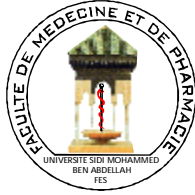


UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2013

Thèse N° 073/13

TABAGISME CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE D'OUJDA

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/04/2013

PAR

M. GARTIT MOHAMMED

Né le 20 Novembre 1985 à JERRADA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Tabagisme - Prévalence Connaissances - Attitudes - Etudiants en
médecine - Oujda

JURY

M. NEJJARI CHAKIB..... PRESIDENT ET RAPPORTEUR

Professeur d'Epidémiologie clinique

M. OUDIDI ABDELLATIF.....

Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie

M. EL BIAZE MOHAMMED.....

Professeur de Pneumo-phtisiologie

Mme. AMARA BOUCHRA.....

Professeur agrégé de Pneumo-phtisiologie

JUGES

INDEX DES ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
>	: Supérieur
<	: Inférieur
=	: Egal
≤	: Inférieur ou égal
≥	: Supérieur ou égal
AFSSAPS	: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
ANAM	: Agence national de l'assurance maladie
AVC	: Accédant vasculaire cérébrale
BPCO	: Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CO	: Monoxyde de carbone
CO2	: Dioxyde de carbone
EHTP	: Ecole el Hassanya des travaux publics
FMPO	: Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda
IgE	: Immunoglobuline type E
m ²	: Mettre carré
Mg	: milligramme
n	: Nombre
N°	: Numéro
OMS	: Organisation mondiale de la santé
OR	: Odds Ratio
p	: Correspond au risque d'erreur dans la comparaison de deux pourcentages
P.ex.	: Par exemple
USA	: les Etats Unis d'Amériques
VEMS	: Volume expiratoire maximal second
VIH	: virus d'immunodéficience humain

PLAN

INTRODUCTION	6
GENERALITE	9
I. Définition du tabagisme	10
1. Tabac comme plante	10
2. Les additifs	11
3. Les modes de consommation de tabac.....	12
II. Historique du tabagisme	17
1. Dans le Monde	17
2. En Afrique	19
3. Au Maroc.....	19
III. Epidémiologie du tabagisme	19
1. A l'échelle internationale	19
2. Au Maroc.....	20
IV. Les constituants du tabac.....	20
V. Conséquences du tabagisme sur l'organisme	21
1. Les cancers	22
2. Maladies cardio-vasculaires	24
3. Maladies pulmonaires.....	24
4. Les fonctions de production	25
5. Autres effets sur la santé.....	25
6. Le tabagisme passif.....	26
7. Tabagisme et interaction médicamenteuse.....	28
VI. La dépendance tabagique	29
1. Définition de la dépendance	29
2. Dépendance comportementale	30

3. Dépendance psychique.....	30
VII. Le sevrage tabagique	31
1. Les bénéfices à l'arrêt.....	31
2. Facteurs pronostiques de sevrage tabagique	33
3. Aspects pratiques d'aide à l'arrêt	36
4. Les moyens thérapeutiques de sevrage tabagique.....	38
VIII. Lutte anti-tabac	40
1. Historique	40
2. loi anti-tabac au Maroc.....	43
MATERIELS ET METHODES	45
I. Population cible	46
II. Déroulement de l'enquête	46
III. Méthode d'étude.....	46
IV. Analyse des résultats	47
RESULTATS.....	48
I. Description de la population étudiée	49
1. Echantillon inclus	49
2. Age	49
3. Sexe	49
II. Statut tabagique	50
1. Habitude tabagique.....	50
1.1 Prévalence globale	50
1.2 Selon les promotions.....	51
1.3 Selon le sexe.....	52
1.4 Selon l'âge.....	53
1.5 Tabagisme dans l'entourage	54

2. Etude des non fumeurs et ex-fumeurs.....	57
2.1 Attitudes et comportements des non et ex-fumeurs vis-à-vis du tabac.	57
2.2 La raison pour la quelle vous ne fumez pas ou pour la quelle avez vous arrêté	58
2.3 La fumée des autres vous gêne-t-elle	58
2.4 Etes-vous gêné d'être non fumeur par rapport a vos camarades ...	59
3. Etude des fumeurs (fumeurs réguliers et fumeur occasionnels)	60
3.1 Comportements des fumeurs vis-à-vis de la cigarette	60
3.2 Degré d'intoxication tabagique	63
3.3 Motivation d'un éventuel arrêt du tabagisme	65
3.4 Tentatives d'arrêt.....	66
3.5 Evaluation De La Motivation : TEST DE RICHMOND	68
III. Connaissance des étudiants via a vis du méfait du tabac	69
1. Le tabac est-il nocif pour la santé	69
2. Etude de la question : « Pour chacune des maladies suivantes, pouvez vous évaluer l'importance que vous attribuez au rôle du tabac ? ».....	70
IV. Connaissances et attitudes des étudiants a propos de moyenne de prévention et de lutte anti-tabac.....	71
1. Connaissance de la législation anti-tabac	71
2. Avis des étudiants vis-à-vis de certaines affirmations concernant le tabagisme.....	72
3. A propos de campagnes de prévention contre l'usage du tabac.....	73
4. avis des étudiants à propos des moyennes de préventions.....	75
5. Au cours de votre future carrière professionnelle, mettez-vous en garde vos malades vis à vis du tabac ?	77

V. Analyse multivarié	78
DISCUSSION	80
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	104
RESUME	108
ANNEXES	114
BIBLIOGRAPHIE	128

INTRODUCTION

Le tabac est la principale cause évitable de décès dans le monde à raison d'environ 5 millions de décès par an [1].

En ce qui concerne les étudiants en médecine, la prévalence de tabagisme varie dans différentes parties du monde et selon le sexe [4-5].

Un résumé des résultats de 42 pays et 51 écoles de médecine dans le monde entier indique que la prévalence des étudiants de médecine qui fument varie de 2 à 48% pour les hommes et de 0 à 22% pour les femmes [4]. On croit que les professionnels de santé ont le plus grand potentiel parmi tous les autres groupes de la société de promouvoir une réduction l'usage du tabac en agissant comme des modèles non-fumeurs[6]. En dehors de leurs rôles exemplaires, les professionnels de santé peuvent aussi réduire la prévalence du tabagisme dans la société en offrant des conseils à leurs patients pour les aider à arrêter de fumer [6].

Par conséquent, les étudiants en médecine en tant que les futurs médecins doivent être bien éduqués sur le contrôle du tabac et le sevrage tabagique au cours de leur formation médicale parce que c'est le meilleur moment où peut on introduire des enseignements pour le sevrage tabagique la [7].

Il est important de déterminer le statut tabagique des étudiants, car il a été démontré que chez les médecins, le statut tabagique affecte habituellement le zèle de donner des conseils anti-tabac [8,9].

Cependant, de nombreuses études nationales réalisées chez les étudiants en médecine depuis 1982, ont rapporté que nos futurs médecins sont peu préparés à ce rôle et que leur attitude à l'égard de leurs patients fumeurs dépendait en grande partie de leur comportement personnel en matière de tabac.

Notre étude, menée auprès des étudiants de la faculté de médecine de Oujda, a pour objectif de déterminer la prévalence du tabagisme dans cette population, leur comportement, connaissance et attitude vis à vis du tabac, ainsi que la perception de leur rôle dans la lutte anti-tabac. Elle offre également l'occasion de les sensibiliser contre ce fléau.

GENERALITE

I. Définition du tabagisme.

Le tabagisme est défini comme étant l'usage prolongé, « donc abusif » de n'importe quelle forme de produits à base de tabac (cigare, pipe, chique, cigarette). [10].

L'OMS a défini la cigarette comme étant : « la cigarette est un instrument de mort à l'égard duquel la neutralité n'est pas possible ».

Actuellement on distingue selon l'OMS deux types de tabagisme distincts :

[11]

- Tabagisme actif :

Ce terme est relatif à l'usage des produits du tabac, et aux conséquences qui en résultent sur le plan sanitaire chez l'utilisateur lui-même (fumeurs priseur et chiqueur). [10][12].

- Tabagisme passif :

Il est encore dit tabagisme « involontaire » et se rapporte à l'exposition involontaire, forcée, des sujets non fumeurs (pour les tabacs à chiquer on ne peut pas parler de tabagisme passif puisqu'il n'y a pas de production de fumées) à la fumée des autres sujets fumeurs. [10][12].

1. Tabac comme plante

Le tabac est une plante de la famille des solanacées de même que la tomate et la pomme de terre. Il en existe de nombreuses variétés dont NICOTINE TABACUM. Il est cultivé depuis l'altitude nord de 60° jusqu'à l'altitude sud de 40°. Une fois cueilli, il est séché au cours de 3 phases successives avec jaunissement, puis dessiccation par ventilation et enfin réduction. Ensuite, il doit subir une fermentation (naturelle ou artificielle) qui lui permet d'acquérir ses qualités spécifiques [13].

Compte tenu de la nature des plantes (en particulier de leur couleur) et du mode de séchage, on distingue trois variétés de tabac [14] :

- Tabacs bruns : correspondent aux cigarettes françaises traditionnelles, ces tabacs sont séchés à l'air naturel. Ils produisent une fumée neutre ou basique permettant l'absorption de la nicotine non ionisée par les muqueuses en raison de sa liposolubilité et son hydrosolubilité. Cette propriété est utilisée dans la préparation des substituts nicotiques : les gommes à la nicotine et les inhalateurs.
- Tabacs clairs : ceux dits « aux goûts américains » sont aussi séchés à l'air naturel ou au feu.
- Tabacs blonds : séchés à l'air chaud dans des conditions hygrométriques contrôlées et produisent une fumée acide (pH 5,5).

La nicotine presque ionisée en milieu acide ne traverse pas les membranes :

Son absorption par les muqueuses buccales est donc très faible. La fumée de cigarette doit être inhalée pour que la nicotine puisse être absorbée par voie alvéolaire et rejoindre le flux des capillaires pulmonaires puis la circulation systémique artérielle.

Ils entrent dans la constitution des cigarettes au goût anglais et au goût américain. Ils dominent la consommation mondiale.

Les concentrations de la nicotine varient de 0,4% au niveau des racines, à 2% pour les feuilles basses et jusqu'à 4 % pour les feuilles hautes [14].

2. Les addictifs

Au cours de la préparation du tabac pour la fabrication de la cigarette, de nombreuses substances (plus de 600), appelées addictifs (sauces) sont ajoutées au

tabac. La nature de ces additifs est variée : ammoniacque, rehausseur de goût, gent de texture, arômes, adoucissants...

L'ammoniaque permet d'élever le pH de la fumée et ainsi augmenter l'absorption de la nicotine au niveau des alvéoles. [14]

3. Les modes de consommation de tabac

L'usage du tabac est dominé par l'utilisation de la cigarette industrielle. L'OMS estime que 5 500 milliards de cigarettes sont produites dans le monde chaque année pour une consommation d'environ 11 milliards de cigarettes chaque jour [15].

3.1. Tabac fumé

C'est la forme la plus répandue du tabagisme. Il existe 4 types principaux de présentation

3.1.1 Les cigarettes

- ✓ Les cigarettes industrielles(Figure1) [16] : Elles sont formées d'un petit cylindre de papier de cellulose appelé vélin ou d'un matériel similaire rempli de feuilles de tabac hachées et traitées, munies d'un bout-filtre qui contribue à la dilution de certaines composants du tabac.



Photo N°1 : cigarettes industrielles

Tableau N°1 :Classification des cigarettes industrielles : [17]

Cigarette	Fumée	Inhalation	Absorption nicotine
Blonde	acide	Importante	poumon (1 à 3mg de nicotine par cigarette)
Brune	alcaline	Moyenne	Poumon
			Muqueuse buccale et nasale

Classification des cigarettes en fonction des rendements en goudron (mg/cigarette) :

∅ extralégères : < 3

∅ superlégères : 3-6

∅ légères : 7-10

∅ plein arôme : > 10

✓ Les beedies (Figure2) [18]: Ces cigarettes indiennes sont également appelées « cigarettes du pauvre ». Elles se composent de tabac haché enroulé dans une feuille de tendu (arbuste indien). De forme conique, elles dégagent une odeur proche de l'Eucalyptus.



Photo N°2 : beedies

- ▼ Les cigarettes roulées (Figure 3) [19]: Le tabac à rouler est en revanche bien plus toxique. Ces cigarettes sont souvent roulées à la main. Elles contiennent 2 à 5 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone(CO).



Photos N°3 : cigarettes roulées

- ▼ Les kreteks (Figure 5) [20] : Souvent appelées cigarettes aux clous de girofle, sont des cigarettes indonésiennes faites d'un mélange complexe de tabac, de clou de girofle et d'une "sauce" aromatique.



Photo N°4 : kreteks

3.1.2 Les cigares (Image4) :

Un cigare est un cylindre formé d'une feuille de tabac enroulée en spirale sur d'autres feuilles pliées ou roulées (ensemble que l'on nomme « liga » ou « ligada» pour les Cubains), ou remplie de feuilles de tabac hachées en petits morceaux (pour les cigares de moindre qualité). [21]



Photo N°5: cigare

3.1.3 La pipe (Image 5) [22] :

La pipe est un objet servant principalement à fumer le tabac mais aussi d'autres substances comme le cannabis, l'opium, le crack. Elle est, sans doute, le plus ancien moyen connu utilisé par les fumeurs.

La pipe est en général composée de deux parties principales: le fourneau (qui contient le tabac) et le tuyau (qui sert à aspirer). Elle peut être fabriquée de façon industrielle ou de façon artisanale.



Photo N°6 : une pipe

3.1.4 Le narguilé (shisha ou chicha) (Image6).

C'est une pipe orientale dont la fumée après avoir traversé un vase rempli d'eau parfumée est aspirée par le fumeur au moyen d'un long tuyau flexible. Le tabac ainsi fumé diffère également selon la région ; il peut ne contenir que des feuilles de tabac séchées ou avoir été mis à fermenter dans de la mélasse, du miel ou du jus de fruit.

Selon une étude « si 30 à 50 bouffées sont prises dans la même soirée par chicha, cela signifie que le consommateur prend autant de fumée qu'avec 40 cigarettes. Des mesures montrent que l'augmentation du monoxyde de carbone expiré à la fin d'une chicha est équivalente à celle observée lors de la consommation de 30 à 40 cigarettes. ». [23]



Photo N°7 :chicha (narguilé)

3.2 Tabac non fumé

Ils sont composés du tabac à mâcher ou à chiquer, du tabac à priser et du tabac humidifié à sucer.

§ Le tabac à mâcher ou à chiquer

Il se présente sous la forme de rouleaux ou carottes de tabacs aromatisés par suçage. Lorsqu'il est mâché, il provoque une hyper sécrétion de salive qui l'imprègne. Le chiqueur acquiert son plaisir en goûtant à la saveur de salive ; ce qui donne une sensation de fraîcheur [19].

§ Le tabac à priser

C'est une poudre très fine de tabac, spécialement préparée pour être aspirée dans les muqueuses nasales. La prise consiste en une inhalation par le nez suivie d'un rejet accompagné d'un éternuement qui manifeste la satisfaction de priseur.

3.3 Tabac en rouleaux

Le tabac en rouleaux combine les deux catégories précédentes. Il se présente sous la forme d'une corde filée en feuilles de tabac, mise ensuite en pelotes ou rouleaux. Il est utilisé par portions soit comme tabac à pipe, soit comme tabac à mâcher [23].

II. HISTORIQUE DU TABAGISME

1. Dans le Monde [14, 24]

§ C'est en Amérique que le tabac puise ses origines il y a plus de 3000 ans, en témoignent d'anciennes pipes découvertes en Amérique du Sud. L'histoire du tabac commence avec l'arrivée de CHRISTOPHE COLOMBE en Amérique. En effet c'est en 1492 que les Européens aperçoivent pour la première fois des indiens entrains de fumer des rouleaux de feuilles de tabac séchés ; appelés tabacco.

§ Les indiens utilisaient le tabac à la fois dans leur cérémonie, ou lors des rituels pour la purification du corps et pour entrer en communication avec le grand esprit, ou à des fins médicinales (comme analgésique), ou comme un insecticide.

§ L'importation du tabac en Europe, marqua une nouvelle étape dans l'histoire.

Sa consommation connut une croissance continue à partir du XVI^e siècle.

§ Dès 1520, la pipe a apparu dans les ports du Portugal et d'Espagne.

§ En 1561, Jean Nicot ambassadeur de France à Lisbonne, signale à sa protectrice : la reine de France, qu'il possède une herbe provenant des indiens dont les vertus médicinales sont exceptionnelles.

§ Entre 1620-1625, la culture du tabac se répand rapidement en France.

§ A leur contact, les voyageurs anglais, italiens, et surtout hollandais se mettent également à fumer.

§ En 1809 Louis Nicolas Vauquelin, découvre l'alcaloïde qui constitue le principe actif du tabac et le nomme nicotine en l'honneur de Jean Nicot.

§ En 1930 Les premières cigarettes fabriquées de façon industrielle apparaissent.

§ En 1943 La première machine à fabriquer les cigarettes est inventée

§ L'usage du tabac se répandit rapidement en Europe puis dans le monde entier.

§ Le théâtre puis la télévision, la publicité ou le cinéma participent à démocratiser cet usage, à le rendre attractif et moderne, tour à tour symbole de virilité puis de féminité. Comme disait Molière dans Dom Juan : «Il n'est rien d'égal au tabac: c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre ». Le tabac est alors totalement

banalisé, fumer devient « normal » au point de faire parti de la ration journalière des soldats, en temps de guerre comme de paix.

§ Les professionnels de santé font même de la publicité pour certaines marques de cigarettes, comme en témoigne les affiches ci-dessous. [25]

2. En Afrique

Le tabac pénètre l'Afrique, par le Maroc en 1593 et progresse rapidement vers le reste du continent. [26]

3. Au Maroc

- Le tabac fut introduit par les commerçants du Soudan sous le régime du sultan AHMED MANSOUR EL DAHBI en 1598.
- Bien plus tard, le sultan Moulay ABDERAHMANE (1822-1899) instaura le commerce du tabac pour faire face aux dépenses militaires.
- Ce n'est que le 31decembre 1967 que l'état marocain créa une société anonyme : La Régie des Tabacs [27].

III. Epidémiologie du tabagisme

1. A l'échelle internationale

Les dernières sources de l'OMS estiment à plus d'un milliard le nombre de fumeurs dans le monde. Le tabac tue environ un fumeur sur deux, fait 5,4 millions de morts par an et pourrait en faire 8 millions en 2030 si aucune mesure n'est prise.

Cela représente plus que le taux de mortalité du VIH, de la tuberculose et du paludisme réunis. Les pays en développement représentent 70% de cette mortalité.

Nous pouvons considérer qu'un décès sur 10 d'adultes est lié au tabac, alors que ce facteur pourrait être totalement supprimé (OMS, 2009). N'oublions pas les

ravages du tabagisme passif, puisqu'un un décès lié au tabac sur dix est dû à celui ci. [25]

2. Au Maroc

Le Maroc a une population de plus de 30 millions d'habitants avec un revenu moyen de 1200 \$/habitant. Les dépenses sur le tabac ont augmenté de 1.2% de total des dépenses par personne dans les années 1960 à autour de 2.5% en 1999.

MARTA [28] : une enquête croisée, basée sur un échantillon représentatif de la population marocaine, a été conduite entre 2005-2006. Cette enquête a évalué la consommation du tabac dans la population marocaine selon le niveau d'étude et d'autres caractéristiques sociodémographiques.

Cette étude a montré que la fréquence des fumeurs dans la population marocaine était de 18%, plus d'hommes 31% que des femmes 3.3% ; la fréquence du tabagisme chez les hommes est inversement proportionnelle au niveau d'étude tandis qu'elle est augmentée chez les femmes ayant un niveau d'étude plus haut.

Les dépenses sur le tabac est inversement proportionnelle au revenu mensuel.

IV. Les constituants du tabac : [14]

La fumée de cigarette contient plus de 4000 produits chimiques La combustion incomplète du tabac entraîne une production de fumée que l'on peut décomposer en deux phases: une phase gazeuse (CO₂, CO) et une phase particulaire (aérosol très fin) dans laquelle plus de 4000 substances ont été identifiées dont au moins 50 sont cancérogènes.

On trouve essentiellement :

- S Les substances carcinogènes (goudrons, hydrocarbures aromatiques: Benzopyrènes, dibenzoanthracènes, benzofluoranthène).

- S Des dérivés nitrés hétérocycliques (pyridine..).
- S Des composés phénoliques, nitrosamines, aldéhydes, cétones.
- S Des éléments radioactifs.
- S Des irritants.
- S Des métaux et notamment le nickel, le cadmium...
- S Des radicaux libres (quinones, hydroquinones, composés peroxydes)
- S Les principaux toxiques sont CO₂, la nicotine et les goudrons

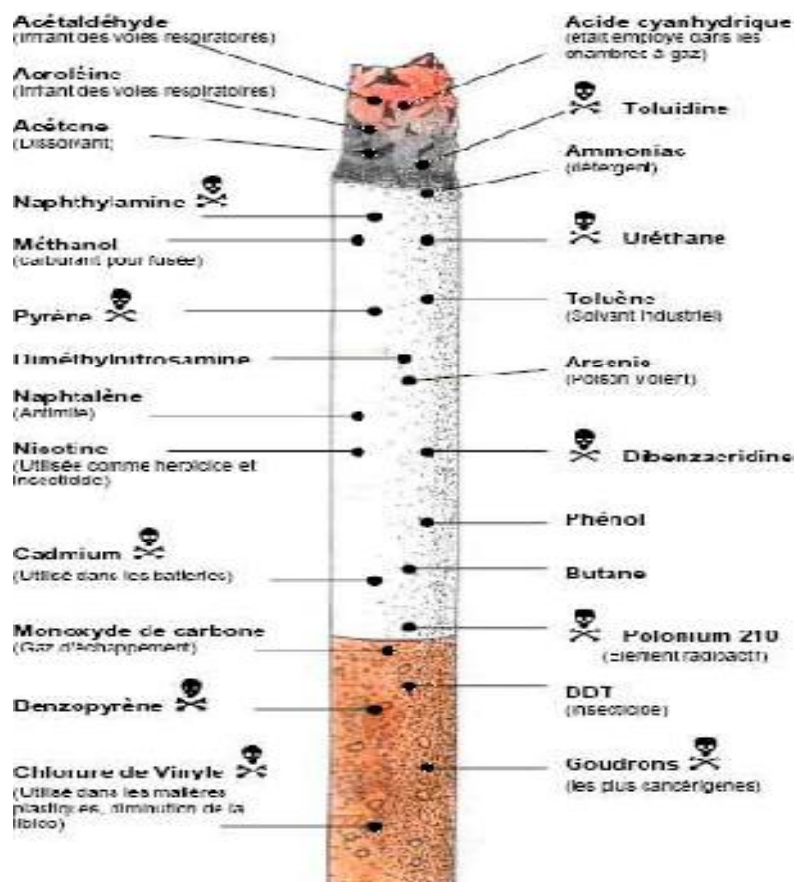


Photo N°8 : constituants d'une cigarette [29]

V. Conséquences du tabagisme sur l'organisme.

Le tabagisme est responsable de 3 millions de morts chaque année. Plus de 20 maladies lui sont attribuées, qu'il en soit la cause principale, un des facteurs de risque ou une cause aggravante.

1. Les cancers

Ils ne représentent qu'une partie du fardeau global des maladies liées au tabac. Le cancer du poumon est l'indicateur traditionnel des maladies liées au tabac, pour des raisons à la fois historiques et scientifiques. Actuellement, on recense chaque année dans le monde quelques 1,2 millions de cancers du poumon, faisant de cette maladie le cancer le plus mortel de toute la planète. Parmi ces cas, 337 000 sont des femmes [30]. En France, on compte environ 24 000 décès annuels par cancer du poumon, dont un peu plus de 3000 parmi les femmes [31].

Alors que la mortalité par cancer du poumon commence à diminuer chez l'homme, elle est encore en augmentation chez la femme [32]. Là où le tabagisme est implanté depuis longtemps, comme aux États-Unis, il est à la fois intéressant et très inquiétant de constater que, si l'on compare les études actuelles aux précédentes, parmi les fumeurs, même après ajustement pour la consommation et la durée actuelle du tabagisme, les taux de décès par cancer du poumon sont plus élevés. Par exemple, dans les études de cohorte prospectives, baptisées Cancer Prévention Studies (CPS-I et II), les taux de décès par cancer du poumon ont augmenté entre CPS-I, menée entre 1959 et 1965, et CPS-II, de 1982 à 1988, avec une hausse proportionnelle plus importante chez les femmes que chez les hommes [33]. Les experts ne sont pas encore parvenus à déceler les causes exactes de cette tendance. Elle peut découler du tabagisme précoce ou d'une modification du type de cigarettes fumées, ce qui vient nettement contredire l'argument selon lequel les cigarettes légères sont moins nocives que les normales. Toujours aux États-Unis, des études ont révélé que, les femmes sont peut-être plus sensibles au cancer du poumon que les hommes. Bien que l'effet de la période temporelle ou de cohorte précédemment décrit ne puisse être facilement démêlé des autres explications potentielles, comme le commencement du tabagisme à un plus jeune âge ou la

composition du tabac, cet aspect devra être étudié attentivement dans les années à venir, notamment en relation avec l'augmentation de l'incidence de formes histologiques spécifiques de cancer du poumon, comme l'adénocarcinome [34], qui peut être partiellement hormonodépendant.

On a également constaté que d'autres cancers liés à la consommation de tabac [35] sont en hausse notamment parmi les femmes, il s'agit des cancers de la vessie, du rein, et du pancréas.

D'autres sites de cancers liés de manière causale au tabagisme, sont ceux des voies aérodigestives supérieures; les cancers de la cavité buccale, des lèvres, du larynx, du pharynx et de l'œsophage. Un deuxième élément à relever, concernant ces cancers, est la notion d'une interaction entre le tabac et l'alcool, avec une augmentation des risques quand il y a combinaison des deux expositions [35].

Puisque les femmes boivent généralement moins d'alcool que les hommes, elles sont moins concernées par ces cancers, et la différence hommes femmes est généralement plus marquée que dans le cas du cancer du poumon. Une fois encore, plus les femmes fumeront dans l'avenir, plus elles seront exposées à tous les cancers liés au tabac. Si leur consommation d'alcool augmente elle aussi, l'effet multiplicateur souvent décrit chez les hommes se manifestera également au sein de la population féminine.

Risque de survenue de cancers chez un fumeur par rapport à un non fumeur [36]:

- ✓ Poumon, larynx: x10;
- ✓ Bouche, pharynx: x6;
- ✓ Œsophage: x3,5;
- ✓ Vessie: x3;
- ✓ Pancréas: x2.

2. Maladies cardio-vasculaires

On ne saurait surestimer l'importance du tabagisme comme facteur de risque important évitable des maladies cardio-vasculaires. La relation entre le tabagisme et les maladies cardio-vasculaires est sans équivoque [37].

L'usage du tabac accroît de 50% le taux de mortalité d'origine cardiovasculaire et double la fréquence des maladies cardio-vasculaires [38]. Les fumeurs meurent trois ans plutôt que les non fumeurs et dix à quinze ans plutôt s'ils présentent des risques élevés de coronaropathie [37].

Des données indiquent qu'entre 50 et 55% des AVC qui surviennent aux Etats-Unis sont attribuables au tabagisme et que le risque d'AVC chez les fumeurs est de 1,5 à 3 fois plus élevé que chez les non fumeurs [39].

En plus, le tabagisme est considéré comme le facteur de risque le plus important dans la genèse des maladies vasculaires périphériques. Le pronostic des patients souffrant d'une maladie vasculaire périphérique s'améliore lorsqu'ils cessent de fumer. Chez ceux qui continuent de fumer, les taux de complications et d'amputation sont beaucoup plus sévères que chez ceux qui réussissent à renoncer au tabac [35].

3. Maladies pulmonaires

En plus des cancers bronchiques, la bronchite chronique simple et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont des conséquences du tabagisme. Si elles ne sont pas immédiatement fatales, elles se révèlent toutefois extrêmement débilatantes. En matière de BPCO, nous observons les mêmes tendances que pour le cancer du poumon. Aux États-Unis, nous constatons qu'avec le temps, l'incidence de ces maladies augmente chez les fumeurs, et d'avantage chez les femmes que chez les hommes [34].

4. Les fonctions de reproduction [14]

Le tabagisme affecte la fertilité des femmes comme celle des hommes. Ainsi le délai nécessaire à la conception est plus long pour les fumeuses. Dans les cas extrêmes, la fécondation in vitro donne de moins bons résultats lorsque les parents fument. Autre élément influençant négativement la fertilité: la consommation de tabac est associée à une augmentation du risque de maladie inflammatoire du pelvis, même après ajustement pour les autres facteurs de risque et des facteurs confondants potentiels qui, à son tour, multiplie les risques de stérilité complète et de grossesse extra-utérine. Une fois que la femme réussit à être enceinte, une fumeuse court plus de risques qu'une autre femme de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance, mais aussi d'être victime d'un avortement spontané.

En outre, le tabagisme est manifestement associé à une augmentation de la mortalité périnatale, ainsi qu'au syndrome de la mort subite du nourrisson. Les conséquences négatives sur la santé de l'enfant dépassent de loin la période néonatale; les enfants exposés au tabagisme passif souffrent d'infections plus fréquentes et plus graves, qu'il s'agisse de maladies oto-rhino-laryngologiques ou du système pulmonaire. Par ailleurs, l'asthme est plus grave chez ces enfants, dont le développement général est souvent ralenti.

5. Autres effets sur la santé [40]

On est aujourd'hui certain que le tabagisme favorise l'apparition de rides faciales et influence l'aspect général de la peau. Par son effet négatif sur la microcirculation de la peau, les tissus sont plus rapidement endommagés chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Ces effets, comme le jaunissement des doigts et des dents, voire une odeur désagréable, peuvent dissuader les jeunes, ils viennent donc étayer les arguments destinés à les empêcher de commencer à fumer. Chez les

femmes plus âgées, les effets sur l'âge de la ménopause ainsi que l'ostéoporose et ses fractures devraient être soulignés. Chez l'homme, le tabagisme est associé à un risque d'impuissance sexuelle.

6. Le tabagisme passif

C'est celui dont est victime le non fumeur qui séjourne dans une atmosphère enfumée [41].

6.1 L'exposition au tabagisme passif

Il est habituel de distinguer trois aspects de la fumée de la cigarette appelés courants: le courant dit primaire est celui qui est respiré par le fumeur actif, le courant secondaire est celui qui est inhalé par les non fumeurs exposés à une ambiance tabagique, enfin le courant tertiaire est celui qui est exhalé par le fumeur actif. Le tabagisme environnemental concerne en priorité la fumée qui s'échappe du bec de pyrolyse de la cigarette. Pour une cigarette, la durée d'émission du courant secondaire est beaucoup plus importante que celle du courant primaire.

La plupart des substances présentes dans le courant secondaire sont au moment de leur émission à des concentrations beaucoup plus élevées que le courant primaire [42]. Le baromètre santé 2000 en France montre que 71% des non fumeurs se plaignent d'être exposés à la fumée des autres. On relève de cette même enquête que les 2/3 des fumeurs occasionnels et 1/3 des fumeurs réguliers de plus de 20 cigarettes par jour se déclarent également gênés par la fumée des autres [41].

6.2 Désordres liés au tabagisme passif

6.2.1 Chez l'enfant

§ Mort subite du nourrisson: [43]

Il existe une relation entre le tabagisme maternel et le risque de mort subite du nourrisson. C'est en étudiant un type particulier de récepteurs nicotiques que

les chercheurs ont mis le doigt sur un mécanisme permettant d'expliquer les effets néfastes de la nicotine dans le cadre de la mort subite du nourrisson.

§ L'asthme: [39]

Chez l'enfant déjà asthmatique, le tabagisme passif augmente la fréquence des crises, la meilleure estimation fait apparaître un excès de crise d'asthme de 14% quand le père fume, 28% quand la mère fume, 52% quand les deux parents fument. Cet excès de crise est corrélé à l'excès de variabilité du débit expiratoire de pointe chez ces enfants.

§ L'atopie: [40]

L'exposition au tabagisme passif dans l'enfance n'augmente pas le nombre d'enfants atopiques, malgré l'augmentation des IgE totales et l'importance de la sensibilisation allergénique explorée par les tests cutanés.

§ La fonction pulmonaire: [40]

L'exposition au tabagisme passif est associée à la diminution faible mais certaine du VEMS chiffrée à 1,9%. Chez l'enfant asthmatique le VEMS et les débits distaux diminuent de façon significative, cette diminution est plus nette pendant la période hivernale du fait du confinement.

§ Désordres ORL: [41]

L'estimation de l'excès de risque d'otites lié au tabagisme parental basé sur 13 études est de 48%. On note également la fréquence des rhinites, d'obstruction nasale et de rhinopharyngite.

6.2.2 Chez l'adulte

D'après les rapports de l'académie canadienne de médecine de 1997, on a noté une augmentation de 35% du risque de cancer du poumon chez le conjoint non fumeur par rapport à celui d'un couple non fumeur. Le risque relatif augmente en fonction du nombre de cigarettes fumées par le conjoint et du nombre d'années

d'exposition. Le risque est plus élevé si, au tabagisme du domicile, s'ajoute celui du travail. Le risque relatif varie ainsi de 1,7 chez les sujets exposés à l'âge adulte et atteint 3,25 s'il s'y ajoute une exposition au cours de l'enfance [44].

Trois méta-analyses rassemblant 25 études épidémiologiques établissent que le tabagisme passif est associé à un excès de maladies coronariennes: angine de poitrine et infarctus du myocarde. Il existe une relation dose-effet. La meilleure estimation de cet excès de risque par rapport à une personne non exposée est de 25% [44].

L'exposition au tabagisme passif du conjoint est suspectée d'être un facteur de risque indépendant d'accident vasculaire cérébral ischémique d'après les données de trois études [41].

Il est probable que l'exposition passive à la fumée de tabac est associée chez les non fumeurs à la survenue de symptômes respiratoires chroniques et à celle d'une BPCO [41].

Chez les sujets adultes préalablement asthmatiques, l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'un excès de symptômes, d'utilisation de traitement et d'hospitalisation [41].

7. Tabagisme et interaction médicamenteuse

Le tabagisme peut induire des interactions médicamenteuses de nature pharmacocinétique ou pharmacodynamique [45] pouvant conduire à des adaptations thérapeutiques.

Tableau N°2 : Interférences entre tabagisme et activité médicamenteuse

Médicaments	Influence du tabagisme sur l'activité médicamenteuse
Théophylline	↘
Warfarine, Héparine	↘
Flécainide, bêtabloqueurs	↘
Antiulcéreux	↘
Benzodiazépines	↘
Neuroleptiques (Cyt 1A2, 2A6)	↘
Paracétamol	↘

VI. La dépendance tabagique

1. Définition de la dépendance

L'OMS définit la dépendance aux substances comme : « Un état, psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ». [46]

Il existe plusieurs tests pour évaluer la dépendance tabagique. Le plus utilisé est le test de Fagerstrom rapide à réaliser. (Annexe 2)

Deux items (délai entre le lever et la première cigarette, et le nombre de cigarettes fumées par jour) sont les deux notions les plus informatives sur la dépendance et ont, par conséquent, donné naissance à un score simplifié dit HSI (Heaviness Smoking Index) [47]

Outre les questionnaires, il est possible d'utiliser des marqueurs biologiques du tabagisme (mesure CO expire, cotinine urinaire, plasmatique, salivaire) qui permettent essentiellement de quantifier le tabagisme, plus que d'analyser la dépendance.

2. Dépendance comportementale [48]

La dépendance comportementale s'explique par l'association de la consommation de tabac à de nombreuses situations (fin de repas, détente, pauses sur le lieu de travail...). Le fumeur associe ces situations ou lieux au tabagisme. L'exposition à ces stimuli environnementaux déclenche des pulsions à fumer qui persistent malgré un traitement pharmacologique de sevrage.

3. Dépendance psychique [46]

La dépendance psychique s'explique par la recherche de la poursuite des effets positifs renforçateurs liés à l'usage du tabac. C'est le maintien de la stimulation de la voie de la récompense.

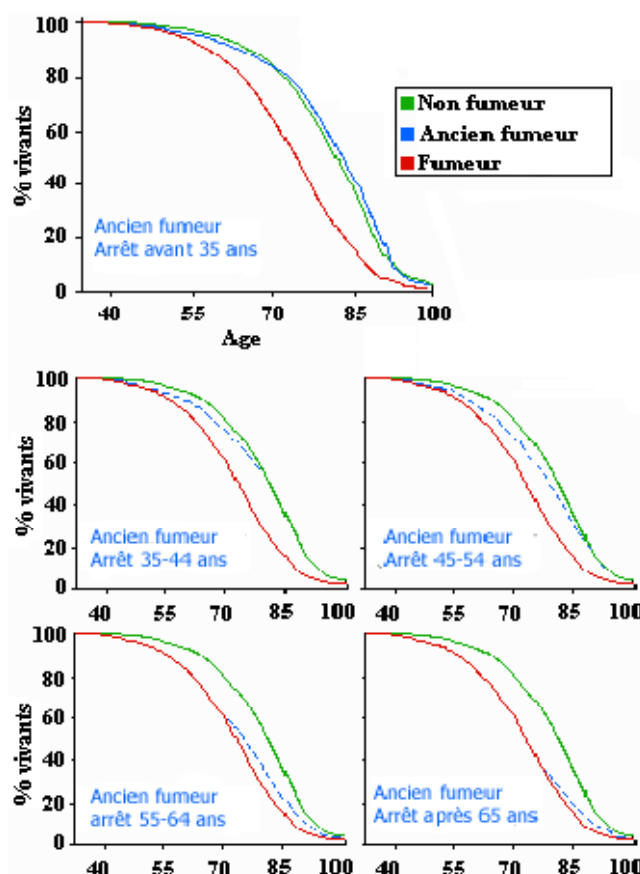
Le circuit de la récompense a été mis en évidence grâce aux travaux d'Olds et Milner en 1954. Les voies cérébrales impliquées sont pour l'essentiel des voies dopaminergiques dont le corps cellulaire siège dans l'aire tegmentale ventrale et les terminaisons se projettent dans le système limbique, comprenant le noyau accumbens (striatum).

La nicotine stimule le système de récompense cérébrale par l'intermédiaire des récepteurs nicotiques distribués sur les voies dopaminergiques. En dehors de la stimulation du système de récompense, l'amélioration des performances cognitives (augmentation de l'attention, de la précision et de la rapidité d'exécution sans augmentation du nombre d'erreurs) renforcent cette dépendance et sont souvent à l'origine des rechutes.

VII. Le sevrage tabagique

1. Les bénéfices à l'arrêt

L'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac [49].



Graphique N°1 : courbe de survie à l'arrêt du tabac selon l'âge

- Les premières améliorations s'observent dès les 20 minutes après l'arrêt du tabac où la fréquence cardiaque redevient normale
- En 24 heures: les risques d'infarctus du myocarde commencent à diminuer. Le monoxyde de carbone est éliminé et n'est plus détectable dans le corps.
- Deux jours après, on ne retrouve plus de nicotine dans le sang.
- 2 semaines après, le goût des aliments revient et la peau reprend une couleur plus claire.

- 3 à 9 mois après, la respiration s'améliore 1 année après les risques de maladies cardiovasculaires sont réduits de moitié.
- 5 ans après: le risque d'accident vasculaire est réduit de moitié ainsi que le risque de cancer de la bouche, de l'œsophage et de la vessie. Le risque d'infarctus est égal à ceux qui ne fument pas.
- 10 ans après: le risque de cancer du poumon est réduit de moitié environ. Le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint le niveau de risque des non fumeurs.
- 15 ans après: Le risque de maladies cardiovasculaires est égal à celui des non-fumeurs.

Tableau N°3 : Les bénéfices d'arrêt du tabac.

Maladies à risque	Changement du risque	
	Court terme	Long terme
Infarctus du myocarde	Baisse de 50 % du risque à un an	= Risque non fumeur après 5-20 ans
Atteinte Cérébro-vasculaire	=risque non fumeur en un an	
BPCO	Lent déclin du risque	Baisse de 50 % en 20 ans
Cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx	Rapide décroissance du risque	= risque non fumeurs en 28 ans
Cancer du pancréas	Inconnu	= Risque non fumeurs en 28ans
Cancer du poumon	Baisse du risque après 5ans	50-90 % de baisse du risque après 15-20 ans

2. Facteurs pronostiques de sevrage tabagique

La revue de la littérature permet de mettre en évidence différents facteurs prédictifs de succès du sevrage tabagique. A noter que les différents facteurs sont souvent intriqués. Individualisés dans le but des différentes études, la réalité est plus complexe.

2.1 La motivation:

L'évaluation de la motivation se fait par plusieurs échelles qui permettent d'obtenir un score pour l'objectiver, aussi justement que possible. La motivation est le moteur du sevrage. Mais ce qui préoccupe chaque individu, ce qui le motive, est très varié.

En France ; d'après les données sur les motivations à l'arrêt collectées via le Baromètre Santé 2005 ; la première motivation repérée est la santé, vient ensuite le prix du tabac. [50]

Par ailleurs, le nombre de motivations évoquées joue également un rôle. Selon Halpern [51], moins de raisons évoquées signifie plus d'intensité dans les motivations mises en avant et donc plus de chances de réussir le sevrage. Un grand nombre de motivations est prédictif d'échec.

Ces constatations amènent à discuter d'un élément supplémentaire qui intervient dans un processus de sevrage, ce sont les stades de maturation. Les stades de maturation à l'arrêt de Prochaska et DiClemente

◆ Pré-contemplation : fumeur heureux, satisfait, consonant. A ce stade, seuls les avantages du tabagisme sont ressentis. Le fumeur ne subit pas encore les effets néfastes et il est persuadé qu'il pourra s'arrêter de fumer quand il le désirera. Durant cette période, le médecin pratiquera le conseil minimal.

◆ Contemplation : c'est la phase de l'indécision. Le fumeur devient dissonant et commence à prendre conscience des risques du tabagisme. Il

commence à envisager un sevrage. C'est une période de maturation ou le sujet évalue la balance entre bénéfices et risques du tabagisme. C'est finalement lorsque l'équilibre penchera vers les bénéfices à l'arrêt que le fumeur décidera d'un arrêt. Cet arrêt est envisagé dans un délai de six mois.

◆ Préparation : une fois la décision d'arrêt prise, il s'agit de préparer ce sevrage avec détermination d'une date d'arrêt du passage à l'action. L'arrêt est programmé dans les trente jours à venir.

◆ Action : ce sont les tentatives d'arrêt. Il est très rare que le premier essai d'arrêt s'achève vers un sevrage définitif. C'est bien souvent la multiplicité des tentatives qui aboutira enfin à un sevrage persistant. Ceci est corroboré par les propos du Pr Lagrue « toute dépendance est un trouble chronique, à poussées successives, fait de remissions et de rechutes, dont l'évolution à long terme devrait être favorable. »

◆ Maintien : du sevrage dans le temps. Un arrêt récent correspond à une abstinence de six mois, un arrêt persistant à un sevrage de douze mois et confirme à vingt-quatre mois [52].



Photo N°9 : Les stades de préparation à l'arrêt du tabac

Ces stades de motivation sont prédictifs de succès du sevrage tabagique. Un sujet en stade de contemplation (intention d'arrêt dans les six mois) versus un fumeur en pré-contemplation (pas d'intention d'arrêt dans les six prochains mois) a 75% de probabilité en plus d'arrêt à long terme. Un fumeur en phase de préparation (intention d'arrêt dans le prochain mois et au moins un arrêt de 24 heures au cours des 12 derniers mois) aura trois fois plus de chance de se sevrer [53].

2.2 La dépendance

Il s'agit d'un facteur prédictif majeur du sevrage tabagique. Le degré de dépendance est inversement proportionnel au taux de réussite d'un sevrage.

2.3 Les facteurs socio-économiques

Un faible niveau d'études est prédictif d'échec tout comme le faible niveau socioéconomique [54].

Un niveau socio-économique bas augmente les chances d'initiation au tabagisme, la probabilité d'un tabagisme régulier, et engendre de difficultés de sevrage [55].

2.4 La durée du tabagisme

La durée du tabagisme est directement corrélée à la consommation tabagique. Plus la durée de tabagisme régulier est longue, plus la consommation est importante et ce, indépendamment de l'âge d'initiation [56].

2.5 L'âge d'initiation

Selon Lando H. [57], une initiation précoce induit une plus forte dépendance physique, moins de confiance dans sa capacité d'arrêt et un risque accru de maladies et d'hospitalisations.

3. Aspects pratiques d'aide à l'arrêt

Les recommandations les plus récentes pour la prise en charge du tabagisme en pratique clinique font référence au modèle des « 5 A » (Ask-Advise-Assess-Assist-Arrange) [58] qui peut se traduire dans la séquence suivante :

- S'enquérir du statut tabagique de tout patient se présentant à un lieu de soins, la recherche du comportement tabagique doit se faire au même titre que la mesure de la pression artérielle.
- Si le patient est fumeur, systématiquement lui conseiller de cesser de fumer, de la façon aussi claire et personnalisée que possible (p. ex. « arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé »)
- Il faut ensuite évaluer son intention d'arrêter.
- S'il manifeste un intérêt pour l'arrêt du tabac, le soutenir en lui proposant un traitement, en lui recommandant de choisir une date d'arrêt et d'informer son entourage de son projet.
- la planification du suivi, éventuellement auprès d'un confrère tabacologue, est capitale ; ce suivi devrait proposer des stratégies de prévention de la rechute.

Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer dans l'im3médiat, il faut tâcher de renforcer sa motivation à l'arrêt et lui proposer un traitement dès qu'il manifesterait l'intention de faire une tentative.

Le renforcement de la motivation s'appuie sur 5 points :

ü La pertinence : Il faut encourager le patient à indiquer quelles raisons personnelles pourraient l'aider à prendre une décision d'arrêt. Si une information sur les bénéfices de l'arrêt doit être donnée par le professionnel de santé, celui-ci doit s'attacher à l'adapter à la situation personnelle du patient : grossesse en cours,

enfants à la maison, problèmes de santé existants, tentatives d'arrêt antérieurs, représentations... ;

ü Les risques : Le professionnel de santé devrait demander au patient d'identifier d'éventuelles conséquences négatives de son tabagisme. Elles peuvent ensuite être soulignées par le clinicien. Il peut également rappeler que les cigarettes dites « légères » ne diminuent en rien les risques pour la santé.

ü Les bénéfices : Le clinicien doit aider le patient à identifier les bénéfices qu'il pourrait attendre d'un arrêt du tabac. Les plus fréquemment cités par ceux qui ont arrêté de fumer sont l'amélioration de l'état de santé, la redécouverte du goût des aliments et des boissons, l'amélioration de l'olfaction, des économies d'argent, une meilleure opinion de soi, un habitat, une voiture, des vêtements et une haleine ne sentant plus le tabac, un meilleur modèle pour les enfants, une meilleure forme physique, et une meilleure apparence physique avec une diminution des rides et des dents plus blanches.

ü Les obstacles : Le clinicien doit rechercher les obstacles à l'arrêt, et tenter de trouver des réponses. Les obstacles les plus courants sont la peur des symptômes de manque, de l'échec, d'une prise de poids, le manque de soutien de l'entourage, la peur d'une réaction dépressive ou de ne pas savoir répondre au stress, la nostalgie du plaisir de fumer, la fréquentation de nombreux fumeurs, l'ignorance de l'efficacité des solutions thérapeutiques.

ü La répétition : Ce type d'intervention motivationnelle devrait être répété à chaque fois qu'un fumeur non motivé à l'arrêt consulte dans un lieu de soins. Les fumeurs ayant déjà échoué dans des tentatives antérieures devraient être informés que la plupart des fumeurs ont besoin de s'appuyer sur l'apprentissage acquis lors de plusieurs tentatives pour finalement s'arrêter définitivement.

4. Les moyens thérapeutiques de sevrage tabagique

4.1 Les thérapeutiques médicamenteuses

4.1.1 Les substituts nicotiques

Il existe deux formes principales de substituts nicotiques qui sont les dispositifs transdermiques ou patchs et les formes orales.

® Les patchs

Ils sont disponibles sous différentes doses, définies par leur concentration en nicotine et leur durée d'action.

® Les substituts oraux

Ils sont commercialisés sous de nombreuses formes et doses, en gommes à mâcher, pastilles sublinguales, inhaleurs ou comprimés à sucer.

4.1.2 Bupropion

C'est un antagoniste non compétitif de la plupart des récepteurs nicotinique.

4.1.3 Varénicline

Ce médicament est à la fois agoniste et antagoniste des récepteurs nicotiniques.

4.1.4 Des médicaments disponibles au Maroc

Tous les médicaments affichés ci-dessous sont non remboursable d'après l'ANAM. Le médicament Zyban (Bupropion) a été retiré du marché marocain à cause de ses effets secondaires. [60]

Tableau N°4 : Les médicaments d'après l'ANAM [59]

Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc (*PPM)	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc (*PPM)
CHAMPIX	VARENICLINE 1 MG	COMPRIME PELLICULE / 1 BOITE 28	400,00	NICOPATCH	NICOTINE 7 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 7 PATCH	250,00
		COMPRIME		NICOPATCH	NICOTINE 21 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 28 PATCH	940,00
CHAMPIX	VARENICLINE 1 MG	COMPRIME PELLICULE / 1 BOITE 56	800,00	NICOPATCH	NICOTINE 14 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 7 PATCH	250,00
		COMPRIME		NICOPATCH	NICOTINE 14 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 28 PATCH	940,00
CHAMPIX	VARENICLINE 0.5 MG/1MG	COMPRIME PELLICULE / 1 BOITE 25	390,00	NICOPATCH	NICOTINE 21 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 7 PATCH	250,00
		COMPRIME		NICOPATCH	NICOTINE 7 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 28 PATCH	940,00

4.2 Les thérapeutiques non-médicamenteuses

4.2.1 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Elles ont essentiellement pour but de traiter la dépendance psychologique et comportementale en aidant le fumeur à gérer son comportement tabagique

4.2.2 Les autres thérapeutiques non validés (AFSSAPS, 2003) [61]

De nombreuses techniques ont vu le jour dans l'aide au sevrage tabagique mais leur efficacité n'a pas clairement été établie, c'est pourquoi elles ne font pas partie des recommandations actuelles.

- L'acupuncture
- L'hypnose
- La sophrologie
- L'homéopathie
- La désensibilisation (vaccinothérapie)
- La mésothérapie
- L'auriculothérapie ou le laser.

VIII. Lutte anti-tabac

1. Historique

1.1 De 1498 à 1935

La lutte anti-tabac n'est pas une nouveauté, le premier fumeur européen était la première victime de la lutte anti-tabac de l'histoire, il s'agit de Rodrigo de Jerez compagnon de Christophe Colombo qui, de retour en sa ville d'Ayamonte, a effrayé ses concitoyens par la fumée qui sort de sa bouche et de ses narines, pour cette raison qu'il est arrêté et condamné à 10 ans de prison par l'inquisition pour sorcellerie en 1498. [62]

- En 1590 : le pape urbain II menace d'excommunier Toute personne qui fume dans un édifice religieux. [62]

- En 1598 : 1ère campagne antitabac dans le monde islamique par les Ouléma qui étaient outrés par ce comportement. [60]

- En 1602 : Le Sultan El Mansour Dahbi, après avoir consulté les Ouléma, les gens de la foi et la science, a interdit son usage. [60]

- L'empereur de Mongolie JEHANGIR (Empereur de 1569 à 1627) a condamné les fumeurs de tabac à mort... [63]

- En 1642 : URBAIN VIII dénonce les « humeurs dégoutantes que le tabac provoque » et interdit « à tous en général et à chacun en particulier de prendre du tabac soit en le mâchant, en le fumant ou en poudre par le nez, si quelqu'un contrevient à ces dispositions qu'il soit excommunié ». [62]

- En 1650 : après l'incendie de Moscou attribué à l'imprudence d'un fumeur, le Tsar fait couper les lèvres, ou condamner au fouet ou à la déportation des fumeurs et des marchands de tabac. [62]

- Au XVIIe siècle : au Japon, les fumeurs sont condamnés à l'esclavage, en Chine ils sont condamnés à la décapitation, en Perse ils ont le nez coupé. [62]

- Mourad IV le sultan de l'empire ottoman du 10 septembre 1623 au 9 février 1640, connu pour sa restauration de l'autorité de l'État et pour la brutalité de ses méthodes a condamné les fumeurs civils à avoir les pieds et les mains coupés, les militaires ont bénéficié d'un régime de faveur puisque juste les lèvres et le nez ont été coupés. Pour s'assurer de la stricte observance de ses lois prohibitionnistes, Mourad se déguisait en civil pour surprendre les contrevenants, la nuit, dans les troquets de sa capitale... . [63]

Tout au long de cette période qui va de 1498 à 1935, on doit noter des périodes de répit et des lieux où les fumeurs seront peu ou pas persécutés

1.2 L'époque d'Adolf Hitler

Lorsque les Nazis arrivent au pouvoir, un mouvement anti-tabac se développa sous le Troisième Reich [64], qui déboucha sur la première campagne anti-tabac de l'époque contemporaine. [65]

En janvier 1933, l'Allemagne est à la pointe des recherches et des études sur les effets du tabac sur la santé publique [66]. Le lien entre le cancer du poumon et le tabac est établi, pour la première fois, en Allemagne dans les années trente [67][68][69] contrairement à la croyance largement répandue qui attribue aux scientifiques américains et britanniques la paternité de cette découverte dans les années 1950 [67]. Le terme de « tabagisme passif » (Passivrauchen) est également créé en Allemagne à la même époque [65]. Le régime nazi finance des études épidémiologiques sur les effets délétères de la consommation de tabac [66] et de nombreuses recherches révèlent les effets désastreux du tabagisme sur la santé.

Les médecins du Troisième Reich sont conscients que la consommation de tabac est impliquée dans plusieurs complications cardiovasculaires. Un pathologiste de l'armée examine trente-trois jeunes soldats décédés d'un infarctus du myocarde sur le front de l'est et publie dans un rapport, en 1944, que tous sont des « fumeurs

enthousiastes ». Il cite l'opinion du pathologiste Franz Buchner qui déclare que les cigarettes sont « un poison coronarien du premier ordre ». [70]

Pour les femmes fumeuses, un médecin réputé du Troisième Reich, juge que la consommation de tabac chez la femme enceinte entraîne un taux plus important d'enfants mort-nés et de fausses couches

Adolf Hitler ; qui était un gros fumeur durant sa jeunesse (24 à 40 cigarettes par jour) et avait réussi à s'arrêter en considérant que fumer constitue une importante perte d'argent ; est souvent considéré comme le premier chef d'état à prôner la lutte anti-tabac de l'époque contemporaine [65]. Il a utilisé plusieurs tactiques de propagande pour convaincre la population allemande de ne pas fumer. De populaires magazines sur la santé, des avertissements sur les effets du tabac. En juin 1939, un bureau contre les dangers de l'alcool et du tabac est créé.

Le tabagisme est également interdit dans les établissements de soins, dans tous ses bureaux locaux, et la consommation est limitée par le personnel de police et les officiers durant leurs heures de travail [71]. En 1941, la consommation de tabac dans les tramways est interdite dans soixante villes allemandes [71], Les rations de cigarettes chez les militaires sont limitées à six par soldat et par jour. Des conférences médicales sont organisées pour persuader le personnel militaire d'arrêter de fumer.

Une attention particulière est portée à la lutte contre le tabagisme chez les femmes.

Les femmes enceintes, de même que celles de moins de 25 ans ou de plus de 55 ans, n'obtiennent pas de cartes de rationnement de tabac pendant la Seconde Guerre mondiale ; des restrictions sur la vente des produits dérivés du tabac aux femmes sont imposées au secteur hospitalier et à l'industrie de la distribution alimentaire [71]. La consommation de tabac dans les bus est également proscrite,

sur l'initiative personnelle d'Hitler qui craint que les femmes voyageant dans les transports en commun soient victimes du tabagisme passif.

1.3 Après la deuxième guerre mondiale

- En 1957 : L'OMS définit le tabagisme comme une toxicomanie.
- En 1971 : L'OMS, lors de sa 24^{ème} assemblée, débutait un vaste programme pour lutter contre le tabagisme et en 1999, la directrice GROHARLEM Brundtland définit la lutte anti tabac comme un objectif majeur de l'OMS.
- En 2003 : L'adoption d'une convention cadre (Framework convention on Tobacco control) FTCT [72] qui devait être signée puis ratifiée par la grande majorité des états membres de cette organisation

2. loi anti-tabac au Maroc

Le 23 juillet 2008, le parlement marocain a modifié la loi N° 15 – 91, qui interdisait la publicité et la consommation du tabac dans les lieux publics. Cette ancienne loi avait été adoptée par la chambre des représentants le 29 avril 1991, promulguée le 26 juin 1995 mais les responsables n'ont pas précisé l'autorité administrative qui sera chargée d'appliquer, de verbaliser ou encore de recouvrir des amendes; et l'ambiguïté plane toujours sur ses textes qui ont certes introduit de nouvelles mesures, mais qui n'ont quasiment jamais été respectés dans toutes les villes marocaines. [73]

La nouvelle loi interdit le tabac à savoir cigarettes, cigare, tabac à rouler, tabac à priser et même le tabac à chiquer dans les lieux publics (les établissements publics, les administrations et bureaux, les moyens de transport commun, salles de conférence ou de spectacle, établissements de santé, établissements scolaires, les cafés et restaurants dont la superficie ne dépasse pas 50m². Pour ceux dont la

superficie dépasse cette surface, un coin "non-fumeurs" deviendra obligatoire à condition qu'il prenne au moins la moitié de cette superficie et que la dérogation, pour installer un coin "fumeurs", soit décidée par l'autorité gouvernementale chargée de la santé et selon des conditions bien définies (aération en autre)), la publicité ainsi que la vente des cigarettes aux mineurs de moins de 18 ans. [74]

La loi prévoit des sanctions pécuniaires. Ainsi, fumer une cigarette dans un lieu public est passible d'une amende de 100 dirhams et le double en cas de récidive. Cette sanction est portée à 500dh à l'encontre du responsable du lieu public s'il enfreint lui-même la loi.

En matière de publicité, si le paquet ne contient pas le message de prévention des cigarettes, les amendes peuvent atteindre 10 000dh.

Quant à la vente des cigarettes aux mineurs, elle est passible d'une amende de 2000dh et en cas de récidive de 5000dh avec possibilité de retrait de licence pour le bureau de tabac.

La moitié des amendes collectées seront versées aux associations pour sensibiliser les citoyens aux méfaits du tabagisme. [74,75]

Malheureusement, jusqu'au moment, l'autorité qui sera chargée d'appliquer cette loi n'est pas encore précisée.

MATERIELS ET METHODES

I. POPULATION CIBLE :

Notre étude a concerné les étudiants en médecine de la 1^{ère} et de la 5^{ème} année, L'effectif global est de 407 étudiants inscrits à la faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda durant l'année universitaire 2011-2012. Il faut noter que le nombre total des étudiants inscrits à la faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda durant l'année universitaire 2011-2012 était de 1070.

II. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

L'enquête a été menée du 7 au 28 février 2013. Le questionnaire était soumis aux étudiants lors des cours magistraux pour la 1^{ère} année et lors des stages hospitaliers pour la 5^{ème} année. Les questionnaires étaient recueillis immédiatement après.

III. METHODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une enquête transversale par auto-questionnaire anonyme standardisé. Le questionnaire est inspiré d'un outil de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, destiné au personnel de santé, adapté aux étudiants de médecine, et écrit en français.

Ce questionnaire comporte 16 questions communes, 3 questions pour les ex fumeurs et 19 questions pour les fumeurs. Il porte sur plusieurs items concernant les caractéristiques de la population (voir annexes 1).

Nous avons considéré comme tabagique les fumeurs permanents et occasionnels (ceux qui fumaient moins d'une cigarette par jour). Les ex fumeurs étaient ceux qui au moment de l'enquête, avaient arrêté de fumer depuis au moins 3

mois, après avoir fumé plus de 100 cigarettes. Les jamais fumeurs sont ceux qui n'avaient jamais fumé ou fumé moins de 100 cigarettes dans leur vie.

IV. ANALYSE DES RESULTATS :

Toutes les variables seront résumées par l'utilisation de statistiques descriptives. Les variables quantitatives seront décrites en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type.

L'ensemble des questionnaires ont été intégrés dans un tableau Excel pour établir les premiers résultats puis l'étude a été complétée grâce au logiciel SPSS version 20. L'étude statistique a utilisé les tests de Chi², pour la comparaison des pourcentages concernant les variables qualitatives.

La significativité statistique est fixée à $p < 0,05$ (différence de deux pourcentages était statistiquement significative (DSS) quand le risque d'erreur était inférieur à 5 %).

RESULTATS

I. Description de la population étudiée

1. Echantillon inclus

407 étudiants ont été interrogés dont 372 ont répondu, soit un taux de participation de 91,4%.

L'ensemble des participants présentent 34,7% des 1070 des étudiants de la faculté de médecine d'Oujda, inscrits entre la 1^{ère} année et la 5^{ème} année.

Tableau N°5 : réponses obtenus en fonction de la promotion

Année	Effectif totale	nombre de réponses	(%)
1 ^{ère} année	275	253	92
5 ^{ème} année	130	119	91,5
Total	407	372	91,4

2. Age

L'âge moyen est de 19,63 ±2,1 ans avec des âges extrêmes allant de 17 à 25 ans. Les étudiants âgés de 18 ans et de 19 ans étaient les plus majoritaires.

3. SEXE

Tableau N°6 : réponses obtenu selon le sexe

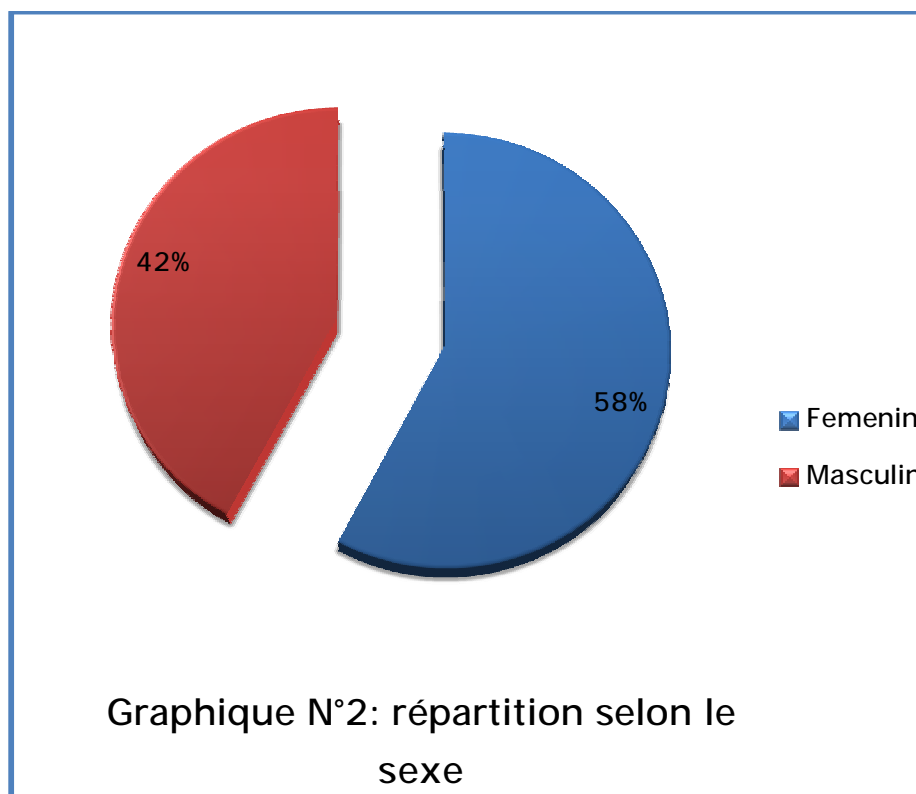
Année	Total n=407		Taux de réponse n=372 (%)=91,4	
	Masculin n(%)	Féminin n(%)	Masculin n(%)	Féminin n(%)
1 ^{ère}	126(45,8)	149(54,2)	115(45,5)	138(54,5)
5 ^{ème}	49(37,7)	81(63,3)	42(35,3)	77(64,7)
Total	175	230	157(89,7)	215(93,4)

La population médicale est essentiellement féminine. Surtout en cinquième année, on note que les pourcentages sont les suivants.

Ø 1^{ère} année : 54,1%

Ø 5^{ème} année : 62,3%

Le pourcentage total du sexe féminin reste majoritaire : 58%.

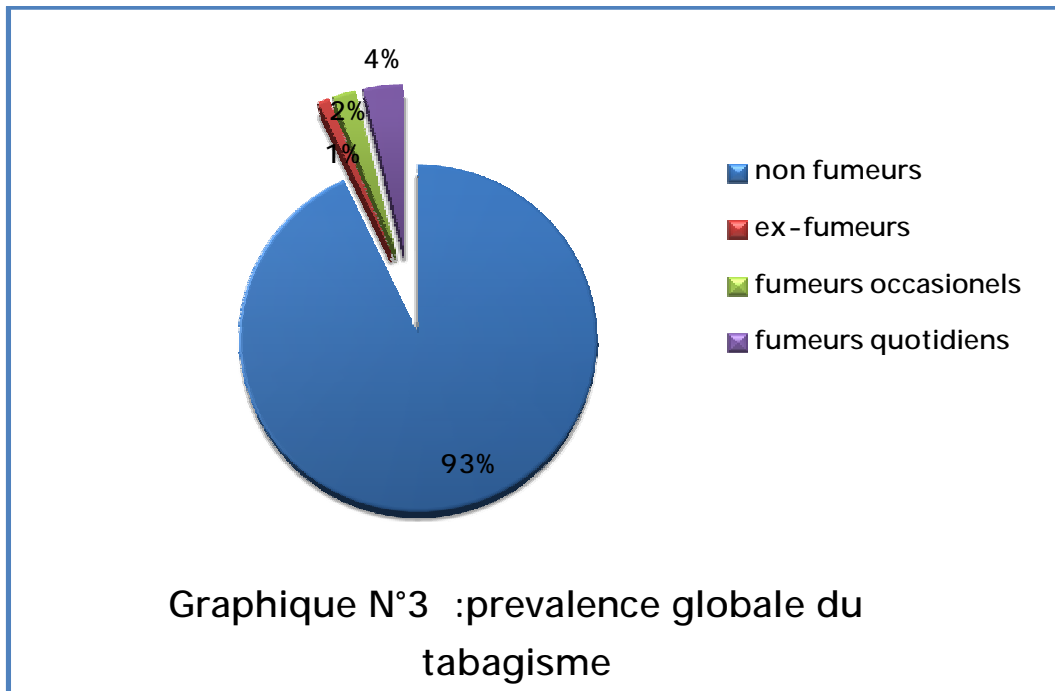


II. Statut tabagique

1. Habitude tabagique

1.1 Prévalence globale

Au moment de l'enquête, les fumeurs actuels étaient au nombre de 22 (14 permanents et 8 occasionnels) sur un ensemble de 372 soit une prévalence du tabagisme de 5,9 %. Les jamais fumeurs représentaient 94,1 % (346 cas) et les ex-fumeurs 1,1 % (4 cas). Les fumeurs qu'ils soient actuels ou anciens représentaient 7 % (26 cas).

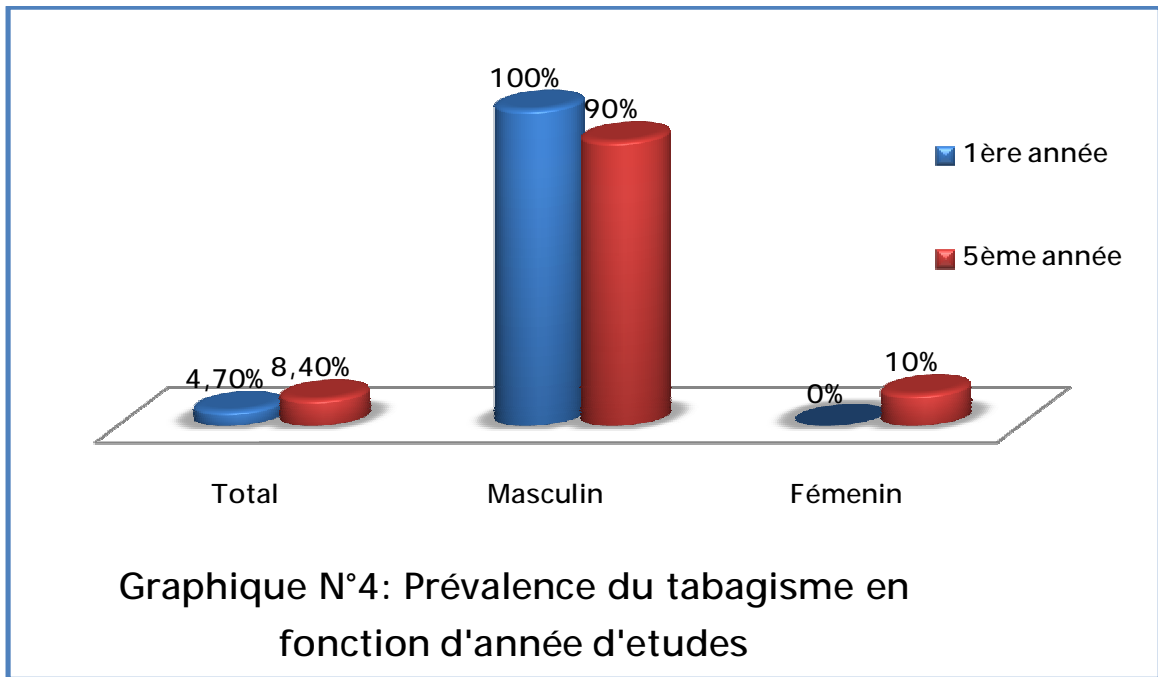


1.2 Selon la promotion

Tableau N°7 : prévalence du tabagisme selon les promotions

Niveau (Année)	Non fumeur n(%)	Ex-fumeur n(%)	Fumeur n(%)
1ère	238(94,2)	3(1,1)	12(4,7)
5ème	108(90,2)	1(0,8)	10(8,4)
Total	346(93)	4(1)	22(6)
p		p=0,763	p=0,163

On observe une prévalence du tabagisme qui augmente avec l'année d'étude. Il passe de 4,7% à la 1ère année à 8,4% en 5ème année, avec une différence non significative.

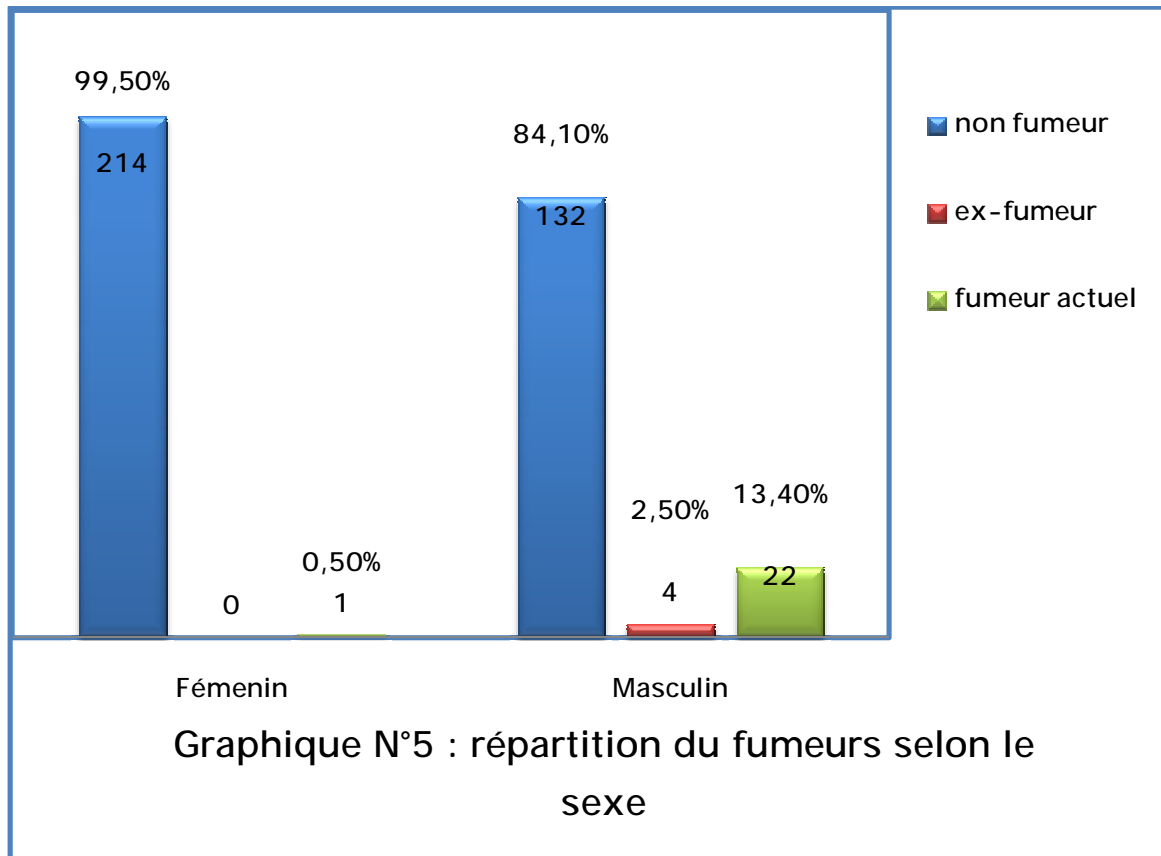


1.3 Selon le sexe

Tableau N°8 : statut tabagique selon le sexe

Sexe	Non fumeur n(%)	Ex-fumeur n(%)	Fumeur n(%)	Total
Féminin	214(95,5)	0(0)	1(0,5)	215
Masculin	132(84,1)	4(2,5)	21(13,4)	157
Total	346(93)	4(1)	22(6)	372
p < 0,0001				

Les garçons fument plus fréquemment que les filles, on compte 13,4% de fumeurs pour 0,5% de fumeuses, avec une différence qui est significative <0,0001.

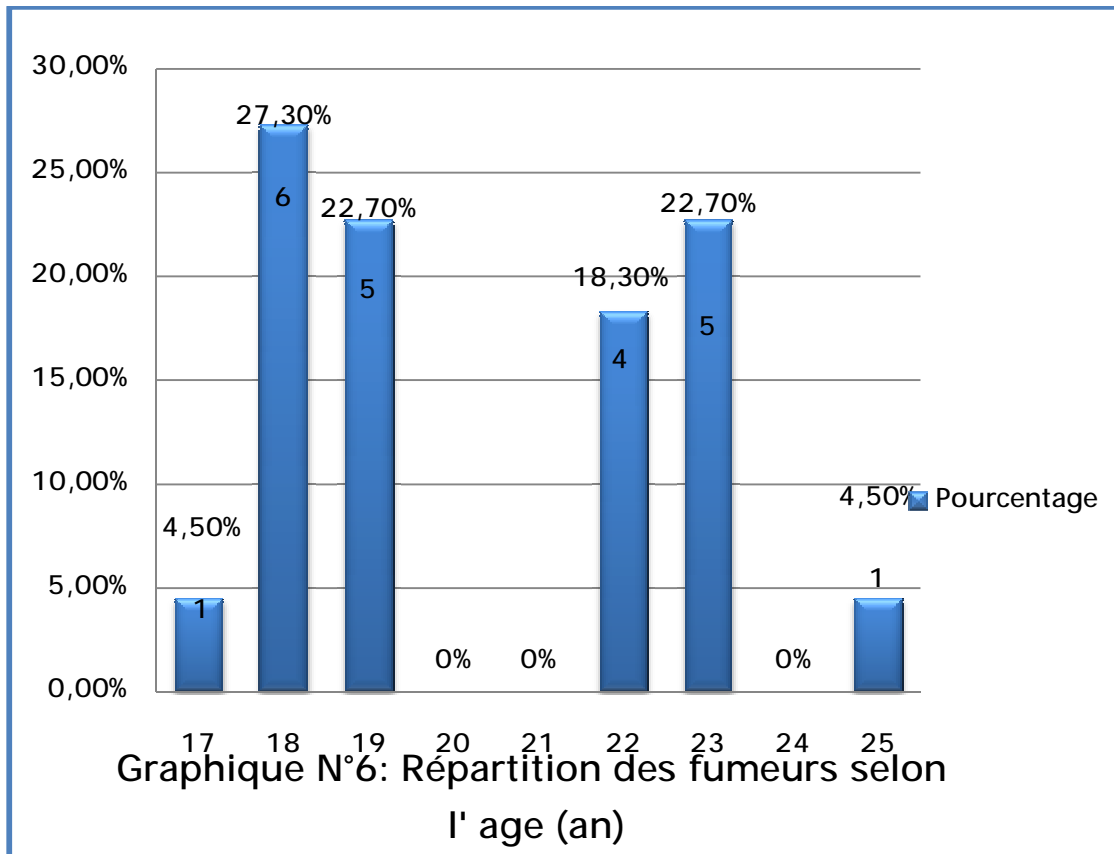


1.4 Selon l'âge

Tableau N°9 : Répartition selon l'âge

Age	Fumeur n(%)	Ex-fumeur n(%)	Non Fumeur n(%)	Total
> 20ans	10(8,1)	1(0,8)	112(91,1)	123
≤20ans	12(4,8)	3(1,2)	234(94)	249
Total	22(93)	4(1)	346(93)	372
P	P=0,203			

Le pourcentage de fumeurs est en nette augmentation allant de 4,8% pour les étudiants entre 17 et 20 ans jusqu'à 8,1% pour les étudiants entre 21 et 25ans, avec une différence non significative.



On observe également une augmentation de prévalence du tabagisme chez les étudiants de 18, 19, et 23 ans.

1.5 Tabagisme dans l'entourage

1.5.1 Prévalence du tabagisme chez les parents

∅ Chez les mères la prévalence était de 0%

∅ Chez les pères la prévalence était de 15,4%

Tableau N°10 : Association entre le tabagisme paternel et celui des étudiants

		Père		Total n(%)	p
		Non fumeur n(%)	Fumeur n(%)		
Etudiant	Non fumeur	297(81,1)	52(14,9)	349(100)	P=0,3
	Fumeur	17(77,3)	5(22,7)	22(100)	
Total		314(100)	57(100)	371(100)	

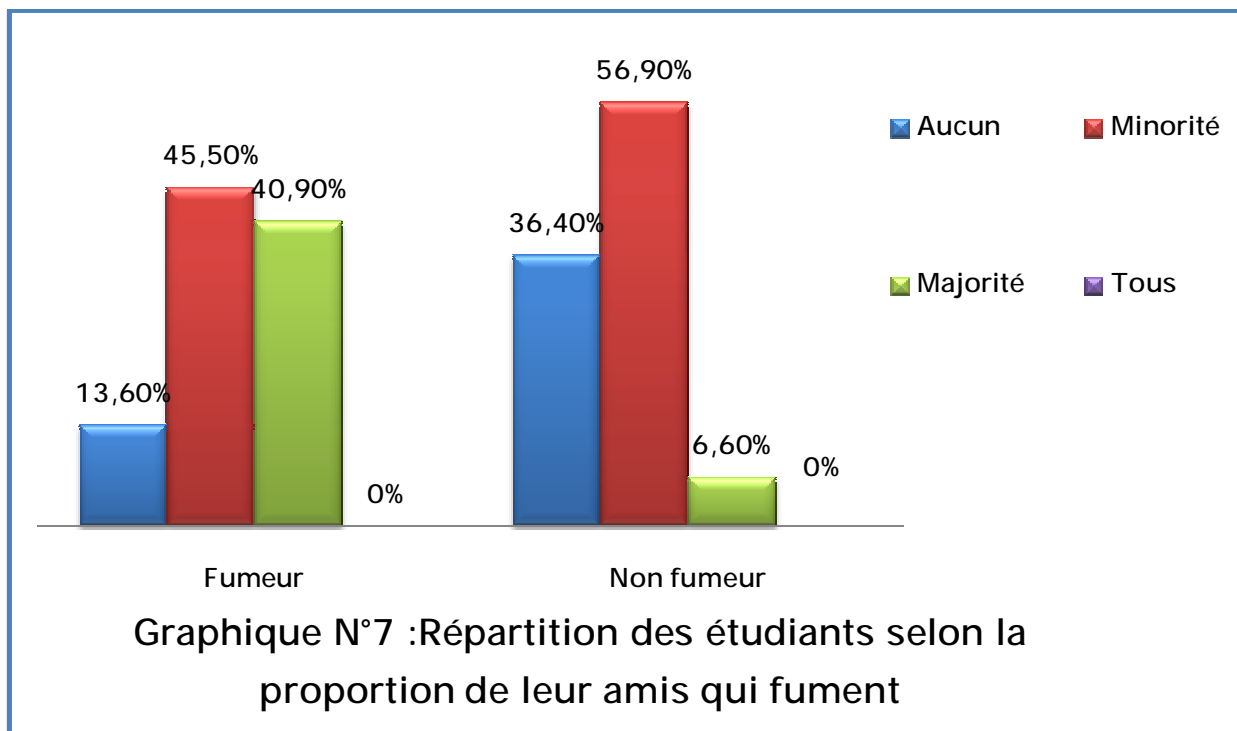
On observe que 22,7% des fumeurs ont un père qui fume, contre une prévalence de 14,9% chez les non fumeurs avec une différence non significative.

1.5.2 Prévalence du tabagisme chez les amis

Tableau N°11 : Association entre la proportion des amis qui fume et le statu tabagique des étudiants

	Aucun n(%)	Minorité n(%)	Majorité n(%)	Tous n(%)	Total n(%)	P
Fumeur	3(13,6)	10(45,5)	9(40,9)	0(0)	22(100)	P<0,0001
Non fumeur	126(36,4)	197(56,9)	23(6,6)	0(0)	346(100)	
Total	129(35,1)	207(56,6)	32(8,4)	0(0)	368(100)	

Chez les fumeurs le pourcentage des tabagiques dans l'entourage augmenté jusqu'au 86,4%, contre 63,% chez les non fumeur avec une différence significative.

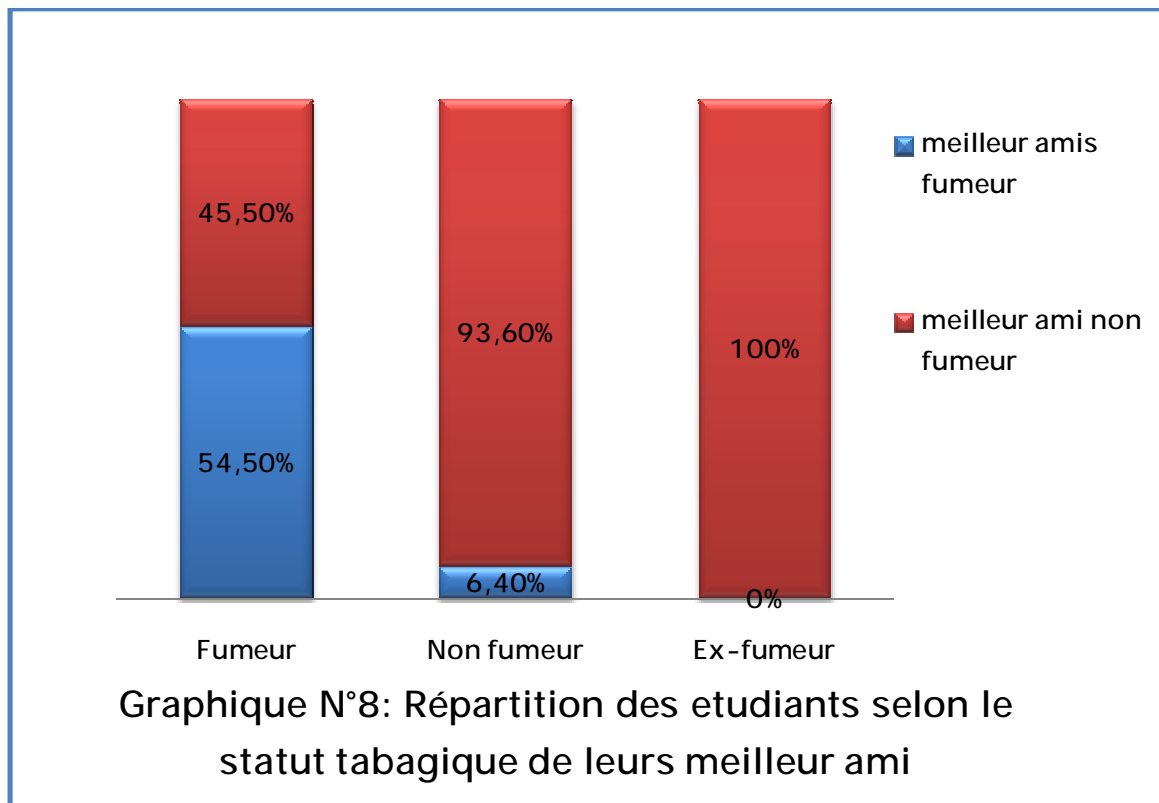


1.5.3 En fonction du statu tabagique du meilleur ami

Tableau N°12: Association entre le tabagisme du meilleur ami et le statu tabagique des étudiants.

		Meilleur ami		Total N(%)	p
		Non fumeur n(%)	Fumeur n(%)		
Etudiant	Ex- fumeur	04(0)	0(0)	4(100)	P=0,6 P<0,0001
	Non fumeur	324(93,6)	22(6,4)	346(100)	
	Fumeur	10(45,5)	12(54,5)	22(100)	
Total		338(90,8)	34(9,2)	372(100)	

On observe que chez les non fumeurs, la prévalence de leurs meilleurs amis qui fument est de 6,4% .Alors que cela augmente jusqu'au 54,5% chez les fumeurs avec une différence significative.



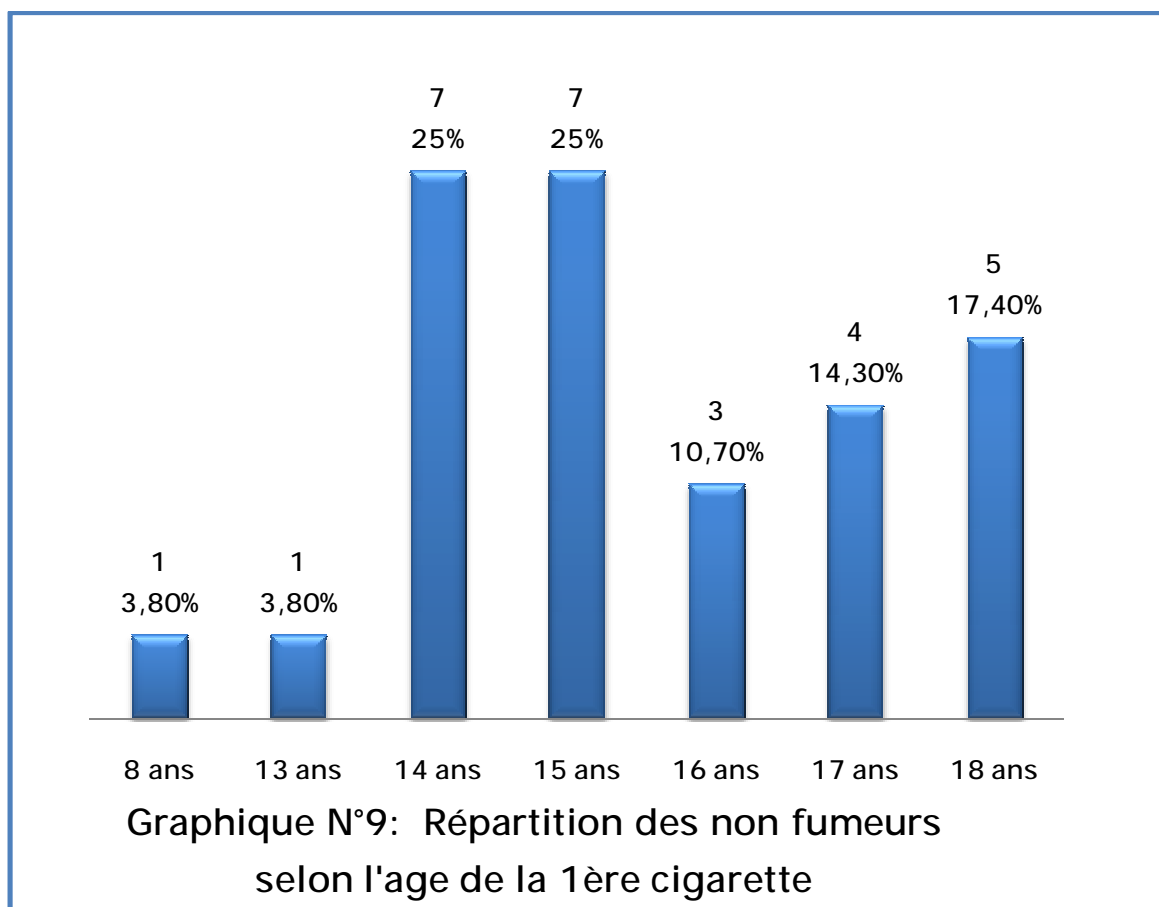
2. Etude des non fumeurs et ex-fumeurs

2.1 Attitudes et comportements des non et ex-fumeurs vis-à-vis du tabac.

2.1.1 Avez-vous déjà fumé ?

Chez les non fumeurs (Total : 350), l'analyse montre que 90% parmi eux n'ont jamais fumé, contre 9,1% qui ont déjà expérimentés la cigarette dans 1,1% sont des ex-fumeurs.

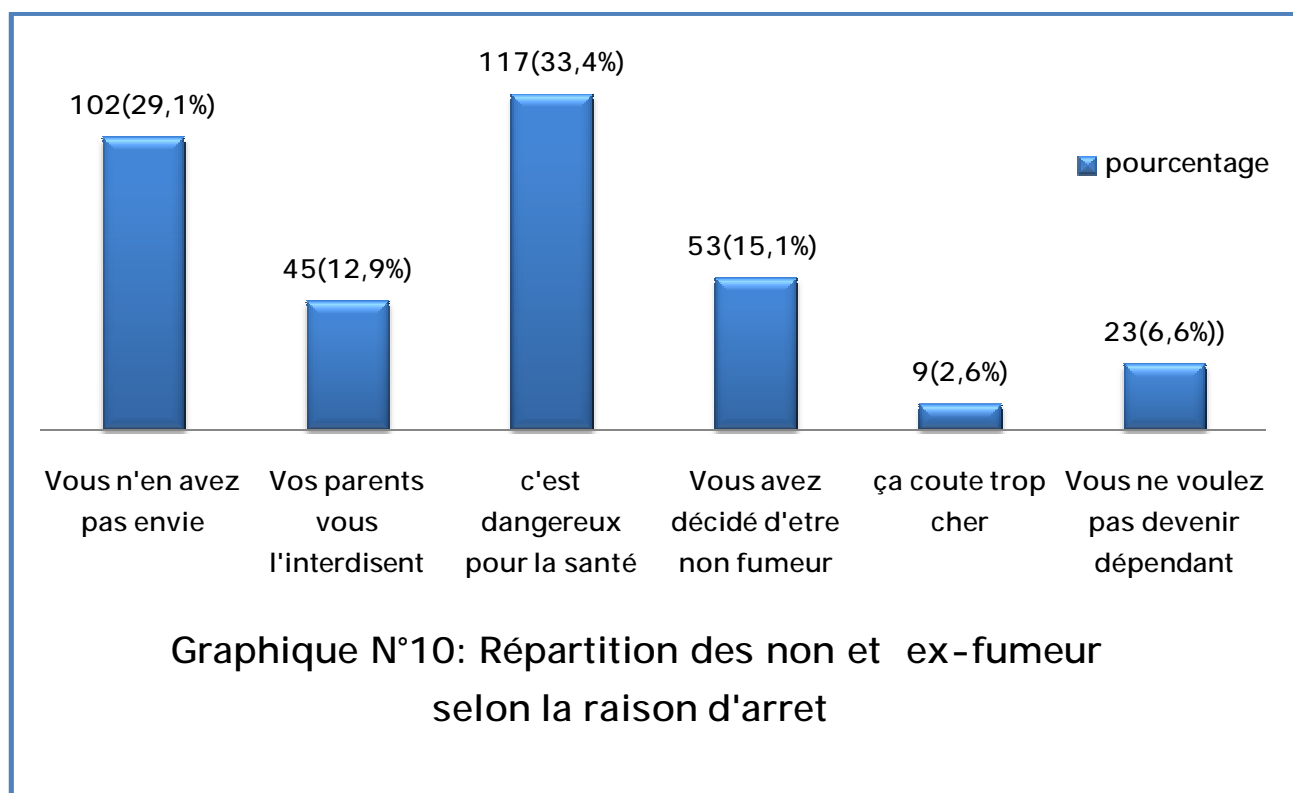
2.1.2 A quel âge avez-vous fumé votre 1ère cigarette ?



On observe que 50% des non et ex-fumeur qui ont déjà fumé ont expérimenté la 1^{ère} cigarette à l'âge de 14 à 15 ans. L'âge moyen de début était de 15,36 ans avec un Ecart-type de 2,1 et des âges extrêmes allant de 8 à 18 ans.

2.2 La raison pour la quelle vous ne fumez pas ou pour la quelle avez vous arrêté ?

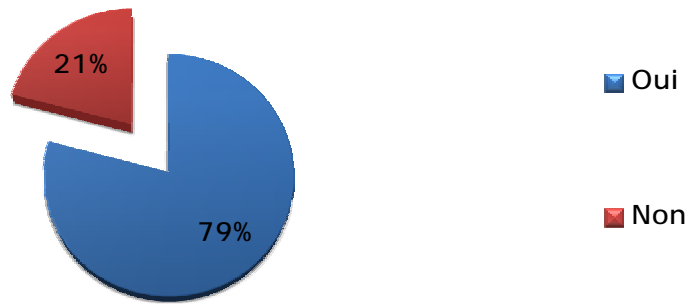
Vous ne fumez pas car :



La raison la plus forte pour la quelle les étudiants non fumeurs ne fument pas ou les ex-fumeurs ont arrêté de fumer, est le caractère "dangereux pour la santé" avec un pourcentage de 33,4%. La raison de ne pas avoir envie représente 29,1%.

2.3 La fumée des autres vous gêne-t-elle ?

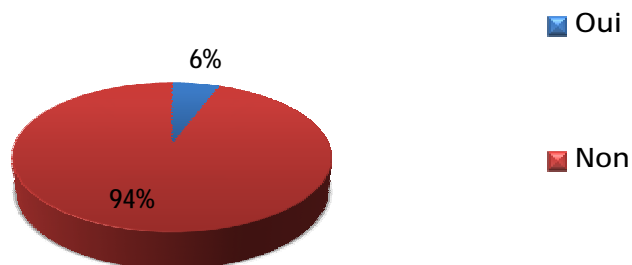
On observe que 79,1% des non et ex-fumeur disent que la fumée des autres les gêne contre 20,9 % qui ont dit le contraire.



Graphique N°11 : Répartition des non et ex-fumeurs selon leur réponse à la question (la fumée des autres vous gêne-t-elle?)

2.4 Etes-vous gêné d'être non fumeur par rapport a vos camarades ?

94,3% des non et ex-fumeurs disent qu'ils ne sont pas gênés d'être non fumeur par rapport à leurs camarades, contre 5,7% qui disent le contraire.

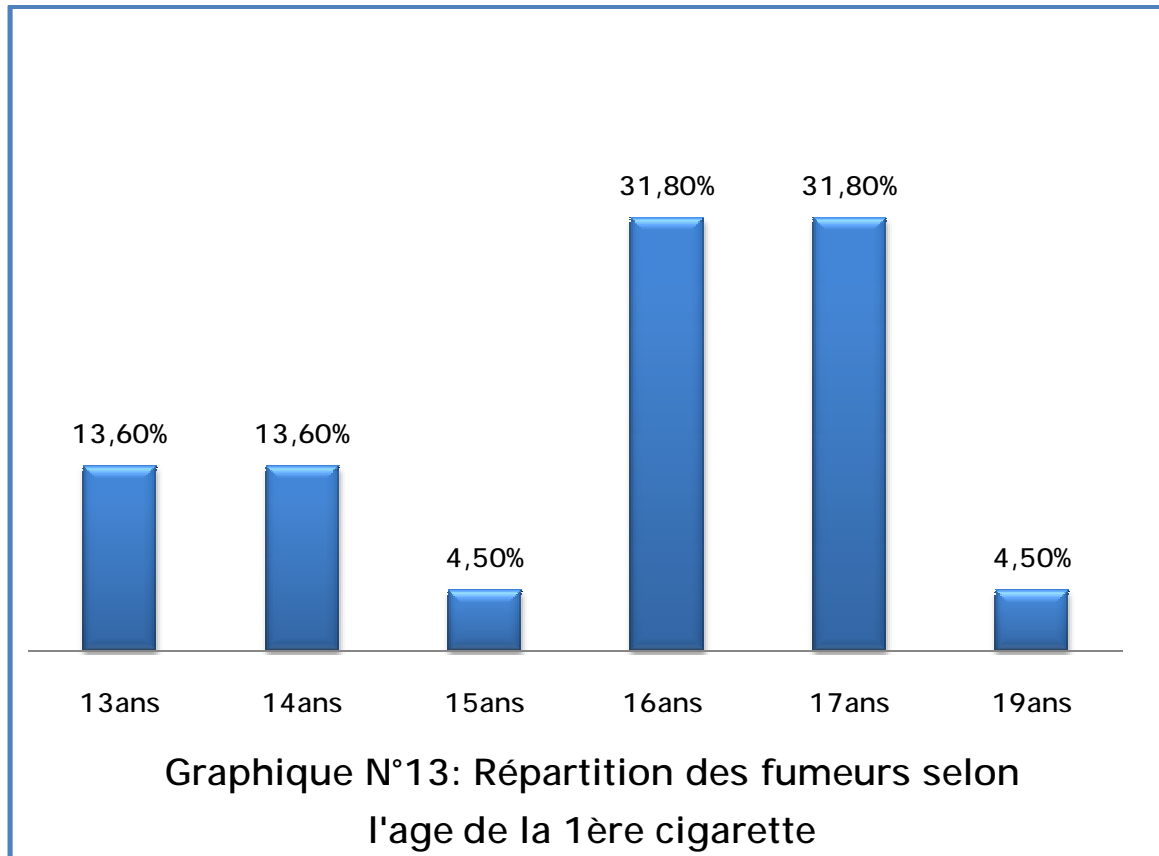


Graphique N°12 : Répartition des non et ex-fumeurs selon leur réponse à la question (etes vous gêné d'etre non fumeur par rapport a vos camarades?)

3. Etude des fumeurs (fumeurs réguliers et fumeur occasionnels)

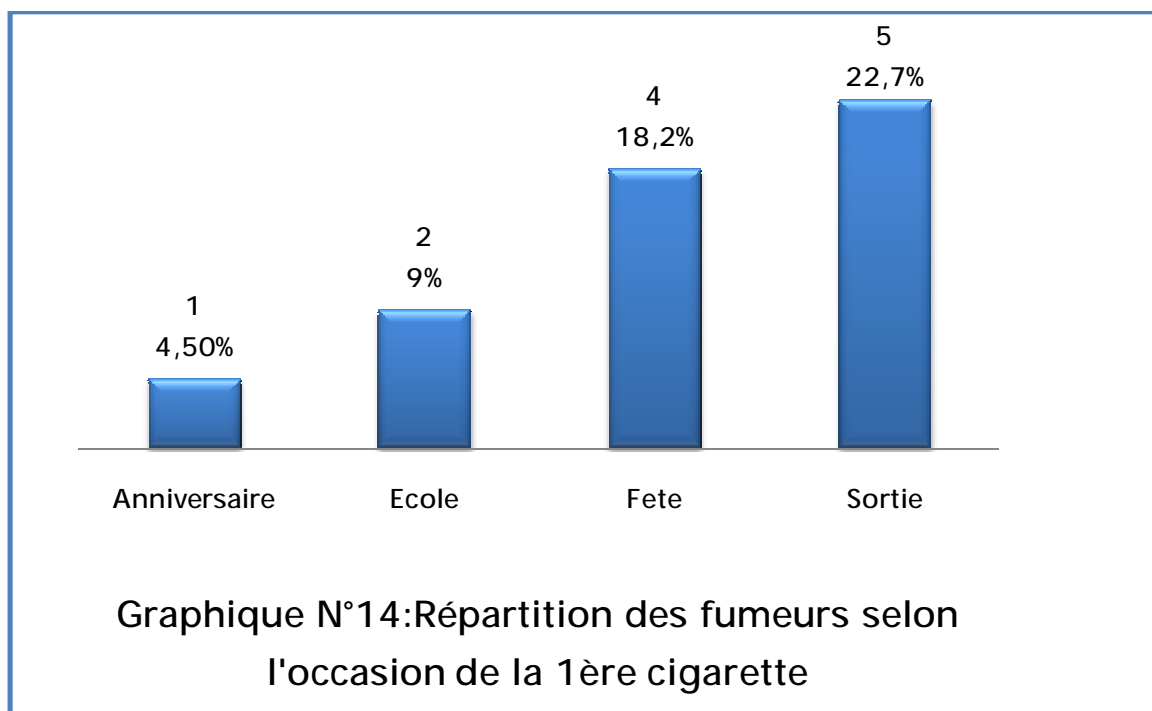
3.1 Comportements des fumeurs vis-à-vis de la cigarette

3.1.1 Etude de l'âge de la 1ere cigarette.



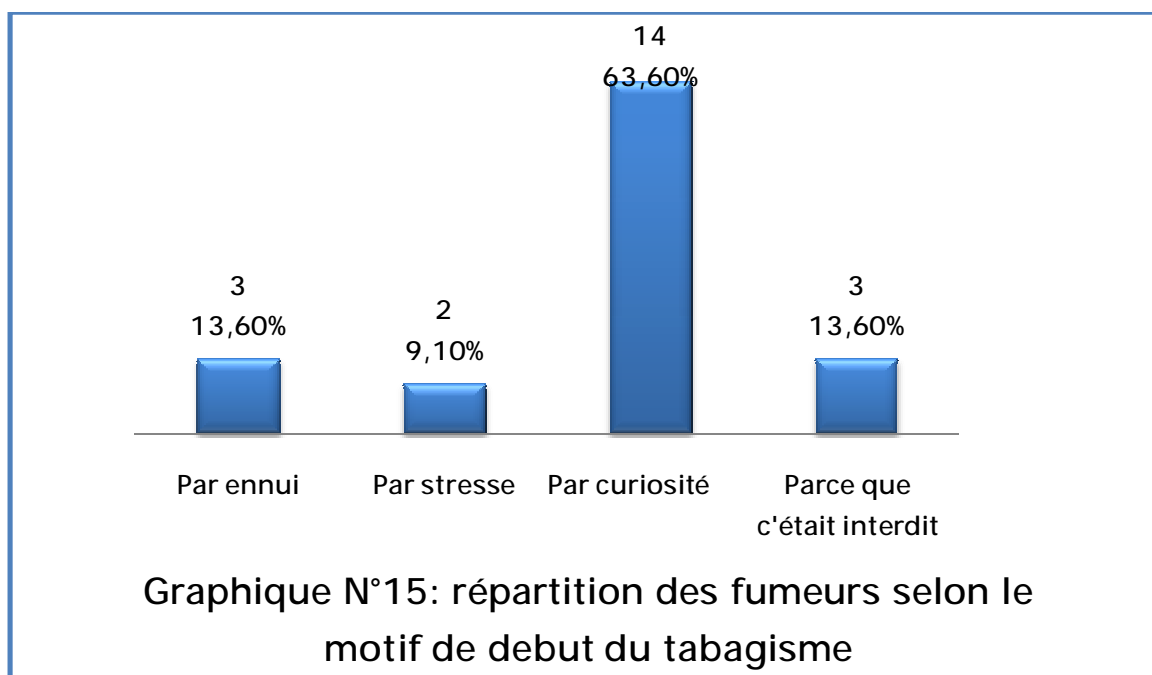
On observe que 63,6% des fumeurs ont expérimenté la cigarette à l'âge de 16,17ans. L'âge moyen de début était de 15,7 ans avec un Ecart-type de 1,6 et des âges extrêmes vont de 13 à 19 ans.

3.1.2 A quel occasion était ce :



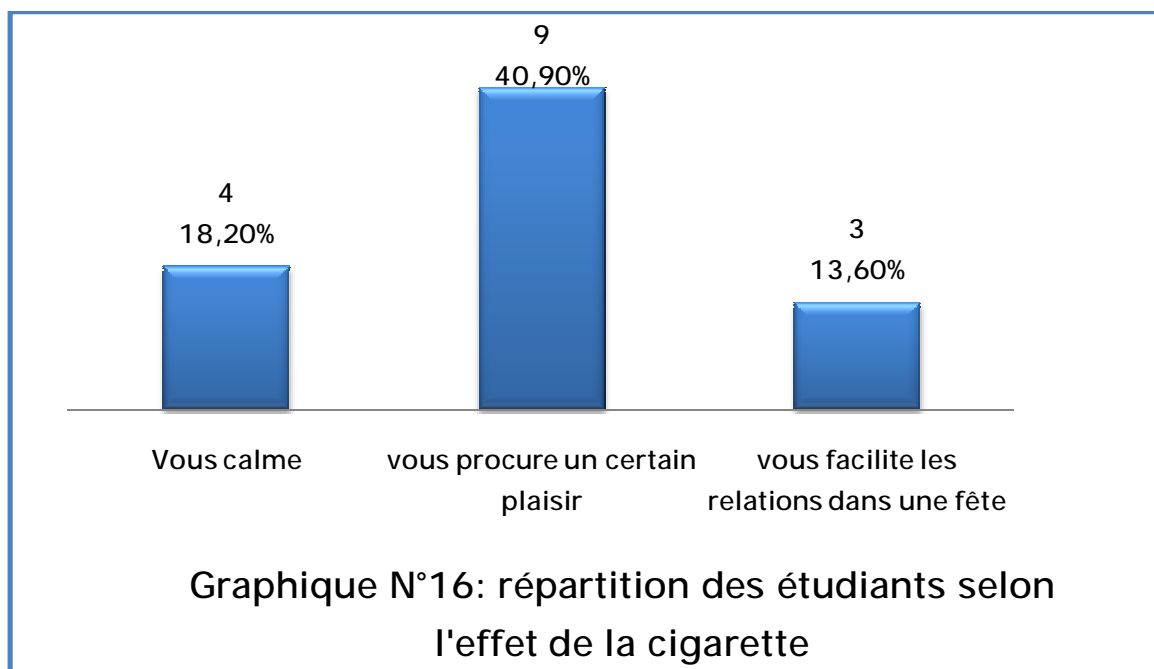
Sur l'ensemble des 22 fumeurs on observe que 40,9% parmi eux ont expérimenté la 1ère cigarette durant une fête ou bien une sortie avec les amis, contre 9% à l'école.

3.1.3 Vous avez fumez votre 1ere cigarette.



On observe que la plupart des fumeurs 63,6% ont tombé dans le piège du tabagisme par curiosité.

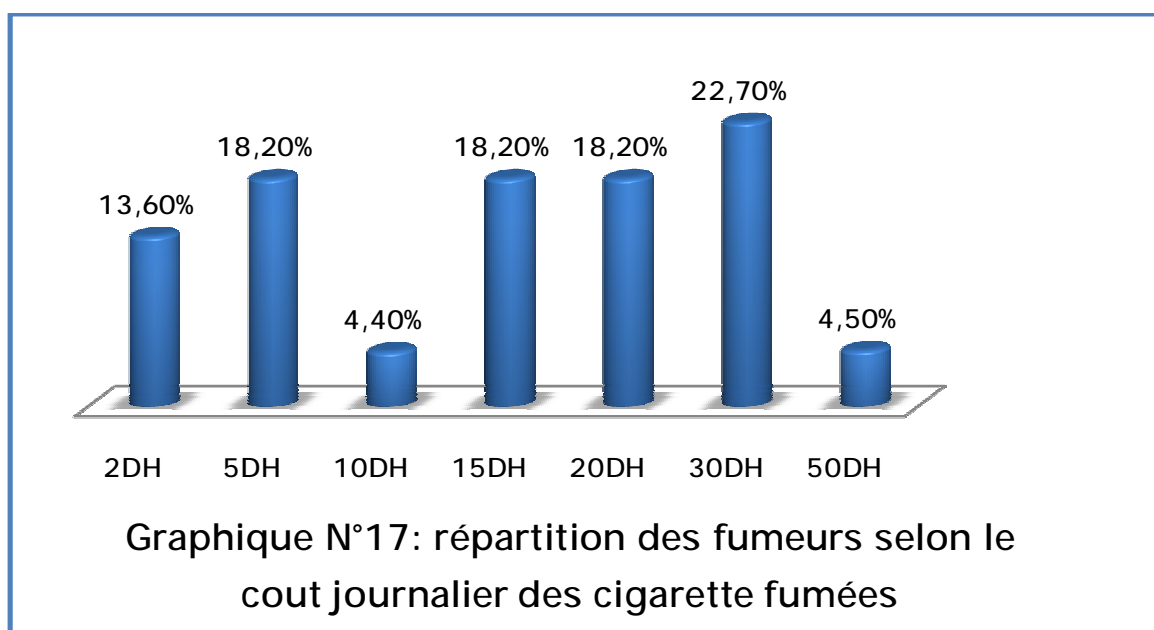
3.1.4 Répartition des étudiants selon l'effet de la cigarette.



Sur l'ensemble des 22 fumeurs, 40,9% disent que la cigarette leur procure un certain plaisir.

3.1.5 Le coût journalier des cigarettes.

Le coût journalier des cigarettes fumées est en moyen de 17,4 dh par jour, avec des extrêmes allant de 2 à 50 Dh.



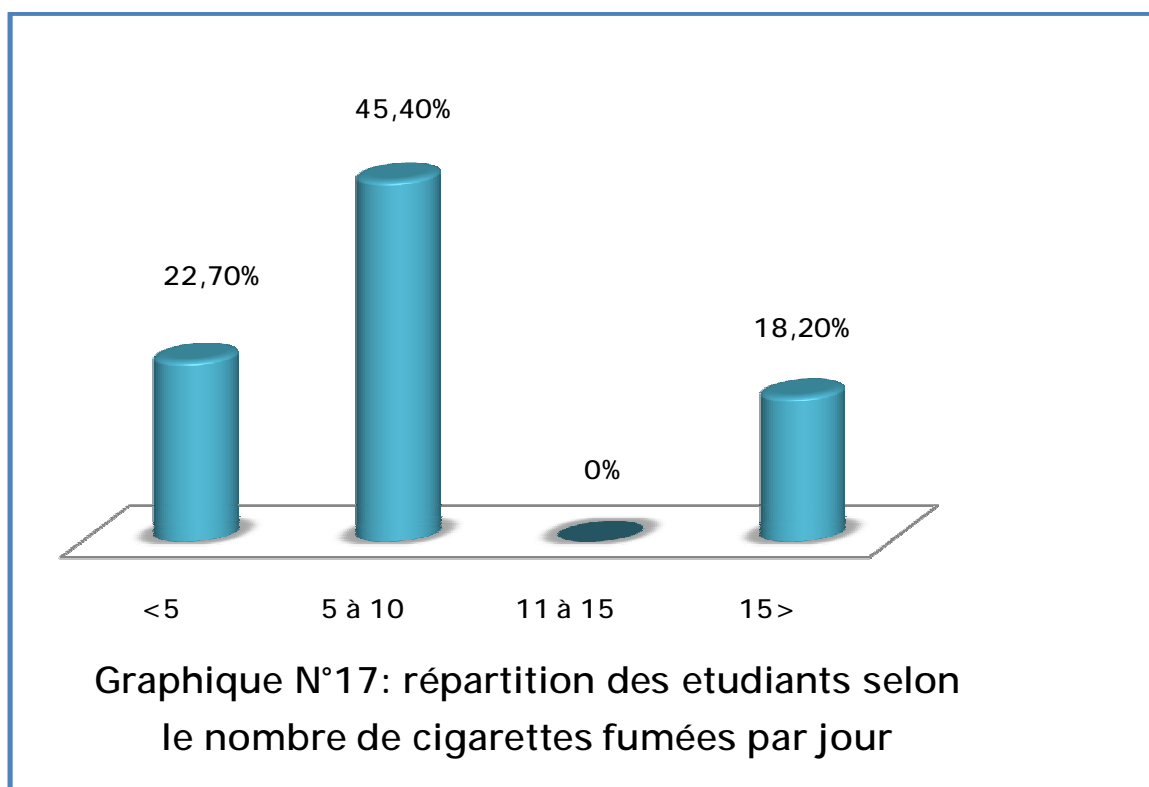
3.2 Degré d'intoxication tabagique.

3.2.1 Nombre des cigarettes fumées par jour.

Tableau N°14 : Répartition selon le nombre des cigarettes fumées par jour

		Etudiants fumeurs	
		n	%
de cigarettes Nombre	<5	5	22,7
	5-10	10	45,4
	11-15	0	0
	>15	4	18,2
Total		19	86,2

La cigarette industrielle était le principal type de tabac fumé, dans 100% des cas. On a retrouvé que presque 68,1% des fumeurs fument moins de 10 cigarettes par jour, contre 18,2% fument plus de 15 cigarettes par jour.



On plus de la cigarette on trouve 3 étudiants qui fument le hachich, 2 qui fument le cigare et 1 qui fume le narguilé.

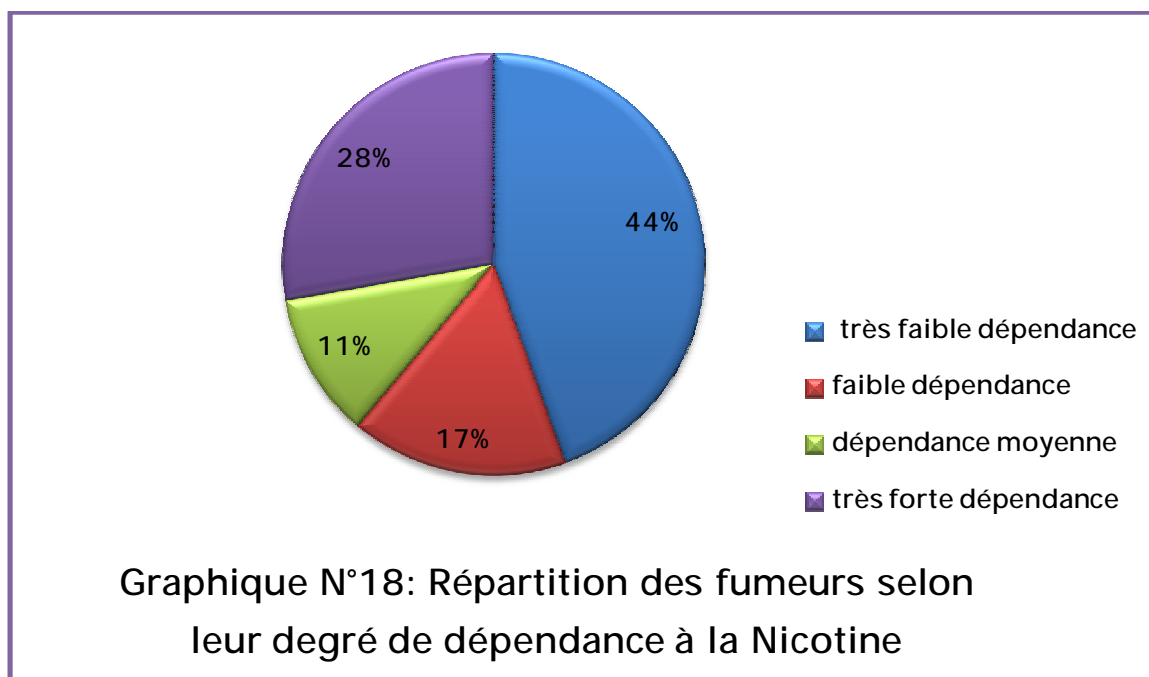
3.2.2 Durée du tabagisme.

La durée moyenne du tabagisme chez les étudiants est de $4,68 \pm 2,64$ ans avec des extrêmes allant de 1 à 10 ans.

3.2.3 Evaluation de la dépendance à la nicotine :

Test de FAGERSTOM : Degré de dépendance à la nicotine(ANNEX :2)

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

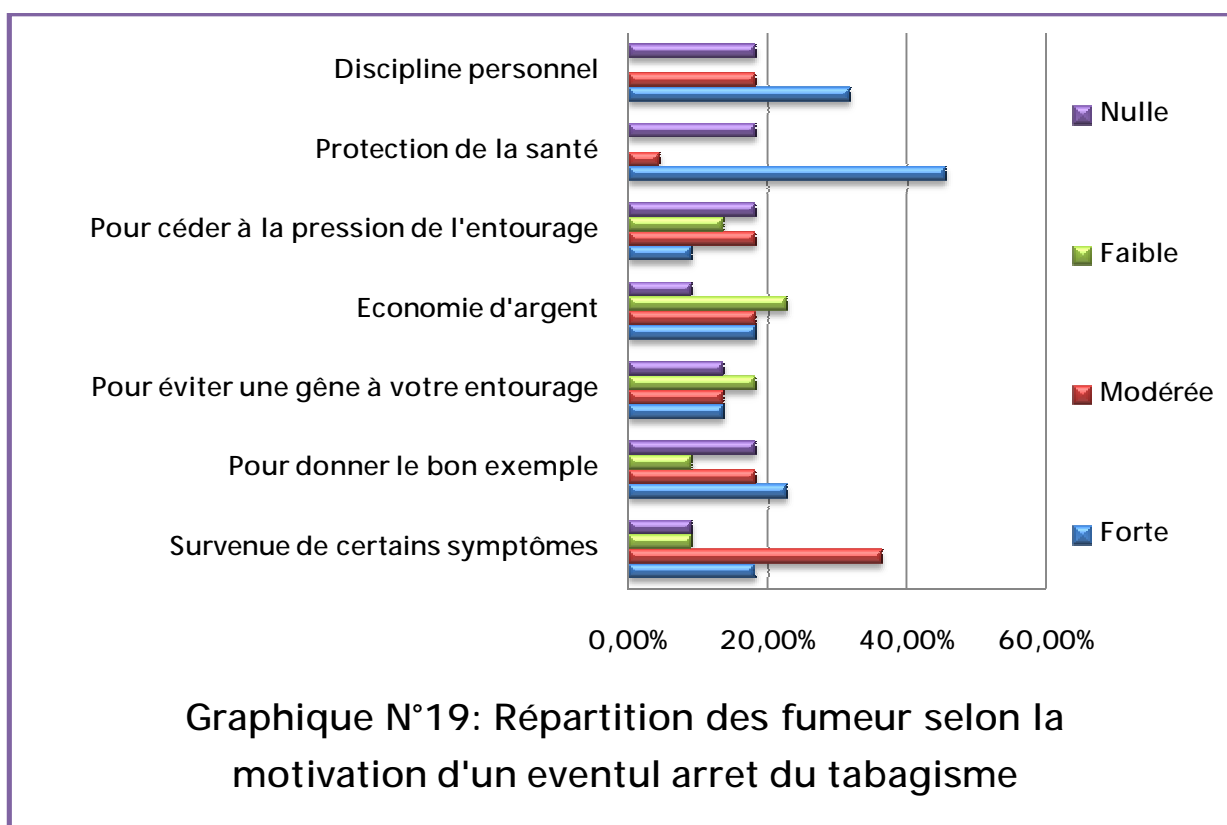


Selon le test de Fagerström, 28% de nos étudiants présentent une dépendance forte.

3.3 Motivation d'un éventuel arrêt du tabagisme :

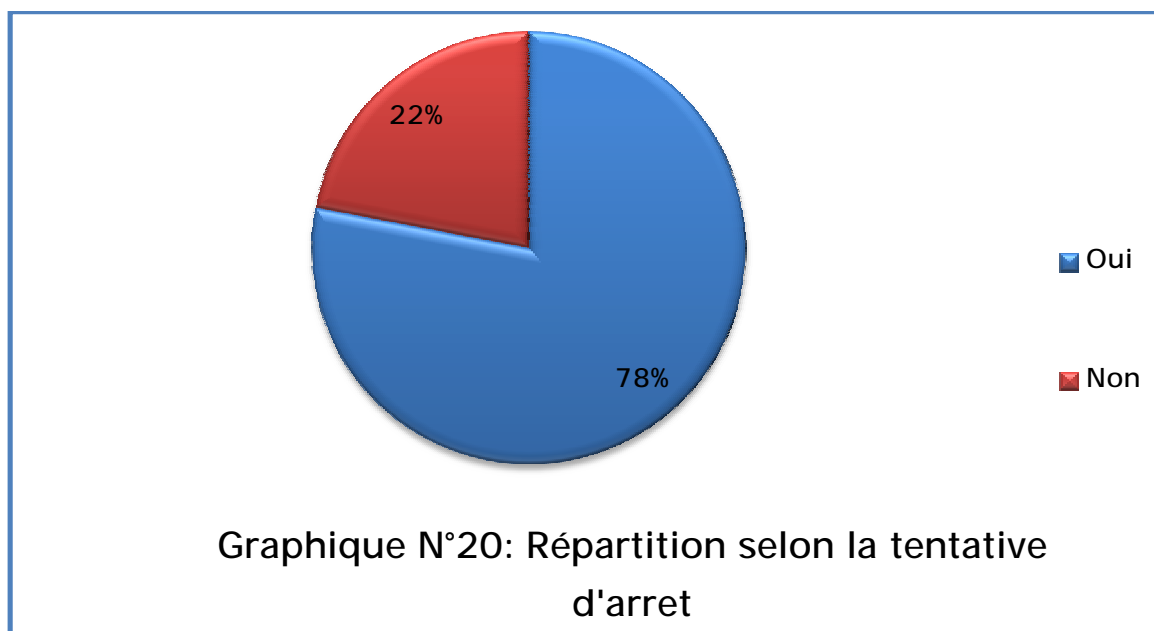
3.3.1 Si vous décidez de ne pas fumer, quel serait pour vous le degré d'importance des raisons suivantes

Les raisons les plus fortes invoquées pour un éventuel arrêt étaient la "Protection de la santé" (45,5%), la "Discipline personnelle " (31,8%), et "Pour donner le bon exemple" (22,7%).

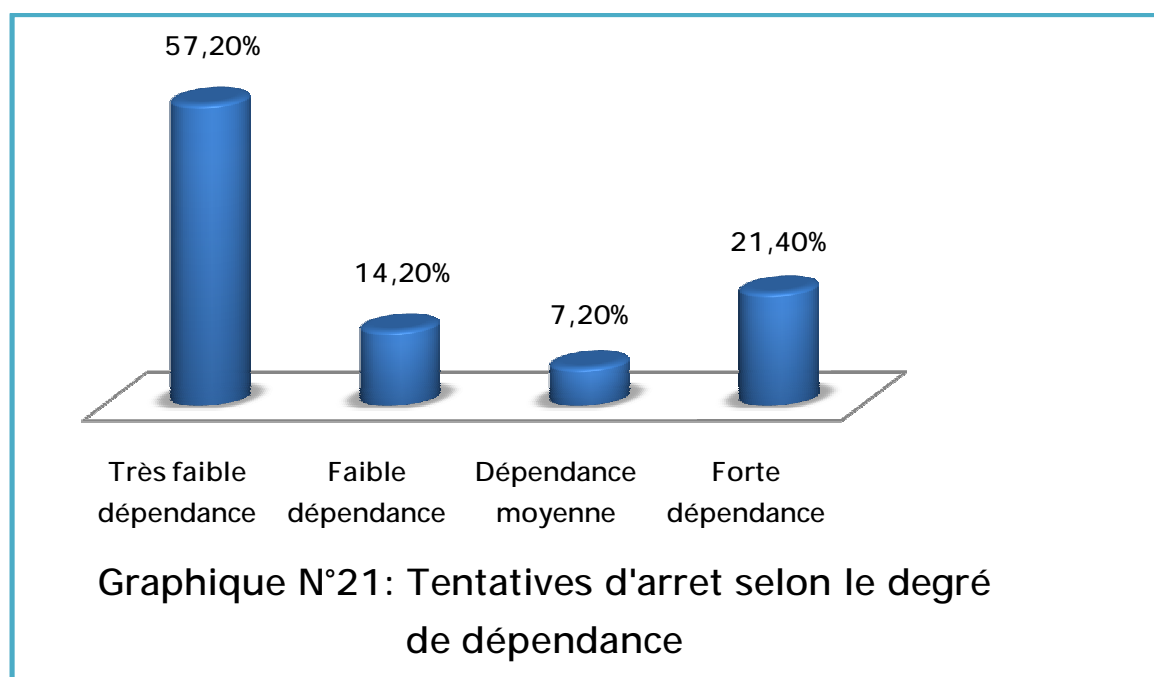


3.4 Tentatives d'arrêt :

3.4.1 Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

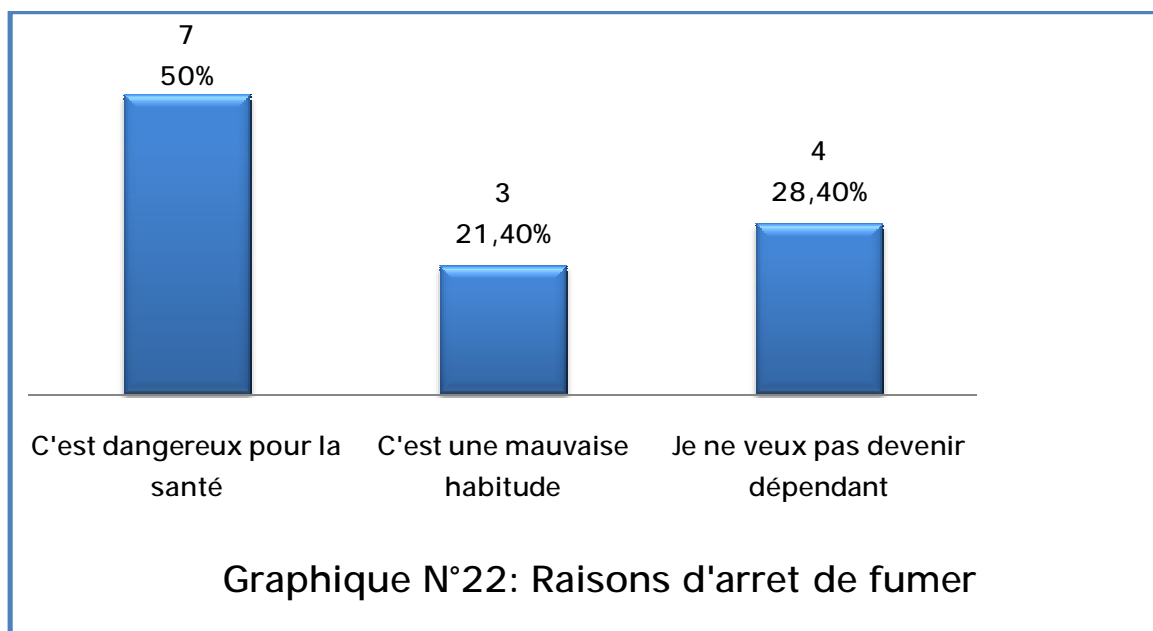


Parmi les 18(81,8%) fumeurs qui ont répondu a cette question, 78% disent qu'ils ont essayés d'arrêter le tabac.



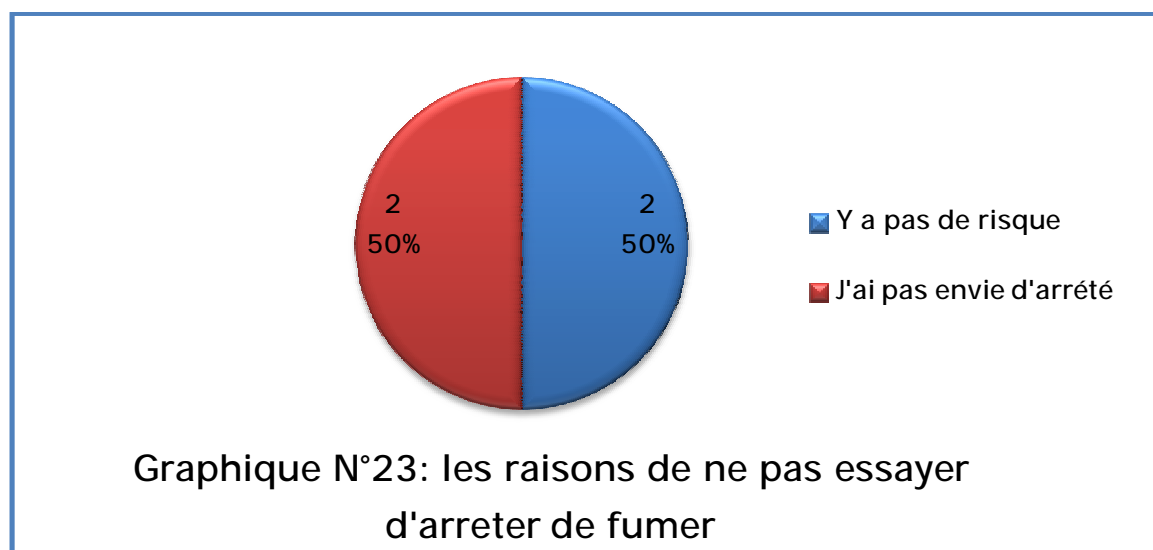
72,4% des étudiants ayant une faible dépendance ont déjà essayé d'arrêter de fumer alors que 21,4% de ceux qui ont une forte dépendance ont tenté le sevrage.

3.4.2 Pour quelles raisons vous avez essayé d'arrêter de fumer ?



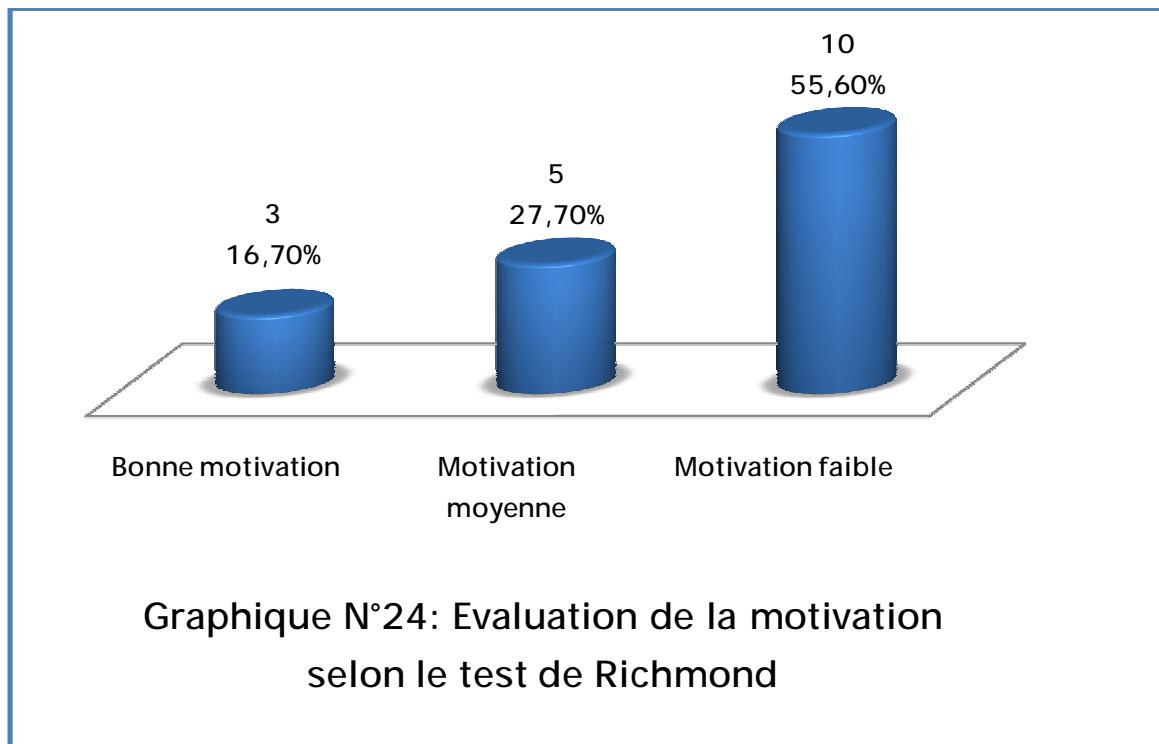
Les fortes raisons qui ont poussé les étudiants à essayer d'arrêter de fumer sont le danger pour la santé, la mauvaise habitude, et la dépendance au tabac.

4.4.3 Pour quelles raisons vous n'avez pas essayé d'arrêter de fumer ?



Les raisons pour les quelles les étudiants n'ont pas essayé d'arrêter de fumer, sont le fait qu'ils pensent que y a pas de risque de fumer ou qu'ils n'ont pas envie.

3.5 Evaluation De La Motivation : TEST DE RICHMOND (ANNEX :3)

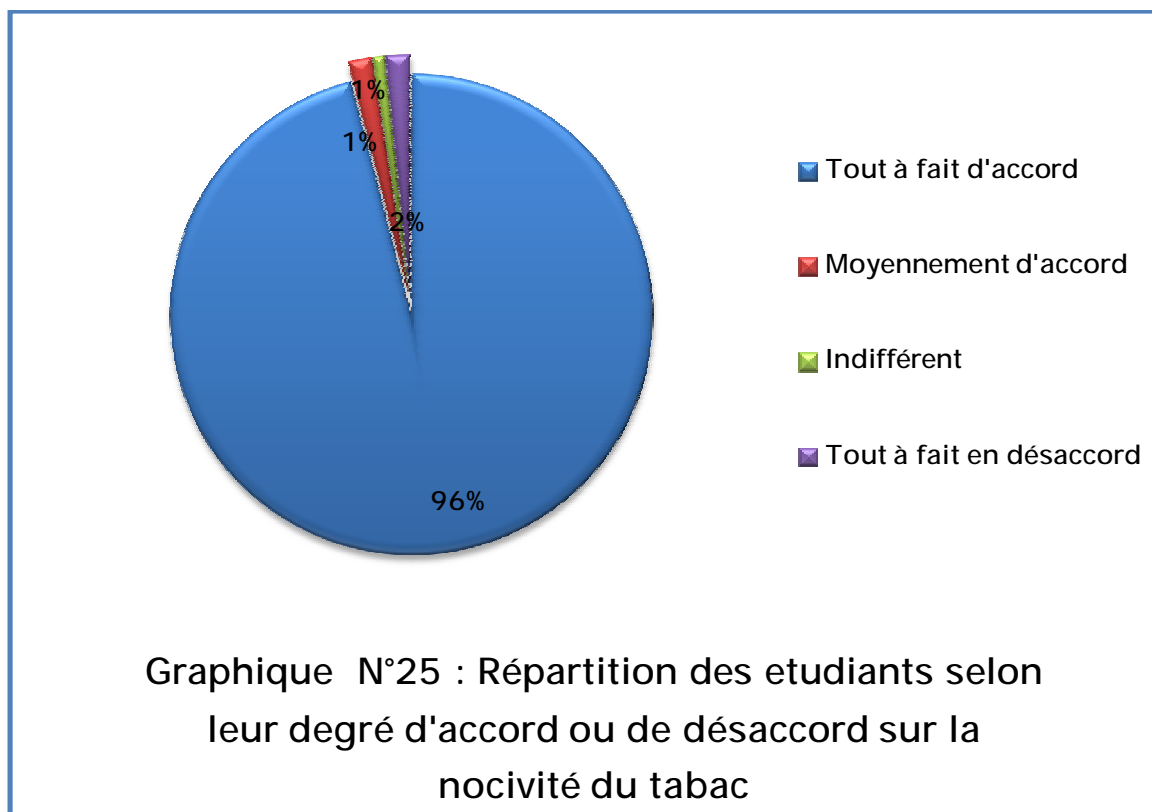


On observe que parmi les 18 étudiants fumeurs qui ont remplis le test de Richmond, 16,7% entre eux ont une bonne motivation pour l'arrêt du tabac contre 55,6% qui ont une faible motivation.

III. Connaissance des étudiants via a vis du méfait du tabac

1. Le tabac est-il nocif pour la santé

Presque la totalité des étudiants (96%) affirment que le tabagisme est nocif pour la santé, contre seulement 1,6% qui disent le contraire.



2. Etude de la question : « Pour chacune des maladies suivantes, pouvez vous évaluer l'importance que vous attribuez au rôle du tabac ? »

Tableau N°15 : Pourcentage de l'ensemble des étudiants selon leur connaissance du rôle du tabac dans certaines maladies.

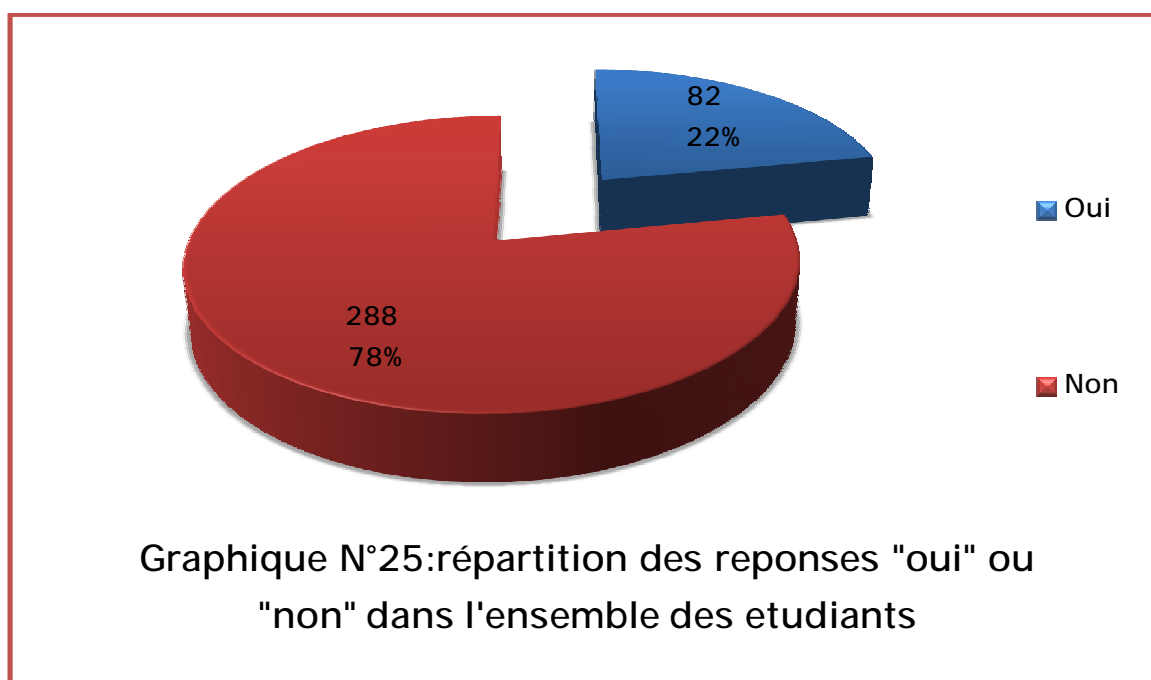
	Déterminant n (%)	Favorisant n (%)	Sans rapport n (%)	Ne sait pas n (%)	Total n (%)
Cancer de la vessie	79 (21,2)	63 (16,9)	46 (12,4)	130 (34,9)	318 (85,5)
Maladies Coronariennes	99 (26,6)	92 (24,7)	7 (1,9)	121 (32,5)	319 (85,8)
Cancer des bronches	205 (55,1)	49 (13,2)	9 (2,4)	60 (16,1)	323 (86,8)
Bronchite chronique	160 (34)	82 (22)	10 (2,7)	69 (18,5)	321 (86,3)
Cancer de la bouche	187 (50,3)	77 (20,7)	2 (0,5)	56 (15,1)	322 (86,6)
Emphysème pulmonaire	127 (34,1)	89 (23,9)	15 (4)	82 (22)	313 (84,1)
Cancer du larynx	189 (50,8)	65 (17,5)	0 (0)	68 (18,3)	322(86,6)
Artérite	48 (12,9)	84 (22,6)	18 (4,8)	163 (43,8)	313 (84,1)
Leucoplasie de la bouche et des lèvres	117 (21,5)	99 (26,6)	3 (0,8)	100 (26,9)	319 (85,8)
Lésions des tissus mous (bouche et lèvres)	127 (34,1)	103 (27,7)	5 (1,3)	79 (21,2)	314 (84,4)
Mortalité néonatale	72 (19,4)	80 (21,5)	18 (4,8)	146 (39,2)	316 (84,9)
Total n (%)	1410 (40,3)	883 (25,2)	133 (3,8)	1074 (30,7)	3500 (100)

Concernant l'ensemble des étudiants, on observe que entre 65,5 % ont dit que le tabac a un rôle déterminant ou favorisant dans la genèse de ces maladies, contre 3,8% qui ont exprimé que le tabac est sans rapport avec la survenue de ces maladies. Le reste méconnaissent le rôle du tabac dans la survenue de ces maladies.

IV. Connaissances et attitudes des étudiants a propos de moyenne de prévention et de lutte anti-tabac.

1. Connaissance de la législation anti-tabac.

1.1 Savez-vous qu'une loi marocaine "antitabac" existe ?



Dans l'ensemble des étudiants le taux de réponse a cette questions était très élevé 99,5%, avec seulement 22% des étudiants qui connaissent l'existence d'une loi anti-tabac au Maroc.

2. Avis des étudiants vis-à-vis de certaines affirmations concernant le tabagisme.

Tableau N°16 : Pourcentage de l'ensemble des étudiants selon le degré d'accord ou de désaccord pour certaines affirmations

	Tout a fait d'accord n (%)	Moyenne-ment d'accord n (%)	Indiffèrent n (%)	Tout à fait En Désaccord n (%)	Total n (%)
Pensez vous que fumer est nocif pour la santé ?	354 (95,2)	6 (1,6)	3 (0,8)	6 (1,6)	369 (99,2)
la plupart des gens ne cesseront pas de fumer même si leur médecin le leur conseille	156 (41,9)	172 (46,2)	22 (5,9)	18 (4,8)	368 (98,2)
La plupart des fumeurs peuvent s'arrêter si ils ont la volonté	235 (63,2)	106 (28,5)	18 (4,8)	10 (2,7)	369 (99,2)
c'est désagréable d'être a coté d'une personne qui fume	274 (73,7)	41 (11)	28 (7,8)	18 (4,8)	361 (97)
C'est la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer	93 (25)	177 (47,6)	41 (11)	59 (15,9)	370 (99,5)
Les médecins devraient être plus actifs en parlant du danger du tabac à des groupes à risque	286 (76,9)	55 (14,8)	18 (4,8)	8 (2,2)	367 (98,7)
Vous avez assez de connaissance pour conseiller les malades qui veulent s'arrêter de fumer	125 (33,6)	160 (43)	45 (12,1)	32 (8,6)	362 (97,3)
Total n (%)	1523 (59,3)	717 (27,9)	175 (6,8)	151 (5,8)	2566 (100)

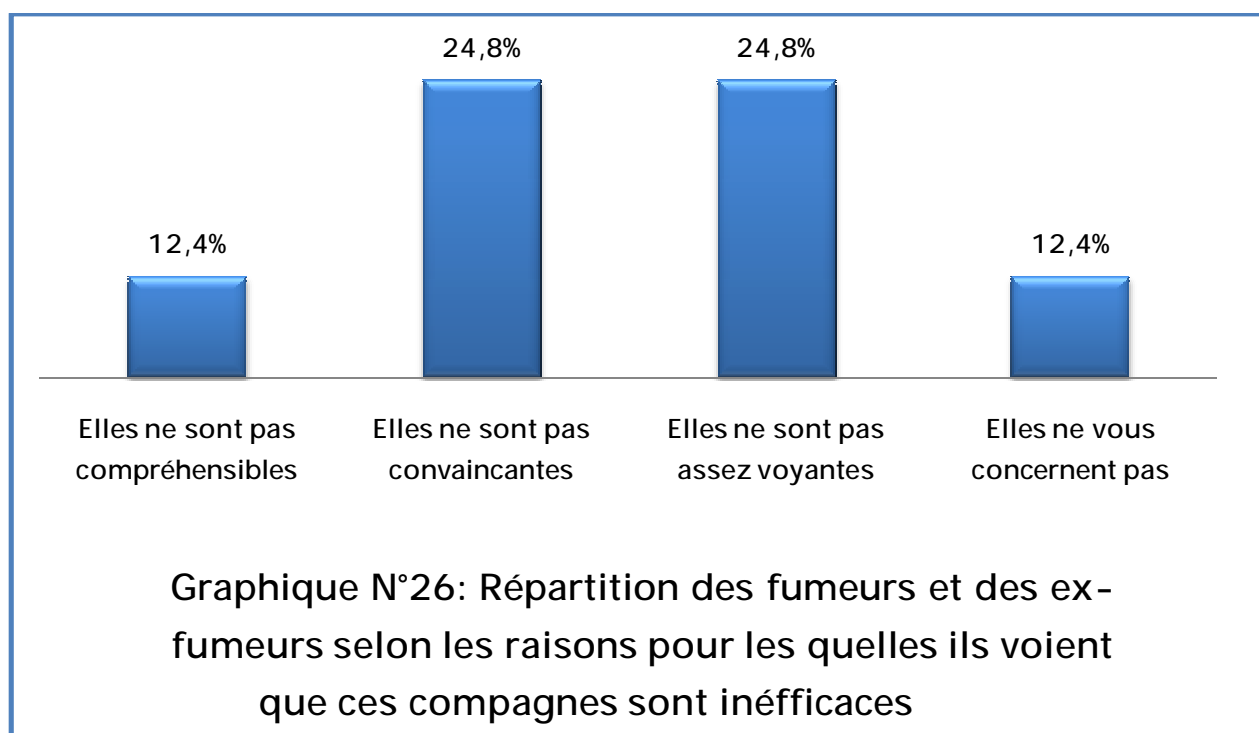
Concernant l'ensemble des étudiants, on observe que entre 87,2 % sont tout à fait à moyennement d'accord pour toutes les affirmations. Avec, seulement 33,9% des étudiants estiment qu'ils ont assez de connaissances pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer.

3. A propos de campagnes de prévention contre l'usage du tabac.

Parmi les 372 étudiants qui ont participé a notre étude, 49,5% d'entre eux disent qui n'ont jamais eu connaissance de l'existence de campagne de lutte contre le tabagisme.

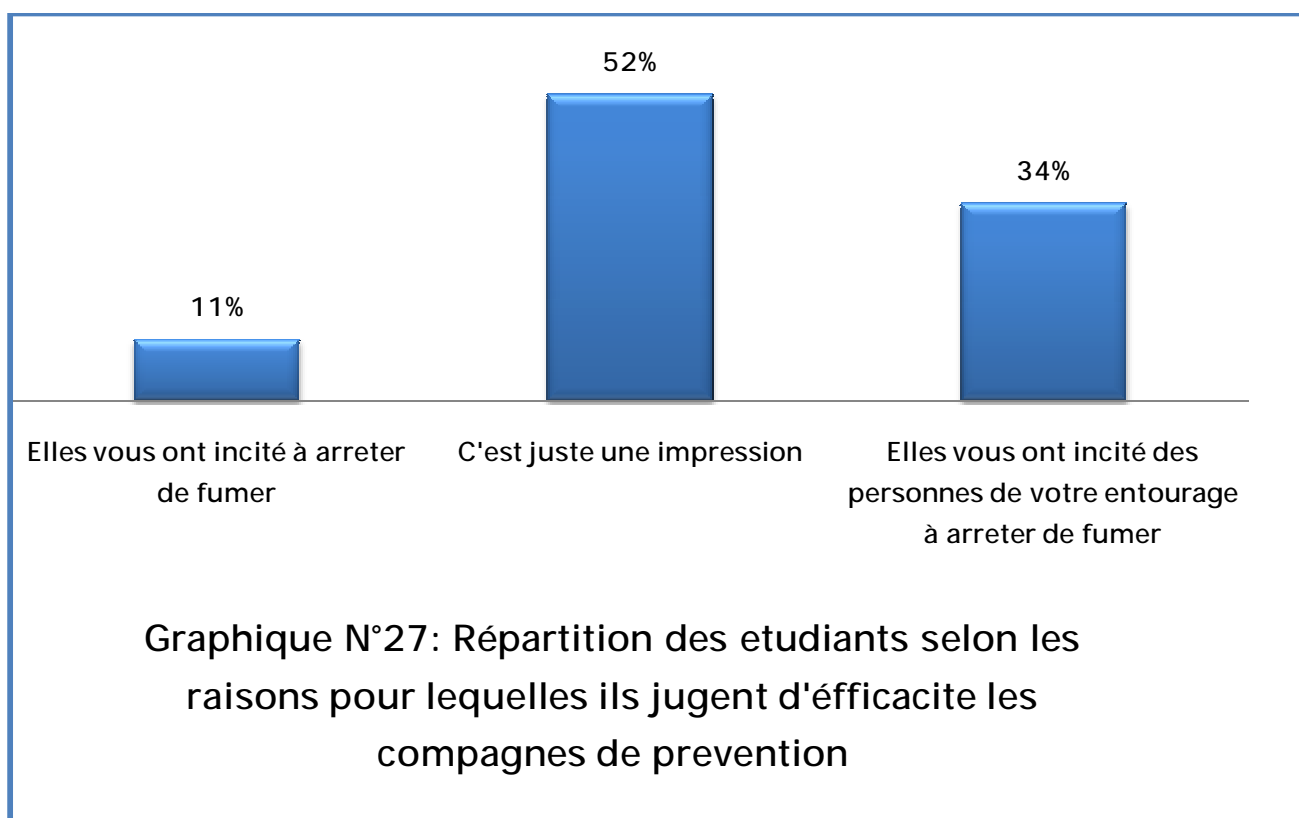
Parmi ces étudiants enquêtés 185 (49,7%) pensent que ces campagnes sont inefficaces. Et prouvent leurs avis par les arguments suivants.

- ∅ Elles ne sont pas compréhensibles dans 12,4% des cas.
- ∅ Elles ne sont pas convaincantes dans 24,8% des cas.
- ∅ Elles ne sont pas assez voyantes dans 24,8% des cas.
- ∅ Elles ne vous concernent pas dans 12,4% des cas.



Pour l'autre moitié 178(47,7%) qui dit que ces campagnes sont efficaces se prouve par les raisons suivantes.

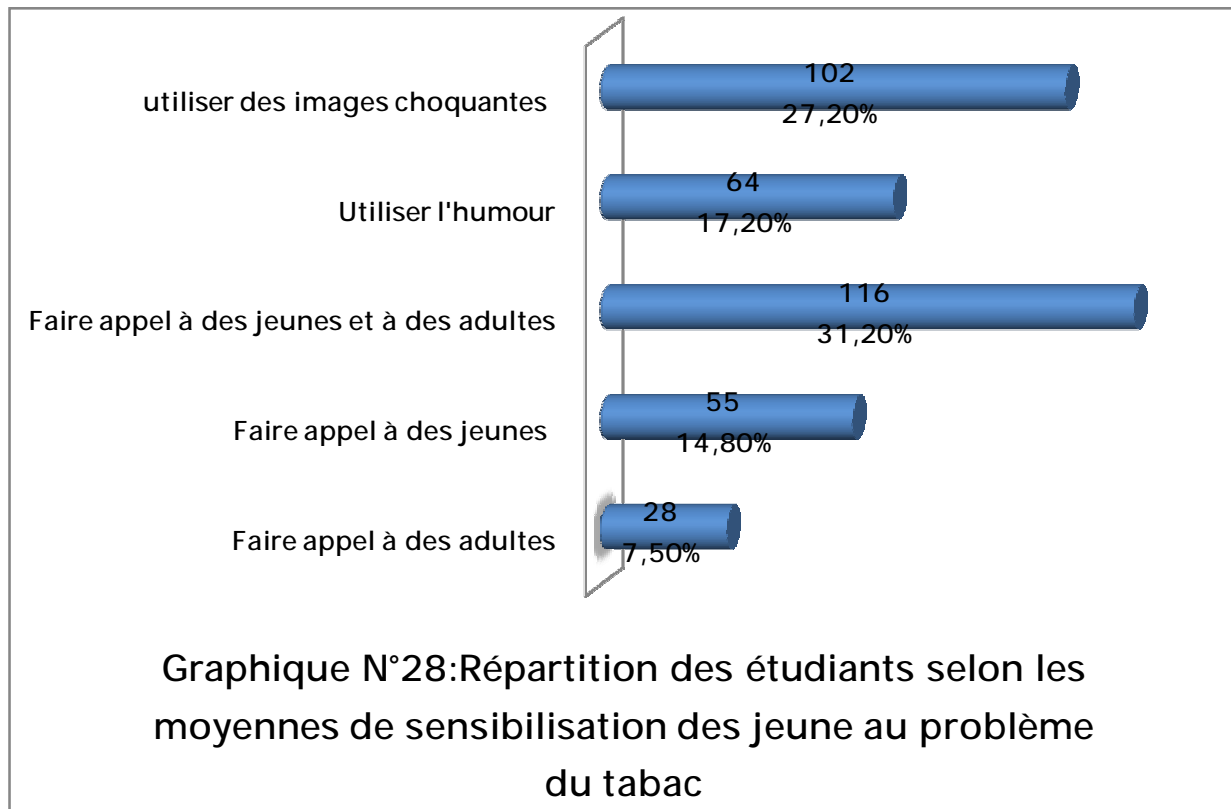
- Ø Elles vous ont incité a arrêté de fumer dans 11% des cas.
- Ø C'est juste une impression dans 52% des cas.
- Ø Elles vous en incité des personnes de votre entourage a arrêté de fumer dans 34% des cas.



4. avis des étudiants a propos des moyenne de préventions.

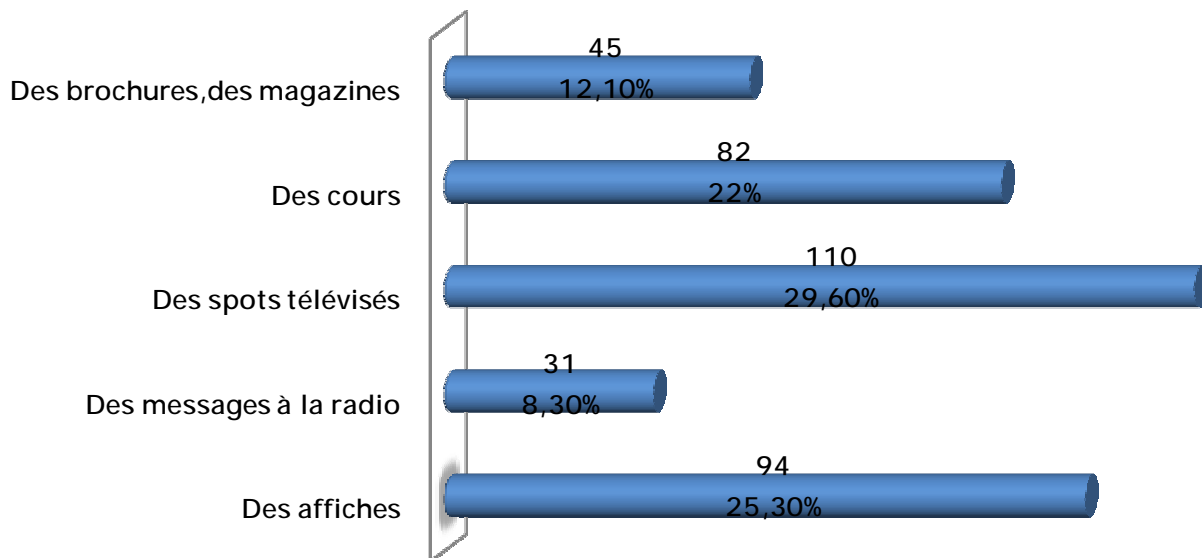
4.1 Pour sensibiliser les jeunes au problème du tabac, il vaut mieux ?

31,2% des étudiants pensent qui vaut mieux faire appel à des jeunes et a des adultes pour sensibilisés les jeunes au problème du tabac, vient après l'utilisation des images choquantes dont 27,2% des cas.



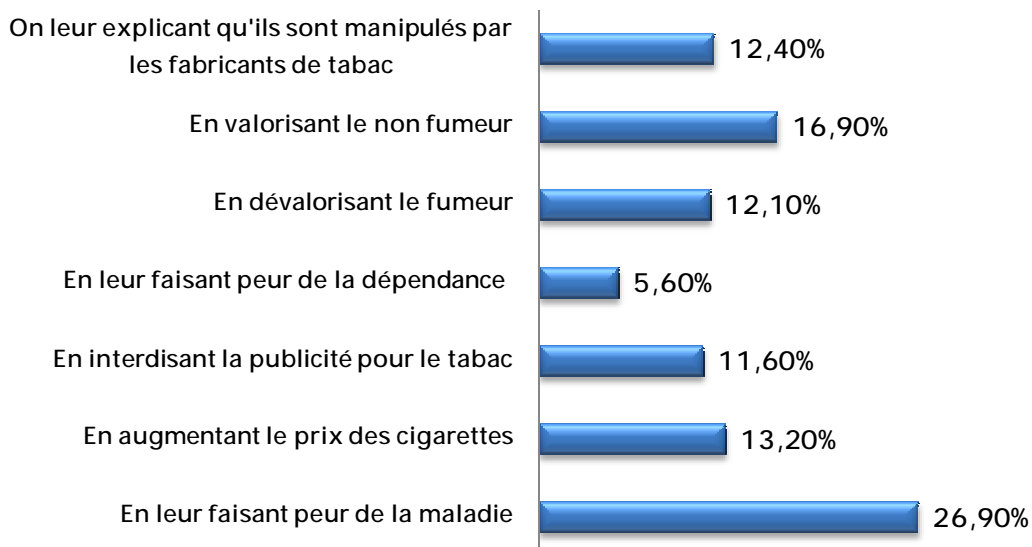
4.2 Pour la mise en place d'une campagne de prévention, les supports qui vous toucheraient le plus sont ?

26,6% des étudiants choisissent les spots télévisés comme les supports de prévention les plus touchants, vient après et respectivement les affiches, et les cours dans 25,3% et 22% des cas.



Graphique N°29: Répartition des étudiants selon les supports de prévention qui les touchent le plus

4.3 Comment pourrait-on inciter les jeunes à ne pas fumer ?



Graphique N°30: Répartition des étudiants selon leur avis pour inciter les jeunes à ne pas fumer

Parmi les étudiants qui ont répondu à la question presque 27% disent qu'il faut faire peur de la maladie pour inciter les jeunes à ne pas fumer.

5. Au cours de votre future carrière professionnelle, mettez-vous en garde vos malades vis à vis du tabac ?

Situation 1 : Globalement, les étudiants mettent souvent en garde les patients, dans cette situation, dans 69,6 % avec une différence significative entre fumeurs et non fumeurs.

Tableau N°17 : Réponse à la question : "mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac quand le malade a des symptômes ou une maladie liée au tabac ?"

Réponse	Fumeurs actuels		Non fumeurs		Total	
	n=22	%	n=350	%	n=372	%
Souvent	9	40,9	250	71,4	259	69,6
Parfois	2	9,1	30	8,5	32	8,6
Rarement	0	0	6	1,7	6	1,6
Jamais	2	9,1	4	1,1	6	1,6

p<0,0001

Situation 2 : Dans cette situation les étudiants mettent souvent en garde les patients dans 71,5% sans différence significative entre fumeurs et non fumeurs.

Tableau N°18 : Réponse à la question : "mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac quand le patient lui-même pose la question sur le tabac ?"

Réponse	Fumeurs		Non fumeurs		Total	
	n=22	%	n=350	%	n=372	%
Souvent	6	27,3	260	74,2	266	71,5
Parfois	4	18,9	25	7,1	29	7,7
Rarement	0	0	9	2,5	9	2,4
Jamais	3	13,6	8	2,2	11	2,9

p<0,0001

Situation 3 : Globalement, 12,1 % des étudiants mettent souvent en garde les patients contre le tabac, avec un taux de 22,7 % chez les fumeurs et 10,7 % chez les jamais fumeurs.

Tableau N°19 : Réponse à la question : "mettez-vous en garde vos patients contre les méfaits du tabac dans tout les cas ?"

Réponse	Fumeurs		Non fumeurs		Total	
	n=22	%	n=350	%	n=372	%
Souvent	5	22,7	40	10,7	45	12,1
Parfois	3	13,6	88	23,6	91	24,4
Rarement	0	0	110	31,4	110	29,5
Jamais	3	13,6	60	16,1	63	16,9

P=0,001

V. Analyse multivarié.

1. Les facteurs pouvant influencés le statut tabagique des étudiants.

Le tableau si dessous récapitule les différents facteurs pouvant influencer les élèves :

Tableau N°20 : Récapitulatif des facteurs pouvant influencés le statut tabagique des étudiants.

Facteurs étudiés		fumeurs	Non fumeur	p
sexe	Masculin	13,4%	86,6%	<0,0001
	féminin	0,5%	99,5%	
âge	≤20ans	4,8%	94%	=0,203
	>20ans	8,1%	91,1%	
Année d'étude	1 ^{ère} année	4,7%	95,3%	=0,163
	5 ^{ème} année	8,4%	91,6%	
Meilleurs amis qui fument	Oui	54,5%	6,4%	<0,0001
	Non	45,5%	93,6%	
Proportion d'amis qui fument	Minorité	59,1	93,4%	<0,0001
	Majorité	40,9%	6,6%	
Tabagisme paternel	Oui	22,7%	14,9%	=0,3
	Non	77,3%	81,1%	

Tableau N°21 : les facteurs retenus comme liés au statut tabagique des étudiants.

Facteurs étudiés		Odds Ratio OR	Intervalle de confiance	p
sexe	Masculin	19,4	[1,05-7,5]	=0,005
	féminin	1		
Meilleurs amis qui fument	Oui	5,5	[0,5-9,4]	=0,002
	Non	1		
Proportion d'amis qui fument	Minorité	1	[0,6-5,4]	=0,02
	Majorité	4,1		

Il existe une liaison significative entre le statut tabagique fumeur et :

- ∅ Le faite d'être de sexe masculin (OR : 19,4 ; p=0,005).
- ∅ Le faite d'avoir le meilleur ami fumeur (OR : 5,5 ; p= 0,002)
- ∅ Le faite d'avoir la majorité d'amis fumeurs (OR : 4,1 ; p=0,02)

DISCUSSION

I. PRINCIPAUX RESULTAS :

Parmi les 372 étudiants qui ont rempli le questionnaire on compte 215 filles (56 %) et 157 garçons (44 %) avec un âge moyen de 19,5 ans. vingt-deux étudiants sont fumeurs soit 6 % dont 95% de garçons pour 5% % de filles dont la majorité (63,6 %) ont commencé à fumer à l'âge de 16 ,17ans.

Parmi les motivations du tabagisme on retrouve la curiosité dans 63,6 % des cas puis l'ennui et le stress 27,2% % des cas, seulement 22 % des étudiants affirment connaître l'existence de lois anti-tabagiques, 15 % ont cessé de fumer. Les étudiants ayant arrêté de fumer ont justifié cet arrêt par

- connaissance des dangers de la cigarette (33,4 %)
- Pas envie (29,1 %)
- Choix d'être non fumeur (15,1%)

Cinquante pour cent des étudiants ont déjà eu connaissance de l'existence de campagne de lutte anti tabac. Enfin, 29,6 % pensent qui vaut mieux utilisé les spots télévisés comme un support des campagnes de préventions.

II. PREVALENCE DU TABAGISME

1. Prévalence globale

Le taux de 6 % de fumeurs chez les étudiants de la faculté de médecine d'Oujda reste le plus bas par rapport aux taux retrouvés dans les autres études nationales. Il reste proche de taux trouvé à la faculté de médecine de Marrakech 7% et des taux retrouvés dans certains pays où les prévalences sont basses.

La 2ème constatation est que depuis les années 80, il y' a une tendance manifeste à la baisse du taux des fumeurs chez les étudiants en médecine au Maroc. Cette baisse peut être expliquée en partie par la promulgation de la loi anti-tabac, par l'introduction de l'enseignement de la pathologie du tabac dans le programme des études médicales et par le rôle sensibilisant des enquêtes réalisées.

A l'échelle internationale, dans les pays méditerranéens : Europe, Maghreb, Moyen-Orient, Les Données d'une enquête coopérative menée par J-F. Tessier, la proportion de fumeurs est différente dans les deux sexes, Dans la majorité des pays elle est supérieure à 45% chez les hommes et inférieure à 15% chez les femmes [76].

Dans d'autres pays les prévalences retrouvées en 2005 sont proches de la nôtre: (7,9 % en Egypte), 6% en Chine et 7% en Inde [77, 78].

Une comparaison entre les différentes régions du monde faite par l'OMS, révèle que le pacifique occidental compte le plus grand nombre de fumeurs et qu'il présente la plus forte prévalence du tabagisme chez les hommes et l'augmentation la plus rapide des nouveaux fumeurs chez les femmes et les jeunes [79].

Tableau N°22 : Prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine et dans différentes catégories socioprofessionnelles

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Année d'étude	Fumeur (%)
Casablanca [80]	Etudiants en médecine	1982	38,9
Casablanca [81]		1989	19,7
Casablanca [82]		1999	11,3
Casablanca [83]		2002	12,3
Marrakech [84]		2005	15,3
Marrakech [85]		2007	7
Fès [86]		2011	19,9
Oujda (notre étude)		2012	6
Tunisie [87]	Etudiants en médecine	2000	30
Sénégal [98]		2001	34,6
Cote d'ivoire [89]		2002	7,6
France [90]		2003	37,8
Finlande [101]		2006	15
Algérie [91]		2007	12
Oujda [97]	Milieu universitaire	1995	24,1
USA [94]		1999	32,9
El Jadida [92]		2000	12,7
Syrie [95]		2004	19
Casablanca (Ecole hassanya)[93]		2005	28
Kenya[96]	Milieu scolaire	1998	40
Marrakech[98]		2001	15,7
Casa Lyautey[99]		2002	34,3
Oujda[103]		2010	8,8
Séfrou[104]		2012	9,3
Casablanca [102]	Personnel de santé	2005	24,7
Safi [100]		2000	15,6

III. PREVALENCE DU TABAGISME SELON LE SEXE :

Dans notre étude, la prédominance masculine est nette avec 13,4% d'étudiants fumeurs contre 0,5% d'étudiantes fumeuses. La même constatation ressort dans toutes les études menées dans les autres milieux universitaires.

Tableau N°23 : Prévalence du tabagisme selon le genre chez les étudiants en médecine et dans différentes catégories socioprofessionnelles

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Année d'étude	Fumeur (%)		
			Masculins	Féminins	Total
Casablanca [80]	Etudiants en médecine	1982	42,7	13,9	34,3
Casablanca [82]		1999	21,6	5,2	11,3
Casablanca [83]		2002	22,5	5,8	12,3
Marrakech [85]		2007	16,45	0,9	7
Fès [86]		2011	30,6	10,6	19,9
Oujda (notre étude)		2012	13,4	0,5	6
Tunisie [87]	Etudiants en médecine	2000	31,8	3,3	30
Sénégal [88]		2001	43	6,8	34,6
France [90]		2003	42	36	37,8
Finlande [101]		2006	23	11	15
El Jadida [92]	Milieu universitaire	2000	21,7	2,3	12,7
Syrie [91]		2004	30,9	7,4	19
Casablanca (Ecole hassanya)[93]		2005	32	16	28
Marrakech [98]	Milieu scolaire	2001	21,7	5,7	15,7
Casa Lyautey [99]		2002	48,5	51,1	34,3
Oujda [103]		2010	14,4	1,5	8,8
Séfrou [104]		2012	15	3	9,3
Casablanca [102]	Personnel de santé	2005	43,8	11,0	24,7
Safi [100]		2000	34,3	0,8	24,5

Egalement la prédominance masculine du tabagisme est constatée dans les autres enquêtes réalisées dans différentes fac de médecine et d'autres universités.

Cette prédominance masculine du tabagisme est loin d'être la règle. En effet, dans d'autre pays comme la France, on constate une augmentation importante de la proportion des fumeuses dans les années 90 surtout pour la tranche d'âge 25-49ans [105]. Chez les jeunes de moins de 17 ans, le tabagisme apparaît plus fréquent chez les filles que chez les garçons avec respectivement 21,2%, et 26,9%) [106].

En effet, dans les pays industrialisés, le tabagisme chez les femmes a connu une nette augmentation entre les années 80 et 90. Il est probable que l'urbanisation, la réussite professionnelle et un plus grand pouvoir d'achat soient parmi les facteurs qui ont contribué à ce résultat. Néanmoins, les conséquences sont à prévoir dans les années à venir. En 2025, on observera vraisemblablement autant de morts par cancer broncho-pulmonaire que de morts par cancer du sein chez les femmes [107].

IV. PREVALENCE DU TABAGISME SELON L'AGE :

Comme d'autres études portant sur le tabagisme des étudiants, notre étude a montré clairement l'association du tabagisme avec l'âge.

L'âge est un facteur déterminant dans l'acquisition de l'habitude tabagique. En effet, la proportion de fumeurs suit une courbe ascendante avec l'âge passant de 4,8% entre 17 et 20 ans à 8,1% entre 21 et 25 ans (notre étude). Les mêmes résultats étaient constatés à la faculté de médecine de Marrakech passant de 4,5% entre 17 et 20 ans à 12,4% pour les étudiants de plus de 24 ans. A la faculté de médecine de Fès passant de 15,3% entre 17 et 20 ans à 48% entre 23 et 24 ans [85,86]. Même remarque concernant l'Ecole Hassanya [93], et à la faculté de médecine de Casablanca [83]. Dans d'autres pays arabes ; ainsi en Syrie, le taux des fumeurs chez

les universitaires est très dépendant de l'âge : il passe de 15% à 18 ans à 23% à 23 ans [93].

A la faculté de médecine de Monastir, en Tunisie, la prévalence du tabagisme passe de 12,2% entre 17-20 ans à 23,6% chez les étudiants âgés de 25 à 31 ans [89].

A la faculté de médecine de Dakar l'étude montre que la tranche d'âge comprise entre 20 et 25 ans était la plus représentée avec 68,8% [90].

En France, A la faculté de médecine de Brest, la prévalence du tabagisme passe de 18% à 18 ans à 35% à 24 ans [92].

V. PREVALENCE DU TABAGISME EN FONCTION D'ANNEE

D'ETUDE :

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme augmente avec l'année d'étude.

Elle passe de 4,8 à 8,1% de la 1^{ère} à la 5^{ème} année. Les mêmes résultats ressortent de l'enquête réalisée à la faculté de médecine de Fès [86], et d'autres milieux universitaires au Maroc et en Tunisie.

Tableau N°24 : Tabagisme en fonction du niveau d'étude.

Ville, pays	Année	Niveau d'étude	(%)
Casablanca [81]	1988	1 ^{ère} année	13,8
		5 ^{ème} année	28,8
Casablanca [83]	2002	1 ^{ère} année	10,3
		5 ^{ème} année	23
Marrakech [85]	2007	1 ^{ère} année	8,7
		5 ^{ème} année	3,6
Fès [86]	2011	1 ^{ère} année	5,7
		5 ^{ème} année	15,9
Oujda (notre étude)	2012	1 ^{ère} année	4,8
		5 ^{ème} année	8,1
Tunis [87]	2000	1 ^{ère} année	14,6
		5 ^{ème} année	19,9

En général, les étudiants fument autant au premier qu'au second cycle, ce qui montre que les études n'ont pas actuellement une influence nette sur le comportement tabagique. D'une façon générale, l'éducation tardive quelle que soit son intensité et quel que soit le public auquel elle est destinée, semble avoir peu d'effets sur le comportement vis-à-vis du tabac. Pour cette raison, un programme de prévention basé sur l'éducation sanitaire doit cibler en priorité les jeunes dont l'âge ne dépasse guère celui du début du tabagisme, c'est-à-dire entre 12 et 14 ans [108].

VI. INFLUENCE DE L'ENTOURAGE :

Notre travail souligne la part de responsabilité du tabagisme de l'entourage, et surtout des amis dans le tabagisme des étudiants enquêtés. Plus que 86% des fumeurs enquêtés ont déclaré que leurs amis fument.

Ce taux reste toujours élevé dans d'autres études similaires nationales réalisées à Fès et Marrakech, il est de 60% à Fès et de 80,8% à Marrakech [86,85].

Dans l'étude faite en milieu universitaire à El Jadida, les garçons sont influencés par le tabagisme du père et des amis, tandis que les filles sont influencées par le tabagisme des sœurs et de la mère [92].

Le fait d'avoir son (sa) meilleur (e) ami (e) fumeur est un paramètre prédictif du tabagisme de loin le plus important [109]. Dans notre étude 54,5% des fumeurs leur meilleur ami fume contre seulement 6,4% chez les non fumeurs. D'autres études réalisées tant chez les collégiens et lycéens que chez l'adulte jeune aboutissent à la même conclusion [110,111].

Notre enquête confirme que le risque de devenir fumeur à cet âge dépend étroitement de l'entourage surtout amical.

VII. DEGRE D'INTOXICATION TABAGIQUE :

1. Age de début du tabagisme :

Dans notre étude, On observe que la majorité des étudiants (63%) ont fumé leurs 1^{er}cigarette entre l'âge de 16 et 17 ans (extrêmes entre 13 et 19 ans). L'âge moyen de début de la cigarette est de 15,6. A la faculté de Fès la majorité des étudiants ont fumé leurs 1^{er}cigarette entre l'âge de 16 et 19 ans avec l'âge moyen de début a 16,17. A la faculté de Marrakech la majorité des étudiants ont fumé leurs 1^{er}cigarette entre l'âge de 15 et 20 ans avec l'âge moyen de début a 17,5.

En milieu universitaire à El Jadida, 78,5% des étudiants fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 19 ans dont 32% entre 16 et 17 ans [92]. A l'Ecole Hassanya des travaux publique 21% ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans contre 49% ont commencé à fumer à 22 ans et plus [93].

A Dakar, l'âge moyen de début du tabagisme était de 14 ($\pm 2,2$) ans (extrêmes entre 5 et 26 ans) [90]. En France, a la faculté de médecine de Brest l'âge moyen de début du tabagisme était de 16,4($\pm 2,2$) ans [90].

En Syrie, l'âge moyen de début du tabagisme est de 19 ans en milieu universitaire [91].

Le tabagisme est un comportement qui s'acquiert à un âge de plus en plus jeune, il débute généralement avant l'âge de 18 ans. Rares sont les jeunes qui commencent à fumer à l'âge adulte [112]. Aussi, les enfants représentent-ils une cible privilégiée pour l'industrie du tabac comme le démontre la propre documentation de cette dernière [113, 114].

Nombreuses sont les études qui ont soulevée la notion de jeune âge du début du tabagisme, et de ce fait la prévention doit être précoce et cibler les jeunes enfants qui n'ont pas encore acquis le caractère oppositionnel des adolescents [115].

2. Durée de consommation du tabagisme :

Dans notre étude, La durée moyenne du tabagisme chez les étudiants est de 4,68(\pm 2,64) ans avec des âges extrêmes allant de 1 à 10 ans.

A la faculté de médecine de Marrakech, 50 % des tabagiques fumaient depuis de 5 à 7 ans, tandis que 20 % fumaient pendant 8 ans et plus. La moyenne de cette ancienneté est de 5,4 ans (\pm 2,2 ans) avec des extrêmes de 2 et 10 ans [85].

A la faculté de médecine de Fès le durée du tabagisme chez la majorité des étudiants variait entre 2 et 4 ans (extrêmes entre 1 et 9 ans), avec une durée moyenne de 3,58(\pm 1,95) ans [86].

A la Faculté de médecine de Casablanca, le taux des étudiants qui ont fumé pendant 6 mois ou plus est de 60,9% [83].A l'Ecole Hassanya, Plus des deux tiers des étudiants fumeurs avaient fumé pendant moins de deux ans soit 73,3%, 16,4%avaient fumé entre 3 et 4 ans, tandis que 10,2% des étudiants fumeurs avaient fumé pendant 5 ans ou plus [93].

A la faculté de médecine de Dakar la durée moyenne du tabagisme était de16 (\pm 4,4) ans (extrêmes entre 5 et 26 ans) [88].

L'excès du risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (quantité de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée).Pour le risque de cancer bronchique, qui est le plus spécifiquement lié au tabac et qui a été le plus étudié, l'excès de risque encouru par un fumeur par rapport à un non-fumeur dépend beaucoup plus de la durée que de la quantité fumée. Ainsi doubler la durée multiplie le risque par 20, alors que doubler la quantité de tabac fumée multiplie le risque par 2 [116].

3. Nombre et type de cigarettes consommées par jour.

La moitié des jeunes qui fument tout les jours et qui continueront à le faire à l'âge adulte, mourront d'une maladie causée par le tabac et raccourciront leur vie de 15 ans en moyenne. On estime que l'espérance de vie est réduite en moyenne de 4 ans chez un fumeur de moins de 10 cigarette/jour, de 6 ans chez un fumeur de 10 à 20 cigarettes/jour [84].

Dans notre étude 68,1% des fumeurs fument moins de 10 cigarettes par jour, et 18,2% fument plus de 15 cigarettes par jour.

A la faculté de médecine de Fès notre étude 49%, des étudiants fumeurs consommaient moins de 5 cigarettes /j, pour que 9% des fumeurs consommaient plus de 15 cigarettes/jour [86].

A la faculté de médecine de Marrakech La moyenne des cigarettes consommées par jour était de 9,4 cigarettes (ET=5,8) avec des extrêmes de 1 et 20 cigarettes. Dans 53 % des cas, la consommation était de moins de 10 cigarettes par jour [85] .

A l'Ecole Hassanya l'étude montre que 70% des étudiants fumeurs consommaient moins de 10 cigarettes/jr, 19% des fumeurs entre 11 et 20 cigarettes/jr et 11% consommaient plus d'un paquet/jr [93].

A la faculté de médecine de Casablanca, sur l'ensemble des 87 étudiants fumeurs, 57,5% étaient des petits fumeurs (<10 cigarettes/jr) contre 6,9% de gros fumeurs (>20 cigarettes/jr) [83].

En France ; l'étude de Brest montre que 61% des étudiants fumeurs fument moins de 10 cigarettes/jr, est que 4% fument plus de 20 cigarettes/jr [90].

Notre étude a montré que la totalité des étudiants consomment des cigarettes industrielles avec filtre (100%). D'autres études faites rapportent que la majorité des

étudiants consomment des cigarettes avec filtre [110], A Fès et a Casablanca ce taux était respectivement de 100 et 77%. [83].

La quantité réelle de nicotine absorbée par chaque fumeur, dépend de la manière de fumer : rythme et importance des bouffées, profondeur de l'inhalation, combustion plus ou moins complète de la cigarette. Pour des fumeurs de 30cigarettes par jour, la quantité de nicotine absorbée peut varier de 10 à 100 mg/j [117].

Un fumeur "dépendant à la nicotine" qui passe aux cigarettes légères, va fumer plus profondément de façon à "récupérer" la nicotine dont il ressent le besoin; de ce fait, il va absorber davantage de goudrons et surtout de CO. Les cigarettes légères ne modifient que peu ou pas le risque encouru, surtout pour les accidents cardiovasculaires [118, 117].

4. Degré de dépendance a la nicotine.

Nous avons évalué le degré de la dépendance à la nicotine en utilisant le test de FAGESTROM qui est le plus simple et la méthode la plus utilisée [119]. On constate que 61% des fumeurs sont non ou peu dépendants à la nicotine, 11% ont une dépendance moyenne et 28% sont fortement dépendants.

A Fès 50% des fumeurs sont non ou peu dépendants à la nicotine, 40% ont une dépendance moyenne et 10% sont fortement dépendants [86].

Barakat retrouve dans une étude menée en 2004 à la faculté de médecine de Casablanca que 63,2% des étudiants sont non ou peu dépendants, 29,9% ont une dépendance moyenne et 6,9% sont fortement dépendants [83].A l'Ecole Hassanya l'étude montre que 54% des fumeurs sont non ou peu dépendants, 25% ont une dépendance moyenne et 21% sont fortement dépendants [93].

A l'échelle internationale, l'étude faite à la faculté de médecine de Dakar montre que la dépendance est faible chez 15,5%, moyenne dans 59,3% des cas, forte dans 14% et très forte chez 4,7% [88] et au milieu des médecins exerçants ; moyenne dans 37,9%, forte dans 39,6% et très forte dans 12,6% [120].

En France, l'étude faite à la faculté de médecine de Brest montre que 80% des fumeurs ont une faible dépendance et 18% ont une dépendance moyenne et seulement 2% ont une forte dépendance [90].

5. Motivation des fumeurs :

Dans notre enquête, la curiosité est la motivation essentielle du début du tabagisme avec un taux de 63%. La raison essentielle pour continuer à fumer c'était le plaisir fourni par la cigarette dans 40,9% des cas, et son effet calmant dans 18,2% des cas.

A Fès la curiosité et le stress des examens sont les deux motivations essentielles du début du tabagisme avec respectivement 52% et 48,%. La raison essentielle pour continuer à fumer est le besoin de se calmer [86].

Contrairement à ce que croient les fumeurs ; fumer ne permet pas d'entrer dans le monde des grands, tout au contraire, l'effet apaisant de la fumée reflète le Contre coup de la tension et de l'irritabilité qui se développent à cause du manque de la nicotine [121].

Dans d'autres études menées à l'échelle nationale, la curiosité et l'ennui sont les deux motifs essentiels du début du tabagisme dans les milieux scolaires ou universitaires [123, 122, 124].

VIII. COMPORTEMENT DES FUMEURS VIS A VIS DU SEVRAGE :

1. Tentative d'arrêt de fumer :

Le tabagisme est responsable d'une lourde morbidité et d'une importante mortalité, ainsi ; le sevrage tabagique présente de multiples avantages dans bien des processus pathologiques (coronaropathie, BPCO, cancers des voies aérodigestives supérieurs et cancers bronchiques).

Dans notre étude 78% des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer contre 22% qui n'ont jamais essayé. Parmi cette 78% qui a tenté d'arrêter 72% ont une dépendance faible, 7,2% ont une dépendance moyenne, et 21,4% ont une forte dépendance.

A Fès 50% des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer contre 50% qui n'ont jamais essayé [86].

Dans l'étude réalisée à l'école Hassanya, ceux qui ont tenté d'arrêter étaient de 62% [93]. Ce taux est similaire à celui retrouvé à la Faculté de Médecine de casa [83].

En Sénégal, 78,2% pensaient pouvoir abandonner le tabac dans les 5 années à venir, mais seulement 42% ont vraiment fait une tentative de sevrage [62].

En Syrie, à la fin de l'étude menée à l'université de halabé, 56% des étudiants croient qu'ils peuvent quitter le tabac à n'importe quel moment [88].

En Europe, Tessier [124] rapporte que plus de 40% des étudiants en médecine ont déjà essayé de cesser de fumer. A la faculté de médecine de Brest 57% des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter de fumer. Les garçons sont proportionnellement plus nombreux à essayer d'arrêter de fumer [90].

Arrêter de fumer n'est pas facile. L'arrêt du tabac cause un syndrome de sevrage et implique un difficile changement des habitudes. De ce fait, il est habituel

que le fumeur échoue à une ou plusieurs tentatives avant d'arriver au sevrage définitif [123].

2. Motivation des tentatives d'arrêt du tabac :

Concernant le degré d'importance accordé par les étudiants au motif d'arrêt du tabac, il ressort que les raisons personnelles sont évoquées en premier lieu, notamment « protection de la santé» (45,5%), «discipline personnelle»(31,8%), «Pour donner le bon exemple» (22,7%), venaient ensuite les autres motifs tels que "donner le bon exemple " et "éviter une gêne à l'entourage".

Des motifs similaires essentiellement d'ordre personnel sont retrouvés dans d'autres études nationales et internationales chez les étudiants en médecine. [83,90, 125].

Dans d'autres catégories professionnelles, et dans la plupart des études réalisées, la santé est le souci majeur qui incite l'arrêt du tabac [126,127].

En France, chez les cardiologues les trois principales raisons retenues étaient : la protection de la santé, la survenue des symptômes et enfin, donner le bon exemple aux enfants [125].

Au Maroc, chez le personnel de santé, le principal motif était de donner le bon exemple aux enfants [128].

IX. ETUDE DES NON FUMEURS :

1. Aperçu sur les ex-fumeurs :

Dans notre étude, les ex-fumeurs représentent 1% de l'ensemble des étudiants enquêtés.

A Fès les ex-fumeurs représentent 2,8% [86], à l'Ecole Hassanya (2%) [93].

A la Faculté de Médecine de Casablanca, le taux des ex-fumeurs a connu une augmentation durant les vingt dernières années; ainsi le taux des ex-fumeurs est passé de 5% en 1982 à 11% en 2002 [81, 80, 83].

Chez les étudiants en médecine tunisiens, le taux des ex-fumeurs était de 9,2% en 1997 [87]. Alors que chez les Sénégalais ce taux était de 6,5% en 2001[88].

En 2000, dans une enquête réalisée chez les médecins d'El Jadida, les ex-fumeurs représentaient 17,4% de l'ensemble des médecins enquêtés [129].

En définitive, ces trois dernières motivations d'arrêt du tabac semblent prédominer dans les différentes catégories professionnelles, et notamment chez les étudiants en médecine. Elles doivent être considérées parmi les principaux éléments de dissuasion dans la stratégie de lutte antitabac.

2. Motivation de ne pas fumer chez les non fumeurs :

La raison la plus forte pour la quelle les étudiants non fumeurs ne fument pas ou les ex-fumeurs ont arrêté de fumer c est parce qu'elle est dangereux pour la santé avec un pourcentage de 58% ,aussi les deux raisons de ne pas avoir envie et celle de la religion l'interdit avec un pourcentage de 41%.

Les mêmes résultats sont trouvées dans les enquêtes faites a l'Ecole hassanya [95], et en milieux universitaires et scolaires marocains [130, 80, 110].

X. CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DES MEFAITS DU TABAC

La nocivité du tabac est reconnue par la majorité de nos étudiants (89%) y compris les fumeurs. Cette observation est constante dans toutes les études déjà réalisées chez les étudiants dans différents milieux.

Tableau N°25 : Pourcentage de réponse « oui » à la nocivité du tabac dans les études nationales.

Lieu de l'enquête	Ville	Année	Prévalence %
Faculté de médecine [81]	Casablanca	1988	86
Faculté de médecine [82]	Casablanca	1999	94
Faculté de médecine [83]	Casablanca	2002	92,2
Milieu universitaire [92]	El Jadida	2004	94,7
EHTP [95]	Casablanca	2005	86
Faculté de médecine [88]	Dakar	2001	83,2
Faculté de médecine [86]	Fès	2011	89
FMPO (notre étude)	Oujda	2012	95,2

En Tunisie, dans une enquête faite à l'échelle nationale 98,6% des individus enquêtés considèrent que le tabac est nocif pour la santé, 90% d'entre eux incriminent le tabac dans l'apparition du cancer du poumon, des maladies respiratoires et des cardiopathies [87].

XI. ATTITUDE DES ETUDIANTS VIS-A-VIS DU TABAC ET FACE AUX PATIENTS

1. Avis des étudiants vis à vis de certaines affirmations concernant le tabagisme :

Sur les 372 étudiants enquêtés, 51,5% des étudiants sont tout a fait a moyennement d'accord sur la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer et d'être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes "à risque".En effet, toute action menée par le médecin augmente le nombre de tentatives d'arrêt de 10% [131].

A Fès Sur les 458 étudiants enquêtés, 70% des étudiants trouvent qu'il est de la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer et d'être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes "à risque" [86].

De nombreuses études [132], menées principalement aux Etats-Unis ont démontré, que le corps médical joue un rôle capital dans l'arrêt du tabagisme et dans la prévention vis à vis de ceux qui ne fument pas encore. Savoir informer, aider, éduquer un patient tabagique offre plusieurs intérêts :

- Pour le médecin : les compétences en tabacologie autorisent le développement de nouvelles activités de soins, vers la prévention et l'aide au sevrage.
- Pour le patient : une prise en charge globale de ses besoins, et atténuer son anxiété et sa souffrance.
- Enfin pour l'Hôpital : élargir l'offre de soins, en s'inscrivant dans la démarche qualité.

Par contre, 33,6% des étudiants estiment qu'ils ont assez de connaissances pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer.

A l'heure actuelle, il existe plusieurs méthodes thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique :

- médicamenteuses : bupropion, timbres transdermiques, les anxiolytiques, et les gommes à mâcher.
- non médicamenteuses : l'acupuncture et les thérapies comportementales...

Cependant ces méthodes restent d'une efficacité limitée si elles ne sont pas appuyées par la participation du médecin en apportant l'information, la motivation et le soutien qu'il faut à son patient pour l'aider à arrêter et surtout pour l'encourager à maintenir sa décision d'arrêter de fumer [131, 132, 133, 134].

La formation médicale continue pourrait donc jouer un rôle important dans la formation des médecins à la prise en charge du tabagisme.

2. Mise en garde vis-à-vis du tabac :

Concernant l'attitude des futurs médecins face à leurs patients fumeurs, il ressort qu'ils adopteront une attitude passive à leur égard lorsqu'ils ne présentent pas de symptômes ou maladies liées au tabac ou s'ils ne posent pas la question eux-mêmes sur le tabac (seulement 12,1% des étudiants les mettront en garde contre les dangers du tabac de façon systématique).

Ceci a été également retrouvé par d'autres auteurs.

Tableau N°26 : Réponse par " souvent " à la question : mettez vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac ?

	Réponse des étudiants (%)		
	Situation 1	Situation 2	Situation 3
Casablanca [83]	95	87	32
Tunisie [87]	90	75	36
Dakar [88]	93	94	44
Brest [90]	95	94	24
Fès [86]	70	61	48
Marrakech [85]	84	83,7	10,5
Oujda (notre étude)	69,6	72,5	12,1

Situation 1 : Quand le malade a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac.

Situation 2 : Quand le malade pose lui-même des questions sur sa consommation tabagique.

Situation 3 : Vous en parler systématiquement sans que le malade pose lui même la question et sans qu'il ait une maladie liée au tabac.

A la faculté de médecine de Fès une étude a été réalisée chez les médecins au Maroc [99, 100, 101, 102, 103] montre que leur attitude est similaire à celle des étudiants en médecine, vu que moins de 33% informent spontanément leurs patients sur les risques du tabagisme.

Tableau N°27 : Réponse par " souvent " chez les médecins généralistes ou Maroc à la question : mettez vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac?

Réponse des Médecins Généralistes (%)				
Auteur	La ville	Situation1	Situation2	Situation3
Ameuraoui.T [141]	Er-Rachidia	90	93	28
Amraoui.R [142]	Oujda	89	93	31
Boukhissa.A [144]	Meknès	86	90	22
Mezzani.T [145]	Khénifra	84	88	34
Elmoujarrad.A[146]	Rabat	90	95	33

La même constatation ressort des autres études réalisées chez le personnel de santé [94, 106] dans différentes villes du Maroc.

En France [107], dans une étude menée auprès de 3000 médecins internes, les 3/4 déclarent avoir interrogé systématiquement les patients sur leur consommation tabagique. Toutefois, une analyse plus approfondie montre que pour plus des 2/3 d'entre eux cette question n'est pas systématique, et elle ne l'est que pour les patients qui présentent une maladie liée au tabac.

Ces résultats confirment que les futures médecins, les médecins déjà en activité, ainsi que le personnel de santé, se placent dans une logique de prévention secondaire des pathologies liées au tabac, sans envisager la prévention primaire de tout patient fumeur.

XII- ATTITUDES DES ETUDIANTS VIS-A-VIS DES MESURES DE

LUTTE ANTI-TABAC :

1. Connaissance des étudiants de la loi marocaine anti-tabac :

Dans notre enquête, 78% des étudiants méconnaissent l'existence de la loi anti-tabac, ce chiffre reste très proche a celui retrouvé a Fès 76%. Alors que 55,9% des étudiants en médecine de Casablanca le savent [83].

A l'université d'El-Jadida 39% des étudiants le savent [92], et seulement 6% à l'Ecole Hassanya des Travaux Publique [93].

ü La loi marocaine anti-tabac :

Actuellement une centaine de pays disposent de lois de contrôle du tabagisme. Le Maroc est parmi ces pays, mais cette loi pourtant votée depuis 1991 à besoin d'être appliquée et améliorée. Elle laisse toute latitude aux chefs d'entreprise pour appliquer la réglementation en vigueur [135].

En France, la Loi Evin interdisant de fumer dans les lieux publics, a été appliquée depuis 1991 et maintenant le tabac est désormais classé dans les drogues dures et récemment (loi du 12/02/2003), l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans et l'augmentation importante de son prix, visent à diminuer sa consommation, en particulier par les plus jeunes [136].

La loi marocaine anti-tabac est entrée en vigueur depuis février 1996 [135].

Cette loi contre le tabac couvre essentiellement trois champs d'action :

- ü L'interdiction de la publicité pour le tabac.
- ü L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.
- Ü Education et information sur les méfaits du tabac.

2. Lutte anti-tabac

Dans les dernières années, la lutte contre le tabagisme est dans de nombreux pays, au centre de l'actualité médicale, économique et juridique. Des programmes de prévention et de cessation du tabagisme dans les pays développés, ont noté leur efficacité dans la réduction de la prévalence du tabagisme. Actuellement, vue l'étendue de ce fléau, le rôle de médecin et de futurs médecins est primordial dans la réduction de la prévalence du tabagisme et donc dans la réduction de la morbidité et de la mortalité secondaires aux maladies liées aux tabac [137-138].

1. Prévention primaire

Cette action doit dissuader ceux qui n'ont pas encore fumé de ne jamais le faire et aider les ex-fumeurs à ne pas rechuter, surtout les adolescents, les femmes, les autochtones et les salariés à faible revenu [139]. Pour diminuer cette prévalence, il faut donc agir sur les facteurs qui favorisent le tabagisme chez les enfants et les adolescents, à savoir les facteurs environnementaux (parents, camarades) [139], les facteurs liés à la personnalité (connaissances, attitudes et convictions) et les situations à haut risque (attitude positive des parents et de la fratrie face au tabagisme). Ces facteurs doivent être bien considérés dans les programmes de lutte anti-tabac et dans la prévention primaire.

2. Prévention secondaire

C'est l'incitation et l'aide des fumeurs à arrêter de fumer, l'encouragement doit remplacer l'attitude moralisatrice et négative stigmatisant des échecs. L'aide que donne le médecin généraliste est irremplaçable, et même si le conseil minimal a un impact individuel faible plusieurs études randomisées et contrôlées en médecine générale ont montré son efficacité avec un gain de 2 à 5 % d'arrêt [141]. Toutefois, cette intervention médicale serait plus efficace si en mettant à la disposition des fumeurs dépendants des traitements pharmacologiques ; les dérivés substitutifs

nicotiniques ont été les premiers traitements à prouver leur efficacité comme aide à l'arrêt du tabac [140] à condition d'être intégrés dans le cadre d'une prise en charge globale comportant un soutien psychologique et un accompagnement du fumeur dans son cheminement vers l'arrêt du tabac [141].

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATION

Notre étude réalisée chez les étudiants en médecine d'Oujda nous a permis d'évaluer la prévalence du tabagisme (6 %) qui reste la plus faible comparée aux autres études nationales et internationales. Cette prévalence reste largement prépondérante chez les garçons (13,4 %) par rapport aux filles (0,5 %). Il s'avère que le taux de fumeurs augmente aussi bien avec l'âge comme avec l'année d'étude, ce qui concorde avec plusieurs études.

Les connaissances des étudiants sur les conséquences du tabagisme sur la santé sont bonnes mais persistent encore quelques lacunes. L'étude met en évidence un réel apprentissage pendant leur formation. Le tabac est bien assimilé comme un facteur de risque aussi bien pour le fumeur que pour son entourage. Le statut tabagique des médecins influence pourtant directement leur implication dans la lutte antitabac auprès de leurs patients. Le tabagisme n'est abordé bien souvent avec le patient qu'à la demande du patient lui-même ou si celui-ci présente des pathologies liées au tabac. Les étudiants sont donc très peu motivés par la prévention et l'information du patient et donc peu conscients de leur rôle futur.

La réalisation de cette étude nous a permis de mener une réflexion individuelle sur le tabagisme chez les étudiants inclus dans l'étude. Nous espérons également que ce travail aura aidé à la prise de conscience par les étudiants des problèmes engendrés par le tabac.

Notre réflexion nous a aussi permis de mieux comprendre les objectifs de la lutte anti-tabagique. Quelques points essentiels apparaissent, comme celui de limiter l'accès du tabac aux jeunes, la prévention étant plus aisée que le sevrage. Les jeunes dès leur jeune âge et surtout la tranche d'âge 14,15 ans doivent être informés des dangers du tabac, de la dépendance qu'il entraîne et des manipulations des industriels pour les atteindre. Il s'agit d'inculquer aux enfants une image négative du tabac, de le rendre à leurs yeux, mauvais et asocial, à

l'inverse de ce qu'il représentait encore il y a quelques années, un produit valorisant, synonyme de maturité et de plaisir.

Pour cela il faut mobiliser tout les moyens nécessaires.

L'interdiction de la publicité en faveur du tabac et toute forme de promotion par l'application de la loi anti-tabac;

Ø Les médias jouent un rôle clé dans toute campagne antitabac. Ils sont souvent le moyen le plus pratique pour diffuser rapidement des informations et faire passer des messages en touchant un large public. Ils font l'opinion et influencent les responsables politiques. Souvent, le fait qu'une question soit traitée de façon répétée dans les médias peut influencer sur le choix des orientations des politiciens.

Ø Application de la législation visant à interdire l'usage du tabac dans les établissements scolaires ainsi que dans les lieux publics;

Ø L'interdiction de la vente du tabac aux mineurs particulièrement près des établissements scolaires ;

Ø L'accentuation du rôle de l'école dans la sensibilisation des jeunes sur les méfaits du tabagisme en intégrant ceci dans les programmes d'enseignement;

Ø L'introduction d'un programme d'éducation sanitaire en milieu scolaire visant à:

- Encourager ceux qui n'ont jamais fumé à ne pas tenter une expérience tabagique et à continuer à s'abstenir;
- Aider ceux qui ont commencé à fumer, ou ceux qui fument régulièrement, à cesser ou à abandonner.

Ø L'instauration de séances d'aide au sevrage tabagique au profit des jeunes désireux d'arrêter de fumer et des consultations antitabac dans les structures sanitaires primaires.

Le corps médical a un exemple à donner. La décroissance tabagique passe par des programmes d'actions spécifiques par le développement des lieux sans tabac : hôpitaux, universités.... Plus qu'un enseignement sur le tabagisme (risques et complications), c'est surtout une formation sur le sevrage et la prise en charge du patient tabagique qui permettra aux étudiants de s'investir plus concrètement auprès de leurs futures patients.

RESUME

RESUME

But de l'étude : pour suivre l'évolution du taux des fumeurs chez les étudiants en médecine au Maroc, il nous a paru intéressant de déterminer la prévalence du tabagisme chez les étudiants de la Faculté de Médecine de Oujda (1ère, et 5ème année) ainsi que leur attitude et comportement face au tabagisme. Matériel et méthodes : enquête transversale par auto questionnaire réalisée du 7 au 28 février 2013 auprès de 407 étudiants (taux de participation de 91,4 %). La saisie et l'analyse des résultats ont utilisé le logiciel SPSS version 20. L'étude statistique a utilisé le test Chi 2 et la différence est significative si le risque d'erreur est inférieur à 5%. Résultats et analyse : la prévalence globale du tabagisme est de 6%, soit 13,4 % chez les garçons et 0,5 % chez les filles ($p < 0,0001$). La prévalence est respectivement de 4,7 %, et 8,4 % en 1ère, et 5ème années ($p = 0,163$). Ce taux de fumeurs est respectivement de 4,8 % et 8,1 % dans les tranches ≤ 20 ans et > 20 ans ($p = 0,203$). L'étude des fumeurs montre que 63,6 % ont commencé à fumer entre 16 et 17 ans. L'initiation du tabagisme a été faite lors des fêtes ou des sorties avec les amis dans 40,1% ; la curiosité constitue le motif de début le plus fréquent (63,6 %). Une tentative de sevrage a été rapportée par 63,6 % des fumeurs. Concernant l'attitude des étudiants face au tabagisme, 71 % mettent en garde souvent le malade contre les méfaits du tabac quand ce dernier a une maladie liée au tabac ou pose des questions le concernant, seulement 12,1 % des étudiants donnent systématiquement des conseils. Environ 33,6 % des étudiants estiment avoir assez de connaissances pour conseiller ceux qui veulent arrêter de fumer. Seulement 22 % des étudiants connaissent l'existence de la loi marocaine antitabac et 50,5 % ont déjà eu connaissance de l'existence d'une campagne anti-tabac. Conclusion : bien que le taux de fumeur dans la faculté de médecine d'Oujda reste bas en comparaison avec les autres travaux nationaux et certains travaux internationaux, il

apparaît la nécessité de développer les connaissances sur le tabagisme et de renforcer le rôle des étudiants dans la lutte antitabac en préconisant un enseignement précoce sur le tabagisme dès la 1ère année de médecine et des ateliers séminaires lors des années ultérieures.

SUMMARY

Aim of study: determine the prevalence of smoking in medical students in Marrakesh (1st, and 5th year) and to assess their attitudes and behaviours toward smoking. Material and methods: cross-sectional survey by self-administered questionnaire conducted from 7 to 28 February 2013 with the 407 students (participation rate was 91.4%). The seizure and exploitation of the data is made on SPSS software version 6. The statistical study used the test Chi 2 and the difference is significant if the risk of error is lower than 5%. Results: the overall prevalence of smoking was 6%, with 13,4% for males and 0,5% for females ($P < 0,0001$). It is 4,7%, and 8,4% respectively in 1st, and 5th years ($p = 0,163$). The rate of smokers is respectively 4,8% and 8,1% in sections ≤ 20 years and > 20 years ($p = 0,203$). The study of smokers shows that 92,3% started to smoke between 16 and 17 years. The initiation of smoking was made at parties or out with friends in 40.1%; curiosity is the reason for beginning the most frequent (63.6%). A cessation attempt was reported by 63.6% of smokers.. Concerning the attitude of the students among tobacco 71% always warn the patient against the misdeeds of tobacco in the case of a pathology in relationship with tobacco, only 12,1% think about doing so systematically even if the patient does not have any smoking related disease. Approximately 33,6% of the students estimate to have enough knowledges to advise those which want to stop smoking, Only 22% know the existence of the Moroccan antismoking law and 50.5% have been aware of the existence of an anti-smoking campaign. Discussion: in spite of a very lowest prevalence of the tobacco addiction among medical student of Oujda compared with that noted in the other national and some international works, it appears the need for developing knowledges on tobacco and to reinforce the role of the students in the struggle against tobacco by

recommending an early teaching tobacco as of the 1st year of medicine and workshops seminars at the time of the later years.

ملخص

الهدف من الدراسة : لمتابعة تطور نسبة المدخنين في صفوف طلبة كلية الطب بالمغرب، بدا لنا من المهم تحديد مدى انتشار التدخين في صفوف طلبة كلية الطب بوجدة (السنة الأولى والخامسة) وكذا مواقف وتصرفات هؤلاء الطلبة في مواجهة التدخين. **الفئة المستهدفة والوسائل :** إنها دراسة عرضانية أنجزت من السابع إلى الثامن والعشرين من شهر فبراير سنة 2013 بالاعتماد على استمارة ذاتية بصدد 407 طالب وبلغت نسبة المشاركة. إن إدخال وتحليل المعطيات تم بواسطة النظام المعلوماتي SPSS النسخة 20، الدراسة أنجزت باستعمال CHI2 والفرق جلي عندما يكون هامش الخطأ أصغر من 5% .

النتائج: الانتشار العام للتدخين بلغ 6% نسبة الرجال منهم بلغت 13.4 % ونسبة النساء 0.5 % ($P<0.0001$) كما بلغت هذه النسبة 4.7 % و 8.4 % على التوالي بالنسبة للسنة الأولى والخامسة ($P=0,163$) وكذا 4.8 % و 8.4 % بالنسبة للفئتين العمريتين أقل من 20 سنة و 21 سنة فما فوق على التوالي ($p=0,203$) . دراسة المدخنين أظهرت أن 63.6% منهم بدئوا التدخين في سن 16 و 17 سنة 40.1 % منهم خلال الحفلات أو أثناء الخرجات مع الأصدقاء وكان الدافع وراء ذلك الفضول في أغلب الحالات (63.6%) .

لدى الطلبة المدخنين بلغت نسبة الطلبة الذين حاولوا الإقلاع عن التدخين 63.6%. فيما يخص موقف الطلبة من التدخين، يتبين أن 71% يقومون بتحذير مرضاهم من مخاطر التدخين في حالة وجود مرض مرتبط بهذا الأخير، في حين فقط 12.1 % يقومون بذلك في جميع الحالات حوالي 33,6 % من الطلبة يصرحون بأن لهم من المعارف كما يؤهلهم لتقديم انصح لمن يريد الإقلاع عن التدخين. 22 % فقط على علم بوجود القانون المغربي ضد التدخين. وحوالي 50 % من الطلبة يعلمون بوجود قوافل تنظم لمحاربة التدخين. **كخلاصة** بالرغم من أن نسبة التدخين في صفوف طلبة كلية الطب بوجدة تبقى الأضعف إذا ما قورنت بنظيراتها من الدراسات على المستوى الوطني والدولي، فإنه لا يزال الكثير في ما يخص بتنمية المعارف حول التدخين مع تقوية دور الطلبة في الحملة ضد التدخين بتبني تلقين تعلم مبكر حول التدخين ابتداء من السنة الأولى من الطب وتنظيم ورشات خلال السنوات الموالية .

ANNEXES

ANNEXE: 1(QUESTIONNAIRE)

ENQUETE SUR LE TABAGISME CHEZ LES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'OUJDA

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Cette étude sera réalisée de manière anonyme, n'écrivez donc pas votre nom sur cette feuille. Cochez la case correspondante à votre réponse.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ETUDIANT:

Année d'étude : 1ere année 5eme année

Sexe : Masculin Féminin Age :ans

RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGE DU TABAC :

1. Est-ce que vos parents fument ?

Votre père : Oui Non

Votre mère: Oui Non

2.Votre meilleur(e) ami(e) fume-t-il (elle) ?

Oui Non

3. Quelle est la proportion de vos amis ou collègues qui fument :

Aucun Minorité

Majorité Tous

4.Pouvez vous indiquer votre degré d'accord ou de désaccord vis à vis des affirmations suivantes :

	Tout a fait d'accord	Moyenne-ment d'accord	Indiffèrent	Tout à fait en désaccord
Pensez vous que fumer est nocif pour la santé ?				
la plupart des gens ne cesseront pas de fumer même si leur médecin le leur conseille				
La plupart des fumeurs peuvent s'arrêter si ils ont la volonté				
c'est désagréable d'être a coté d'une personne qui fume				
C'est la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer				
Les médecins devraient être plus actifs en parlant du danger du tabac à des groupes à risque				
Vous avez assez de connaissance pour conseiller les malades qui veulent s'arrêter de fumer				

5. Pour chacune des maladies suivantes, pouvez vous évaluer l'importance que vous attribuez au rôle du tabac ?

	Déterminant	Favorisant	Sans rapport	Ne sait pas
Cancer de la vessie
Maladies Coronariennes
Cancer des bronches
Bronchite chronique
Cancer de la bouche
Emphysème pulmonaire
Cancer du larynx
Artérite
Leucoplasie de la bouche et des lèvres
Lésions des tissus mous (bouche et lèvres)
Mortalité néonatale

6. Savez-vous qu'une loi marocaine "antitabac" existe ?

Oui Non

7. Avez-vous déjà fumé

Oui Non

Si oui

Ø A quel âge avez-vous fumé votre 1ère cigarette ?an

Ø A quelle occasion était-ce ?

Ø Avez-vous fumé l'équivalent de 100 cigarettes ou plus dans votre vie ?

Oui Non

Ø Avez-vous fumé durant les trois derniers mois ?

Oui Non

Si non

Ø avez-vous déjà essayé de fumer ?

Oui Non

8. Actuellement vous fumez ?

- Pas du tout
- Moins de 1 cigarette par jour
- Au moins une cigarette par jour

Si vous êtes non-fumeur, passez directement à la question numéro 27

QUESTIONS RÉSERVÉES A CEUX QUI FUMENT AU MOINS UNE CIGARETTE DE TEMPS EN TEMPS

9. Vous avez fumé votre 1ère cigarette :

- Par ennui
- Par curiosité
- Parce que c'était interdit
- Par stresse
- Pour imiter les autres

10. La cigarette aujourd'hui :

- vous calme
- vous permet d'avoir des copains

- vous rend plus mûr vous procure un certain plaisir
 vous facilite les relations dans une fête

11. Fumez-vous de manière :

- Occasionnelle quotidienne

12. Combien de cigarettes ou de paquets fumez vous par jour ?

.....Cigarettes Paquets

13. Que fumez-vous ?

- Cigare Cigarette Pipe
 Hachich Narghilé

14. Coût journalier de vos cigarettes ?.....DH

Test de FAGERSTOM : Pour vous situer par rapport au tabac, vous pouvez utiliser le questionnaire suivant :

15. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Après 60 minutes (0) De 6 à 30 minutes (2)
De 31 à 60 minutes (1) Dans les 5 minutes (3)

16. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- Oui Non

17. A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

- La première Une autre

18. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins 11 à 20 21 à 30 31 ou plus

19. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après midi ?

- Oui Non

20. Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée?

Oui

Non

21. Si vous décidez de ne pas fumer, quel serait pour vous le degré d'importance des raisons suivantes :

	Forte	Modérée	Faible	Nulle
Survenue de certains symptômes				
Pour donner le bon exemple				
Pour éviter une gêne à votre entourage				
Economie d'argent				
Pour céder à la pression de l'entourage				
Protection de la santé				
Discipline personnel				

22. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

Oui

Non

Si Oui parce que :

- C'est cher
- C'est dangereux pour la sante
- C'est une mauvaise habitude
- Je ne veux pas devenir dépendant

Si Non parce que :

- Pas de risque
- Il y a des risques, mais ce n'est pas dangereux
- C'est trop difficile d'arrêter
- Je n'ai pas envie d'arrêter

TEST DE RICHMOND R ET AL. : Evaluation De La Motivation :

23. Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?

Oui

Non

24. Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

25. Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

Non

Peut être

Vraisemblablement

Certainement

26. Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?

Non

Peut être

Vraisemblablement

Certainement

Passez directement à la question numéro 30 (concernant les fumeurs)

QUESTIONS RESERVEES AUX NON-FUMEURS OU A CEUX QUI ONT ARRÊTÉ DE FUMER

27. Vous ne fumez pas car :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'en avez pas envie | <input type="checkbox"/> Vos parents vous l'interdisent |
| <input type="checkbox"/> C'est dangereux pour la santé | <input type="checkbox"/> Vous avez décidé d'être non-fumeur |
| <input type="checkbox"/> Ça coûte trop cher | <input type="checkbox"/> Vous ne voulez pas devenir dépendant |

28. La fumée des autres vous gêne-t-elle ?

Oui Non

29. Etes-vous gêné d'être non-fumeur par rapport à vos camarades

Oui Non

RENSEIGNEMENT SUR LES MOYENNES DE PRÉVENTION :

30. Avez-vous déjà eu connaissance de campagnes de prévention contre l'usage du tabac ?

Oui Non

31. Avez-vous le sentiment que ces campagnes soient efficaces ?

Oui Non

Si oui pourquoi ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Elles vous ont incité à arrêter de fumer | <input type="checkbox"/> C'est juste une impression |
| <input type="checkbox"/> Elles ont incité des personnes de votre entourage à arrêter | |

Si non pourquoi ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Elles ne sont pas compréhensibles | <input type="checkbox"/> Elles ne sont pas convaincantes |
|--|--|

Elles ne sont pas assez voyantes

Elles ne vous
concernent pas

32. Pour sensibiliser les jeunes au problème du tabac, il vaut mieux (plusieurs réponses possibles) :

Faire appel à des adultes

Faire appel à des
jeunes

Faire appel à des jeunes et des adultes

Utiliser l'humour

Utiliser des images choquantes

33. Pour la mise en place d'une campagne de prévention, les supports qui vous toucheraient le plus sont :

Des affiches

Des messages à
la radio

Des spots télévisés

Des cours

Des brochures, des magazines Des bandes dessinées

34. Comment pourrait-on inciter les jeunes à ne pas fumer ?

En leur faisant peur de la maladie

En augmentant le prix des
cigarettes

En interdisant la publicité pour le tabac

En leur faisant peur de la
dépendance

En dévalorisant le fumeur

En valorisant le non-
fumeur

En leur expliquant qu'ils sont manipulés par les fabricants de tabac

35. Au cours de votre future carrière professionnelle, mettez-vous en garde vos malades vis à vis du tabac ?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
pour patients avec symptômes ou respiratoire ou maladie lié ou tabac				
si le patient pose la question				
dans tous les cas				

Nous vous remercions vivement d'avoir répondu avec soins et en toute vérité
a ce questionnaire.

ANNEXE : 2

Test de Fagerström

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- Plus de 60 minutes 0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui 1
- Non 0

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée 1
- A une autre 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

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

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui 1
- Non 0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui 1
- Non 0

Interprétation : Dépendance :

Très faible 0-2

Faible 3-4

Moyenne 5

Forte 6-7

Très forte 8-10

ANNEXE: 3

Test de Richmond

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Oui	0
	Non	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	Non	0
	Peut être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	Non	0
	Peut être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
TOTAL		

RESULTATS DU TEST

Score ≥ 8 :

Bonne motivation

Score 6-8 :

Motivation moyenne. Un soutien motivationnel peut être utile pour valoriser les acquis et augmenter les côtés positifs de l'arrêt.

Score ≤ 5 :

Motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle et soutien avant de démarrer le sevrage

BIBLIOGRAPHIE

[1] World Health Organization.

WHO Framework on tobacco control; why is it important? Geneva. Available in
wwwform

URL: <http://www.who.int/features/qa/34/en/index.html> [accessed 28.8.2007].

[2] Mackay J, Eriksen M.

The tobacco atlas. Geneva: World
Health Organization; 2002.

[3] Shafey O, Dolwick S, Guindon EG., editors, Tobacco control
country profiles, 2nd ed., 2003.

[4] Richmond R.

Teaching medical students about tobacco.

Thorax 1999;54:70–8.

[5] Smith DR, Leggat PA.

An international review of tobacco smoking among medical students. J Postgrad
Med

2007;53:55–62.

[6] Simpson D.

The risks from tobacco. In Doctors and tobacco: medicine's big challenge.

<<http://www.tobacco-control.org/index.html>.> 19.4.2006; 2000.

[7] Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, et al.

Training physicians in counseling about smoking cessation: a randomized
trial of the "quit for life" program. Ann Intern

Med 1989;110:640–7.

- [8] Christensen B. General Practitioners and smoking.
General Practitioners knowledge, attitude and smoking habits and the relationship between these assessed by a questionnaire study in a county of Aarhus. Ugeskr Laeger 1993;155: 307-10.
- [9] Barengo CN, Sandstrom PH, Jormanainen VJ, MyllkangasMT.
Attitudes and behaviour in smoking cessation among general practitioners in Finland. Soz-Praventivmed 2005;50:1-6.
- [10] OMS : Aide mémoire L'épidémie de tabagisme : Dimensions sanitaires Aide mémoire ; N°155 ; Mai 1997.
- [11] CORNIER. S ; LARGUE. G.
La nicotine : une substance psycho-active ; un produit dopant, Presse médicale ; 1996 ; 25 ; N°16.
- [12] OMS : Epidémie de tabagisme : bien plus qu'un problème de santé.
- [13] LARAQUI C. Vivre sans tabac.
Collection les guides de la médecine 1988.
- [14] Martinet Y, Bohadana A.
Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Paris : Masson 2004, 3^eédition .
- [15] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Tabagisme>.
- [16] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Cigarette>.
- [17] Spiegelhalder B, Fisher S.
Preussmann R, Tobacco-specific nitrosamines in mainstream smoke of west german cigarettes, influence of tar and tobacco type, In tobacco and Cancer, Perspectives in preventive research, p 23-33,1989.
- [18] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Beedies>

[19] Dautzenberg B.

Chicha, cannabis et tabac à rouler.....les dangers des nouvelles façons de fumer.

[20] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Kretek>.

[21] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Cigare>.

[22] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Pipe>.

[23] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Narguilé>.

[24] www.ravmo.org Réseau Addiction Val de Marn Ouest.

[25] P. AMBROSINI . Dr. N. MILLER

LE ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE.

[26] Perrot P.

Quand le tabac conquiert la France.

Magazine L'Histoire, numéro 46, p 98-104.

[27] CHOLLAT-TRAQUET. CLAIRE.

Les femmes et le tabac, O.M.S. Genève ; 1992.

[28] El Rhazi K, Nejari C, Berraho M, Serhier Z, Tachfouti N, El Fakir S, Benjelloun M, Slama K.

Inequalities of smoking profile in Morocco: The role of educational level, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, Mai 2008.

[29] <http://www.la-cigarette.com/composition.html>.

[30] Parkin DM.

Global cancer statistics in the year 2000. Lancet Oncol 2001, 2 : 533-543.

[31] Ménégos F, Chérié-Challine L.

Le cancer en France: incidence et mortalité. Situation en 1995. Evolution entre 1975 et 1995.

La Documentation Française, Paris, 1998: 9-64.

[32] Hill C, Jan P, Doyon F.

Cancer mortality increasing in France.

British journal of cancer, 2001; 85: 1664-1666.

[33] Thun MJ, Heath CW J.-R.

Changes in mortality from smoking in two American Cancer Society prospective studies since 1959.

Prev Med 1997; 26: 422-426.

[34] Thun MJ, Lally CA, Flannery JT, Callee EE, Flanders W D, Heath CW J.R.

Cigarette smoking and changes in the histopathology of lung cancer. J Natl Cancer Inst.

1997; 89: 1580-158.

[35] Sasco AJ.

World burden of tobacco-related cancer.

Lancet 1991; 338: 123-124.

[36] Hill S : CHU-Nancy :

Dossier N° 12 sur le tabac.1997.

[37] Andrew Pip, M.D.

conférence consensuelle 1998 de la société canadienne de cardiologie sur la prévention des maladies cardio-vasculaires.

[38] US Departement of health and Human services.

The health consequence of smoking : cardiovascular disease. A report of the Surgeon.

General. Washington : 1983

[49] Rogers RL.Meyer JS. Shaw TG.

Cigarette smoking decreases cerebral. JAMA 1983 ; 250 : 2796-800.

[40] Cheny.

Synergistic effect of passive smoking and artificial feeding on hospitalisation for respiratory illness in early childhood chest 1989; 95;1004-7

The health consequences of involuntary smoking : a report of the Surgeon General.

[41] USDHHS.

[42] M Don Brown

Impérial tobacco Canada ; 5/CNW/.

[43] Anderson HR, Cook DG.

passive smoking and sudden infant death syndrome ; Review of the epidemiological evidence.

Thorax 1997; 52; 1003-9.

[44] Franco, E.L.

Risk of attributable to active and passive tobacco smoking: a review of north American studies Since 1995.

[45] Gaudoneix-Taieb M, Beauverie P, Poisson N.

Tabac et médicaments : liaisons dangereuses ? Alcohol addictions 2001;23:7-12.

[46] Jean-Charles DEYBACH . Délia COZZOLINO.2008.

Distribution gratuite des substituts nicotiques et sevrage tabagique. Une observation sur 3 ans au centre hospitalier Louis Mourier.

[47] Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Rickert W. et Robinson J.

Measuring the heaviness of smoking : using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. British Journal of Addiction July 1989; 84(7) : 791-9.

[48] Aubin H.J., Tilikete S. and Lahmek P.

Traitement cognitivocomportemental du tabagisme Alcoholologie et Addictologie 2000 ; 22(4) : 313-318.

[49]Pretets S, Marsac J

Le tabagisme EMC : intoxication, pathologie du travail, 7-1998,16061 A10.

[50] Barometre Sante 2005

[51] Halpern M.T. and Warner K.E.

Motivations for smoking cessation : A

comparison of successful quitters and failures. Journal of Substance Abuse
1993; 5: 247-256.

[52] Perriot J. Tabacologie et sevrage tabagique. Ed. John Libbey Juin 2003
p.79.

[53] Prochaska J.O., Velicer W.F., Prochaska J.M. and Johnson J.L. Size.

consistency, and stability of stage effects for smoking cessation Addictive
Behaviors 2004; 29: 207-213.

[54] Gilman S.E., Abrams D.B. and Buka S.L.

Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use : initiation,
regular use,and cessation. J.

Epidemiol. Community Health 2003; 57; 802 808.

[55] Duncan C.L., Cummings S.R., Sid Hudes E., Zahnd E. and Coates T.J.

Quitting smoking: Reasons for quitting and predictors of cessation among
medical patients J. Gen. Intern. Med. 1992; 7: 398-404.

[56] Breslau N. Daily cigarette consumption in early adulthood: age of smoking
initiation and duration of smoking. Drug and alcohol dependence 1993; 33:
287-291.

[57] Lando H.A., Thai D.T., Murray D.M., Robinson L.A., Jeffery R.W., Sherwood N.E.
and Hennrikus D.J.

Age of initiation, smoking patterns and risk in a population of working adults.
Preventive Medicine 1999; 29; 590-598.

- [58] The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel L, and staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35:158-76.
- [59] www.assurancemaladie.ma/
- [60] www.maghress.com
- [61] Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac [en ligne] Paris : AFSSAPS, 2003 Disponible sur : <www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Strategiestherapeutiques-medicamenteuses-et-nonmedicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-recommandationsdebonne-pratique>.
- [62] www.tabac-liberte.com Réseau de professionnel de santé.
- [63] www.stop-tabac.com
- [64] T. Kue Young (2005), Population Health: Concepts and Methods, Oxford University Press, ISBN 0-19-515854-7, p. 252.
- [65] Margit Szollosi-Janze (2001), Science in the Third Reich, Berg Publishers, ISBN 1-85973 421-9, p. 15
- [66] Robert N. Proctor, Pennsylvania State University (décembre 1996), « The anti-tobacco campaign of the Nazis: a little known aspect of public health in Germany, 1933-45 » [archive] [archive], British Medical Journal n° 313 (7070), pp. 1450-1453, PMID 8973234 [archive] [archive], PMC: 2352989.
- [67] Robert N. Proctor (1999), op. cit., p. 173
- [68] Johan P. Mackenbach (juin 2005), « Odol, Autobahne and a non-smoking Führer: Reflections on the innocence of public health » [archive] [archive], International Journal of Epidemiology n° 34 (3), pp. 537-539, DOI:10.1093/ije/dyi039 [archive] [archive], PMID 15746205 [archive] [archive].

[69] Jeffrey A. Shaler (2004), Szasz Under Fire: A Psychiatric Abolitionist Faces His Critics, Open Court Publishing, ISBN 0-8126-9568-2, p. 155.

[70] Robert N. Proctor (1999), op. cit., p. 187

[71] Robert N. Proctor (1999), op. cit., p. 203

[72] La convention cadre de l'OMS. Genève , Suisse , révisée 2004-2005.

[73] La loi anti tabac arrive au Maroc.

<http://www.lepetitjournal.com/content/view/29701/312/>

[74] L'ébauche d'une vraie législation anti tabac au Maroc.

<http://www.yabiladi.com/article-politique-1429.html>

[75] Le tabac fait un tabac au Maroc.

<http://www.bladi.net/18401-tabagismemaroc.html>

[76] J-F. Tessier,* C. Nejari,† M. Bennani-Othmani†.

Le tabagisme dans les pays méditerranéens : Europe, Maghreb, Moyen-Orient.

Données d'une enquête coopérative.

INT J TUBERC LUNG DIS 3 (10): 927-937 © 1999 IUATLD.

[77] CHAUVIN.J.

Counseling sur l'usage et la cessation du tabagisme, étude pilote sur le sondage mondial auprès des professionnels de santé.

Selection santé 2005 ; 29 : 211-213.

[78] SMITH.DR, LEGGAT.PA.

An international review of tobacco smoking among medical students.

Journal of graduate medicine 2007; 53: 55-62.

[79] Rapport sur la santé dans le monde.

Genève, OMS, 2003.

[80] MOUATASSIM J.

Tabagisme chez le personnel de santé et les étudiants en médecine de 4^{ème} année et 5^{ème} année ancien régime.

Thèse Médecine, Casablanca, 1982 ; N°211.

[81] LACHGAR F.

Tabagisme chez les étudiants en Médecine.

Thèse Médecine, Casablanca, 1989 ; N°213.

[82] YASSINE N., BARTAL M., ELBIAZE M.

Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca.

Rev. Mal Respir., 1999; 16 : 59-64.

[83] BARAKAT I.

Tabagisme chez les étudiants de la médecine de Casablanca.

Thèse Médecine, Casablanca, 2004 ; N°73.

[84]GOURANI MS.

Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech.

Thèse de Médecine Marrakech 2007 ; n°17.

[85] Yasmina Zaki.

Connaissance, attitudes et pratiques vis-à-vis du tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech.

Thèse de médecine N°27 année 2009.

[86] M.EL-Ouardani Mohamed.

Tabagisme chez les étudiants en médecine de Fès.

Thèse en médecine,N°70 année 20012.

[87] M.-S.SOLTANI.A.BCHIR

Comportement tabagique et attitudes des étudiants en médecine à Monastir en regard du tabac (Sahel tunisien) .

Rev Mal Respir.2000.17.77-82.

[88] NDIYA, NDIR M.

Habitudes de fumer : attitudes et connaissances des étudiants de la faculté de médecine de Dakar, Sénégal.

Rev. Mal Resp., 2003 ; 20 : 701-9.

[89] BOGUI, YESSOUH M.

Tabagisme des élèves et étudiants âgés de 8 à 22 ans à Abidjan en 2002.

Rev. Mal. Resp., 2004 ; 21 : 693-703.

[90] C.GOULHEN.

Comportement tabagique des étudiants en médecine de la faculté de Brest

Thèse Médecine, BREST, 2003 ; N°29.

[91] Meggueni . Chabni.

Enquête sur le tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Tlemcen.

Service d'épidémiologie. Direction de la santé.2007.

[92] BENTALHA I.

Tabagisme en milieu universitaire à El Jadida.

Thèse Médecine, Casablanca, 2001 ; N°242.

[53] OULCAID L.

Tabagisme dans une école supérieure des ingénieurs à Casablanca.

Thèse Médecine, Casablanca, 2007 ; N°84.

[94] Jossieran L, Herengt G, Le Duff F, Chaperon J.

Comportement tabagique des étudiants d'une faculté de médecine.

Les jeunes, le tabac et le cannabis en Europe.

Congrès Toulouse septembre 2001.

[95] MAZIAK W.

Characteristics of cigarette smoking and quitting among university students in Syria.

Préventive Médecine, 2004 ; 39 : 330-336.

[96] NORDREHAUG A.

Use of tobacco in Kenya: Sources of information, beliefs and attitudes Toward.

Tobacco contol.Meausure among Primary school student.

Journal of Adolescent Health, 2004; 35 : 334-237.

[97]BADOURI R. Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda.

Thèse de Médecine Rabat 1996, n° 192.

[98]ACHBOUK A. Tabagisme en milieu scolaire à Marrakech.

Thèse Médecine Rabat 2002, n° 138.

[99]CHADER H. Tabagisme chez les élèves de la mission française de Casablanca.

Thèse de médecine Casablanca 2003, n° 350.

[100]MARIAMI M. Tabagisme chez le personnel de santé de Safi.

Thèse Médecine Casablanca 2001, n° 346.

[101]TORIOLA A T, MYLLYKANGAS M T, BARENGO N C.

Smoking behaviour and attitudes regarding the role of physicians in tobacco control among medical students in Kuopio, Finland in 2006.

Prevention and Control 2008 ; article in press.

doi:10.1016/j.precon.2007.10.001.

[102]OUAHMANE S. Tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital Sidi Othmane de Casablanca.

Thèse Médecine Casablanca 2006, n° 218.

[103]M.Bensalah Mohamed.

Connaissances, attitudes et comportement des écoliers vis-à-vis du tabagisme a la préfecture d'Oujda.

Thèse en médecine N° 39 année 2010.

[104]M. Harbouz Youssaf.

Connaissances, attitudes et comportement des écoliers vis-à-vis du tabagisme a la préfecture de Séfrou.

Thèse en médecine N° 29 année 2013.

[105] LE MAITRE B.

Prévention du tabagisme.

Archive de Pédiatrie 2001, 8 Suppl : 2 : 529-31

[106] KERJEAN J.

Le tabac chez les adolescents. Comment les convaincre de ne pas fumer ?

Revue Française d'Allergologie Clinique, 2005.

[107] BARENDRET J, CASPER W, LOOMAN N.

Comparaison de l'intensité du tabagisme par cohorte au Danemark et aux Pays-bas.

Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

[108] LAMOUR P.

Quel rapport de l'éducation pour la santé dans la prévention du tabagisme chez les jeunes ?

Archive de Pédiatrie, 2004 ; 11 : 596-598.

[109] CHARPIN.

Facteurs associés au tabagisme en classe de sixième.

Rev. Mal. Resp., 2002 ; 19, 431-434.

[110] CHADER H.

Tabagisme chez les étudiants de la mission française à Casa.

Thèse médecine casa, 2004 ;N°121.

[111] BARENDRET J, CASPER W,LOOMAN N.

Comparaison de l'intensité du tabagisme par cohorte au Danemark et aux Pays-bas.

Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

[112] LEBRARY F.

Epidémiologie du tabagisme .Aide à l'arrêt du tabac.

EC-Médecine, 2005 ; 2 : 171-190.

[113] D'après les propre termes de l'industrie du tabac.

Communiqué de press 1998(7) (OMS).

www.who.int/archives/ntday/ntday98/ad98f_6.htm.

[114] La recherche de nouveaux clients : la publicité joue un rôle important.

Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), 98 (6).

www.who.int/archives/ntday/ntday98/ad98f_6.htm.

[115] MICHEL G.

Induction des comportements addictifs à l'adolescence.

13ème Journée Médicale de la Manche : Médecine et Tabac. Saint-Lô, 21 Octobre 2000.

[116] MARCHETTI D.

Prévention du cancer bronchique, lutte contre le tabagisme.

Rev, Mal Resp, 1999;16,3 :193-5.

[117] LEBARGY F.

La dépendance nicotinique.

Rev, Pneum. Clin, 2000; 56,3 : 177-83.

[118] LARGUE G.

Tabac : du comportement à la dépendance.

Rev, Mal Resp, 2000; 17,1 :170-5.

[119] CHABROL H.

Etude de la dépendance nicotinique chez 342 adolescents fumeurs.

Archive de pédiatries 2004; 7 : 1064-71.

[120] NDIAYE, HANE A., NDIR M., BA O., DIOP/DIA D.

Le tabagisme parmi les médecins exerçant à Dakar.

Revue pneumologie clinique, 2001, 57,1-7-11.

[121] CHARLES W. WARREN.

Le tabac chez les jeunes : surveillance du projet d'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes.

OMS, Recueil d'Articles, 2001 ; N°4.

[122] TESSIER JF.

Enquête parmi les étudiants européens.

Tabac ou santé, Paris, 1990 : 21.

[123] LARGUE G.,BRAMELLES A.,LEBARGY F.

La toxicologie du tabac.

Rev, Prat, 1993; 43,10 :1203-7.

[124] Textes législatifs et réglementaires.

Dahir N° 1-91-112 du 27 muharram 1416(26 juin 1995) portant promulgation de la loi n °15-91 relatives à l'interdiction de fumer et de faire la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux.

[125] CHEHAIBOU H.

Enquête sur le tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca.

Mémoire de Diplôme National de Spécialité de Pneumologie, Casablanca, 1999.

[126] NAHRAOUI A.

Tabagisme au sein de l'Office National de l'Electricité.

Thèse Médecine, Casablanca, 1993, N°17.

[127] CHAHIBOU O.

Tabagisme au sein de l'office chérifien des phosphates de khribga.

Thèse Médecine, Casablanca, 1993, N°18.

[128] WAHBI K.

Attitude et comportement du personnel d'un hôpital à Casablanca face au tabagisme.

Thèse Médecine, Casablanca, 2000, n° 286.

[129] BENTALHA A.

Tabagisme chez les médecins de la province d'El Jadida.

Thèse Médecine, Casablanca, 2000, n° 57.

[130] J. Kasouati, R. Razine, M. El Mrabet, K. Sbai, E. Bouaiti, F. Hassouni, M. Oualine, N. Fikri Benbrahim.

Tabagisme chez les étudiants de la sixième année de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique,

Volume 57, numéro S1, page 34 (mai 2009), Doi: 10.1016/j.respe.2009.02.118.

[131] SLAMA K.

L'aide non médicamenteuse au sevrage tabagique.

Rev, Prat, 1993; 43,10 :1245-51.

[132] SERRIER P.

Sevrage tabagique : toujours en parler.

Rev, Prat, 2001;15,527 : 343-7.

[133] MARROT M.

Démarche relationnelle et éducative auprès du patient tabagique.

Rev, Mal Resp, Janvier 2000;17,4 : 92-6.

[134] NAZILA GARRIGUE N.

Le médecin généraliste face à un patient fumeur.

Rev, Prat, 2002; 16 ,571: 600-03.

[135] Textes législatifs et réglementaires. »

Dahir N° 1-91-112 du 27 muharram 1416(26 juin 1995) portant promulgation de la loi n °15-91 relatives à l'interdiction de fumer et de faire la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux.

[136] HARLEM B.

Rapport annuel de l'Initiative pour un Monde sans tabac de l'OMS.

Organisation Mondiale de la Santé, 14 Novembre 1999.

[137]COMITE DE LA PEDIATRIE PSYCHOSOCIALE, SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE (SCP).

Le rôle du médecin dans la prévention du tabagisme. Paediatrics and Child Health 2000 ; 6: 103-9.

[138]RAINIER-KAELIN M.

Vers un hôpital sans fumée. Rev Med Suisse Romande 1998 ; 118 : 517-9.

[139]NAVARRO.F, VIOLAS.C.

Epidémiologie du tabagisme.

Expertise collective Inserm- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants.

[140]LEBARGY F. La dépendance nicotinique. Rev Pneumo Clin 2000 ; 56 : 177-83.

[141]C. SHIRLEZ, GELSKEY, MPH, PHD

Programmes et politiques de désaccoutumance au tabac à la faculté de médecine dentaire de l'université du Manitoba.

J Can Dent assoc 2001 ; 67 : 145-8.

[142] AMRAOUI.R.

Tabagisme: connaissances, attitudes et comportement des médecins

Généralistes de la région d'OUJDA, BERKANE, TAOURIRT .

Thèse de doctorat en médecine. Fpf.2009 num09/09.

[143] Ameuraoui T.

Tabagisme: connaissances, attitudes et comportement des médecins

généralistes de la région d Er-Rachidia.

Thèse de doctorat en médecine. fmpf.2009.

[144] BOUKHISSA.A.

Tabagisme: connaissances, attitudes et comportement des médecins

généralistes de la région de Meknès.

Thèse de doctorat en médecine ; Fès. 2007 num 31/07.

[145] MEZZANI.T.

Tabagisme: connaissances, attitudes et comportement des médecins

généralistes de la région de Khénifra.

Thèse de doctorat en médecine; Fès.2008 num41/08.

[146] ELMOUJARRAD A.

Les pratiques d'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes de la préfecture de rabat.

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique.