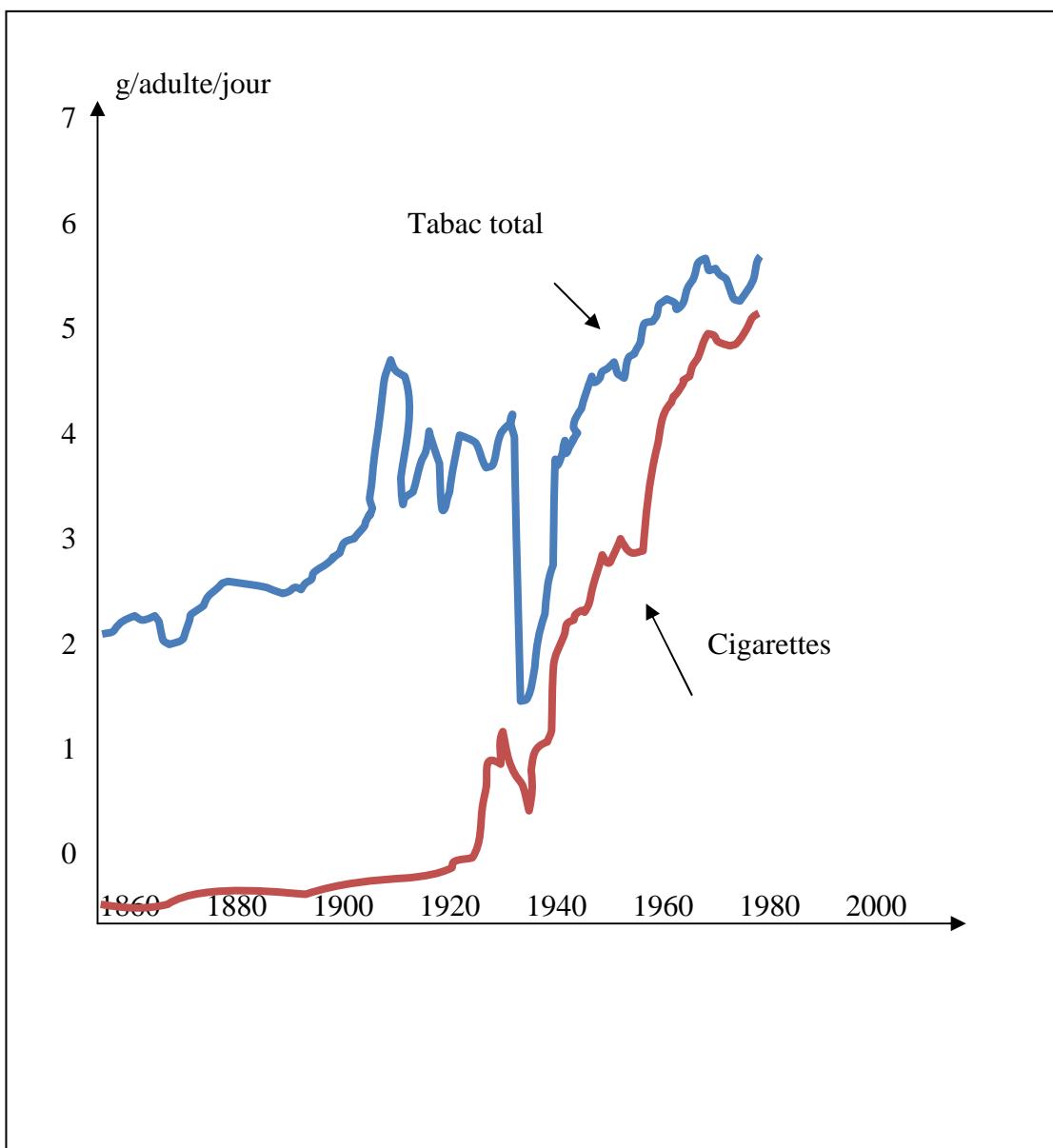


Figure 6 : Evolution des ventes de tabac et de cigarettes en France (19).

Source : SEISA et INSEE.

L'augmentation importante et rapide de la consommation des cigarettes est due en partie aux différentes formes de présentation adoptées : cigarettes blondes, brunes, cigarettes dites "légères" etc...

Les cigarettes légères sont une tromperie et un leurre. Une tromperie sur la marchandise d'abord, car le chiffre indiqué sur les paquets ne reflète pas, contrairement à ce que les gens croient, la teneur des cigarettes en substances toxiques. Ce chiffre est obtenu dans une machine à fumer artificielle qui ne reproduit pas exactement les conditions d'inhalation.

Les cigarettes légères sont munies de filtres qui dégagent peut-être des substances toxiques sous l'effet de la chaleur. Ces filtres sont équipés d'un manchon poreux destiné à diluer la fumée par l'air inhalé. Mais ce manchon poreux est situé là où le fumeur tient sa cigarette. Les pores sont alors bouchées et le manchon est inefficace.

Un autre phénomène très important à connaître est l'augmentation de la consommation en cas d'utilisation de cigarettes légères, avec des inhalations plus profondes, une consommation jusqu'au bout de la cigarette, car le fumeur cherche, par ces moyens, à obtenir la dose de nicotine dont il a besoin. Ainsi, ce sont les fumeurs de cigarettes légères qui ont les taux d'oxyde de carbone les plus élevés dans le poumon profond. Les filtres des cigarettes légères piègent les goudrons, c'est vrai, mais pas la nicotine ; le risque cardio-vasculaire est le même, le taux d'infarctus est le même.

Les cigarettes légères sont également un leurre car elles rassurent les fumeurs indécis et retardent leur passage au sevrage définitif. Ce sont finalement les fabricants de tabac qui tirent tous les avantages des cigarettes légères : les fumeurs continuent à fumer, ils augmentent leur consommation, et le prix de ces cigarettes est le plus élevé.

Malgré le prix élevé, les acheteurs sont de plus en plus jeunes en dépit des mesures de limite d'âge contrôlées à la vente. Ceci semble supposer que les adolescents essaient de fumer dès le plus jeune âge.

### **3. PRINCIPALES MALADIES RESPIRATOIRES DUES AU TABAGISME (20)(21)(22)**

#### **3.1. Pathologies respiratoires chroniques**

Les pathologies respiratoires chroniques sont souvent dues au tabagisme. En France, par exemple, la bronchite chronique touche 5 millions de Français et 300.000 d'entre eux développent une bronchite chronique obstructive (en terme de fonction respiratoire) compliquée ou non d'emphysème centro-lobulaire, 50.000 patients sont des insuffisants respiratoires chroniques graves ayant recours éventuellement à une oxygénothérapie ou à une ventilation à domicile.

Le tabagisme actif (mais aussi passif) est le premier facteur étiologique venant souvent aggraver une exposition professionnelle. Le cancer bronchique primitif est désormais le plus fréquent au monde avec 1.096.000 nouveaux cas enregistrés en 2005, soit 12% de tous les cancers.

L'incidence du cancer bronchique baisse là où les générations masculines les plus jeunes ont réduit leur consommation tabagique (USA, Grande Bretagne, Finlande), et croît en même temps que la consommation en Europe de l'Est et du Sud.

Là où le tabagisme féminin s'est développé dans les années 60 (Ecosse, USA, Australie, Nouvelle Zélande), la mortalité par cancer du poumon dépasse désormais celle liée au cancer du sein.

#### **3.2. Relation tabac-cancer**

La relation tabac-cancer existe quel que soit le type histologique de la tumeur. Le pronostic des cancers bronchiques est globalement sombre puisque incidence, prévalence et mortalité de cette maladie ont des valeurs très proches. La lutte contre le tabagisme constitue toujours le premier combat dans cette affection.

La chirurgie, trop rarement possible (insuffisance respiratoire avancée, extension trop importante) apporte le meilleur pronostic. Ses indications s'étendent actuellement grâce à la pratique d'une chimiothérapie préopératoire. Le cancer à petites cellules est très sensible à l'association radio-chimiothérapie.

## **4. PREVENTION DES MALADIES RESPIRATOIRES DE L'ENFANT**

La préservation du capital respiratoire d'un enfant est toujours une priorité. Tous les professionnels de santé sont concernés. Leurs actions concertées poursuivent trois objectifs complémentaires :

- prévenir la survenue d'infections respiratoires,
- s'opposer au développement de la maladie asthmatique,
- lutter contre le tabagisme.

### **4.1. Prévention des infections respiratoires**

Les infections des voies aériennes représentent l'un des motifs de consultation les plus fréquents en pédiatrie qu'il s'agisse de rhinopharyngites, d'otites, de laryngites ou de bronchites. Le facteur infectieux est primordial, susceptibles de générer des complications sérieuses.

La prévention repose en premier lieu sur la pratique systématique d'une protection vaccinale convenable :

- Primo-vaccination polyvalente  
DTC Polio et haemophilus, avec rappels en temps opportuns.
- BCG obligatoire ou fortement recommandé.
- Vaccination antigrippe chez les jeunes enfants affectés par des infections respiratoires récidivantes.
- Vaccination antipneumococcique.

### **4.2. S'opposer au développement de la maladie asthmatique**

L'asthme s'installe souvent dès les premières années de la vie, volontiers après une infection virale et sur un terrain prédisposé. Son évolution difficilement prévisible impose la mise en œuvre d'une véritable batterie de mesures préventives :

- lutte contre la bronchiolite aigue virale,
- amélioration de l'habitat,
- incitation à la pratique sportive,

- lutte contre le tabagisme passif, c'est un impératif qu'il ne faudrait jamais minimiser.

#### **4.3. Lutter contre le tabagisme actif**

La plupart des mesures restrictives ont pour cible privilégiée l'enfant et l'adolescent. Ainsi les programmes de prévention du tabagisme concernent :

- l'augmentation du prix du tabac avec une incidence inverse sur la consommation dès lors que les ressources financières sont modestes ;
- la réduction de l'incitation à la consommation,
- l'information sur des méfaits du tabac.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE**

## **NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE**

### **1. CADRE D'ÉTUDE**

#### **1.1. Lieu d'étude**

Notre étude a été réalisée dans la ville d'Antananarivo.

#### **1.2. Population**

D'une superficie totale de 2.522 km<sup>2</sup>, la ville d'Antananarivo abrite 2.112.541 habitants répartis au niveau de six arrondissements (tableau I).

Tableau I : Répartition de la population d'Antananarivo *Renivohitra* selon l'arrondissement.

<b>Arrondissement</b>	<b>Masculin</b>	<b>Féminin</b>	<b>Total</b>
1 <sup>er</sup>	254 416	261 128	515 544
2 <sup>e</sup>	136 977	138 896	275 873
3 <sup>e</sup>	176 750	180 289	357 039
4 <sup>e</sup>	159 196	162 021	321 217
5 <sup>e</sup>	209 781	207 386	417 167
6 <sup>e</sup>	115 087	110 614	225 701
<b>Total</b>	<b>1 052 207 (49,8%)</b>	<b>1 060 334 (50,2%)</b>	<b>2 112 541 (100%)</b>

Géographiquement, le 6<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> arrondissements se trouvent dans la partie Nord de la ville, le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> arrondissements dans la partie médiane, et le 2<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> arrondissements dans la partie Sud de la capitale (figure 7).

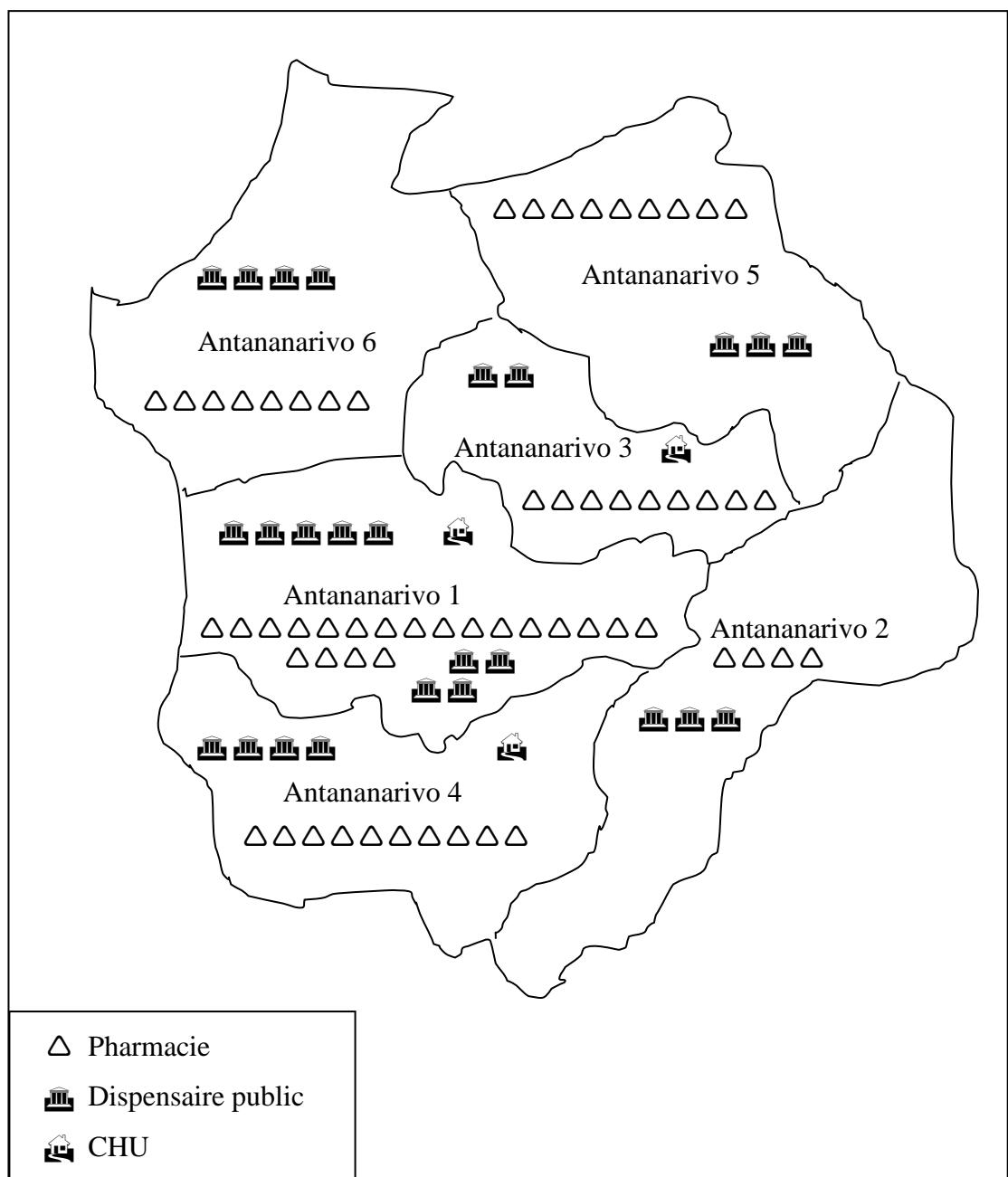


Figure 7 : Plan schématique de la ville d'Antananarivo.

## 2. METHODOLOGIE (23)(24)(25)

### 2.1. Hypothèse

Le tabagisme crée une dépendance qui rend difficile l'arrêt du tabac.

### 2.2. Objectifs de recherche

- Déterminer la prévalence du tabagisme dans la ville d'Antananarivo.
- Comparer la prévalence chez les hommes avec la prévalence chez les femmes.
- Identifier le pourcentage de fumeurs qui ont essayé d'arrêter.
- Suggérer des éléments stratégiques de lutte contre le tabagisme.

### 2.3. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête d'observation sur le tabagisme.

### 2.4. Période de l'enquête

L'enquête a été réalisée du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2011.

### 2.5. Population d'étude

La population d'étude est constituée par les personnes âgées de 18 ans et plus.

#### 2.5.1. Critères d'inclusion

Sont retenus dans l'étude, les sujets âgés de 18 ans et plus, fumeurs, domiciliés dans les 6 arrondissements d'Antananarivo ville.

#### 2.5.2. Critères d'exclusion

Sont écartés de l'étude, les sujets de la population cible qui refusent l'enquête.

## **2.6. Echantillonnage et taille de l'échantillon**

Il s'agit d'une enquête d'observation qui porte sur un échantillon déterminé par la méthode des quota. La taille de l'échantillon est de 384 sujets dont 192 femmes et 192 hommes (tableau II).

Tableau II : Détermination du nombre des personnes de l'enquête selon le genre et l'arrondissement.

<b>Arrondissement</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
Antananarivo I	32	32	64
Antananarivo II	32	32	64
Antananarivo III	32	32	64
Antananarivo IV	32	32	64
Antananarivo V	32	32	64
Antananarivo VI	32	32	64
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>192</b>	<b>384</b>

## **2.7. Recueil des données**

Les données sont recueillies à partir des résultats de l'enquête menée auprès de la population cible et notés sur les questionnaires (annexe I).

## **2.8. Saisie et traitement**

Les données sont ensuite saisies à l'ordinateur et traitées selon les logiciels Word et Excel.

## **2.9. Limite et éthique**

La méthode des quota repose sur un échantillon de sujets qui reflète la population concernée et ne peut donner qu'une idée approximative de la situation étudiée. L'étude a été faite dans l'anonymat.

## 2.10. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- le nombre de sujets de l'enquête,
- la répartition selon la tranche d'âge,
- la prévalence du tabagisme chez les hommes,
- la prévalence du tabagisme chez les femmes,
- la comparaison des prévalences,
- le pourcentage de femmes qui ont essayé d'arrêter le tabac,
- les motifs d'abandon.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Nombre de sujets de l'enquête

L'enquête porte sur 384 sujets de la ville d'Antananarivo.

#### 3.2. Caractéristiques de l'échantillon selon l'âge et le genre

Tableau III : Caractéristiques de l'échantillon selon l'âge et le genre.

Tranche d'âge \ Genre	Hommes	Femmes	Total
15-24 ans	39	39	78
25-34 ans	39	39	78
35-44 ans	39	39	78
45-54 ans	39	39	78
55 et plus	36	36	72
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>192</b>	<b>384</b>

#### 3.3. Prévalence du tabagisme

##### 3.3.1. Prévalence globale

Tableau IV : Prévalence globale du tabagisme à Antananarivo.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Nombre de fumeurs	104	27,1
Nombre de non fumeurs	280	72,9
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>

- La prévalence globale du tabagisme est de 27,1%.

### **3.3.2. Prévalence du tabagisme chez les femmes**

Tableau V : Prévalence du tabagisme chez les femmes.

<b>Dénomination</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Nombre de femmes qui fument	28	14,6
Nombre de femmes qui ne fument pas	164	85,4
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100%</b>

- La prévalence du tabagisme chez les femmes est de 14,6%.

### **3.3.3. Prévalence du tabagisme chez les hommes**

Tableau VI : Prévalence du tabagisme chez les hommes.

<b>Dénomination</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Nombre de fumeurs	76	39,6
Nombre de non fumeurs	116	60,4
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100%</b>

- La prévalence du tabagisme chez les hommes est de 39,6%.

### 3.4. Répartition du tabagisme

#### 3.4.1. Age et genre

Tableau VII : Répartition du tabagisme selon l'âge et le genre.

Tranche d'âge \ Genre	Hommes	Femmes	Total
Tranche d'âge			
15-24 ans	15	6	21 (20,2%)
25-34 ans	12	2	14 (13,5%)
35-44 ans	18	8	26 (25%)
45-54 ans	21	9	30 (28,8%)
55 et plus	10	3	13 (12,5%)
<b>Total</b>	<b>76 (73,1%)</b>	<b>28 (26,9%)</b>	<b>104 (100%)</b>

- Dans 28,8% des cas, les fumeurs ont 45 à 54 ans.

#### 3.4.2. Niveau d'instruction et profession

Tableau VIII : Répartition du tabagisme selon le niveau d'instruction et la profession.

Niveau d'instruction \ Profession	Secteur public	Secteur privé	Secteur informel	Etudiant	Total
Niveau d'instruction					
Illettré	0	0	18	0	18 (17,3%)
Primaire	8	14	18	0	40 (38,5%)
Secondaire	9	10	3	2	24 (23,1%)
Universitaire	8	6	1	7	22 (21,2%)
<b>Total</b>	<b>25 (24%)</b>	<b>30 (28,8%)</b>	<b>40 (38,5%)</b>	<b>9 (8,7%)</b>	<b>104 (100%)</b>

- Dans 38,5% des cas, les fumeurs évoluent dans le secteur informel et sont du niveau primaire.

### 3.4.3. *Domicile*

Tableau IX : Répartition des fumeurs selon le domicile.

<b>Domicile</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Arrondissement I	18	17,3
Arrondissement II	21	20,2
Arrondissement III	19	18,2
Arrondissement IV	16	15,4
Arrondissement V	16	15,4
Arrondissement VI	14	13,5
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

- Dans 20,2% des cas, les fumeurs sont domiciliés dans le 2<sup>e</sup> arrondissement d'Antananarivo ville.

### 3.5. Durée du tabagisme

Tableau X : Répartition des fumeurs selon la durée du tabagisme.

<b>Durée du tabagisme</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 5 ans	17	16,4
5 à 14 ans	18	17,3
15 à 24 ans	36	34,6
25 ans et plus	33	31,7
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

- Dans 34,6% des cas, les sujets du groupe du tabagisme sont fumeurs depuis 15 à 24 ans.

### 3.6. Type de tabac

Tableau XI : Répartition des fumeurs selon le type de tabac consommé.

Type de tabac	Nombre	Pourcentage
Cigarette avec filtre	61	58,7
Cigarette sans filtre	34	32,7
Gros tabac Voltigers, Boyard (Cuba)	4	3,8
Pipe	5	4,8
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

- Dans 58,7% des cas, le tabagisme concerne les cigarettes avec filtre.

### 3.7. Consommation

Tableau XII : Répartition des fumeurs selon le niveau de consommation.

Niveau de consommation	Nombre	Pourcentage
Moins de 10 cigarettes/jour	13	12,5
Plus de 10 cigarettes à 1,5 paquet/jour	47	45,2
Plus de 1,5 paquet/jour	35	33,7
Moins de 5 gros tabacs ou moins de 5 pipes/jour	7	6,7
Plus de 5 gros tabacs ou plus de 5 pipes/jour	2	1,9
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

- Dans 45,2% des cas, les fumeurs consomment plus de 10 cigarettes à 1,5 paquet par jour.

### 3.8. Anciens fumeurs

Tableau XIII : Proportion des anciens fumeurs dans la population d'étude.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Fumeurs	104	27,1
Anciens fumeurs	28	7,3
N'ont jamais été fumeurs	252	65,6
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>

- Dans 7,3% des cas, les sujets de l'étude sont des anciens fumeurs.

Tableau XIV : Répartition des anciens fumeurs selon le genre.

Genre	Nombre	Pourcentage
Hommes	11	39,3
Femmes	17	60,7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

- Dans 60,7% des cas, les anciens fumeurs sont des femmes.

Tableau XV : Répartition des anciens fumeurs selon la période d'arrêt du tabagisme.

Période d'arrêt du tabac	Nombre	Pourcentage
Arrêt du tabac à 30 ans ou moins	13	46,4
Arrêt entre 30 et 50 ans	9	32,2
Arrêt du tabac à 50 ans ou plus	6	21,4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

- Dans 46,4% des cas, les anciens fumeurs ont arrêté le tabac à l'âge de 30 ans ou moins.

### 3.9. Connaissance des dangers du tabac

Tableau XVI : Répartition des fumeurs selon la connaissance des composantes de la cigarette.

<b>Composantes de la cigarette</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Papier, tabac, nicotine	30	28,9
Papier, tabac, nicotine, goudron	15	14,4
Papier, tabac	38	36,5
Tabac, nicotine	21	20,2
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

- Dans 36,5% des cas, les fumeurs ne connaissent que le tabac et le papier.

Tableau XVII : Répartition des fumeurs selon la connaissance des dangers du tabac.

<b>Dangers du tabac</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Maladies respiratoires	53	50,9
-Maladies respiratoires		
-Maladies cardiovasculaires	11	10,6
-Cancer de la vessie		
-Maladies respiratoires	34	32,7
-Maladies cardiovasculaires		
Ne sait pas	6	5,8
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

- Dans 50,9% des cas, les fumeurs ne connaissent que les maladies respiratoires comme dangers du tabac.

### **3.10. Arrêt du tabac**

Tableau XVIII : Répartition des fumeurs selon leur attitude vis-à-vis du tabagisme.

<b>Attitude vis-à-vis du tabac</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Ont essayé d'arrêter sans succès	14	13,5
Ont diminué la consommation	31	29,8
N'ont pas l'intention d'arrêter	59	56,7
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

- Dans 56,7% des cas, les fumeurs n'ont pas l'intention d'arrêter.

**TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES  
ET SUGGESTIONS**

## COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

### **1. COMMENTAIRES**

L'étude analytique du tabagisme que nous avons menée dans la ville d'Antananarivo a été réalisée à l'aide d'une enquête d'observation.

#### **1.1. Prévalence du tabagisme**

Notre étude a porté sur 384 sujets avec les caractéristiques de la méthode des quota, c'est-à-dire 64 sujets par arrondissement dont 32 hommes et 32 femmes (donc au total 192 hommes et 192 femmes).

La prévalence globale du tabagisme est d'après notre étude de 27,1% chez les femmes. Cette prévalence est de 14,6% tandis que chez les hommes, elle est de 39,6%.

Sur plus d'un milliard de fumeurs estimé dans le monde, la majorité vit dans les pays pauvres. En Europe Orientale et en Asie centrale, 35% des adultes fument. C'est la prévalence la plus élevée.

A Madagascar, il semble que la prévalence du tabagisme est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale (29).

#### **1.2. Répartition du tabagisme**

##### **1.2.1. Tranches d'âge et genre**

Notre étude montre que les fumeurs dominent surtout trois tranches d'âge :

- 45-54 ans (28,8%)
- 35-44 ans (25%)
- 15-24 ans (20,2%)

Il y a plus de 3 décennies le tabagisme était encore à la mode : « une personne qui fume vivait pleinement son temps ». Ceci peut expliquer le pourcentage élevé des gens de 45 à 54 ans qui fument.

Actuellement, l'abaissement de l'âge de début du tabagisme à 14-15 ans semble de plus en plus confirmé. En France, la proportion la plus élevée de fumeurs se

situe dans le groupe 18-24 ans. Le besoin de s'identifier au groupe et la convivialité du tabagisme sont des « raisons importantes » qui poussent les jeunes à fumer : 67% fument par goût et 27% fument déjà par habitude.

L'épouvantail de la mort est souvent absent des craintes des adolescents qui pensent peu au caractère irréversible de la mort. invoquer ce type de danger du tabagisme est généralement voué à l'échec chez les jeunes (26).

Dans nos résultats, on note sur 104 fumeurs identifiés, 73,1% d'hommes et 26,9% de femmes. Les hommes fument davantage que les femmes.

### **1.2.2. *Niveau d'instruction et profession***

Nos résultats montrent que 55,8% des fumeurs n'ont pas dépassé le niveau primaire, 38,5% évoluent dans le secteur professionnel informel. Ceci semble montrer que le bas niveau d'instruction et le milieu professionnel informel semblent favoriser le tabagisme.

### **1.2.3. *Domicile***

A Antananarivo, notre enquête montre que la majorité des fumeurs se trouve dans le deuxième, le troisième et le premier arrondissements. Ceci peut résulter du nombre élevé des habitants mais aussi probablement de l'environnement.

## **1.3. Durée, type de tabagisme et consommation**

Les fumeurs identifiés ont déjà fumé :

- pendant moins de 5 ans (16,4%)
- pendant 5 à 14 ans (17,3%)
- pendant 15 à 24 ans (24,6%)
- pendant 25 ans ou plus (31,7%)

Les types de tabac consommé sont :

- les cigarettes avec filtre (58,7%)
- les cigarettes sans filtre (32,7%)
- le gros tabacs ou Boyard par exemple "cigare" (3,8%)
- la pipe (4,8%)

Les quantités consommées sont :

- Pour la cigarette
  - moins de 10 cigarettes par jour (12,5%)
  - 10 à 30 cigarettes par jour (45,2%)
  - plus de 30 cigarettes par jour (33,7%)
- Pour les cigares et la pipe :
  - moins de 5 cigares par jour ou moins de 5 pipes par jour (6,7%)
  - plus de 5 cigares ou plus de 5 pipes par jour (1,9%)

Les cigarettes munies filtres sont généralement dites légères. Mais elles peuvent augmenter la consommation car le fumeur cherche à obtenir la dose de nicotine dont il a besoin (27).

#### **1.4. Anciens fumeurs**

Dans notre étude, on a pu découvrir 28 anciens fumeurs dont 11 hommes et 17 femmes. Ils représentent 7,3% de l'échantillon de population étudiée :

- 46,4% ont arrêté le tabac à l'âge de 30 ans ou moins,
- 32,2% à 30 à 50 ans,
- 21,4% à 50 ans ou plus.

En général, après l'essai presque systématique de la première cigarette, 20% des adolescents arrêtent, mais 20% à l'inverse vont devenir progressivement des fumeurs avérés (28).

#### **1.5. Connaissances des dangers du tabac**

- Sur nos 104 fumeurs, les connaissances des composantes de la cigarette varient :
  - 36,5% ne connaissent que le tabac et le papier,
  - 28,9% connaissent la nicotine en plus,
  - 20,2% n'ont cité que le tabac et la nicotine,
  - 14,4% seulement connaissent le papier, le tabac, la nicotine et le goudron.

- La plupart des fumeurs savent que le tabac engendre des maladies respiratoires (50,9%).
- Certains (32,7%) connaissent les maladies respiratoires et cardiovasculaires.
- 10,6% seulement ont cité le cancer de la vessie ou plus.
- 5,8% ont répondu qu'ils ne savent pas.

### **1.6. Arrêt du tabac**

Les résultats de notre étude montrent que parmi les fumeurs identifiés 13,5% ont essayé d'arrêter sans succès, 29,8% ont diminué leur consommation et 56,7% ont l'intention de continuer.

Il faut noter que le fait d'arrêter de fumer augmente les chances de survie quel que soit le nombre d'années pendant lequel la personne a fumé. Entre la moitié et les deux tiers des fumeurs de longue durée meurent de maladies causées par leur toxicomanie (28).

### **1.7. Comparaison aux autres pays**

Comment Madagascar se situe-t-elle par rapport aux autres pays ? Les comparaisons sont difficiles, car les populations étudiées ne sont pas toujours définies sur les mêmes critères d'âge, et les questions posées pour identifier les fumeurs réguliers ne sont pas toujours identiques. Cependant, l'apport de quelques études récentes (28) permet de dégager quelques grandes tendances ; en pourcentage de fumeurs réguliers. Antananarivo occupe plutôt une position intermédiaire haute, les fumeurs réguliers atteignent une prévalence de 27,1%. Au niveau national, à Madagascar, la prévalence de tabagisme chez les jeunes scolarisés est de 19,3% (29). Parmi ces élèves, la prévalence du tabagisme est nettement plus élevée chez les garçons (30,7%). Mais même chez les filles, la prévalence de 10,2% est très élevée. Au Togo par exemple, 1,7% des filles seulement fument les cigarettes. En Algérie, la prévalence du tabagisme chez les filles est de 1,8% (30).

L'enquête européenne ESPAD apporte des données comparatives chez les jeunes de 15 ans et plus. Le pourcentage de jeunes ayant fumé durant le mois

précédant l'enquête varie sensiblement selon les pays : de 25 à 34% en Islande, Finlande ou France.

Les différences entre les garçons et filles varient également entre pays, certains (dont la France) étant caractérisés par des taux plus élevés chez les filles, d'autres chez les garçons (30).

## 2. SUGGESTIONS

Afin de mieux lutter contre le tabagisme, nos suggestions portent sur :

- l'information et l'éducation de la population,
- l'augmentation du prix du tabac,
- l'interdiction de l'usage du tabac dans les restaurants, lieux de travail et lieux publics,
- les traitements de substitution nicotiniques.

### 2.1. Information et éducation de la population

#### 2.1.1. *Objectif*

L'objectif est de faire connaître les dangers du tabagisme pour décourager les futurs fumeurs ou ceux qui fument déjà.

#### 2.1.2. *Stratégies*

Les stratégies reposent sur :

- l'IEC (Information, Education et Communication) menée en séances de groupe ou individuelles,
- l'utilisation du schéma de Raw (figure 8),
- l'interdiction des publicités sur le tabac.

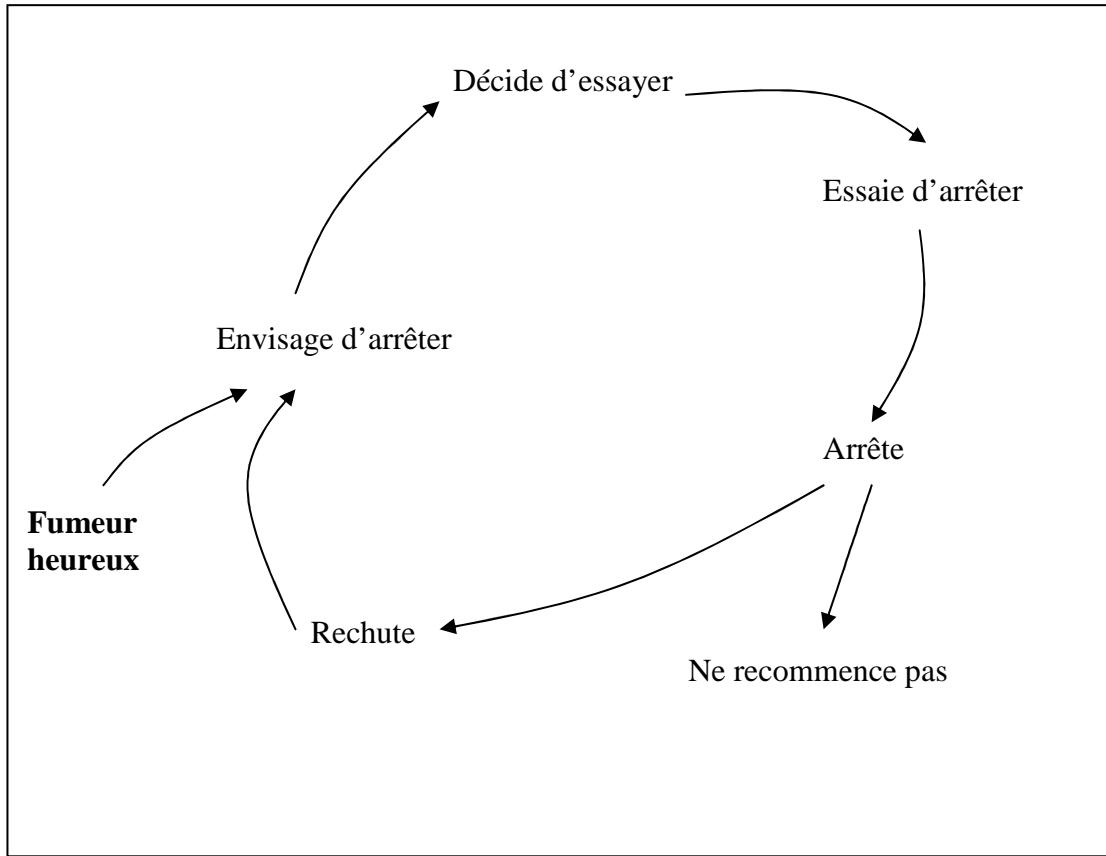


Figure 8 : Schéma de Raw : le tabagisme a un cycle évolutif incontournable (31).

Le schéma de Raw respecte le cadre de la théorie de changement de comportement de Rogers : il nécessite des informations sur les dangers du tabagisme notamment les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires et autres pathologies dues au tabac. Ensuite, le sujet concerné entre dans le circuit du schéma de Raw. Il faut noter que le déroulement du changement de comportement nécessite des éléments d'appui :

- appui moral de la part du personnel médical ou paramédical, de la part de la famille et des amis ;
- des produits de substitution comprenant l'apport en nicotine, la prise de bonbons ou de chewing-gum (figure 9).

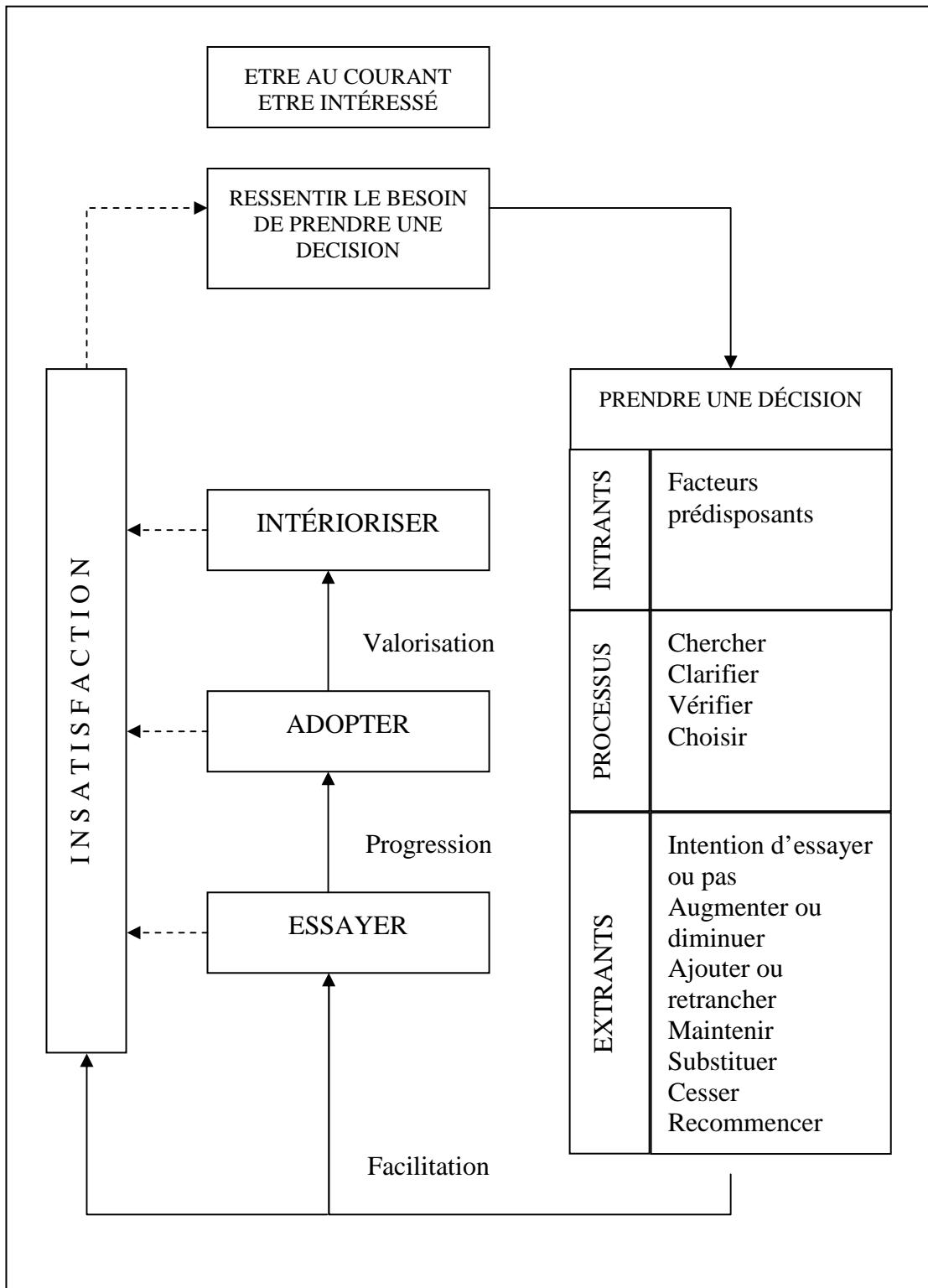


Figure 9 : Modèle d'apprentissage du comportement (31).

## 2.2. Augmentation du prix du tabac

### 2.2.1. *Objectif*

L'objectif est de diminuer le nombre des nouveaux fumeurs et d'augmenter le nombre de fumeurs qui arrêtent le tabac.

### 2.2.2. *Stratégies*

Les stratégies reposent sur :

- le prélèvement de taxes sur le tabac par l'Etat :
  - pour augmenter les recettes publiques,
  - pour rendre la consommation plus chère et décourager l'usage du tabac,
  - pour financer des programmes de santé visant à réduire le tabagisme (exemple : les activités d'IEC).
- Taxes plus élevés sur les tabacs forts (cigares, pipes, et cigarettes sans filtres).

## 2.3. Interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics

### 2.3.1. *Objectif*

Le principal objectif est de décourager le tabagisme.

### 2.3.2. *Stratégies*

- Création d'obstacles aux fumeurs pour empêcher l'usage du tabac :
  - dans les lieux publics,
  - les restaurants,
  - les bureaux et lieux de travail,
  - les véhicules de transport en commun.
- Induction de ces mesures dans les normes sociales en sanctionnant ceux qui ne respectent pas les changements.

## 2.4. Traitements de substitution nicotiniques

### 2.4.1. *Objectif*

Améliorer les chances de succès des fumeurs qui veulent arrêter.

### 2.4.2. *Stratégies*

Elles reposent sur :

- l'amélioration de l'accès des fumeurs aux traitements de substitution de la nicotine en diminuant le coût des traitements de substitution ;
- la combinaison du traitement de substitution de la nicotine avec des services de conseils et de soutien des pairs ;
- il est aujourd'hui possible de favoriser la durée de l'arrêt à court terme grâce aux patchs à la nicotine qui délivrent une dose continue, sans les pics recherchés lors de la conduite tabagique.

Le sevrage est alors plus confortable à condition d'utiliser des doses suffisantes. Un anxiolytique ou un antidépresseur peut être associé selon le cas.

La prévention des rechutes passe par la mise en place des stratégies comportementales individuelles et par la maîtrise de la prise de poids, souvent responsable de reprise quasi volontaire de l'intoxication.

## CONCLUSION

L'enquête que nous avons menée à Antananarivo sur le tabagisme a permis d'avoir des informations utiles sur l'usage du tabac. En effet, les résultats de notre étude montrent qu'à Antananarivo la prévalence globale du tabagisme atteint 27,1%.

Les jeunes de 15 à 24 ans et les adultes de 35 ans et plus constituent la majorité des fumeurs identifiés. Les femmes font aussi partie de ceux qui pratiquent l'usage du tabac bien qu'elles soient moins nombreuses que les hommes.

Les tendances mondiales du tabagisme sont inquiétantes. Si le pourcentage de jeunes qui commencent à fumer continue de suivre le schéma actuel (environ la moitié des hommes et une femme sur 10), le nombre de fumeurs de longue durée progressera de 30 millions chaque année. Pour Madagascar, l'augmentation annuelle du nombre de fumeurs n'est pas connue mais on sait pour Antananarivo que les nouveaux fumeurs de moins de 5 ans représentent 16,4% de l'ensemble des usagers du tabac.

Afin de lutter contre le tabagisme à Antananarivo, nos suggestions concernent quatre points essentiels qui sont l'information et l'éducation de la population, l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics et le traitement de substitution nicotinique.

La combinaison de ces suggestions pourrait si elle est conduite correctement, permettre d'obtenir une diminution notable de la prévalence du tabagisme à Antananarivo et probablement dans tout Madagascar.

## **ANNEXE**

## **QUESTIONNAIRE**

Date : /\_\_/\_/\_/\_

N° d'identification : /\_\_\_\_\_/\_

Enquêteur : /\_\_\_\_\_/\_

**1. Etat civil**

1.1. Age :

1.2. Genre :  M  F

1.3. Situation matrimoniale  Marié  Célibataire  
 Séparé ou divorcé  
 Veuf(ve)

1.4. Profession :

1.5. Domicile :

1.6. Niveau d'instruction :

**2. Information sur le tabagisme**

2.1. Etes-vous fumeur ?

Oui  Non

si oui : Quel type de tabagisme :

Cigarette avec filtre  
 Cigarette sans filtre  
 Gros cigare  
 Pipe

2.2. Consommation

- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Moins de 10

Entre 10 et 25

Plus de 25

- Combien de gros cigares fumez-vous par jour ?

Moins de 4

4 ou plus

- Combien de pipes fumez-vous par jour ?
  - Moins de 4
  - 4 ou plus

#### 2.3. Avez-vous déjà fumé avant ?

Oui  Non

Si oui : A quel âge avez-vous arrêté ?

Pourquoi ?

#### 2.4. Connaissance des dangers du tabac

Donnez les composantes de la cigarettes que vous connaissez :

Papier       Tabac  
 Goudron       Nicotine       Autres :

Quels sont les dangers du tabac que vous connaissez :

Maladies respiratoires  
 Maladies du cœur  
 Cancer des poumons et de la vessie  
 Autres :

#### 2.5. Durée du tabagisme

Depuis combien de temps fumez-vous ?

Moins de 5 ans  
 5 à 14 ans  
 15 à 24 ans  
 25 ans et plus

#### 2.6. Arrêt du tabagisme

Avez-vous essayé d'arrêter de fumer ?  Oui  Non

Avez-vous essayé de réduire la consommation ?  Oui  Non

Voulez-vous arrêter de fumer ?  Oui  Non

## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé. Washington : Banque mondiale, 2006 : 124-129.
2. Roy P. L'OMS relance son défi d'une Europe sans tabac. Quotid Med 1989 ; 4365 : 33.
3. Lenormand M, Jacquemin C, Courcoux F. Le tabagisme chez les jeunes. Concours Med 1994 ; 106 : 4524-4526.
4. Plassart JM. Le tabagisme et le sevrage. Col Patho Science. J Libbey Eurotext, 2003 : 234.
5. Aliaga C. Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation. Paris : INSEE, 2001 : 808.
6. Perrier C. Accompagnement au sevrage tabagique. Grenoble : Université J Fourier, Thèse 2001 : 12.
7. Thouin A, Viel JF. La lutte contre les toxicomanies. Bull Association Avenir, Normandie, 1995 ; 11 : 60-70.
8. Viswesvaran C, Schmidt FL. A méta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. Journal of Applied Psychology, 1992 ; 77 : 554-561.
9. Flay BR. Mass media and smoking cessation. A critical review. American Journal of Public Health, 1997 ; 77 : 153-160.
10. Abrams DB, Emmons KM, Sherman CB. Tobacco dependance : an integration of individual and public health perspectives. Annual Review of addictions Research and Treatment, 2001 : 391-436.
11. Lagrue P. Le tabac, ennemi public n°1. Paris : groupe expector Royer, 2000 : 6-7.

12. Berlin Y, Matheron G. Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac avec attention particulière sur le snus suédois. Rapport de la société française de tabacologie. Février 2008, [http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/rapport-SFT\\_snus.pdf](http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/rapport-SFT_snus.pdf).
13. Aliaga C. Les relations au tabac sont multiples. Paris : INSEE, 2002 : 852.
14. Beck F, Legleye S. Dogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD, 2002. OFDT, 2003 : 14-18.
15. Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S and Al. The 1999 ESPAD report : alcohol and other drug use among students in 30 European countries. CAN/PG, 2000 : 23-25.
16. Pfister P, Lenoir A, Cousteau C. Prévenir les maladies respiratoires. Paris : INSEE, 1994.
17. Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme. Paris : Masson, 2001 : 34-38.
18. OMS. Le tabac : mortel sous toutes ses formes. Genève : OMS, 2006.
19. Prabhat J, Frank J, Moore J and Al. Tabacomanie. Washington : Banque Mondiale, 2008.
20. Boffeta P, Hecht S, Gray N and al. Smokeless Tobacco and cancer. Lancet Oncology, 2008 ; 9 : 667-675.
21. Carpenter C, Connolly G, Wayne G and al. Developping smokeless Tobacco products for smokers. Tobacco : Research, 2008 ; 10 : 315-323.
22. Cêtre JC, Douiller A, Guidetti P. Education et promotion de la santé. Paris : Ellipses, 2000.
23. Berthier N, Berthier F. Le sondage d'opinion. Paris : ESF, 1998 : 117.
24. Desabie J. Théorie pratique des sondages. Paris : Dunod, 1996 : 138.

25. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidémiologie d'intervention. Paris : Arnette, 1992.
26. Bellini M. Lutte anti-tabac chez les jeunes : créer une mode du non fumeur. Panorama du Med, 1999 ; 2964 : 27.
27. Davidson F, Choquet M. La notion de risque issue de l'étude des déviances de l'adolescent. Arch Fr Pediatr 1990 ; 37 : 3-8.
28. Hill C, Laplanche A. Tabac : Les vrais chiffres. La documentation française, 2004 : 33-36.
29. Rakotonirain JP. Enquête nationale sur le tabagisme chez les jeunes à Madagascar. Office Nat Lutte Anti-tabac, Rapport GYTS, 2008 : 1-13.
30. Lague G. Arrêter de fumer ? Ed O Jacob, 2000 : 284.
31. Aubin HJ. L'entretien motivationnel. Entretiens du Carla. La Revue Prescrire, 2001 ; 221 : 652-657.

## VELIRANO

« *Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.*

*Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-m-pitsaboana.*

*Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.*

*Raha tafidittra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamoràna famitàn-keloka.*

*Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.*

*Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.*

*Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.*

*Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.*

*Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »*

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

**Name and first names : HANTARIMANANA Vololona Espérance**

**Title of the thesis : “ANALYTICAL STUDY OF SMOKING IN THE CITY OF  
ANTANANARIVO”**

## **Heading : Public Health**

**Number of figures : 09      Number of pages : 41      Number of annexes : 01**

**Number of tables : 18      Number of bibliographical references : 31**

## SUMMARY

"Analytical study of smoking in the city of Antananarivo" is a work whose main objective to suggest items of strategic fight against smoking.

The results of our study show that in 2011, the overall prevalence of smoking in Antananarivo was 27.1%. The high number of young smokers who had smoked within the last 5 years show that the prevalence is not declining significantly. Both sexes are affected by smoking that men smoke more than women.

To better fight against smoking, our suggestions related information and education of the population, the increase in selling prices of tobacco, a ban on smoking in public places and finally treatment nicotine replacement.

**Key-words** : Smoking - prevalence - Information - Sale - Substitution  
- Nicotinic.

**Director of the thesis : Professor RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

**Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

**Address of author : Porte 155B CU Ankatsivo**

**Nom et Prénoms : HANTARIMANANA Vololona Espérance**

**Titre de la thèse : « ETUDE ANALYTIQUE DU TABAGISME DANS LA VILLE  
D'ANTANANARIVO »**

**Rubrique : Santé publique**

**Nombre de figures : 09      Nombre de pages : 41      Nombre d'annexes : 01**

**Nombre de tableaux : 18      Nombre de références bibliographiques : 31**

**RESUME**

« Etude analytique du tabagisme dans la ville d'Antananarivo » est un travail qui a pour principal objectif de suggérer des éléments stratégiques de lutte contre le tabagisme.

Les résultats de notre étude montrent qu'en 2011, la prévalence globale du tabagisme à Antananarivo a été de 27,1%. Le nombre élevé de jeunes fumeurs ayant fumé depuis moins de 5 ans montrent que la prévalence ne régresse pas de façon notable. Les deux sexes sont concernés par le tabagisme bien que les hommes fument plus que les femmes.

Afin de mieux lutter contre le tabagisme, nos suggestions portent sur l'information et l'éducation de la population, l'augmentation du prix de vente du tabac, l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics et enfin le traitement de substitution nicotinique.

**Mots-clés** : Tabagisme – Prévalence – Information – Vente –  
Substitution – Nicotinique.

**Directeur de thèse** : Professeur RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

**Rapporteur de thèse** : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

**Adresse de l'auteur** : Porte 155B CU Ankatso I