Daniel ABDALLAH

POUR UNE STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME FEMININ A ANTANANARIVO

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE : 2002 **N° 6438**

« POUR UNE STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME FEMININ A ANTANANARIVO »

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Août 2002

par

Mr DANIEL ABDALLAH
Né le 8 Août 1968 à MUTSAMUDU - COMORES

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe
Juges : Professeur RAKOTOMANGA Samuel
Professeur RATOVO Fortunat
Rapporteur : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE
Année Universitaire 2001-2002

I- DIRECTION

A. DOYEN :

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYEN

- Administration et Finances	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
- Appui à la recherche et Formation Continue	M. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Relations Internationales	M. RAKOTOBE PASCAL
- Relations avec les Institutions et Partenariat	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Ressources Humaines et Pédagogie	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
- Scolarité et Appui à la Pédagogie	M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland M. RANAIVOZANANY Andrianady
- Troisième cycle long, Enseignement post-universitaire, CAMES et Titularisation	M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

C-CHEF DE DEPARTEMENT

- Biologie	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Chirurgie	M. RANAIVOZANANY Andrianady
- Médecine	M. RAJAONA Hyacinthe
- Mère et Enfant	M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
- Santé Publique	M. RAKOTOMANGA Samuel
- Sciences Fondamentales et Mixtes	M. RANDRIAMIARANA Joël
- Tête et cou	Mme. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

II- PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE :

M. RAJAONARIVELO Paul

III-COLLEGE DES ENSEIGNANTS :

A- PRESIDENT :
Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) <u>PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE</u>

<u>DEPARTEMENT BIOLOGIE</u>

- Immunologie	Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

<u>DEPARTEMENT CHIRURGIE</u>

- Chirurgie Thoracique	Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
- Clinique chirurgicale et disciplines apparentées	

Pr. RAMONJA Jean Marie

-Traumatologie

- Urgences Chirurgicales

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme	Pr. RAMAHANDRIDONA Georges
- Médecine Interne	
- Médecine Légale	Pr. SOAVELO Pascal
- Neuropsychiatrie	Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth
- Pneumologie-Phtisiologie	Pr. ANDRIANARISOA Ange
- Néphrologie	Pr. RAJAONARIVELO Paul

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie et Génétique Médicale	
- Pédiatrie et Puériculture, Infectieuse	
- Pédiatrie néonatale	Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Education pour la Santé	Pr. ANDRIAMANALINA Nirina
- Santé Communautaire	Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné
- Santé Publique, Hygiène	
- Santé Publique	Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin
	Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie et Organogenèse	
- Anatomie Pathologique	Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
- Anesthésie-Réanimation	Pr. FIDISON Augustin
	Pr. RANDRIAMIARANA Joël
	Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Stomatologie	Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale	Pr. RAKOTOBE Pascal
- Ophtalmologie	Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette
- ORL et Chirurgie Cervico-faciale	Pr. RABENANTOANDRO Casimir

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE :

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie	Pr. RANAIVOHARISOA Lala

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie	Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Néphrologie	Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
- Neurologie	Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie	Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noéline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Médecine du travail	Pr. RAHARIJAONA Vincent
- Santé publique	Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson
	Pr. ANDRIANASOLO Roger
	Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie	Pr. BERNARDIN Prisca Lala

3) MAITRES DE CONFERENCES :

DEPARTEMENT MERE – ENFANT

- Obstétrique	M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique	M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Hématologie
- Physiologie

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie	Mme RASIKINDRAHONA Erline

C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr. RATOVO Fortunat	Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Suzanne U
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur	Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RANDRIAMAMPANDRY	Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée	Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. RAKOTOMANGA Robert	Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. MANAMBELONA Justin	Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. ZAFY Albert	Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph	Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA Marthe
Pr. KAPISY Jules Flaubert	Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. RAZAKASOA Armand Emile	Pr. RADESA François de Sales
Pr. RANDRIANARIVO	Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RABETALIANA Désiré	Pr. Pierre AUBRY
Pr. RAKOTOMANGA Samuel	Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise
Pr. RAJAONA Hyacinthe	Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe	Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland

D- IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard	Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson	Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RAJAONERA Frédéric	Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson	Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RAKOTOSON Lucette	Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. ANDRIANJATOVO Jeannette	Pr. RANIVOALISON Denys
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa	Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAKOTOBE Alfred	Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAVELOJAONA Hubert	Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel	Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Dr. RABEDASY Henri	Pr. RANDRIANARISOLO Raymond

Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard	Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert	Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
	Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme

IV- ADMINISTRATION

A- SECRETAIRE PRINCIPAL	Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.
B- CHEFS DE SERVICES :	
1. ADMINISTRATION ET FINANCES	M. RANDRIARIMANGA Henri
2. APPUI A LA RECHERCHE ET FORMATION CONTINUE	M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin
3. RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS	M. RAMARISON Elysée
4. RESSOURCES HUMAINES	Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.
5. SCOLARITES ET APPUI A LA PEDAGOGIE	Mme RAZANAJAONA Mariette
6. TROISIEME CYCLE LONG	M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

- **A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS**

Que Dieu, le plus grand le plus clément, le plus miséricordieux vous accorde son salut et son paradis.

- **A LA MEMOIRE DE MON ONCLE, Monsieur AHMED ELARIF**

Que Dieu protège son âme là où il repose.

- **A MES PARENTS : Monsieur ABDALLAH MANSOIB et Madame HALOI ELARIF**

Qui ont fait tout ce que les parents doivent faire pour la réussite d'un fils.

- **A MES PETITS FRERES ET SŒURS**

Qui, unis m'ont soutenu dans les moments opportuns.

Que Dieu vous accorde sa bénédiction.

- **A MES CAMARADES, COLLEGUES ET PERSONNES DE RELATION**

Qui m'ont aidé de près ou de loin, sans oublier

la famille ELARIF,

la famille RAZAFINDRAVELO

et la famille RADIO MAREKY

J'en suis tellement reconnaissant

- **A LA FOULE**

Qui est venue assister à la soutenance

Que Dieu vous aide dans tout ce que vous voulez entreprendre

Merci beaucoup.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

- Monsieur le Docteur RAMAKAVELO Maurice Philippe
  Professeur Emérite d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Médecine préventive, Hygiène et Santé Publique
  Vice-Doyen, responsable de la Pédagogie et des ressources humaines à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

  « Vous nous avez fait le très grand honneur de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de nos profonds respects et nos sincères remerciements ».

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

- Monsieur le Docteur RAKOTOMANGA Samuel

Professeur Emérite de Médecine préventive, Santé publique et Hygiène à la Faculté de Médecine d'Antananarivo,
Ancien Directeur du Centre de Formation Spécialisée en Santé Publique et Communautaire.

- Monsieur le Docteur RATOVO Fortunat
  Professeur Emérite des Maladies Infectieuses et Parasitaires à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

« Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger parmi les membres du Jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de notre respectueuse admiration et nos vifs remerciements ».

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

- Monsieur le Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi
  Maître de conférences à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
  Diplômé de Paris de Santé Publique et Médecine sociale,
  d'Economie de la Santé, Epidémiologie et de Médecine tropicale.

« Qui n'a pas ménagé son temps pour nous encadrer avec patience et bonne volonté pour la réalisation de ce travail, et malgré ses nombreuses et lourdes responsabilités, a bien voulu nous faire l'honneur de rapporter et défendre cette thèse. Veuillez accepter l'assurance de notre profonde considération et nos sincères reconnaissances ».

A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO

- Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

  « Notre vive admiration et l'expression de toute notre gratitude ».

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX

Qui nous ont donné les meilleurs d'eux-mêmes pour faire de leurs élèves de bons praticiens.

« Tous nos respects et l'expression de notre vive reconnaissance ».

A TOUS CEUX QUI ONT, DE PRÈS OU DE LOIN, CONTRIBUÉ À L'ÉLABORATION DE CETTE THÈSE

« Qu'ils reçoivent ici nos vifs et sincères remerciements ».

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION……1

1ère PARTIE : GENERALITES SUR LE TABAGISME ET LES MALADIES RESPIRATOIRES

1. LE TABAGISME……..2
1.1. Définition……...2
1.1.1. Le tabagisme……..2
1.1.2. Le tabac……..2
1.2. Production et consommation du tabac……...2
1.3. Prévalence du tabagisme……3
1.3.1. Dans le monde et à Madagascar……3
1.3.2. Le tabagisme féminin en augmentation…..……...4
1.4. La lutte contre le tabagisme……...6
1.4.1. Politique volontariste française……..6
1.4.2. Autres actions de lutte contre le tabac……...7
1.4.2.1. Action sur les prix……..7
1.4.2.2. Action sur les promotions……..7
1.4.2.3. Action de protection des non-fumeurs……...7
1.4.2.4. Action sur la prévention……8
1.4.2.5. Aide aux fumeurs qui veulent arrêter……8
1.5. Le sevrage tabagique……..8
1.5.1. La dépendance tabagique……...8
1.5.2. La période de sevrage…….....10
2. CONSEQUENCES PATHOLOGIQUES DU TABAGISME…….10
3. LES MALADIES RESPIRATOIRES……...11
3.1. L'infection respiratoire……12
3.2. La tuberculose……..12
3.3. L'asthme……..12

3.4. Le SIDA……...12

Pages

3.5. Les pathologies chroniques dues au tabagisme……...12
3.5.1. Physiopathologie……..13
3.5.2. Les maladies respiratoires du tabagisme……..13
3.5.2.1. Le cancer bronchique……...13
3.5.2.2. La bronchite chronique……14

2e PARTIE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DU TABAGISME FEMININ

1. CADRE D'ETUDE…….15
1.1. Antananarivo : organisation et fonctions…….15
1.1.1. Organisation de la ville……15
1.1.2. Fonctions spatiales……...18
1.2. Antananarivo : démographie et divisions administratives……...19
2. METHODOLOGIE……19
2.1. Méthode d'étude……..19
2.1.1. La méthode des quota……..19
2.1.2. L'enquête…….20
2.1.3. Les paramètres d'étude……21
3. RESULTATS……...22
3.1. Les lieux d'enquête……..22
3.2. La prévalence du tabagisme féminin……...22
3.3. L'âge……23
3.4. La profession……24
3.5. Situation matrimoniale…….25
3.6. Le nombre d'enfants……26
3.7. Motif du tabagisme……..27
3.8. Connaissance de la composition des cigarettes……...28
3.9. Connaissance des maladies causées par le tabac…….29
3.10.Consommation de tabac……..30
3.11.Comportement vis-à-vis du tabac……31
3.12.Motifs de l'échec dans l'arrêt du tabac……...32

Pages

3e PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS……..33

1.1. La méthodologie……..33

1.2. Les lieux de l'enquête……..33

1.3. Prévalence……33

1.4. L'âge……34

1.5. La profession……...34

1.6. La situation matrimoniale……35

1.7. Le nombre d'enfants……35

1.8. Motif du tabagisme……..35

1.9. Connaissance sur les cigarettes et les maladies causées par le tabac……..35

1.10. Consommation et dépendance……36

1.11. Comportement……36

1.12. Les motifs de l'échec……...36

2. SUGGESTIONS……..36

2.1. Le volet préventif……37

2.1.1. L'information……...37

2.1.2. Interdire toute publicité directe ou indirecte pour le tabac……37

2.1.3. Augmenter les prix du tabac……37

2.1.4. Protéger les non-fumeurs de la fumée des autres……38

2.2. Le volet curatif……38

2.2.1. Aider les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer……...38

2.2.2. Impliquer les industries de fabrication de cigarettes dans la prise en charge des malades……40

CONCLUSION……41

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
01	Prévalence du tabagisme chez les adolescents dans différents pays développés et en développement	4
02	Test de dépendance à la nicotine d'après Fagerström	09
03	Complications somatiques du tabagisme	11
04	Répartition de la population selon l'arrondissement	19
05	Les lieux de réalisation de l'enquête	22
06	Prévalence du tabagisme féminin	22
07	Répartition du tabagisme féminin selon l'âge	23
08	Répartition du tabagisme féminin selon la profession	24
09	Répartition du tabagisme féminin selon la situation matrimoniale	25
10	Tabagisme féminin selon le nombre d'enfants	26
11	Répartition des femmes selon le motif du tabagisme	27
12	Répartition des femmes qui fument selon leur connaissance sur la composition des cigarettes.	28
13	Répartition des femmes selon la connaissance des maladies causées par le tabac.	29
14	Répartition des femmes selon la quantité de tabac consommée par jour.	30
15	Répartition des femmes selon leur attitude vis-à-vis du tabac.	31
16	Motifs d'échec évoqués dans l'arrêt du tabac.	32

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
01	Courbe d'évolution de la proportion de fumeurs adultes :	05

	hommes, femmes, population générale (France)	
02	Situation de la ville d'Antananarivo capitale de Madagascar	**16**
03	Les six arrondissements de la ville d'Antananarivo	**17**
04	Prévalence du tabagisme féminin à Antananarivo	**23**
05	Diagramme de la répartition du tabagisme féminin selon l'âge.	**23**
06	Diagramme de la répartition du tabagisme féminin selon la profession.	**24**
07	Diagramme de la répartition du tabagisme féminin selon la situation matrimoniale.	**25**
08	Diagramme du tabagisme féminin selon le nombre d'enfants.	**26**
09	Diagramme des motifs du tabagisme.	**27**
10	Diagramme de la répartition des femmes selon la connaissance sur la composition des cigarettes.	**28**
11	Diagramme de la répartition des femmes selon la connaissance des maladies causées par le tabac.	**29**
12	Diagramme de la répartition des femmes selon la quantité de tabac consommée par jour.	**30**
13	Diagramme de la répartition des femmes selon leur attitude vis-à-vis du tabac	**31**
14	Diagramme des motifs de l'échec dans l'arrêt du tabac	**32**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BCG : Bacille Calmette Guérin

IEC : Information, Education et Communication

INSTAT : Institut National des Statistiques

PNUD : Programme des Nations-Unis pour le Développement

INTRODUCTION

La consommation de tabac dans le monde a subi, au cours de la décennie 1975-1985, un taux de croissance annuel de 1,8, mais avec une répartition inégale : 2,8 dans les pays en développement, 0,8 dans les pays développés. En 1986, l'épidémie mondiale de tabagisme faisait au moins 1 million de morts par an. Depuis, l'habitude de fumer devient moins acceptable socialement (1). La lutte contre le tabagisme intéresse actuellement tous les pays du monde. Elle s'oriente aussi bien vers les hommes que vers les femmes. 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.

« Tabagisme féminin à Antananarivo » est une étude qui a pour objectif d'identifier les facteurs favorisant l'usage du tabac chez les femmes à Antananarivo afin de proposer une stratégie de lutte adéquate.

L'étude se divise en trois parties outre l'introduction et la conclusion :

- La première partie traite des généralités sur le tabagisme et les maladies respiratoires,
- La deuxième partie développe l'étude épidémiologique du tabagisme féminin à Antananarivo
- La troisième partie enfin contient les commentaires, les discussions et les suggestions.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LE TABAGISME ET LES MALADIES RESPIRATOIRES

1. LE TABAGISME

1.1. Définitions

1.1.1. Le tabagisme

Le tabagisme est défini par le Robert comme « une intoxication aiguë ou chronique au tabac ». C'est aussi « l'ensemble de troubles physiologiques et psychiques provoqués par l'abus du tabac ».

1.1.2. Le tabac

Le tabac est une plante du genre Solanacées, originaire d'Amérique, haute et à larges feuilles, qui contient un alcaloïde toxique, la nicotine. D'abord utilisé comme plante

décorative et médicinale, « herbe à tous les maux », on prépare ensuite ses feuilles pour être prisées, chiquées ou fumées (Le Robert).

1.2. Production et consommation du tabac

Entre 1970 et 1985, la consommation de tabac a chuté dans beaucoup de pays industrialisés : -9p. 100 aux USA et au Canada, -25p. 100 au Royaume-Uni. A l'inverse, dans la plupart des pays en développement, la consommation par habitant a augmenté : +42p. 100 en Afrique, +24p. 100 en Amérique latine, +22p. 100 en Asie. L'habitude de fumer croît donc dans les pays en développement en fonction des campagnes de promotion intensives et de l'absence de moyens législatifs pour en freiner l'usage. Souvent sous-estimé le tabagisme constitue déjà dans ces pays un problème de santé publique (1).

En zone rurale, le tabac, cultivé artisanalement, est destiné aux besoins familiaux : cigarettes (bidis d'Inde), cigares (chuttas d'Amérique latine, parfois fumés le bout allumé dans la bouche), pipes d'argile ou de métal (chilum d'Inde, pipes d'Afrique équatoriale surtout utilisées par les femmes), pipes à eau (fumées collectivement dans le monde arabe), tabac à chiquer ou à priser ; la teneur en
produits toxiques de ces tabacs artisanaux semble élevée. En zone urbaine, on consomme surtout des cigarettes manufacturées dans les pays développés (1).

Les pays en développement assurent actuellement 63p. 100 de la production mondiale de tabac, qui occupe 0,3p. 100 des terres cultivables. Bien que cette culture fournisse de nombreux emplois, elle procure peu de revenus d'exportation car le prix mondial est fonction du bon vouloir des transnationales. (1)

1.3. Prévalence du tabagisme

1.3.1. Dans le monde et à Madagascar

- La prévalence du tabagisme dans le monde montre, chez les adolescents des chiffres élevés aussi bien dans les pays développés (Royaume-Uni, Italie, Danemark etc) que dans les pays en développement (Sénégal, Chili, Brésil… etc). (Tableau n° 1).

Si au cours du XVII^{e} siècle le tabac se répandait en Europe comme étant à la fois une plante médicale et un produit commercial, très vite il y fut consommé pour la plaisir et avec excès.

En 1761 l'Anglais Jonh HILL a fait la première étude des effets du tabagisme sur la santé, et paradoxalement c'est en Angleterre en 1843 qu'a été créée la première manufacture de cigarettes. La consommation de tabac manufacturé a connu son essor pendant les deux grandes guerres mondiales.

La France cherchait alors une extension de la culture du tabac dans les colonies d'Afrique et d'Indochine pour pourvoir à ses besoins. (2)

- A Madagascar en 1990, environ 30% des gens fument, et les ¾ y sont âgés de plus de 25 ans, mais encore avec prédominance du sexe masculin. Les Malagasy consomment 450 grammes par habitant en 1985 et 482 grammes en 1990. Des données plus récentes pourraient refléter l'évolution réelle du tabagisme dans le pays.

Tableau n° 1 : Prévalence du tabagisme chez les adolescents dans différents pays développés et en développement. (1)

Pays	**Années**	**Tranche d'âge (années)**	**Pourcentage de Fumeurs**	
			Sexe féminin	**Sexe masculin**
Royaume-Uni	1980	16-19	37	42
Danemark	1976	15-19	42	35
Italie	1972	15-18	55	51
Nouvelle-Zélande	1976	12-16	30	30
Pays-Bas	1981	15-19	30	27
République Fédérale d'Allemagne	1976	14-19	40	41
Suisse	1975	18-20	46	36
Sénégal (Dakar)	1980	10-20	52	71
Brésil (SAO PAULO)	1971-1972	15-24	20	54
VENEZUELA (caracas)	1971-1972	15-24	25	39
Ethiopie (Goudar)	1978	12-23	3	28
Nigeria (Lagos)	1974	13-18	5	17
Chili (Santiago)	1971-1972	15-24	30	50
Madagascar (p. m.)	1985-1990	Plus de 25 ans	10	90

1.3.2. Le tabagisme féminin en augmentation (3) (4)

Déjà, dans les années 70 et 80 chez les adolescents (tableau n° 1), le tabagisme féminin était important : Au Danemark par exemple en 1976, chez les jeunes de 15 à 19 ans,

le taux de prévalence du tabagisme était de 42p. 100 chez le sexe féminin et de 35p. 100 chez le sexe masculin.

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.

En France, 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 (4). 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 : on constate une nette diminution (-12%) de fumeurs dans la tranche d'âge 12-18 ans depuis 1977. (Figure n° 1).

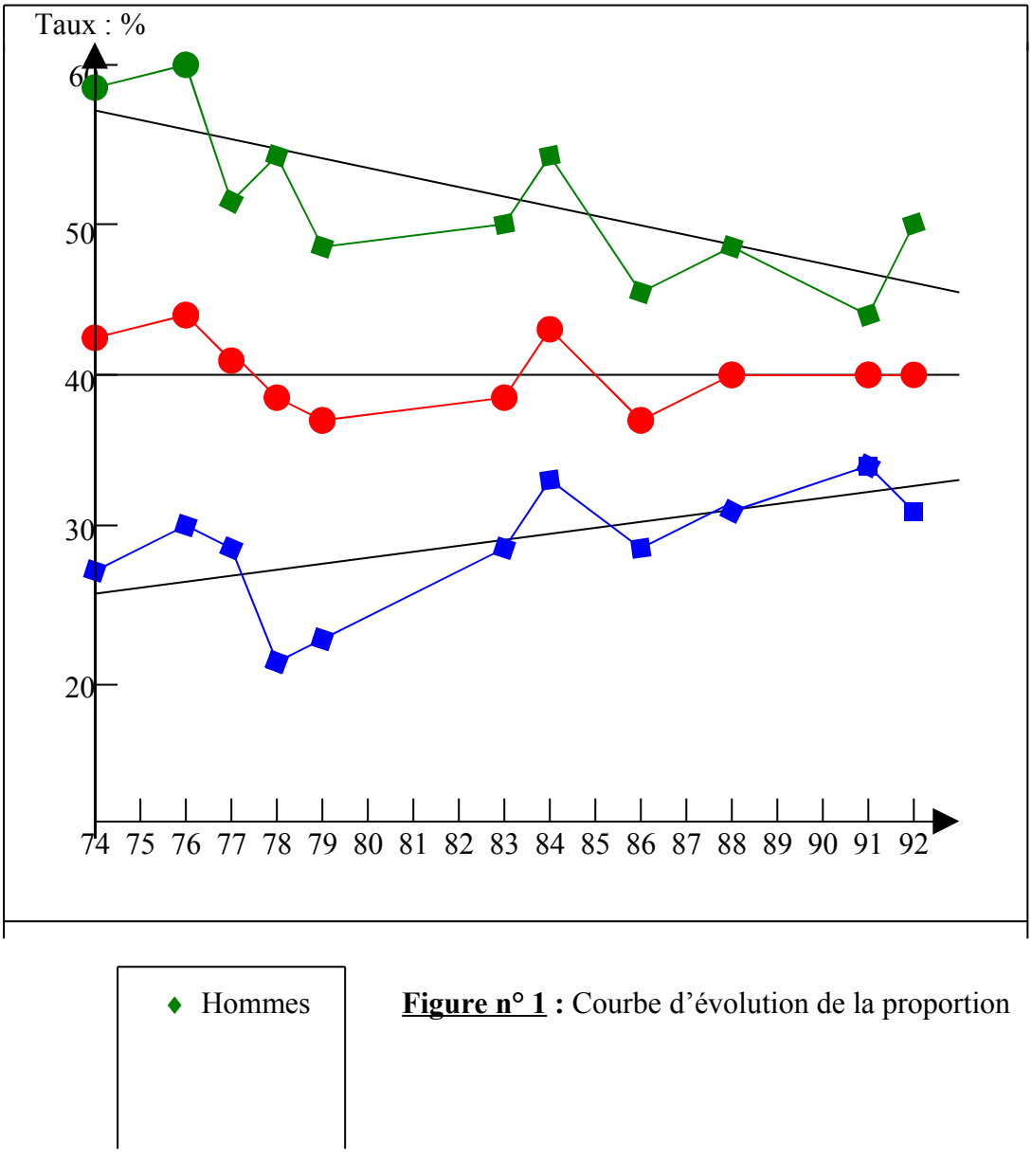


Figure n° 1 : Courbe d'évolution de la proportion

- Ensemble de fumeurs adultes : hommes, femmes, population
- Femmes générale (France) (5)

1.4. La lutte contre le tabagisme (5)

Depuis 1991, la consommation de tabac en France a diminué chaque année de façon continue :

- 1991-1992 : -0,8%
- 1992-1993 : -2,1%
- 1993-1994 : -2,8%
- 1994-1995 : -1,8%

Soit au total, entre 1991 et 1995 : -7,5% si l'on prend en compte les seules cigarettes. Il faut regretter malheureusement que cette baisse de la consommation en volume ne concerne pas les jeunes.

1.4.1. Politique volontariste française (5)

En 1994, le Haut Comité de la santé publique avait défini une politique volontariste autour de 4 objectifs principaux :

- Diminution de 30% de la quantité de tabac vendue,
- Diminution de 25% de la proportion de fumeurs réguliers dans la population,
- Diminution de 35% de la même proportion chez les 12-18 ans,
- Diminution du tabagisme chez les femmes enceintes.

Quatre années plus tard, le Haut Comité dresse un bilan mitigé sur ces 4 objectifs.

- Pour les 2 premiers, des résultats positifs ont été obtenus, même si le gain est inférieur à ce qui avait été projeté.
- En revanche, pour les 2 derniers objectifs l'échec est patent : les jeunes ne fument pas moins (notamment ceux issus de catégories socio-professionnelles favorisées) et les femmes enceintes fument de plus en plus, surtout au troisième trimestre de grossesse.

L'interdiction de toute publicité directe ou indirecte a permis une chute spectaculaire des annonces dans les médias. Mais les investissements qui ne sont plus affectés aux publicités ont été transférés massivement vers les promotions sur le lieu de vente et celles qui s'appuient sur le paquet de cigarettes. En moyenne, tous les jours, une nouvelle opération de promotion est lancée en direction des jeunes, qui y sont très sensibles

(cadeaux de tee-shirts, lunettes de soleil, sacs à dos, baladeurs, affiches, préservatifs ou jeux concours). L'investissement annuel en promotion est estimé à 1 milliard, ce qui explique que la consommation des jeunes n'ait pas décroché.

1.4.2. Autres actions de lutte contre le tabac (5)

Les mesures de lutte contre le tabagisme ont plus de poids quand elles sont prises en haut lieu par les décideurs nationaux. En France la loi Evin du 10 janvier 1991 portant sur la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme a joué un rôle important dans la lutte contre le tabagisme. Cette loi a décidé l'application d'un certain nombre de mesures qui peuvent être aussi appliquées dans d'autres pays. Ces actions pourraient donc constituer les bases d'un programme national.

1.4.2.1. *Action sur les prix* (5) (6)

Les augmentations de prix, en effectuant des hausses sensibles d'au moins 15% à chaque fois, peuvent entraîner des décrochages de consommation importants et durables. L'harmonisation de la fiscalité des produits du tabac peut renforcer les actions sur les prix.

1.4.2.2. *Action sur les promotions*

Il faudrait interdire l'insertion de vignettes dans les paquets et les remplacer par des messages de santé. Toute publicité ou opération promotionnelle devrait-être interdite sur le lieu de vente.

1.4.2.3. *Action de protection des non-fumeurs* (6) (7) (8)

Les Services de médecine du travail et de l'inspection du travail devraient veiller au respect de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail et obliger les gestionnaires des lieux publics à veiller au respect de l'interdiction.

1.4.2.4. *Action sur la prévention* (8) (9)

La prévention du tabagisme devrait être dotée des moyens nécessaires à son efficacité ; il faudrait pour cela affecter 1% des recettes fiscales du tabac à des actions de prévention, notamment à des campagnes dans la presse écrite ; on peut aussi inscrire dans le cahier des charges des chaînes de télévision et de radio l'obligation de mettre gracieusement de l'espace à la disposition de la lutte contre le tabagisme ; augmenter la taille des

avertissements sanitaires sur tous les emballages des produits du tabac, pour les porter à 25% de la surface des paquets.

1.4.2.5. *Aide aux fumeurs qui veulent arrêter* (8) (10)

Il convient de financer un numéro vert d'aide et d'écoute pour les fumeurs qui veulent arrêter. Ce numéro devrait être mentionné sur les paquets de cigarettes.

1.5. Le sevrage tabagique **(8) (11) (12)**

Nous ne sommes pas tous égaux face au tabac. Après l'essai presque systématique de la première cigarette, environ 20% d'entre nous ont la chance d'être totalement aversifs au tabac. A l'inverse, plus de 50% connaîtront vite le plaisir lié à la nicotine et entreront progressivement dans la dépendance.

1.5.1. La dépendance tabagique

Il n'existe actuellement aucun moyen prédictif d'identifier ceux qui deviennent aversifs après la première cigarette et ceux qui y trouveront du plaisir. Entre ces deux populations « extrêmes » il y a l'immense masse de « petits » fumeurs et de fumeurs occasionnels qui ne connaissent pas la dépendance physique mais sont très attachés au plaisir ou à la détente que leur procure le tabac.

Après de nombreuses années de tabagisme « heureux », le fumeur devient « indécis ». Il est informé sur les méfaits du tabac mais remet son sevrage à plus tard. Puis arrive la décision, après plusieurs années et enfin le jour J de l'arrêt. (Tableau n° 2)

Tableau n° 2 : Test de dépendance à la nicotine d'après Fagerström. (5)

N°	Questions	Quantité de cigarettes et autres réponses	Points
1	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	Moins de 15 De 15 à 25 Plus de 25	0 1 2
2	Quel est le taux de nicotine de vos cigarettes ?	Moins de 0,8mg De 0,8 à 1,5mg	0 1

		Plus de 1,5mg	2
3	Inhalez-vous la fumée ?	Jamais Parfois Toujours	0 1 2
4	Fumez-vous de façon plus rapprochée au début de la journée ?	Oui Non	1 0
5	A quel moment fumez-vous votre première cigarette ?	Dans la ½ heure qui suit le lever Plus tard	1 0
6	Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première Une autre	1 0
7	Fumez-vous même si une maladie (grippe, angine) vous oblige à rester au lit ?	Oui Non	1 0
8	Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinéma, métro, salle d'attente) ?	Oui Non	1 0
	TOTAL		

<u>Interprétation</u> :

La somme des points obtenus à chaque réponse indique le degré de dépendance.

- 0 à 4 points : fumeur non ou peu dépendant à la nicotine
- 5 à 6 points : dépendance moyenne
- 7 à 8 points : dépendance forte
- 9 points et plus : très forte dépendance

1.5.2. <u>La période de sevrage</u> (7)

La période de maintenance du sevrage dure plus ou moins longtemps et c'est la rechute dans 75% des cas avant 1 an, avec retour en quelques mois à la consommation préalable. Il est aujourd'hui possible de favoriser la durée de l'arrêt à court terme grâce

surtout aux traitements de substitution à la nicotine (timbres, gommes) qui délivrent une dose continue, sans les pics recherchés lors de la conduite tabagique. Le sevrage est alors plus confortable pour les fumeurs dépendants, à condition toutefois d'utiliser des doses suffisantes. Le taux de sevrage à 3 mois peut être doublé par rapport à un timbre placebo et être encore amélioré en associant un suivi régulier et, selon les cas, un anxiolytique ou un antidépresseur. La prévention des rechutes passe par la mise en place de stratégies comportementales individuelles (stratégies de gestion du stress, d'affirmation de soi, « coping » de résistance et par la maîtrise de la prise de poids, souvent responsable d'une reprise du tabagisme).

2. CONSEQUENCES PATHOLOGIQUES DU TABAGISME (6)(8)(13)(14)

Les conséquences pathologiques du tabagisme sont bien connues (tableau n° 3). La nicotine est responsable de l'assuétude ; les effets toxiques sont liés à la nicotine, à l'oxyde de carbone et au goudron. Le tabagisme augmente le risque athéromateux (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires, cérébraux, artérites) favorise les insuffisances respiratoires par bronchites chroniques et intervient dans la
genèse des cancers du poumon, de la sphère oto-rhino-laryngologique et de la vessie.
Les cancers de la bouche sont particulièrement fréquents chez les sujets qui chiquent. Le risque de cancer vésical est particulièrement redoutable en zone d'endémie bilharzienne. Enfin, le tabagisme des mères semble augmenter la mortalité néonatale.

Tableau n° 3 : Complications somatiques du tabagisme (5) (15)

Tumeurs	• Cancer bronchopulmonaire • Cancer du larynx, de la bouche, du 1/3 supérieur de l'œsophage (en association avec l'alcool) • Cancer de la vessie.
Cardiovasculaires (par le biais de l'athérome)	• Insuffisance coronarienne • Artérite • Maladie de Burger • Insuffisance vasculaire cérébrale
Respiratoire	• Bronchopneumopathie chronique obstructive (bronchite chronique obstructive (bronchite chronique, emphysème,

	asthme) • Insuffisance respiratoire chronique
Orodigestive	• Coloration des dents • Parodonthopathies • Ulcère gastroduodénal
Grossesse	• Hypotrophie néonatale • Prématurité • Mortalité néonatale • Hémorragies du 3e trimestre

3. LES MALADIES RESPIRATOIRES (1) (6) (8)

La pathologie respiratoire connaît actuellement une évolution croissante.

3.1. L'infection respiratoire

La pathologie aiguë est dominée par l'infection. Si la pathologie virale reste majoritaire dans les bronchites aiguës, les surinfections bactériennes sont fréquentes et très impliquées dans les pneumopathies infectieuses. Ainsi, plus de 40% de la consommation totale d'antibiotiques concerne les voies respiratoires.

Le pneumocoque demeure le germe le plus fréquent en France et le plus redouté.

3.2. La tuberculose

Toujours en évolution dans les pays en développement, la tuberculose a tendance à réapparaître dans les pays développés. En 1993, près de 10.000 cas ont été déclarés en France. La mise au point d'un « nouveau BCG » couvrant également les mycobactérioses atypiques constitue un grand espoir.

3.3. L'asthme

L'asthme est en augmentation en particulier chez les enfants. Alors que la thérapeutique ne s'intéressait jusqu'ici qu'aux crises, elle intéresse aujourd'hui le caractère

chronique de l'affection. La prévalence largement méconnue des formes chroniques n'est certainement pas inférieure à 4% de la population.

3.4. Le SIDA

Des complications pulmonaires sont souvent révélatrices de Sida. Il faut développer la prophylaxie primaire pour réduire le nombre de pneumocystoses, de tuberculose et de mycobactériose aviaire.

3.5. Les pathologies chroniques dues au tabagisme

Les pathologies chroniques sont dominées par les complications du tabagisme.

3.5.1. Physiopathologie (6) (12)

Les facteurs pathologiques du tabagisme habituellement connus sont la nicotine et le goudron. Mais parmi les toxiques identifiés dans la fumée de tabac, on trouve en plus des substances cancérigènes (hydrocarbures aromatiques, dérivés nitrés, composés phénoliques, nitrosamines, éléments radioactifs comme le polonium), des irritants (acroléine), des métaux notamment le nickel et le cadmium, des radicaux libres.

Toutes ces substances sont responsables d'une altération des moyens de défense du poumon. Les irritants sont responsables d'une hypersécrétion de mucus et de lésions épithéliales avec une paralysie des cils bronchiques. La dynamique mucociliaire est donc gravement perturbée. Il y a localement une moindre production d'Ig A, une altération des fonctions des macrophages alvéolaires et de l'équilibre protéases-antiprotéases. Ces actions sur l'arbre respiratoire expliquent les pathologies telles que les bronchites chroniques et les emphysèmes.

Les effets du tabagisme passif vont de l'intoxication in utero à l'exposition des adultes dans leur milieu familial ou professionnel. Les conséquences respiratoires du tabagisme passif lors de l'enfance sont multiples : infections respiratoires hautes et basses, asthme, amputation du capital respiratoire par arrêt prématuré de la multiplication alvéolaire et, à plus long terme, risque important de tabagisme actif.

3.5.2. Les maladies respiratoires du tabagisme

3.5.2.1. *Le cancer bronchique* (5) (16)

Le cancer bronchique primitif est désormais le plus fréquent au monde avec 896.000 nouveaux cas enregistrés en 1985, soit 12% de tous les cancers, en augmentation de 32% chez l'homme et de 50% chez la femme entre 1980 et 1985. 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 ou 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. 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 un meilleur pronostic dans certains cas.

3.5.2.2. *La bronchite chronique*

Le tabagisme actif, mais aussi passif, est le premier facteur étiologique de la bronchite chronique venant souvent aggraver une exposition professionnelle. En France, la bronchite chronique touche 5 millions de Français dont 300.000 développent une bronchite chronique obstructive (en terme de fonction respiratoire) compliquée ou non d'emphysème centro-lobulaire et 50.000 sont des insuffisants respiratoires chroniques graves ayant recours éventuellement à une oxygénothérapie ou à une ventilation à domicile.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DU TABAGISME FEMININ

1. CADRE D'ETUDE

1.1. Antananarivo : organisation et fonctions (16) (17) (18)

Nous avons localisé à dessein notre étude dans cette grande ville où a priori le tabagisme semble plus marqué que dans les autres localités de Madagascar.

Capitale de Madagascar, Antananarivo ville est aussi le chef lieu du Faritany d'Antananarivo, une des six provinces de l'Ile. (Figure n° 2).

1.1.1. Organisation de la ville

Organisée en six arrondissements (figure n° 3) la ville d'Antananarivo est structurée par 5 unités spatiales significatives :

a) Les quartiers du centre

Les quartiers du centre regroupent les activités commerciales et des services. Il sont situés notamment dans les 1er, 2ème et 3ème arrondissements de la ville.

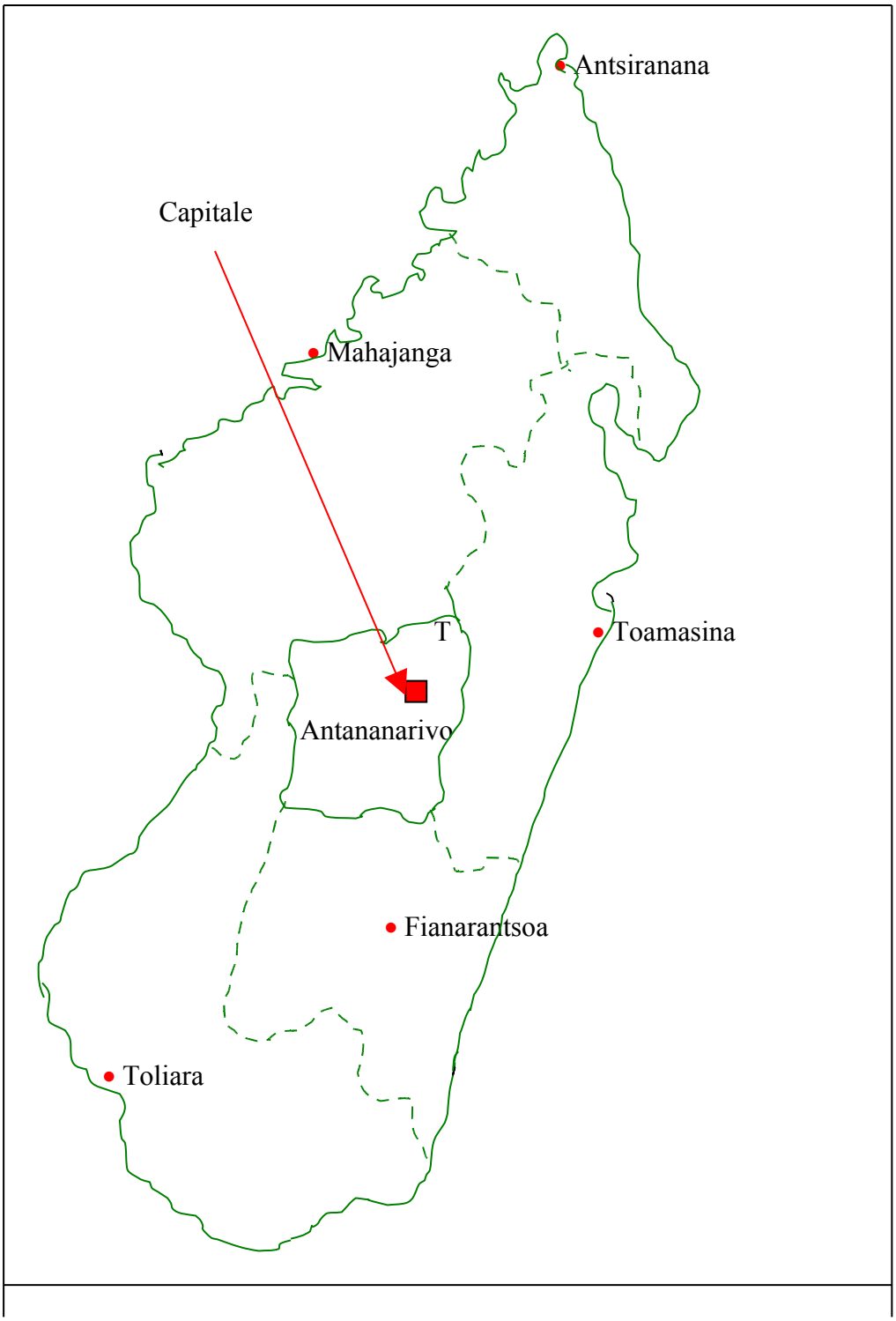
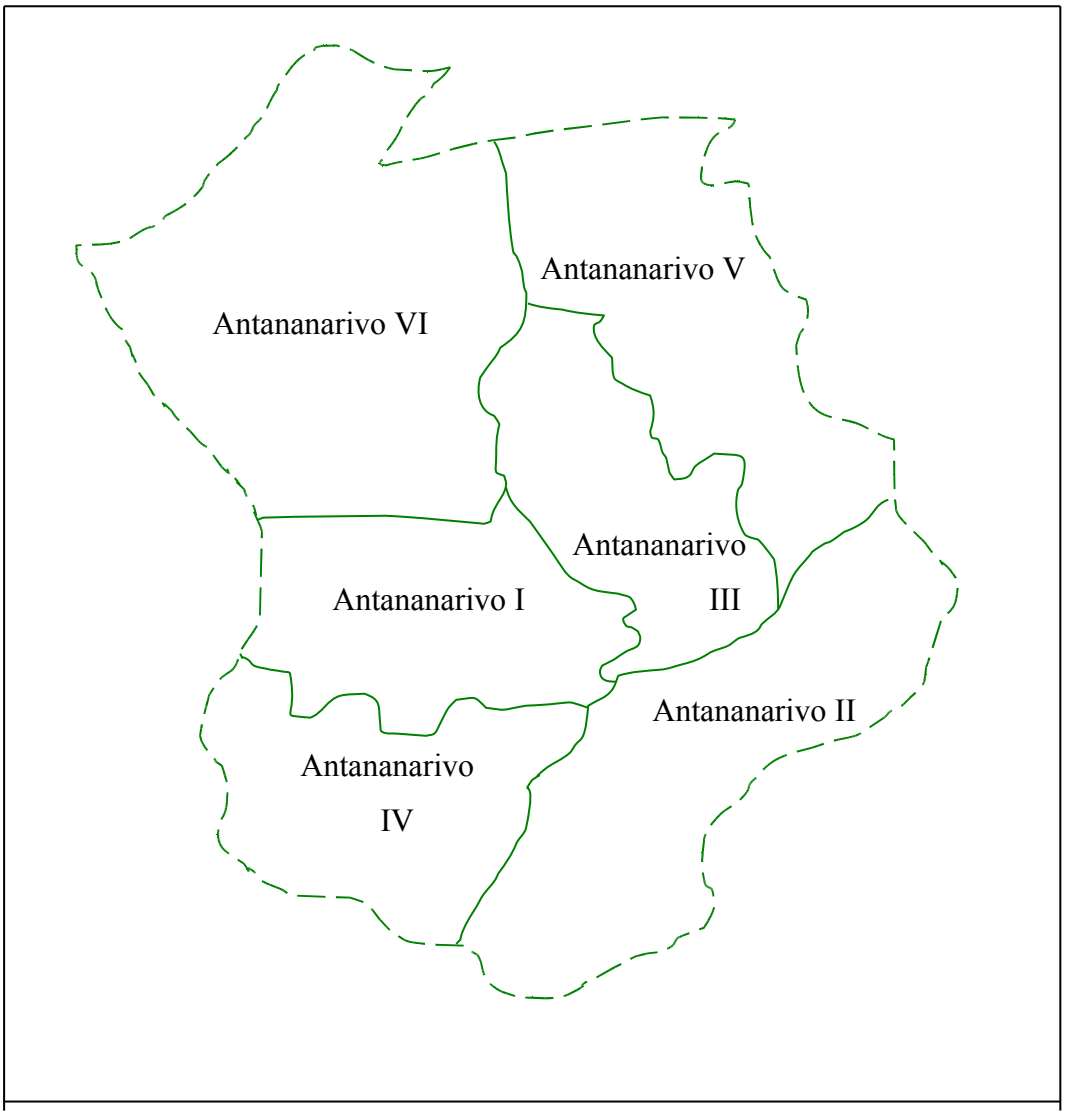


Figure n° 2 : Situation de la ville d'Antananarivo capitale de Madagascar.

Source : *Document PNUD sur régions et développement (17)*



<u>Figure n° 3</u> : Les six arrondissements de la ville d'Antananarivo

Source : *Document du PNUD, Régions et développement 1991. (17)*

b) Les quartiers d'urbanisation (17)

Les quartiers d'urbanisation spontanée de la plaine, fréquemment sujets à des inondations et non dotés d'infrastructures de base sont des zones où les conditions de vie sont difficiles (bas quartiers de Besarety, d'Ankazomanga et des 67 hectares… etc), ce sont surtout les 1e, 3e, 4e, 6e arrondissements.

c) Les quartiers anciens et collinaires

Les quartiers anciens et collinaires sont essentiellement résidentiels

d) Les quartiers mixtes de la périphérie proche, où l'on distingue 3

zones :

- Les banlieues résidentielles riches bien dotées en infrastructures de base (Ivato, route de Mahajanga et les quartiers d'Ivandry).
- Les banlieues résidentielles d'habitat plus modeste qui connaissent des problèmes d'éloignement et de branchement d'eau et d'électricité (Fenoarivo, Ampitatafika, Itaosy, Alasora, Androhibe).
- Les banlieues industrielles où se côtoient noyaux villageois et unités industrielles (Tanjombato et Nord Ouest d'Ankazomanga).

e) Les noyaux villageois périphériques :

Ils sont situés le long des principaux axes routiers de la région. Ils constituent des points d'ancrage pour le développement futur des centres urbains secondaires ou des espaces-relais entre la capitale et sa périphérie (Mahitsy, Ambohidratrimo, Ambohibao-Antehiroka, Sabotsy Namehana).

1.1.2. Fonctions spatiales

La capitale se caractérise par 2 aspects principaux :

a) l'attractivité

L'existence d'activités de production, de services et de commerces crée un mouvement migratoire continu dans le faritany d'Antananarivo du fait de la facilité des déplacements suburbains. Cette attraction s'exerce sur les produits agricoles des autres régions en raison de l'importance des marchés périodiques de la capitale et de ses environs.

b) la fonction de décision

Antananarivo exerce un pouvoir de décision administratif et économique sur l'ensemble du territoire national, du fait de son statut de capitale (siège de la Présidence, du Gouvernement et de toutes les fonctions de souveraineté) et de son statut de centre économico-financier (siège de la Banque Centrale, des banques commerciales et des établissements financiers du pays).

A cela s'ajoute la fonction culturelle et religieuse qui fait d'Antananarivo le centre culturel et spirituel le plus important du pays.

1.2. Antananarivo : démographie et divisions administratives **(18)(19)**

La commune urbaine d'Antananarivo est divisée en six arrondissements. La population est estimée à 997.508 habitants en 1998. (Tableau n° 4)

Tableau n° 4 : Répartition de la population selon l'arrondissement. (18)

Dénominations	Population/sexe		Total
	Masculin	Féminin	
1er arrondissement	109.396	112.736	**222.132**
2e arrondissement	73.911	75.900	**149.811**
3e arrondissement	61.209	60.953	**122.162**
4e arrondissement	83.330	84.645	**167.975**
5e arrondissement	135.065	135.924	**270.989**
6e arrondissement	47.620	47.500	**95.120**
TOTAL	**510.531**	**517.658**	**1.028.189**

Source : Document de l'INSTAT, *Données démographiques ; estimation de la population Tananarivienne par arrondissement 2001.*

2. METHODOLOGIE

2.1. Méthode d'étude (20) (21) (22) (23)

2.1.1. La méthode des quota

La méthode des quota utilisée dans cette étude est une méthode d'échantillonnage empirique basée sur le sondage par choix raisonné.

Elle consiste à bâtir, à partir des connaissances que l'on a de la population-mère un échantillon ressemblant de cette dernière.

a) Principe

Le principe repose sur l'inclusion d'individus ayant des caractères communs : si des individus sont, par certaines caractéristiques, à l'image de la population générale, ils le seront aussi pour les facteurs étudiés.

b) Constitution de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 300 femmes ≥ 12 ans domiciliées à Antananarivo-ville. Le quota est de 50 femmes pour chacun des 6 arrondissements. Les caractéristiques sont :

- L'âge : ≥ 12 ans
- Le sexe : sexe féminin

- Le domicile : domiciliée à Antananarivo-ville.

2.1.2. L'enquête

a) Type d'enquête

L'enquête menée auprès des femmes de l'échantillon est une enquête du type enquête-interview (l'enquêteur pose les questions et marque les réponses données par les femmes interrogées dans le questionnaire).

b) Le questionnaire (23) (24)

Comme dans les enquêtes d'opinion le questionnaire comporte quatre parties :

- L'identification
- La connaissance
- Le comportement
- La pratique ou habitude

- L'identification

L'identification se rapporte

- à l'âge
- au sexe
- à la profession
- à la situation matrimoniale
- au nombre d'enfants
- au domicile

- La connaissance

Elle porte sur :

- la composition du tabac (cigarettes – pipe… etc)
- les maladies pouvant être dues au tabac.

- La pratique ou habitude tabagique

Les questions sur la pratique portent sur :

- l'habitude tabagique
- la quantité de tabac consommée

- Le comportement

Les questions sur le comportement se rapportent :

- au motif de l'utilisation du tabac
- aux intentions ou essais d'arrêter

Le questionnaire est rédigé en malgache et a été testé avant son utilisation (annexe 1).

La période d'enquête va du 12 février 2002 au 1er avril 2002.

2.1.3. Les paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- la prévalence du tabagisme féminin
- tabagisme féminin selon l'âge
- tabagisme féminin selon la profession
- tabagisme féminin selon la situation matrimoniale
- tabagisme féminin selon le nombre d'enfants
- répartition selon les connaissances de la composition des cigarettes
- répartition selon la connaissance des maladies causées par le tabac
- tabagisme féminin selon le motif de fumer
- comportement vis-à-vis du tabac
- motifs d'échec pour l'arrêt du tabac
- tabagisme selon la quantité de tabac consommée
- les lieux d'enquête.

3. RESULTATS

3.1. Les lieux d'enquête

Tableau n° 5 : les lieux de réalisation de l'enquête.

Arrondissements	Nombre de femmes interrogées	Lieux d'enquête
I	50	Isotry
II	50	Ambohipo
III	50	Antanimena
IV	50	Mahamasina
V	50	Amboniloha (Alarobia)
VI	50	Anjanahary

TOTAL	**300**	

3.2. La prévalence du tabagisme féminin

Tableau n° 6 : prévalence du tabagisme féminin

Dénomination	Fument	Ne fument pas	TOTAL
Nombre	72	228	**300**
Pourcentage	24%	76%	**100%**

Nous avons marqué volontiers l'ensemble pour la ville car les mortalités du tabagisme nous semblent identiques ou presque.

La figure n° 4 pourra mieux visualiser les données du tableau n° 6.

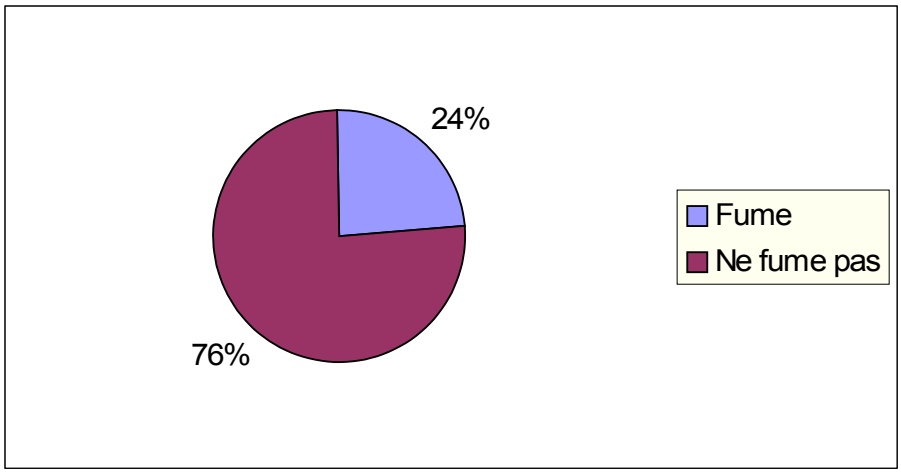


Figure n° 4 : Prévalence du tabagisme féminin à Antananarivo

3.3. L'âge

Tableau n° 7 : Répartition du tabagisme féminin selon l'âge

Dénomi-nations	<15ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 et plus	TOTAL
Nombre	0	37	11	18	5	1	72
Pourcentage	0	51,4	15,4	25	6,9	1,3	100%

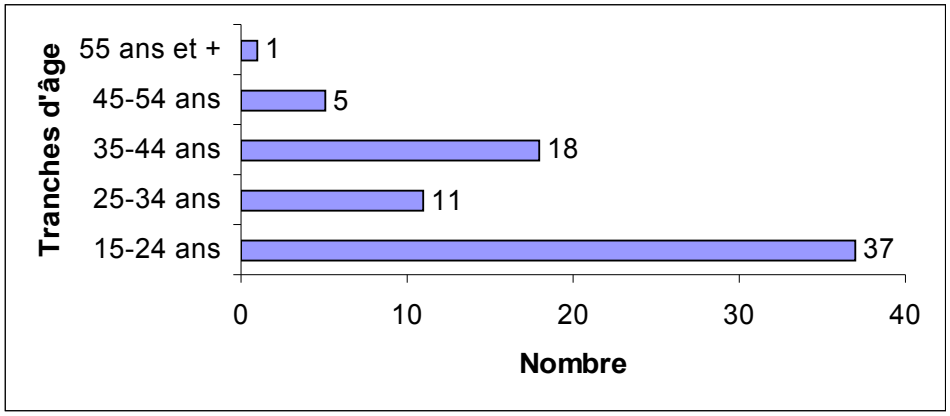


Figure n° 5 : Diagramme de la répartition du tabagisme féminin selon l'âge.

3.4. La profession

Tableau n° 8 : Répartition du tabagisme féminin selon la profession

Dénomination	Femmes au foyer	Etudiante	Ménagère	Vendeuse	SANS	Employée de bureau	Enseignante	Total
Nombre	5	27	21	4	3	9	3	72
Pourcentage	6,9	37,5	29,2	5,5	4,2	12,5	4,2	100%

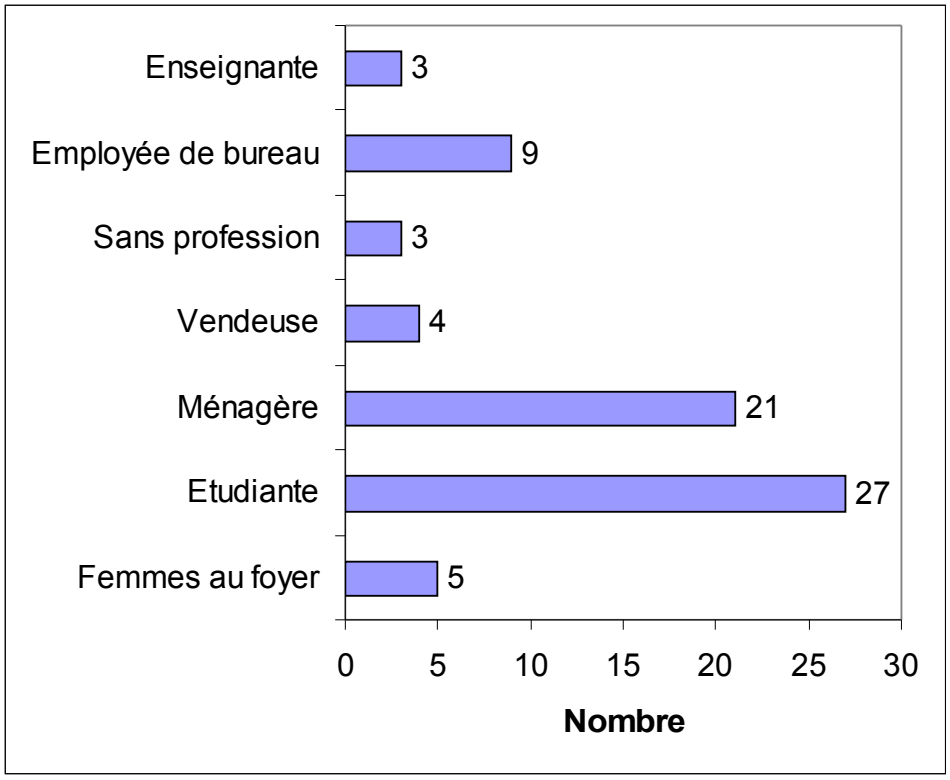


Figure n° 6 : Diagramme de la répartition du tabagisme féminin Selon la profession.

3.5. Situation matrimoniale

Tableau n° 9 : Répartition du tabagisme féminin selon la situation matrimoniale.

Dénomination	Célibataire ou vivant seule	mariée	Divorcée	Veuves	TOTAL
Nombre	39	24	7	2	**72**
Pourcentage	54,2	33,3	9,7	2,8	**100%**

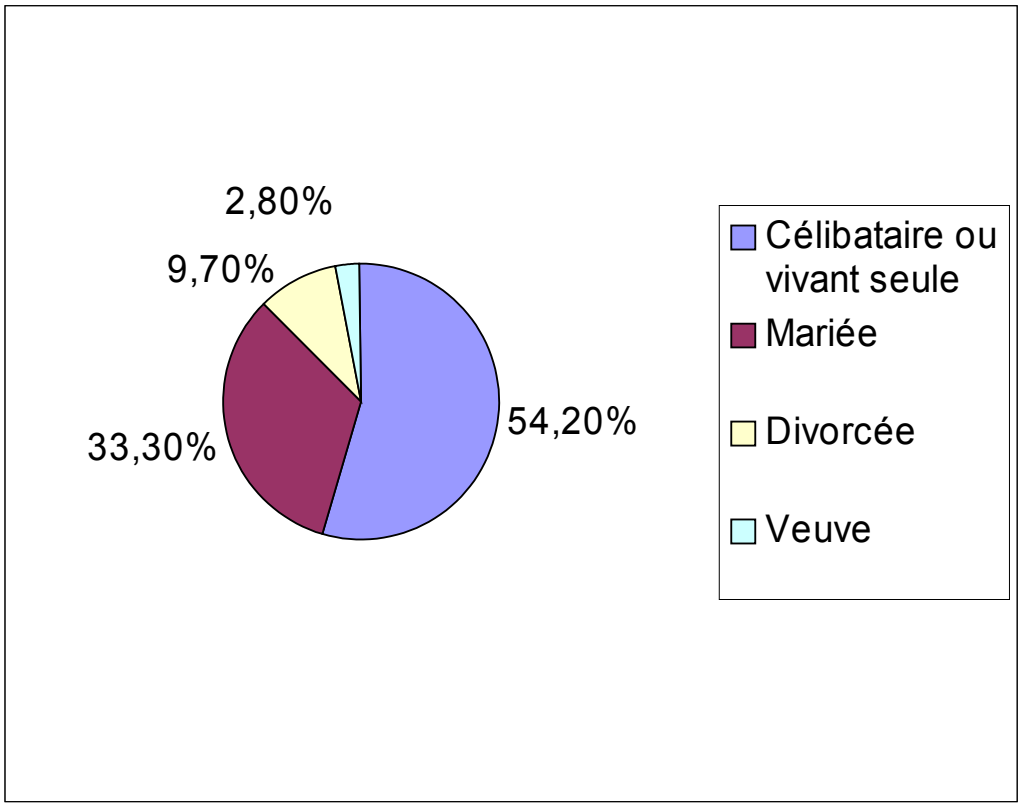


Figure n° 7 : Diagramme de la répartition du tabagisme féminin selon la situation matrimoniale.

3.6. Le nombre d'enfants

Tableau n° 10 : Tabagisme féminin selon le nombre d'enfants

Dénominations	Nombre d'enfants par femme					TOTAL
	0	1	2	3	4 et plus	
Nombre	36	8	6	18	4	72
Pourcentage	50	11,1	8,3	25	5,6	100%

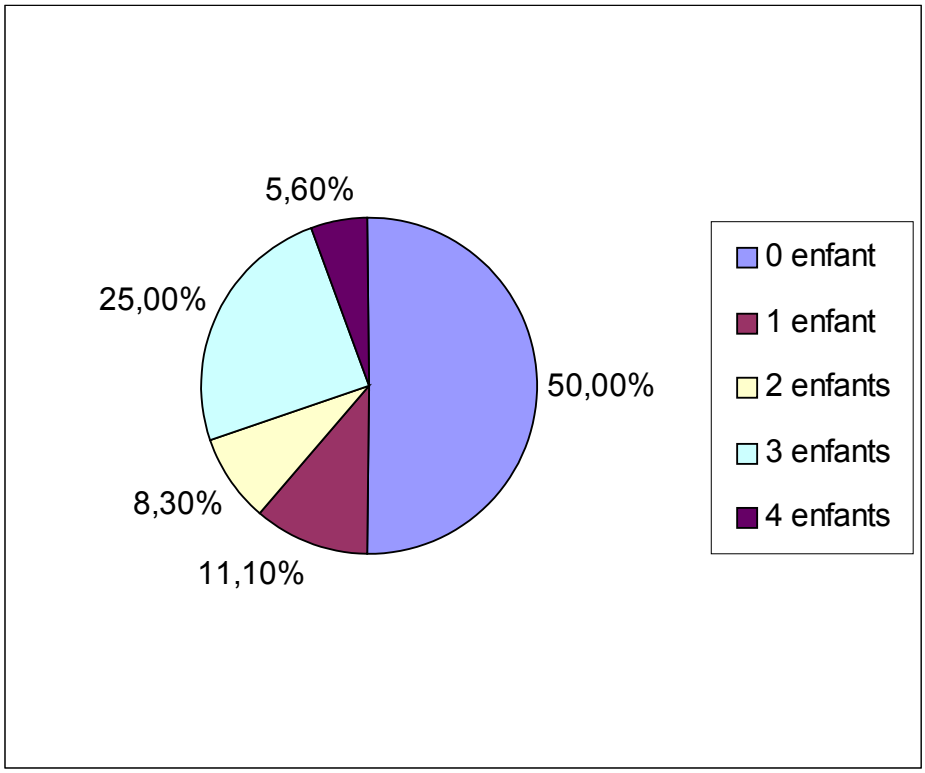


Figure n° 8 : Diagramme du tabagisme féminin selon le nombre d'enfants.

3.7. Motif du tabagisme

Tableau n° 11 : Répartition des femmes selon le motif du tabagisme

Dénomi-nation	Famille de fumeurs	A cause des amis fumeurs	Pro-blème de la vie	Plaisir de fumer	Habi-tude	Camp Militaire service national	C'est la mode	Mari Fume	TOTAL
Nombre	5	1	8	19	31	3	3	2	72
Pour-Centage	6,9	1,4	11,1	26,4	43,0	4,2	4,2	2,8	100%

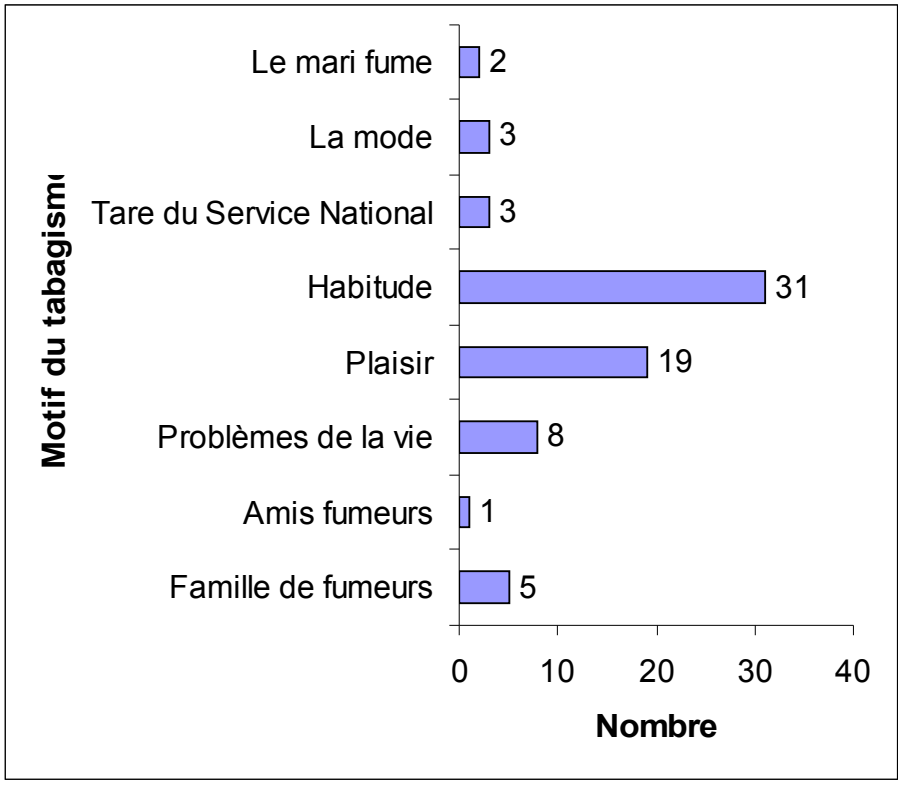


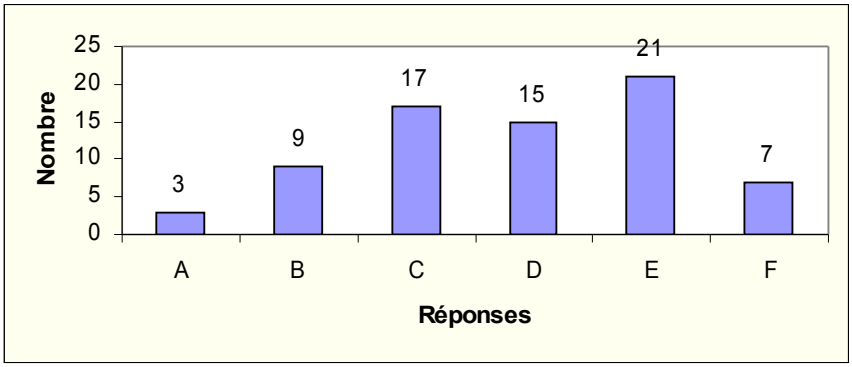
Figure n° 9 : Diagramme des motifs du tabagisme.

3.8. Connaissance de la composition des cigarettes

Tableau n° 12 : Répartition des femmes qui fument selon leur connaissance sur la composition des cigarettes.

	Tabac	Tabac	Tabac	Tabac	Tabac	papier	

Dénomi-nation	Nicotine Goudron Papier Fumée Colle Filtre	Nicotine Goudron Papier Fumée	Nicotine Goudron Papier	Nicotine Papier	Papier		TOTAL
Nombre	3	9	17	15	21	7	72
Pourcen-tages	4,2	12,5	23,6	20,8	29,2	9,7	100%



A : Tabac, nicotine, goudron, papier, fumée, colle, filtre

B : Tabac, nicotine, goudron, papier, fumée

C : Tabac, nicotine, goudron, papier

D : Tabac, nicotine, papier

E : Tabac, papier

F : Papier

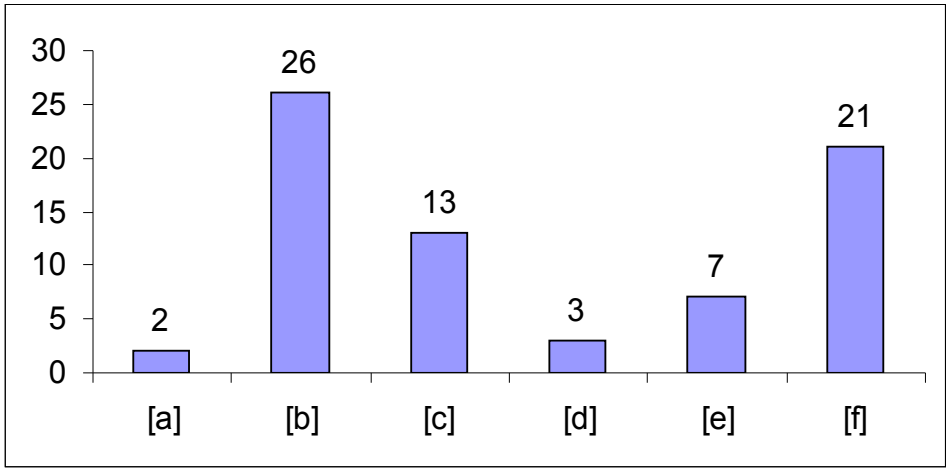
Figure n° 10 : Diagramme de la répartition des femmes selon la connaissance sur la composition des cigarettes.

3.9. Connaissance des maladies causées par le tabac

Tableau n° 13 : Répartition des femmes selon la connaissance des maladies causées par le tabac.

Dénomi-nations	Toux Branchite Cancer Dyspnée	Toux Bronchite	Toux Cancer	Maux de gorge	Toux	Ne sait pas	TOTAL

Nombre	2	26	13	3	7	21	**72**
Pour-centage	2,8	36,1	18,0	4,2	9,7	29,2	**100%**



[a] : Toux, bronchite, cancer, dyspnée

[b] : Toux, bronchite

[c] : Toux, cancer

[d] : Maux de gorge

[f] : Ne suit pas

Figure n° 11 : Diagramme de la répartition des femmes selon la connaissance des maladies causées par le tabac.

3.10. Consommation de tabac

Tableau n° 14 : Répartition des femmes selon la quantité de tabac consommée par jour.

Dénomination	< 2/j	2 à 10/j	11 à 20/j	> 20/j	TOTAL
Nombre	18	33	20	1	**72**
Pourcentage	25,0	45,8	27,7	1,4	**100%**

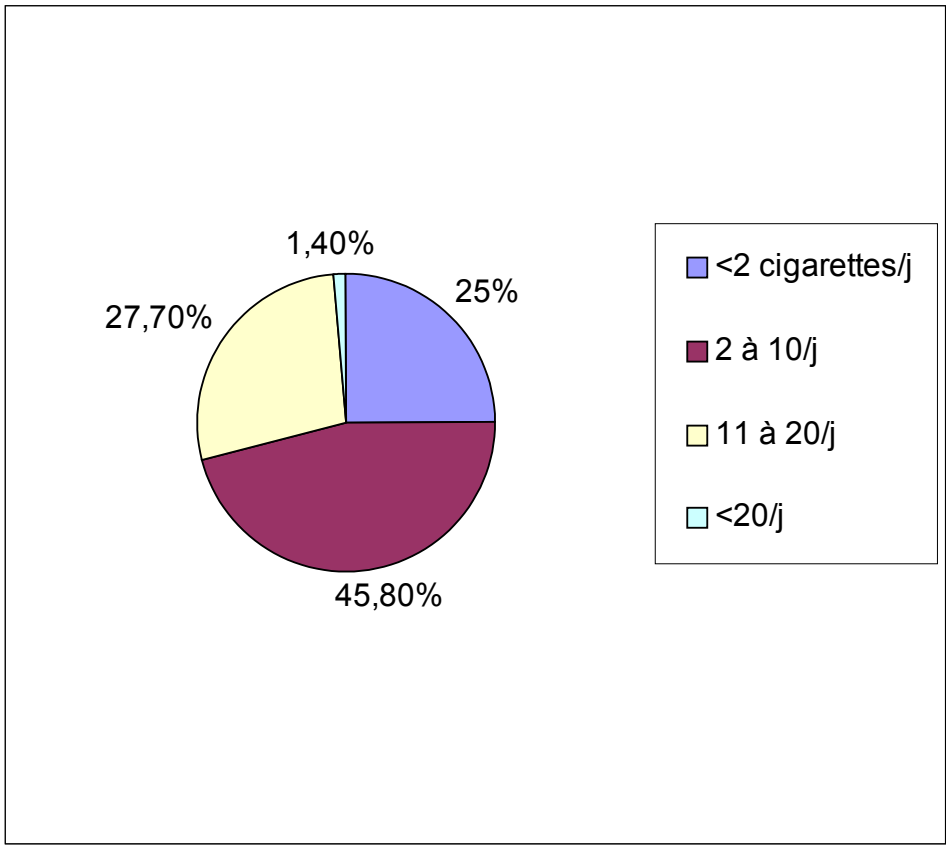


Figure n° 12 : Diagramme de la répartition des femmes selon la quantité de tabac consommée par jour.

3.11. Comportement vis-à-vis du tabac

Tableau n° 15 : Répartition des femmes selon leur attitude vis-à-vis du tabac.

Dénomination	Ont essayé d'arrêter mais ont échoué	Ont l'intention d'arrêter	Veulent continuer	TOTAL
Nombre	15	38	19	**72**
Pourcentage	20,8	57,7	26,4	**100%**

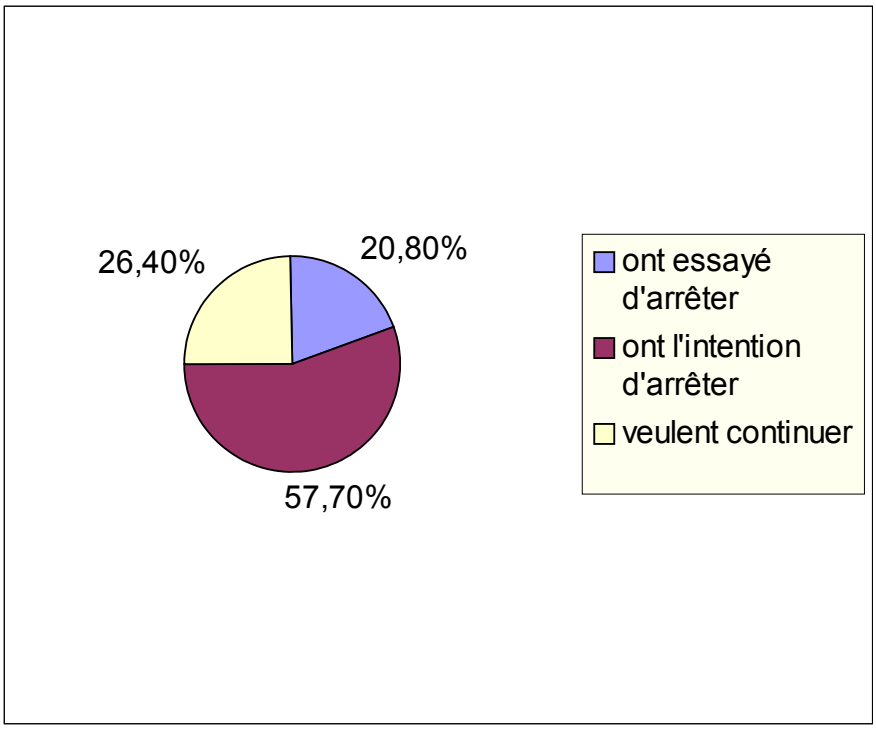


Figure n° 13 : Diagramme de la répartition des femmes selon leur attitude vis-à-vis du tabac

3.12. Motifs de l'échec dans l'arrêt du tabac

Tableau n° 16 : Motifs d'échec évoqués dans l'arrêt du tabac.

Dénominations	Manque de soutien	Manque de courage	Ont pris du poids	Tout le monde fume à la maison	TOTAL
Nombre	8	3	2	2	**15**
Pourcentage	53,3	20,1	13,3	13,3	**100%**

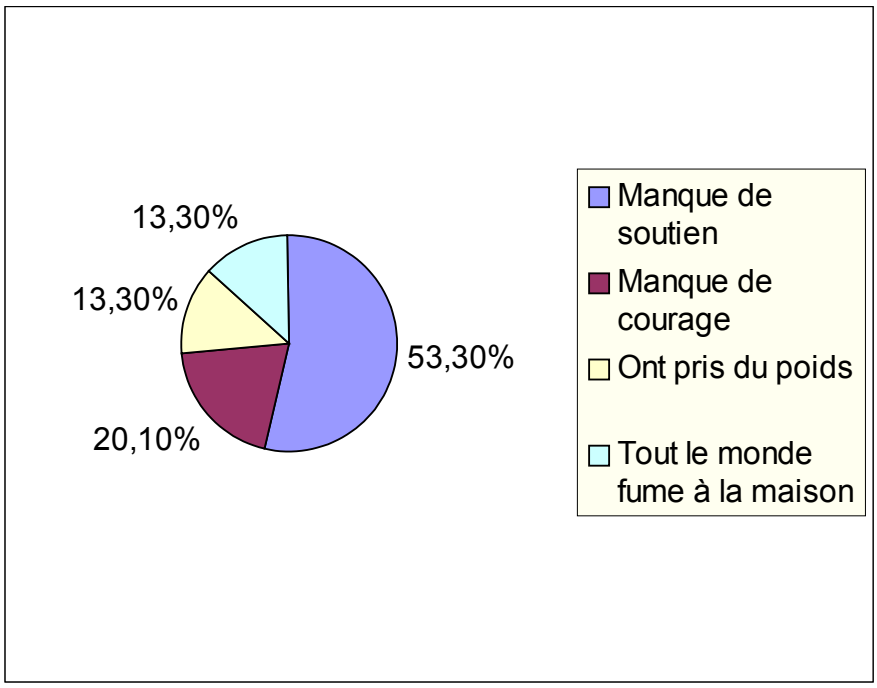


Figure n° 14 : Diagramme des motifs de l'échec dans l'arrêt du tabac

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1.1. La méthodologie

La méthode d'étude se divise en 2 parties :

- La première partie se rapporte à la constitution de l'échantillon par la méthode des quota, bien valable mais pouvant être critiquée.
- La deuxième partie concerne l'enquête-interview : comme dans toute enquête d'opinion, l'étude se base sur un questionnaire élaboré et testé auprès de quelques utilisateurs avant d'être utilisé(24). Le contenu du questionnaire comporte :
    - des questions relatives à l'identification de l'usager
    - des questions sur la connaissance sur le tabac
    - des questions sur le comportement des fumeurs

- des questions sur l'utilisation ou la pratique du tabagisme.

1.2. Les lieux de l'enquête

L'enquête a eu lieu au niveau d'un fokontany de chaque arrondissement de la mairie d'Antananarivo.

Il s'agit de :

- Isotry pour l'arrondissement I
- Ambohipo pour le II^{e}
- Antanimena pour le III^{e}
- Mahamasina pour le IV^{e}
- Amboniloha pour le V^{e}
- Anjanahary pour le VI^{e} arrondissement.

1.3. Prévalence

L'enquête a permis d'identifier 72 femmes qui fument parmi les 300 interrogées. Ceci donne un taux de prévalence de 24% (Tableau n° 5). En fait, si on
tient compte des résultats du tableau n° 14, 18 femmes sur les 72 déclarées « fumeurs » consomment moins de 2 cigarettes par jour à titre occasionnel. La prévalence effective pourrait donc être estimée à 18% (54 fumeurs qui fument sur 300). La proportion de femmes qui fument à Antananarivo est nettement inférieure à la proportion de femmes pratiquant le tabagisme à Dakar (au Sénégal) par exemple où la prévalence du tabagisme chez les femmes âgées de 10 à 20 ans est de 52%. A Dakar, les femmes commencent à fumer dès l'âge de 10 ans tandis qu'à Madagascar les femmes commencent beaucoup plus tard après 15 ans.

1.4. L'âge

Entre 15 et 24 ans, 51,4% des femmes fument selon le tableau n° 7. Pour les autres tranches d'âge on note.

- 25-34 ans : 15,4%
- 35-44 ans : 25%
- 45-54 ans : 6,9%
- 55 ans plus : 1,3%

Le tabagisme semble régresser avec l'âge.

1.5. La profession

Le tableau n° 8 montre que certaines professions semblent particulièrement concernées :

- Femmes étudiantes : 37,5%
- Ménagères : 29,2%
- Employées de bureau : 12,5%

79,2% des femmes qui fument appartiennent aux trois professions (étudiantes, ménagères et employées de bureau). L'environnement joue peut-être un grand rôle dans le tabagisme féminin.

1.6. La situation matrimoniale

Le tableau n° 9 montre que 54,2% des femmes qui fument sont célibataires ou vivent seules. Les femmes mariées ne représentent que 33,3%, les divorcées 9,7% et les veuves 2,8%. Les adolescentes semblent apprécier particulièrement la cigarette.

1.7. Le nombre d'enfants

Parallèlement à la situation matrimoniale, le nombre d'enfants pourrait servir de référence : parmi les 72 femmes qui fument 50% n'ont pas d'enfants (probablement les adolescentes). Au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente le pourcentage de femmes qui fument semble diminuer (Tableau n° 10).

1.8. Motif du tabagisme

D'après le tableau n° 11, les motifs du tabagisme sont essentiellement par ordre d'importance :

- L'habitude : 43% des femmes qui fument
- Le plaisir de fumer : 26,4%

- Problèmes de la vie : 11,1%
- Famille de fumeurs : 6,9%

1.9. Connaissance sur les cigarettes et les maladies causées par le tabac

Le contenu des tableaux n° 12 et n° 13 montrent que le pourcentage des femmes qui ignorent la composition des cigarettes et le pourcentage de celles qui ne connaissent pas les maladies causées par le tabac sont pratiquement identiques :

- 29,2% des femmes qui fument ont répondu tabac et papier à la question sur la composition des cigarettes,
- 29,2% ont répondu « je ne sais pas » à la question sur les maladies causées par le tabac.

1.10. Consommation et dépendance

Le tableau n° 14 montre que le nombre de cigarettes consommées par jour situe les femmes dans la catégorie 2 à 10 cigarettes par jour pour la majorité (45,8%). Le reste se répartit comme suit :

- < 2 cigarettes par jour : 25%
- 11 à 20 cigarettes par jour : 27,7%
- > 20 cigarettes par jour : 1,4%

1.11. Comportement

Selon le tableau n° 15 :

- 20,8% des femmes ont essayé d'arrêter de fumer mais ont échoué
- 57,7% ont l'intention d'arrêter mais n'ont jamais essayé
- 26,4% veulent continuer à fumer.

1.12. Les motifs de l'échec

Parmi les 15 femmes qui ont essayé d'arrêter la tabac (tableau n° 15) les motifs évoqués comme cause d'échec sont :

- Le manque de soutien pour 53,3%
- Le manque de courage pour 20,1%
- La prise de poids pour 13,3%
- L'entourage qui fume pour 13,3%

2. SUGGESTIONS

Les suggestions que nous allons formuler prennent la forme d'une stratégie de lutte contre le tabagisme féminin à Antananarivo. La stratégie comporte deux volets :

- Un volet préventif
- Un volet curatif

2.1. Le volet préventif

2.1.1. L'information

L'information peut se faire sous la forme d'Information, éducation et communication (IEC).

- Une politique d'IEC contre le tabagisme notamment en milieu scolaire peut aider à améliorer la situation. L'IEC doit être intégrée aux programmes scolaires.
- L'IEC générale doit être assurée au niveau des femmes cibles (les étudiantes et ménagères en priorité) et au niveau des autres femmes, mais aussi pour les hommes.
- L'information sur les dangers du tabac doit être mentionnée visiblement sur les paquets de cigarettes et leur emballage.
- Les activités d'IEC pourraient bénéficier de 1% des taxes du tabac.

2.1.2. Interdire toute publicité directe ou indirecte pour le tabac

« La publicité incite à fumer et dissuade le fumeur d'arrêter ». L'interdiction de toute publicité entraînerait une baisse globale de la consommation et donc chez les femmes

aussi. A titre d'exemple, le Département de la santé de Nouvelle-Zélande publie en 1989 que les pays où la publicité est entièrement autorisée présentent une progression globale de consommation de cigarettes contre une diminution dans le cas contraire (25).

2.1.3. Augmenter les prix du tabac

- L'efficacité de cette mesure a fait l'objet d'études économétriques internationales nombreuses et concordantes. Cet effet n'apparaît cependant que pour des hausses substantielles, supérieures à 10, voire 15%, frappant surtout les gens à revenu bas.
- Chez les femmes et particulièrement les mères l'augmentation des prix du tabac entraînerait au moins une baisse de la consommation journalière.

2.1.4. Protéger les non-fumeurs de la fumée des autres

Parce que la fumée de tabac gêne, aggrave l'état de certains malades et cause certaines maladies graves et mortelles, la protection des non-fumeurs doit s'établir sur une base juridique de protection sanitaire. La protection des non-fumeurs peut se faire sous la forme de :

- Interdiction du tabac dans les lieux publics, dans les restaurants et les moyens de transport (Bus, taxi-brousse, train, avion) ; de bons airs musicaux peuvent y suppléer.
- Interdiction du tabac dans les hôpitaux et les Etablissement d'Enseignement ; y trouver d'autres moyens de distractions saines (lectures, jeux divers).

2.2. Le volet curatif

2.2.1. Aider les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer

- « Une des évolutions marquantes des dernières décennies est le rajeunissement et la féminisation des consommateurs ».

- En se basant sur les résultats de notre enquête : Sur 499.226 femmes, 269.594 environ ont plus de 15 ans. 24% des femmes fument dont 18% des vrais « fumeurs » le reste ne touche au tabac qu'à titre occasionnel. Le nombre de femmes qui fument réellement peut donc être estimé à 48.527.
- D'après le tableau N° 15 :
  - 20,8% des femmes qui fument ont essayé en vain d'arrêter pour diverses raisons. Pour ce premier groupe des mesures de soutien peuvent les aider à réussir
  - 57,7% ont l'intention d'arrêter sans être jamais allées jusqu'à l'essai : pour ce deuxième groupe il faut des mesures facilitatrices pour la prise de décision et suffisamment de motivation pour lutter jusqu'au bout.
  - 26,4% enfin déclarent qu'elles veulent continuer : pour ce troisième groupe il faudrait un travail de sensibilisation et d'exploitation assidues pour convaincre les femmes à décider d'arrêter le tabac.

Compte tenu de la situation nous proposons :

a) la mise en place d'un centre de lutte contre le tabagisme.

- Parmi l'offre de services il faudrait
  - Un service de soutien pour le sevrage (parfois grâce à un club de non fumeurs)
  - Un service d'information sur les méfaits du tabac et sur les mesures susceptibles d'être prises pour arriver à bout de la cigarette.
  - Un service d'intervention médicale.

- Les interventions minimales du médecin suffisent à augmenter d'environ 5% les taux de cessation (15), même si elles s'adressent à des fumeurs encore bien portants.

- La prescription adéquate des chewing-gums à la nicotine à des malades pharmacodépendants élève les taux d'abstinence à un an jusqu'à 46% si elle est appuyée par des conseils psychologiques en groupe (15).

- Les instructions de sevrage données au cours d'un séjour hospitalier sont plus efficaces dans l'artériosclérose (44%) que dans la bronchite chronique (25%). (15)

- Chez les patients à hauts risques et chez ceux atteints de maladie tabagique, le taux de sevrage à 1 an se situe en général entre 10 et 40%.

- Les plans de cinq jours préconisés par Folkenberg et Mac Farland obtiennent à un an d'intervalle 32,2% d'abstention chez les hommes et 23,9% chez les femmes. (15) Ce plan pourrait beaucoup aider à l'arrêt du tabac.

- La prescription de médicaments peut compléter l'intervention du médecin, bien que l'approche pharmacologique de l'arrêt reste jusqu'ici limitée. Le seul traitement de substitution assez efficace disponible actuellement est le chewing-gum à la nicotine (NICORETTE®) qui, administré de manière appropriée à des fumeurs pharmacodépendants motivés pour le sevrage, permet d'augmenter sensiblement le taux d'abstention à court et à long terme si elle est associée à un soutien psychologique. Certains produits peuvent s'avérer intéressants, comme le chewing-gum sans sucre (Stimorol ®) ou des combinaisons modérant l'appétit (Nicofree®) (15).

- Les activités de suivi ont une importance particulière dans les 4 à 8 semaines faisant suite à l'arrêt pour rappeler le message anti-tabac et pour aider le patient à faire face aux symptômes de sevrage.

b) des actions de prise en charge par groupe

- 1er groupe :

Par exemple sevrage soutenu psychologiquement avec ou sans chewing-gum à la nicotine.

- Deuxième groupe :

- Des séances de facilitation pourraient inciter les femmes à se décider en rappelant particulièrement le danger du tabac (chez la femme enceinte et chez l'enfant en particulier).

- Troisième groupe

- Des séances de discussion périodique et des projections (films documentaires sur les méfaits du tabac) pourraient à la longue convaincre au moins quelques-unes des femmes concernées.

2.2.2. <u>Impliquer les industries de fabrication de cigarettes dans la prise en charge des malades (bronchite chronique, cancer dus au tabac)</u>

Cela pourrait être difficile à réaliser car une telle mesure relève d'une haute politique à l'échelon le plus élevé tant sur le plan national qu'international.

CONCLUSION

Au terme de la présente étude intitulée « Pour une stratégie de lutte contre le tabagisme féminin à Antananarivo » qui a été réalisée de janvier 2002 à juin 2002, deux points principaux méritent une attention particulière.

D'une part, il faut dire que le tabagisme féminin à Antananarivo n'est pas négligeable : 18 p. 100 des femmes de la ville d'Antananarivo fument. La grande proportion de ces femmes qui fument se trouve dans la tranche d'âge 15-24 ans. Elles sont des étudiantes dans la majorité des cas et consomment généralement un demi-paquet de cigarettes par jour.

D'autre part il faut dire que les organismes ou institutions spécifiques pour la lutte contre le tabagisme et particulièrement contre le tabagisme féminin ne sont pas nombreux à Madagascar. Afin de mieux lutter contre le tabagisme féminin nos propositions portent sur des actions préventives : décourager les habituées des cigarettes en augmentant le prix du tabac, limiter les lieux où l'on peut fumer, protéger les non-fumeurs, informer la population sur les méfaits du tabac. Nos propositions s'orientent aussi vers des actions curatives en aidant celles qui veulent arrêter le tabac à affronter le sevrage :

- par des conseils psychologiques
- par des interventions médicales : utilisation de produits tels que le chewing-gum à la nicotine et le chewing-gum sans sucre.

Toutes ces actions peuvent se faire au niveau d'un centre de lutte contre le tabagisme.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

Enquête CAP sur la consommation du tabac

Numéro /___/___/ **Enquêteur /_____**

Date /___/___/___/

1. **Etat civil**
   - **Age /___/**
   - **Sexe /___/**
   - **Profession /_____/**
   - **Situation matrimoniale /_____/**
   - **Nombre d'enfants /___/**
2. **Pratique**

   2.1. Etes-vous fumeur ?
   - **Oui /___/**
   - **Non /___/**
   - **A l'occasion /___/**
     (de temps à temps)

   2.2. Si oui, quelle quantité de tabac consommez-vous par jour ?
   - **Plus de 1 paquet /___/**
   - **1 paquet /___/**
   - **½ paquet /___/**
   - **moins d'1/2 paquet /___/**
3. **Connaissance**

   3.1. Connaissez-vous les compositions du tabac ?
   - **Oui /___/**
   - **Non /___/**

Si oui lesquelles :
- **Nicotine /___/**
- **Goudron /___/**
- **Fumée /___/**
- **Tabac /___/**

- **Papier /___/**

3.2. Connaissez-vous les maladies dues au tabac ?

- **Oui /___/**
- **Non /___/**

Si oui lesquelles ?

- **Toux /___/**
- **Bronchite /___/**
- **Cancer /___/**

4. <u>Attitude</u>

- **Pourquoi fumez-vous ?**

- **/_____/**
- **/_____/**

- **Avez-vous essayé d'arrêter ?**

- **Oui /___/**
- **Non /___/**

Si oui pourquoi avez-vous échoué ?

/_____/

/_____/

ANNEXE 2

FANONTANIANA

Fanadihadihana momba ny fifohana sigara

Nomerao /___/___/ Mpanadihady /_____

Daty /___/___/___/

1. Famantarana
   - Taona /___/
   - Lahy /___/
   - Vavy /___/
   - Asa /_____/
   - Manambady /____/
   - Mpitovo /____/
   - Maty vady /____/
   - Isan'ny zaza /____/
2. Fahazarana
   2.1. Mifoka sigara ve ianao ?
   Eny /___/
   Tsia /___/
   Indraindray /___/
   2.2. Mahalany sigara firy isan'andro ianao ?
   Mihoatra ny iray paquet /___/
   Iray paquet /___/
   Antsasa-paquet /___/
   Latsaky ny antsasa-paquet /___/
3. Fahalalana
   3.1. Fantatrao ve ny ao anatin'ny sigara ?
   Eny /___/
   Tsia /___/

   Raha eny, inona avy ?

Nicotine /___/

Goudron /___/

Setroka /___/

Paraky /___/

Taratasy /___/

3.2. Mahalala aretina azo avy amin'ny sigara ve ianao ?

Eny /___/

Tsia /___/

Raha eny, inona avy ?

Kohaka /___/

Aretin-tratra /___/

Homamiadana (Kansera) /___/

4. Fihetsika

4.1. Inona no antony ifohanao sigara ?

/_____/

/_____/

4.2. Efa nanandrana niala sigara ve ianao ?

Eny /___/

Tsia /___/

Raha eny, naninona no tsy afaka ?

/_____/

/_____/

ANNEXE 3

Photo 1 : la fumée de cigarette.

ANNEXE 4

Photo 2 : Une femme fumant une cigarette.

BIBLIOGRAPHIE

1- Gentilini M. Médecine tropicale. Médecine-Sciences Flammarion. Paris Ed. 1993.

2- Andriamahefa Niri-Vola. Tabagisme, aspects épidémiologiques dans les écoles secondaires privées d'Antananarivo ville. Thin Fac. Méd. Antananarivo. 2001 : 35.

3- Brouin C., Hirsch A., Lagrueg, Reynaud M. Le tabagisme et les toxicomanies. Paris. 1984 : 255, 317

4- Document du Comite d'Expert de L'OMS. La lutte contre l'épidémie de tabagisme. Série Rapports Techniques, Genève.1979 ; 636 : 93 .

5- Chabot J. M. Lutte contre le tabagisme, quand la bonne volonté part en fumée. La revue du Praticien. Paris. 1999 : 49.

6- Delorme J. La lutte contre le tabagisme. Le concours Médical. Paris. 1996 : 333-334.

7- Andonian A. Place des médecins généralistes dans la prevention et le sevrage du tabagisme. Thèse 477 Univ. Claude-Bernard. Lyon 1.1989 : 113

8- Prignot J. Responsabilités et potentialités des médecins dans la lutte contre le tabagisme . Bruxelles, Belgique. Bull. Union Intern. contre la tub. Et mal. resp ; 1990 ; 65 : 40-45

9- Gray N. Daube M. Guidelines for smoking control. 2e ed. U.I.C.C. Geneva: Technical Report Series, 1980 : 52.

10- Royal College of Physicians of London : Smoking or Health. The Third Report. Pitman Medical, London, 1977.

11- Hill D. J., Gray N. J. Patterns of tobacco smoking in Australia. Méd. J. Aust. 1982 : 23-25.

12- Marsh A. Smoking and illness : what smokers really believe. Health Trends, 1985 : 7, 12 .

13- Doll R., Peto R., Weathley K. Mortality in relation to smoking : 40 years observation on male British doctors. BMJ. 1994 : 901, 911.

14- Kress D. H. The cigarette as a physician sees it. Pacific-Press, Mountain view, California. 1931 : 36.

15- Bynner J. M. Medical students' attitudes towards smoking. HMSO, London, 1967.

16- Morere P., Stain J. P. et Nouvet G. Manifestations respiratoires des affections exotiques. Encycl. Méd. Chir. Pneumologie. Paris. 1974 : 600, 610.

17- Document du PNUD. Régions et développement. Province Antananarivo Projet. PNUD/OPS MAG/89/018. Antananarivo. 1991.
18- Document du Ministère de la santé. Données et indicateurs démographiques et socio-sanitaires à Madagascar. Antananarivo. Mars 1997.
19- Document du Ministère de l'économie et du plan. Image régionale de l'économie malgache. Antananarivo. 1989.
20- Berthier N., Berthier F. Le Sondage d'opinion. Paris ESF. 1978 : 117.
21- Desabie J., Théorie et pratique des sondages. Paris. Dunod. 1966 : 481.
22- Lockerbie L., Lutz W. Guide pratique destiné aux professionnels de santé : Elaboration d'un questionnaire. Rennes : ENSP. 1986 ; 4 : 134.
23- Mucchielli R. Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale. Paris .ESF. 1979 : 153.
24- Dabis F., Drucker J., Moren A. Epidémiologie d'intervention. Arnette. Paris. 1992.
25- Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé. ARC. Québec. Montréal. 5e impression. 1990.
26- Rochon A. L'éducation pour la santé. Agence d'ARC inc. Québec 1988.

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'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement 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 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 leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le président de thèse

Signé : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO PAUL

Name and first name : DANIEL ABDALLAH

Title of the thesis : "ABOUT A PREVENTION STRATEGY OF FEMALE TABAGISM IN ANTANANARIVO"

Heading : Public Health

Number of figures : 14 Number of pages : 41 Number of tables : 16

Number of appendix : 04 Number of diagrams : 11 Number of photographs : 02

Number of bibliographical references : 26

SUMMARY

"About a prevention strategy of female tabagism in Antananarivo" is a research which aims to estimate the female tabagism in Antananarivo in order to propose an fited prevention strategy.

The research method is based on an interview investigation made with a representative sample of women which has been determined by the quota method.

The results point out that 24% of the city's women are close to tabagism, 18% of them really smoke, the others smoke occasionally. The majority of the smoking women are students and smoke about half a packet of cigarette per day.

The prevention strategy proposed is built on two points :

- A preventive point which aims : to inform on the misdeed of tobacco, then to discourage "the smokers" by making difficult the accessibility to tobacco (erasing its price…)
- A curative point which consists on supporting the "smokers" on sevrage period, by psychologic advices and medical intervention.

Key-words : Tobacco – Cigarettes – disease – sevrage - psychologic support.

Director of the thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of the author : Lot II H 24 TER Ampandrana Ouest Antananarivo 101

Nom et Prénoms : DANIEL ABDALLAH

Titre de la thèse : « POUR UNE STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME FEMININ A ANTANANARIVO »

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 14 **Nombre de pages : 41** **Nombre de tableaux : 16**

Nombre d'annexes : 04 **Nombre de diagrammes : 11** **Nombre de Photos : 02**

Nombre de références bibliographiques : 26

RESUME

« Pour une stratégie de lutte contre le tabagisme féminin à Antananarivo » est une étude qui a pour objectif d'évaluer le tabagisme chez les femmes à Antananarivo afin de proposer une stratégie de lutte adaptée.

La méthode d'étude repose sur une enquête interview menée auprès d'un échantillon représentatif de femmes dont la taille a été déterminée par la méthode des quota.

Les résultats obtenus par l'étude montrent que 24% des femmes de la capitale touchent au tabagisme. 18% de ces femmes fument réellement, les autres ne fument qu'à titre occasionnel. La majorité des femmes qui fument sont des étudiantes et consomment en moyenne chacune un demi-paquet de cigarettes par jour.

La stratégie de lutte que nous avons proposée comporte deux volets :

- Un volet préventif qui consiste à informer sur les méfaits du tabac, à décourager « les fumeurs » par des mesures portant sur l'accessibilité au tabac (augmentation du prix…), à protéger les non-fumeurs.
- Un volet curatif qui consiste à soutenir les « fumeurs » en période de sevrage par des conseils psychologiques et des interventions médicales.

Mots clés : Tabac – cigarettes – maladies - Sevrage - soutien psychologique

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Lot II H 24 TER Ampandrana Ouest Antananarivo 101