



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2009

THESE N° 27

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
VIS- À- VIS DU TABAGISME
CHEZ LES ETUDIANTS DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE MARRAKECH
(1^{ème}, 2^{ème} et 3^{ème} année)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ... /... / 2009

PAR

Mme. Yasmina ZAKI

Née le 13 Janvier 1982 à Agadir

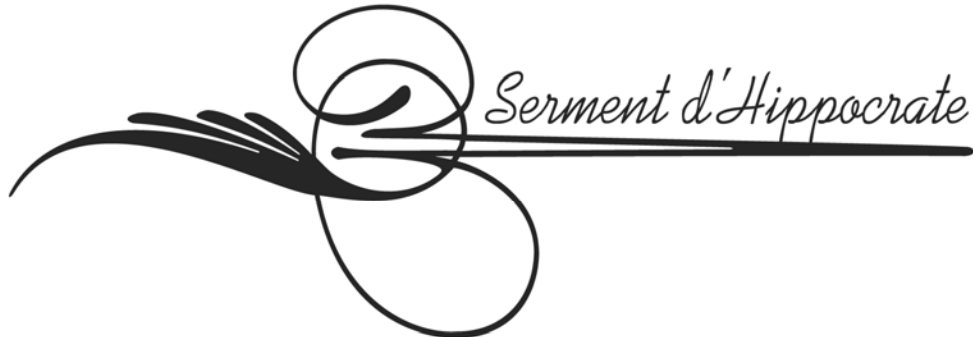
POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Tabagisme – Etudiants en médecine – Connaissances – Attitudes

JURY

Mr. M. SBIHI Professeur de Pédiatrie	PRESIDENT
Mr. A. ALAOUI YAZIDI Professeur de Pneumologie	RAPPORTEUR
Mr. A. RAJI Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie	} JUGES
Mr. A. MOUATAOUAKIL Professeur d'Ophtalmologie	
Mr. S. M. MOUDOUNI Professeur agrégé d'Urologie	



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.



DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,

Le respect, la reconnaissance...

Aussi c'est tout simplement que

JE DEDIE CETTE THESE...



A MON TRES CHER ET ADORABLE PERE : Haj Zaki Mohamed

*A celui que j'aime le plus au monde. A celui qui m'a tout donné sans compter. A la source de laquelle j'ai toujours puisé soutien, courage et persévérance...
Votre bonté et votre générosité sont sans limites. Vos prières ont été pour moi d'un grand soutien moral tout au long de mes études.*

Ce modeste travail, qui est avant tout le votre, n'est que la consécration de vos grands efforts et vos immenses sacrifices. Sans vous je ne saurais arriver où je suis. J'espère rester toujours digne de votre estime. Puisque Dieu tout puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous accorder une longue et heureuse vie.

A LA MEMOIRE DE MA TRES CHERE ET ADORABLE MERE : KASSIDI Aicha

Je vous dédie le fruit de votre amour, de votre tendresse et de votre abnégation même si je sais qu'aucune dédicace ne saurait exprimer la profondeur de ma reconnaissance.

A toi maman, l'être le plus cher, qui a su être à mon écoute, me reconforter, calquer mes humeurs... Vous n'avez cessé de lutter pour m'éduquer, me rendre heureuse.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, mon ultime respect, ma gratitude et ma reconnaissance. Je sais que votre joie aurait été immense si vous étiez parmi nous. Que VOTRE âme repose en paix. Que Dieu tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde.

A MA TRES CHERE ET ADORABLE TANTE PATERNELLE ZAKI JALILA

Les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.

A toi ma tante, ma deuxième maman, à toi qui a sacrifié sa vie pour notre bonheur et notre bien être. A tes encouragements, ton soutien durant mes examens et tes prières qui m'ont toujours soutenue et guidée.

Veillez trouver, chère maman, dans ce travail le fruit de ton dévouement ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour...

A MON TRES CHER ET UNIQUE FRERE ZAKI MOHAMED ANOUAR

Avec toute mon affection, je TE souhaite tout le bonheur DU MONDE ET BEAUCOUP DE RÉUSSITE. Trouves dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu TE procure bonheur, santé et grand succès.

A MON GRAND AMOUR ; MON CHER MARI Moulay Fouad OUSSAMA

Je ne peux exprimer en quelques mots tout ce que je ressens pour toi. Tu es pour moi le mari, l'amoureux, l'ami... Tu as toujours été présent à mes côtés, tu m'as encouragée, conseillée et consolée, tu m'as donnée de ton amour, de ta tendresse sans limites. Ta patience, ta compréhension, ton aide précieuse et ta bonté exemplaire m'ont permis de surmonter les moments les plus difficiles. Quoique je fasse, je ne serais pas en mesure de récompenser tous tes sacrifices pour rendre notre foyer équilibré et comblé.

Puisse ce travail représenter le témoignage de ma reconnaissance, de mon amour éternel et de ma considération.

Merci au bon Dieu qui a croisé nos chemins. Merci pour ton amour, ta tendresse, ton soutien, ta présence ...Tu es ma source, puisse Dieu ne jamais la tarir.

A MA CHERE GRAND-MERE PATERNELLE Zoubida Boulaaman « mayti ».

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut.. Cependant ; en reconnaissance pour la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude ainsi que l'amour sincère que je vous porte. Puisse ce travail conforter la confiance que vous me portez et être le fruit de vos prières. Que Dieu vous accorde santé, longue vie et beaucoup de bonheur.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS MATERNELS ET MON ADORABLE GRAND-PERE PATERNEL BABAYASIDI . A LA MEMOIRE DE MA TANTE MATERNELLE KASSIDI FATNA ET MON ONCLE PATERNEL ZAKI SAAD

Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été très heureux. Que vos âmes reposent en paix. Que Dieu tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde.

A MA TRES CHERE TANTE MATERNELLE KASSIDI KELTOUM, A MA TRES CHERE TANTE PATERNELLE ZAKI NAIMA ET MES TRES CHERES ONCLES MATENELS HAJ KASSIDI ET HABIB KASSIDI

Que ce travail soit témoignage DE mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A MES CHERS COUSINS, LEURS EPOUX ET EPOUSES ET LEURS ADORABLES ENFANTS Meriyem, Salwa, Youssef, Rachid , khalid (KASSIDI), Amal, Leila, Ali (HAJJI), Sanaa, Ihsane, Loubna (MEKOUAR), kenza, amine, youssef (DRISSI)

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance sincères que j'ai pour vous. Pour tout le respect, l'aide et le soutien dont vous avez toujours fait preuve à mon égard. Que ce travail soit un témoignage de mon affection, je vous le dédie pour tous les moments qu'on a passé ensemble.

Je prie Dieu le tout puissant de vous accorder santé, bonheur et succès ...

**A MA TRES CHERE BELLE MERE EL MOULAT OUSSAMA , A MES TRES CHERS BEAUX FRERES :
MOULAY HICHAM, SIDI MOHAMED OUSSAMA , LEURS EPOUSES ET LEURS ENFANTS**

A tous les sentiments chers et éternels que j'ai pour vous. Merci d'avoir été pour moi une seconde vraie famille.

Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès.

A MON ADORABLE PETITE FILLE CHERIE INES OUSSAMA

A toi mon petit bout de chou, à toi qui est la joie de notre maison. Avec tous mes vœux de bonheur et de réussite dans la vie qui s'annonce devant toi.

Que Dieu tout puissant, te préserve, te procure santé et bonheur pour que tu demeures le flambeau illuminant le chemin de notre famille.

A TOUTES MES AMIES ET COLLEGUES

*ZAHIRA ZOUIZRA, SAFA WAHBI ET SON MARI, HIND BARIGOU ET SON MARI,
HIND SERHANE ET SON MARI, FATIM ZAHRA SAADI.*

A tous nos éclats de rire, à tous nos souvenirs, trouvez dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et mes respects...

***A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis
de citer.***

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.



REMERCIEMENTS

A notre maître et président de thèse Mr le professeur M. SBIFI

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude.

Nous vous prions de bien vouloir, cher Maître, accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur que vous nous faites en présidant notre thèse.

A notre maître et rapporteur de thèse Mr le professeur A. ALAOUI, YAZIDI

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger notre travail.

Que votre sérieux, vos précieuses recommandations, votre compétence et votre rigueur de travail soient pour nous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

A notre maître et juge de thèse Mr le professeur A. RAJI

Vous nous faites un grand honneur de siéger au sein de notre respectable jury.

Nous sommes très reconnaissants de la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse Mr le professeur A. MOUJAOUAKIL

Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre thèse.

Que ce travail soit le témoignage de nos sentiments sincèrement respectueux et notre haute considération.

A notre maître et juge de thèse Mr le professeur S. M. MOUDOUNI

Nous vous remercions de la spontanéité et la gentillesse avec lesquelles vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Veillez trouver ici, chère Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect.

A Mr le professeur M. AMINE

Merci infiniment pour vos précieuses recommandations et tous les services qui ont été pour nous d'une grande aide.

Nous vous prions d'accepter ce travail le témoignage de notre profond respect et notre grande estime.

A TOUS LES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH ET TOUS LES CHEFS DES DIFFERENTS SERVICES DE CHU MOHAMMED VI

A TOUS LE PERSONNEL DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH

A TOUS LE PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DU CHU MOHAMMED VI

A TOUS CEUX QUI ONT AIDE DE LOIN OU DE PRES A L'ELABORATION DE CE TRAVAIL.



*LISTE DES
PROFESSEURS*

**UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

DOYEN HONORAIRE : Pr. MEHADJI Badie-azzamann
VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH Sabah
: Pr. AIT BEN ALI Said
: Pr. BOURAS Najib

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET : Pr. Ahmed OUSEHAL
COOPERATION : Pr. Abdelmounaim ABOUSSAD
VICE DOYEN AUX AFFAIRES
PEDAGOGIQUES

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique A
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-physiologie
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B

Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique B
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie


PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique A
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. BEN ELKHAÏAT BEN	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumatologie - Orthopédie B
Pr. SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
Pr. YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumatologie - Orthopédie A

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. ARSALANE	Lamia	Microbiologie- Virologie
Pr. ATMANE	El Mehdi	Radiologie
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
Pr. CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
Pr. CHAIB	ALI	Cardiologie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. Drissi	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL ATTAR	Hicham	Anatomie - Pathologique
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie (Néonatalogie)
Pr. EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie

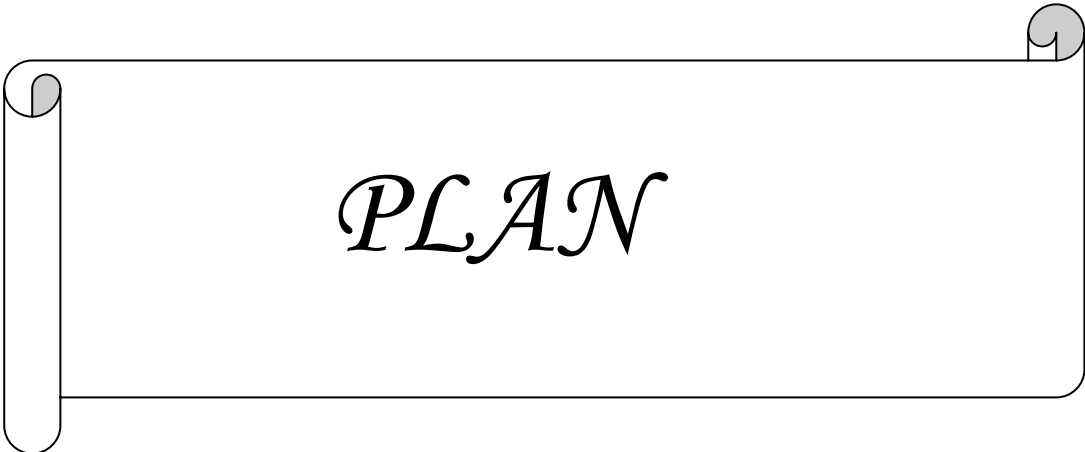
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo - Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. MOUFID	Kamal	Urologie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
Pr. QACIF	Hassan	Médecine Interne
Pr. TASSI	Nora	Maladies Infectieuses
Pr. ZOUGAGHI	Leila	Parasitologie –Mycologie



ABBREVIATIONS

INDEX DES ABREVIATIONS

BEH	: Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CHU	: Centre hospitalier universitaire
Cig. /j	: Cigarettes par jour
DSNS	: Différence statistiquement non significative
DSS	: Différence statistiquement significative
ET	: Ecart-type
ISCAE	: Institut Supérieur de Commerce et d'Administration d'Entreprise
ISEM	: Institut Supérieur d'Etude Maritimes
N	: Effectif
n	: Nombre
NP	: Non précisé
OMS	: Organisation mondiale de la santé
*p	: Correspond au risque d'erreur dans la comparaison de deux pourcentages
%	: Pourcentage
>	: Supérieur
≥	: Supérieur ou égal
<	: Inférieur
≤	: Inférieur ou égal



PLAN

I. INTRODUCTION	1
II. MATERIEL ET METHODES	3
III. RESULTATS	7
III.1. PREVALENCE GLOBALE DU TABAGISME	8
III.2. ETUDE DE PREVALENCE DU TABAGISME	8
III.2.1. Prévalence du tabagisme selon l'âge	8
III.2.2. Prévalence du tabagisme selon le genre	8
III.2.3. Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude	9
III.2.4. Prévalence du tabagisme selon le mode d'habitat	9
III.2.5. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale	10
III.2.6. Prévalence du tabagisme selon la pratique de loisir	10
III.2.7. Prévalence du tabagisme selon la pratique de prière	10
III.3. ETUDE DES FUMEURS (OCCASIONNELS ET PERMANENTS)	10
III.3.1. Répartition selon l'âge	10
III.3.2. Répartition selon le genre.....	11
III.3.3. Répartition selon le niveau d'étude	11
III.3.4. Répartition selon la pratique de prière	11
III.3.5. Degré d'intoxication tabagique	12
III.3.6. Répartition selon les motivations apparentes de début du tabagisme	13
III.3.7. Répartition selon les symptômes ressentis	14
III.3.8. Comportement des étudiants fumeurs vis-à-vis de la cigarette.....	14
III.3.9. Autres habitudes toxiques.....	16
III.3.10. Sevrage tabagique	16
III.3.11. Répartition selon les motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme	16
III.4. ATTITUDES DES ETUDIANTS FACE AU TABAGISME	17
III.4.1. Mise en garde vis-à-vis du tabac	17

III.4.2. Avis vis-à-vis de certaines affirmations concernant le tabagisme	19
III.5. DEGRE DE CONNAISSANCE DES ETUDIANTS SUR LE TABAGISME	20
III.5.1. Degré de conscience des dangers du tabagisme	20
III.5.2. Connaissance des risques liés au tabac	21
III.5.3. Connaissance des bénéfices à tirer en s'abstenant de fumer	25
III.5.4. Connaissance de l'existence d'une loi marocaine anti-tabac.....	25
III.6. PARTICIPATION A UNE COMPAGNE ANTI TABAC	27
III.7. ETUDE DES EX FUMEURS	28
IV. DISCUSSION	29
IV.1. PREVALENCE DU TABAGISME	30
IV.2. ETUDE DES FUMEURS	38
IV.3. ATTITUDES DES ETUDIANTS FACE AU TABAGISME.....	52
IV.4. DEGRE DE CONNAISSANCES DES ETUDIANTS SUR LE TABAGISME	55
IV.5. CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE D'UNE LOI MAROCAINE ANTI-TABAC ET PARTICIPATION A UNE COMPAGNE ANTI TABAC.....	58
V. CONCLUSION	61
ANNEXES	63
RESUMES	
BIBLIOGRAPHIE	



INTRODUCTION

La lutte contre le tabagisme est devenue l'une des premières préoccupations de santé publique et l'un des principaux objectifs du plan de lutte contre le cancer [1].

À ce titre, le tabagisme est paradoxalement tout à la fois le sujet triomphal des études épidémiologiques, mais aussi le principal échec de la santé publique puisque, en dépit de la multitude de connaissances accumulées sur ce thème, il n'a pas été possible (et rien ne laisse espérer que cela le devienne dans un avenir proche) d'éradiquer ce véritable fléau. Ce serait pourtant le seul moyen de voir disparaître les maladies – au premier rang desquels les cancers – qu'il provoque. En effet, le rôle du tabac dans la genèse de plusieurs maladies mortelles pourtant évitables n'est plus à démontrer, telle que un certain nombre de cancers notamment le cancer bronchique, le cancer de la vessie, les cancers de la sphère ORL (bouche, larynx....) ainsi que les maladies coronaires, les accidents cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives... et la liste est bien longue et inquiétante [2].

De nombreuses études de prévalence ont été faites à l'échelle nationale et internationale sur le tabagisme chez différentes catégories socioprofessionnelles notamment chez les futurs médecins qui ont un rôle capital dans la lutte anti-tabac. Notre étude s'intègre dans le même cadre et concerne les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech. Notre objectif est de déterminer la prévalence du tabagisme, de dégager les caractéristiques des fumeurs, d'apprécier le comportement et attitudes des étudiants vis à vis du tabac, ainsi que de percevoir leur rôle dans la lutte anti-tabac. Cette étude offre également l'occasion de sensibiliser les étudiants contre ce fléau, vu leur futur rôle primordial dans la lutte contre le tabagisme et la prise en charge des fumeurs qui veulent arrêter de fumer. En effet, l'hôpital et son personnel doivent servir de modèles aux patients et un soignant fumeur ne contribuera pas de façon optimale à la lutte anti-tabac.



Matériel et méthodes

II.1. POPULATION CIBLE

Notre étude a concerné les étudiants en médecine du 1^{ère} cycle (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année). Un autre travail a concerné les étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année. Les étudiants de 7^{ème} année n'ont pas pu être approchés vu leur affectation en dehors de la ville de Marrakech. L'effectif global est de 505 étudiants.

II.2. METHODE D'ETUDE

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale, réalisée à l'aide d'un auto questionnaire anonyme inspiré de celui de l'OMS et écrit en français. Ce questionnaire comporte 15 questions communes, 10 questions pour les ex fumeurs et 13 questions pour les fumeurs. Il porte sur plusieurs items concernant les caractéristiques de la population (voir annexes).

Nous avons considéré comme tabagique les fumeurs permanents et occasionnels (ceux qui fumaient moins d'une cigarette/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. On désigne par le terme de "petits fumeurs" les sujets qui fumaient moins de 10 cigarettes par jour, "moyens fumeurs" ceux qui fumaient entre 10 et 19 cigarettes par jour et "gros fumeurs" ceux qui fumaient 20 cigarettes par jour et plus.

II.3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Pour réaliser cette étude nous avons contacté les étudiants lors des cours et travaux dirigés pour la 1^{ère} et 2^{ème} année et pour la 3^{ème} année aux différents services hospitaliers universitaires du CHU MOHAMMED VI de Marrakech (hôpital Ibn Tofail, hôpital Ibn Zohr, hôpital Ibn Nafis, hôpital militaire Avicenne) durant leur stage selon une liste pré-établie donnée par l'administration de la faculté de médecine et de pharmacie. Notre enquête a duré un mois (du 3 avril au 7 mai 2007). La méthode utilisée était le porte à porte. Après l'accord du chef de service,

les étudiants sont réunis dans la salle de cours ou dans les salles de travaux dirigés et une explication sur l'objectif de l'enquête et sur les modalités de remplissage du questionnaire ont été données. Les questionnaires ont été donnés aux étudiants, recueillis le plus souvent immédiatement ou récupérés ultérieurement dans de rares cas selon la disponibilité des étudiants.

L'effectif total existant était de l'ordre de 505. Nous avons pu distribuer 422 questionnaires et nous avons pu recueillir 404 dont 399 ont pu être retenus. Le taux de couverture était estimé à 80 % (voir tableau I).

Les questionnaires non remplis correspondent à des étudiants absents lors de notre passage pour différentes raisons (étudiants qui avaient invalidé leurs stages par exemple) ou qui refusaient carrément de remplir le questionnaire.

II.4. ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse des données a été faite en collaboration avec le Dr Mohamed AMINE (laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine de Marrakech). La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel Epi-info version 6. L'étude statistique a utilisé les tests de Chi², de Yates et de Fisher 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 %).

II.5. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE

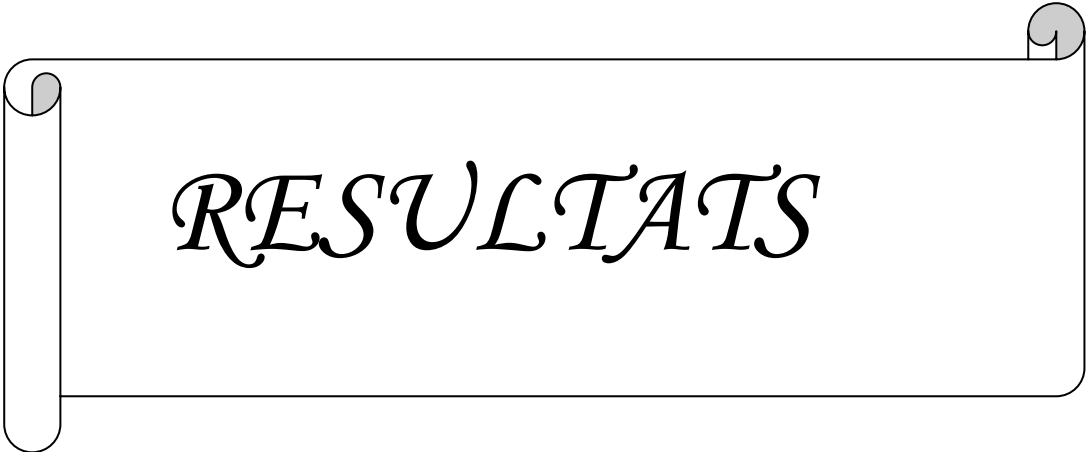
L'étude portera sur 399 étudiants dont 126 de 1^{ère} année (31,6 %), 125 de 2^{ème} année (31,3 %) et 148 de 3^{ème} année (37,1 %) (voir tableau I).

Selon le genre et l'âge, la population enquêtée était faite de 197 filles (49,3 %) et de 202 garçons (50,6 %). La moyenne d'âge était de 20,4 ans avec un écart-type (ET) de 1,4 et des extrêmes de 17 et 25 ans.

La situation familiale a été précisée dans 393 cas, et on a noté 389 célibataires (99 %), 2 divorcés (0,5 %), 1 marié (0,3 %) et 1 veuf (0,3 %).

Tableau I : Taux de participation à l'étude

Années	Effectif total	Questionnaires donnés	Questionnaires recueillis	Taux de participation (%)	Taux de réponse (%)
1 ^{ère} année					
• Filles	84	65	57	67,8	97,6
• Garçons	95	75	70	73,6	93,3
• Total	179	140	127	70,9	90,7
2 ^{ème} année					
• Filles	79	70	70	88,6	100
• Garçons	82	82	79	96,3	96,3
• Total	161	152	149	92,5	98
3 ^{ème} année					
• Filles	81	60	60	74	100
• Garçons	84	70	68	80,9	97,1
• Total	165	130	128	77,5	98,4
Total	505	422	404	80	95,7



RESULTATS

III.1. PREVALENCE GLOBALE DU TABAGISME

Au moment de l'enquête, les fumeurs actuels étaient au nombre de 29 (9 permanents et 20 occasionnels) sur un ensemble de 399 soit une prévalence du tabagisme de 7,3 %. Les jamais fumeurs représentaient 91,5 % (365 cas) et les ex-fumeurs 1,3 % (5 cas). Les fumeurs qu'ils soient actuels ou anciens représentaient 8,5 % (34 cas) (tableau II).

Tableau II : Prévalence globale du tabagisme

Genre	Non fumeurs N=370				Fumeurs actuels N=29				Fumeurs et ex fumeurs N=34	
	Jamais fumeurs		Ex fumeurs		Occasionnels		Permanents			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Filles (N=197)	197	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Garçons (N=202)	174	86,1	5	2,4	20	10	9	4,4	34	16,8
Total (N=399)	365	91,5	5	1,2	20	5	9	2,2	34	8,5

III.2. ETUDE DE PREVALENCE DU TABAGISME

III.2.1. Prévalence du tabagisme selon l'âge

La prévalence du tabagisme est de 4,5 % et 10,6 % respectivement dans les tranches d'âge ≤ 20 ans et > 20 ans avec une différence statistiquement significative (DSS : $p=0,015$) (tableau III).

III.2.2. Prévalence du tabagisme selon le genre

Le taux de prévalence du tabagisme est de 14,3 % (29/202) chez les garçons et de 0 % chez les filles. Pour les fumeurs et ex-fumeurs réunis les taux sont respectivement de 16,8 % et 0 % (tableau II).

Tableau III : Prévalence du tabagisme selon l'âge.

Tranches d'âge (ans)	Lot total N=399	Fumeurs actuels	
		N	%
≤20	221	10	4,5
>20	178	19	10,6

p = 0,015

III.2.3. Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude

Le taux de fumeurs passe de 8,7 % en 1^{ème} année à 10,8 % en 3^{ème} année (tableau IV) (DSS : p =0,0099).

Tableau IV : Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Lot total N = 399	Fumeurs Actuels	
		n	%
1 ^{ème} année	126	11	8,7
2 ^{ème} année	125	2	1,6
3 ^{ème} année	148	16	10,8

p =0,0099

III.2.4. Prévalence du tabagisme selon le mode d'habitat

Le taux de fumeurs est plus élevé chez les étudiants habitant les villas par rapport aux autres habitations (tableau V).

Tableau V : Prévalence du tabagisme selon le mode d'habitat

Mode d'habitat	Lot total N=353	Fumeurs Actuels	
		n	%
Villa	53	7	13,2
Appartement	134	14	10,5
Maison traditionnelle	137	4	3
Cité universitaire	29	0	0

p=0,011

III.2.5. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale

Chez les célibataires (389), le taux de fumeurs est de 13,4% (29 cas), chez les mariés et les divorcés le taux de fumeurs est nul.

III.2.6. Prévalence du tabagisme selon la pratique de loisirs

Le taux de fumeurs est de 7,2 % (25/344 cas) chez les étudiants ayant au moins une activité de loisir alors qu'il est de 6,2 % (1/16 cas) dans le cas contraire ($p=1$).

III.2.7. Prévalence du tabagisme selon la pratique de prière

Les taux de prévalence sont de 3,3 % (11 cas/331) et 28,8 % (15 cas/52) respectivement chez les pratiquants de prière et les non pratiquants (DSS : $p<0,00001$) (tableau VI).

Tableau VI : Prévalence du tabagisme selon la pratique de prière

Pratique de prière	Lot total N=383	Fumeurs actuels N=29	
		n	%
Oui	331	11	3,3
Non	52	15	28,8

$p < 0,0001$

III.3. ETUDE DES FUMEURS (permanents et occasionnels)

Ils sont au nombre de 29, mais ce nombre va varier en fonction du taux de réponse aux questions.

III.3.1. Répartition selon l'âge (N=29)

Chez les fumeurs (N=29), 34,5 % (n=10) sont âgés de moins de 20 ans et 65,5 % (n=19) sont âgés de plus de 20 ans (Figure 1).

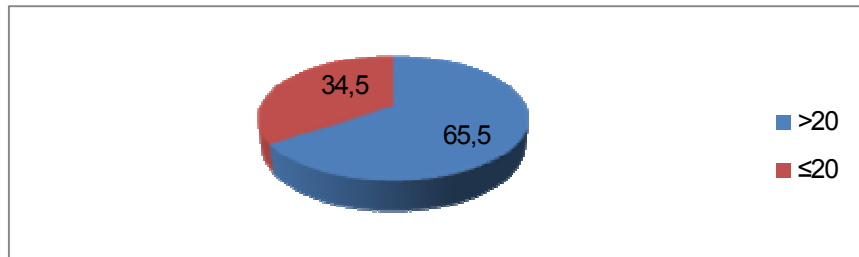


Figure 1 : Répartition des étudiants fumeurs selon l'âge (ans)

III.3.2. Répartition selon le genre (N=29)

Les 29 fumeurs sont tous des garçons.

III.3.3. Répartition selon le niveau d'étude (N=29)

La majorité des étudiants fumeurs est représentée par les étudiants de 3^{ème} année avec un taux de 55,1 % (16/29) alors que ce taux était de 38 % (11/29) en 1^{ère} année et 6,8 % en 2^{ème} année (2/29) (figure 2).

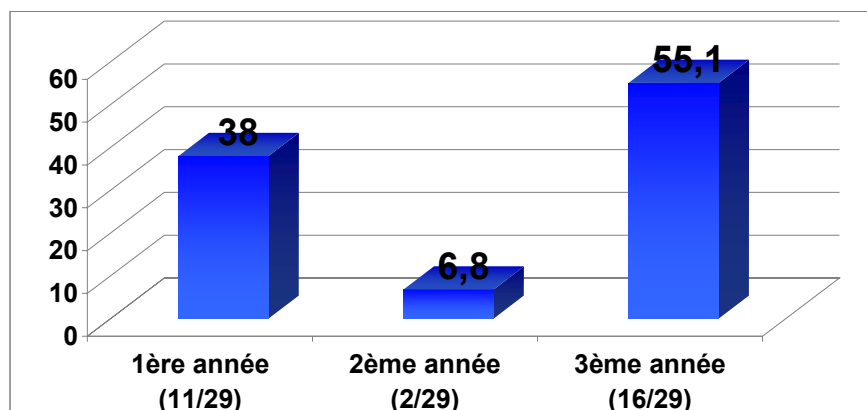


Figure 2 : Répartition des étudiants fumeurs selon le niveau d'étude

III.3.4. Répartition selon la pratique de la prière (N=26)

Sur les 26 fumeurs actuels, 57,6 % (15 cas) ne pratiquaient pas la prière contre 42,3 % (11 cas) qui sont des pratiquants.

III.3.5. Degré d'intoxication tabagique

1. Répartition selon l'âge de début du tabagisme (N=26)

Elle est donnée par la figure 3. On constate que 92,3 % des fumeurs ont commencé à fumer entre l'âge de 15 et 20 ans. La moyenne d'âge de début du tabagisme était de 17,5 ans.

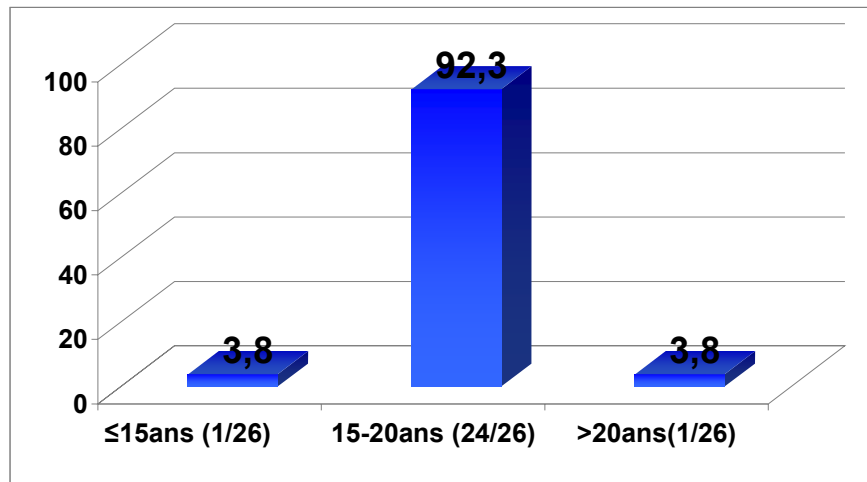


Figure 3 : Répartition selon l'âge de début du tabagisme

2. Répartition selon l'ancienneté du tabagisme (N=26)

Au moment de l'enquête, 73% des tabagiques fumaient depuis 2 à 4 ans, tandis que 11,5% fumaient pendant 8 à 10ans (tableau VII).

Tableau VII : Répartition des étudiants fumeurs selon la durée du tabagisme

Ancienneté (ans)	Fumeurs actuels (N=20)	
	N	%
2-4	19	73
5-7	4	15,3
8-10	3	11,5

3. Répartition selon le lieu d'initiation du tabagisme (N=28)

Sur l'ensemble de 28 fumeurs, 20 personnes avaient commencé à fumer au lycée soit (71,4 %), alors que dans 6 cas, le début était à la faculté (21,4 %) et dans 2 cas le début était au collège (7,1%).

4. Répartition selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour (N=25)

La moyenne des cigarettes consommées par jour était de 5,8 cigarettes avec des extrêmes de 1 et 10 cigarettes. Dans 80 % des cas (20/25), la consommation était de moins de 10 cigarettes par jour (tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition selon le nombre de cigarettes fumées par jour

Nombre de cigarettes/j	Fumeurs actuels (N=25)	
	N	%
Petits fumeurs (<10)	20	80
Moyens fumeurs (10-19)	5	20
Gros fumeurs (≥20)	0	0

5. Répartition selon le degré d'inhalation de la fumée (N=27)

Les fumeurs inhalaient profondément la fumée de cigarette dans 44,4 % (12/27) alors qu'ils le faisaient de manière superficielle dans 55,6 % (15/27).

III.3.6. Répartition selon les motivations de début du tabagisme (N=29)

Le plaisir est noté dans 75,8 % (22/29), le suivisme dans 17,2 % des cas (5/29) et le snobisme dans 6,8 % (2 cas) (tableau IX).

Tableau IX : Raisons principales de début du tabagisme

Raisons évoquées	Fumeurs actuels (N=29)	
	N	%
Plaisir	22	75,8
Suivisme	5	17,2
Snobisme	2	6,8

III.3.7. Répartition selon les symptômes ressentis (N=28)

L'essoufflement à l'effort est rapporté dans 46,4 % (13/28), suivi par la toux matinale dans 32,1% (9/28) et la réduction de l'odorat dans 32,1% (9/28) (Tableau X).

Tableau X : Fréquence des symptômes ressentis

Symptômes	N	%
Essoufflement	13	46,4
Toux matinale	9	32,1
Réduction de l'odorat	9	32,1
Palpitations	7	25
Réduction du goût	7	25
Douleur gastrique	3	10,7
Baisse de libido	1	3,6
Douleur thoracique	1	3,6
Toux permanente	1	3,6

III.3.8. Comportement des étudiants fumeurs vis-à-vis de la cigarette

1. Fumer lors des examens

Sur l'ensemble de 27 étudiants fumeurs, 66,7% fumaient plus que d'habitude au cours des examens (18/27) (tableau XI).

Tableau XI : Répartition selon le nombre de cigarettes fumées par jour au cours des examens

Nombre de cigarettes	Fumeurs actuels (N=18)	
	n	%
10-16	14	77,5
20-30	4	22,2
31-40	0	0

2. Fumer dans l'enceinte de la faculté

Parmi les 24 fumeurs ayant répondu à cette question, 12 personnes fumaient dans l'enceinte de la faculté (50 %) dont 5 d'entre eux (38,5 %) ressentait une gêne à le faire, alors que 8 étudiants (61,5 %) ne ressentait aucune gêne (figure 4).

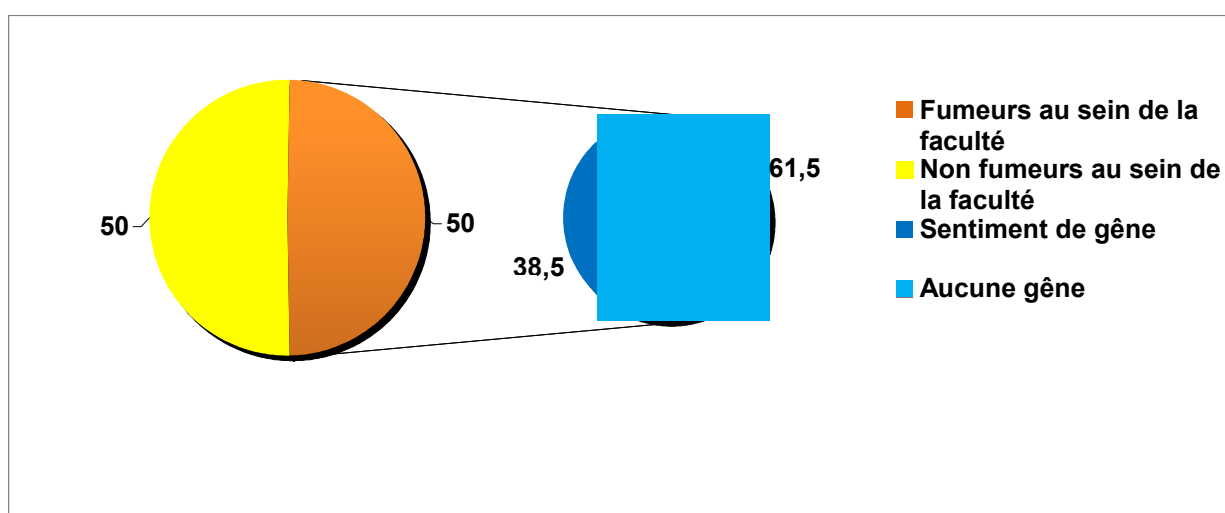


Figure 4 : Taux de fumeurs dans l'enceinte de la faculté et le sentiment de gêne ressentie

3. Présence d'un proche fumeur

Sur les 26 étudiants fumeurs ayant répondu à cette question, 80,8 % rapportaient la présence d'un proche fumeur (21/26).

4. Fumer devant les parents

Sur les 27 étudiants fumeurs ayant répondu à cette question, aucun étudiant ne fumait en présence des ses parents.

III.3.9. Autres habitudes toxiques (N=29)

La consommation d'alcool, du cannabis et du hachich est notée respectivement dans 27,5 %, 10,3 % et 3,4 % (tableau XII).

Tableau XII : Autres habitudes toxiques

Autres habitudes toxiques	Fumeurs actuels (N=29)	
	N	%
Alcool	8	27,5
Kif	3	10,3
hachich	1	3,4

III.3.10. SEVRAGE TABAGIQUE

Sur les 28 étudiants fumeurs ayant répondu à la question, 16 personnes soit 57,1 % ont déjà tenté d'arrêter de fumer.

Ces fumeurs n'avaient jamais utilisé de moyens pour les aider à arrêter de fumer. Les difficultés ressenties lors des tentatives de sevrage sont l'environnement fumeur dans 50 % (14/28), l'impression de manque dans 39,2 % (11/28), les fortes tentations dans 39,2 % (11/28), la nervosité dans 21,4 % (6/28), les céphalées dans 17,8 % des cas (5/28), enfin l'exagération de l'appétit et du poids et la tendance dépressive dans 7,1% (2/28), et la notion d'insomnie dans 3,5 % (1/28).

III.3.11. Répartition selon les motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

Le tableau XIII donne les raisons d'un éventuel arrêt du tabagisme et qui sont dominées par le souci de "survenue de symptômes" (86,6 %), "discipline personnelle" (80,7%), venaient ensuite les autres motifs tels que donner le bon exemple à leurs enfants (73 %) et "promotion de la santé" (65,3 %) (tableau XIII).

Tableau XIII : Répartition selon les motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

Raisons d'arrêt	Forte		Modérée		Faible		Nulle		NP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Raison 1	26	86,6	0	0	3	10	0	3,3	0	0
Raison 2	3	11,5	13	50	6	23	4	15,3	3	10,3
Raison 3	9	36	5	20	4	16	7	28	4	13,7
Raison 4	19	73	5	19,2	2	7,6	0	0	3	10,3
Raison 5	10	38,4	7	26,9	6	23,8	3	11,5	3	10,3
Raison 6	17	65,3	3	11,5	4	15,3	2	7,6	3	10,3
Raison 7	19	73	1	3,8	3	11,5	3	11,5	3	10,3
Raison 8	3	11,5	4	15,3	11	42,3	8	30,7	3	10,3
Raison 9	17	65,3	6	23	2	7,6	1	3,8	3	10,3
Raison 10	21	80,7	4	15,3	0	0	1	3,8	3	10,3

Raison 1 : Survenue de certains symptômes

Raison 9 : Promotion de la santé

Raison 2 : Pour donner le bon exemple aux professionnels de santé

Raison 10 : Discipline personnelle

Raison 3 : Pour éviter une gêne à votre entourage

Raison 4 : Economie d'argent

Raison 5 : Pour donner un bon exemple aux adultes de votre entourage

Raison 6 : Pour donner un bon exemple aux enfants

Raison 7 : Pour donner un bon exemple à vos enfants

Raison 8 : Pour céder à la pression de l'entourag

III.4. ATTITUDES DES ETUDIANTS FACE AU TABAGISME

III.4.1. Mise en garde vis-à-vis du tabac

Situation 1 : Globalement, les étudiants mettent toujours en garde les patients, dans cette situation, dans 60,7 % sans différence significative entre fumeurs et non fumeurs (tableau XIV).

Tableau XIV : Réponse à la question : mettez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac ?
(Quand le malade a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac)

Réponse	Fumeurs actuels (N=28)		Jamais fumeurs (N=331)		Ex fumeurs (N=5)		Total (N=364)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toujours	18	64,3	198	59,8	5	100	221	60,7
Parfois	6	21,4	101	30,5	0	0	107	29,4
Rarement	0	0	11	3,3	0	0	11	3
Jamais	4	14,3	21	6,3	0	0	25	6,9

p=0,28

Situation 2 : Dans cette situation les étudiants mettent toujours en garde les patients dans 58,9 % avec une différence significative entre fumeurs et non fumeurs (tableau XV).

Tableau XV : Réponse à la question : mettez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac ?
(Quand le patient lui même pose des questions sur le tabac)

Réponse	Fumeurs actuels (N=28)		Jamais fumeurs (N=332)		Ex fumeurs (N=5)		Total (N=365)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toujours	20	71,4	193	58,1	2	40	215	58,9
Parfois	4	14,2	55	16,6	3	60	62	17
Rarement	0	0	53	16	0	0	53	14,5
Jamais	4	14,2	31	9,3	0	0	35	9,6

p=0,04

Situation 3 : Globalement, 10,5 % des étudiants mettent toujours en garde les patients contre le tabac, avec un taux de 21,4 % chez les fumeurs, 9,8 % chez les jamais fumeurs et 0 % chez les ex- fumeurs (tableau XVI).

Tableau XVI : Réponse à la question : mettez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac ?
(Quand le patient n'a pas de symptômes ou de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac)

Réponse	Fumeurs actuels (N=28)		Jamais fumeurs (N=328)		Ex fumeurs (N=5)		Total (N=361)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toujours	6	21,4	32	9,8	0	0	38	10,5
Parfois	2	7,1	64	19,5	2	40	68	31,1
Rarement	12	48,8	74	22,6	2	40	88	32,6
Jamais	8	28,5	158	48,2	1	20	167	46,3

p= 0,02

III.4.2. Avis des étudiants vis-à-vis de certaines affirmations concernant le tabagisme

Concernant les opinions des étudiants, 93,2 % pensent que les médecins devraient être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes à risque (94,2. % pour les jamais fumeurs contre 89,6 % pour les fumeurs, et 100 % chez les ex fumeurs), alors que seulement 37 % pensent avoir assez de connaissances pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer, avec des taux de 20 %, 36,7% et 44,8 % respectivement chez les ex fumeurs, les jamais fumeurs et les fumeurs (tableau XVII).

Tableau XVII : Pourcentage des étudiants "tout à fait d'accord" pour certaines affirmations (A)

Affirmations	Fumeurs (N=29)		jamais fumeurs (N=365)		Ex fumeurs (N=5)		Total (N=399)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A1	23	79,3	330	90,9	5	100	358	89,7
A2	25	86,2	312	85,5	5	100	342	85,7
A3	14	48,2	318	87,1	3	60	334	83,7
A4	22	75,8	348	95,3	5	100	374	93,7
A5	22	75,8	264	72,5	5	100	290	72,6
A6	26	89,6	342	94,2	5	100	372	93,2
A7	28	96,5	332	92	5	100	364	91,2
A8	13	44,8	134	36,7	1	20	148	37
A9	11	37,9	216	59,7	4	80	230	57,6

A1 : Il est de la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer.

A2 : La plupart des fumeurs peuvent s'arrêter s'ils en ont la volonté.

A3 : C'est désagréable d'être à côté d'une personne qui fume.

A4 : Le personnel de santé devrait donner le bon exemple en ne fumant pas.

A5 : La plupart des gens ne cesseront pas de fumer même si leur médecin le leur conseille.

A6 : Les médecins devraient être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes à risque.

A7 : Les médecins seraient plus enclins à conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer s'ils connaissaient une méthode réellement efficace.

A8 : Vous avez assez de connaissances pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer.

A9 : À chaque contact avec un malade, vous devrez le convaincre de ne pas fumer.

III.5. DEGRE DE CONNAISSANCE DES ETUDIANTS SUR LE TABAGISME

III.5.1." Etes-vous conscients des dangers du tabac" ?

La grande majorité des étudiants déclarait être consciente de la nocivité du tabac pour la santé (99 %). Ces proportions varient peu selon le statut tabagique de l'étudiant (100% pour les fumeurs, 99,1% pour les jamais fumeurs et 100% pour les ex-fumeurs. (DSNS) (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Pourcentage des réponses "oui" à la question "Etes-vous conscients des dangers du tabac" ? (Selon le statut tabagique)

Genre	Non fumeurs				Fumeurs actuels				Fumeurs et ex fumeurs	
	Jamais fumeurs (N=359)		Ex fumeurs (N=5)		Occasionnels (N=20)		Permanents (N=8)		Fumeurs et ex fumeurs (N=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Filles (N=191)	190	0	0		0	0	0	0	0	0
Garçons (N=201)	166	98,8	5	100	20	100	8	100	0	0
Total (N=392)	356	99,1	5	100	20	100	8	100	0	0

Selon le niveau d'étude, le taux de conscience des dangers augmente avec les années d'étude (tableau XIX).

Tableau XIX : Pourcentage des réponses à la question "Etes-vous conscients des dangers du tabac" ? (Selon le niveau d'étude)

Niveau d'étude	Réponse à la question			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
1 ^{ère} année (N=126)	125	99,2	1	0,8
2 ^{ème} année (N=125)	121	96,8	4	3,2
3 ^{ème} année (N=148)	148	100	0	0,0
Total (399)	394	98,7	5	1,2

III.5.2. Quels sont les risques liés au tabac selon les étudiants ?

Globalement, les pathologies liées au tabac les mieux connues sont : le cancer du poumon (98 %), la perturbation de grossesse (81,3 %), l'impuissance sexuelle (76,5%), le cancer du larynx (73,4 %). Les risques les moins connus ont été représentés par les angines, le cancer de joues, l'hémorragie cérébrale, l'artérite des membres inférieurs, le cancer de vessie, avec respectivement un taux de 4,6 %, 24,6%, 24,8%, 29,4%, 29,9%.

Selon les risques et le niveau d'étude, certains risques sont connus aussi bien par les étudiants de 1^{ème}, 2^{ème} et 3^{ème} année (cancer du poumon, perturbation de grossesse, impuissance sexuelle) alors que d'autres risques sont significativement mieux connus par les étudiants de 3^{ème} année (angor, artérite de membres inférieurs, gastrite, cancers des joues, cancer de vessie, cancer de l'estomac, pharyngites, hémorragies cérébrales) (tableau XX).

Selon le tabagisme, nous constatons que chez les fumeurs, le cancer du poumon et la pathologie cardio-pulmonaire (angor, infarctus et bronchites) étaient cités par la majorité des étudiants, les autres cancers étaient beaucoup moins connus, pareille pour les angines et l'hémorragie cérébrale qui n'étaient cités que dans respectivement 0 % et 17,2 %. Chez les jamais fumeurs, le cancer du poumon venait en première position avec 98,9 % (357/361) et le cancer du larynx avec un taux de 74,2 % (268/361), tandis que les angines, l'hémorragie cérébrale et les palpitations cardiaques ne sont citées que dans respectivement 5 %, 25,5 % et 42,7 %. Concernant les ex fumeurs, les pathologies les mieux connues sont le cancer du poumon (100%), la perturbation de la grossesse (100%) et l'impuissance sexuelle (100%), toutes les autres pathologies sont beaucoup moins connues (tableau XXI).

Tableau XX : Connaissances des étudiants vis-à-vis des méfaits du tabac selon le niveau d'étude

Les risques	1 ^{ère} année* (N=126)		2 ^{ème} année* (N=125)		3 ^{ème} année* (N=148)		Total (N=325)		P*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cancer du poumon	119	94,4	121	96,8	146	98,6	387	98	-
Perturbation de la grossesse	93	73,8	102	81,6	125	84,5	321	81,3	0,06
Impuissance sexuelle	91	72,2	94	75,2	116	78,4	302	76,5	0,51
Cancer du larynx	68	53,9	86	68,8	135	91,2	290	73,4	<0,0001
Bronchites	82	65	83	66,4	106	71,6	272	68,9	0,56
Infarctus du cœur	59	46,8	81	64,8	116	78,4	257	65,1	0,00045
Ulcère	38	30,1	62	49,6	122	82,4	222	56,2	<0,0001
Cancer de la langue	41	32,5	73	58,4	105	70,9	219	55,4	<0,0001
Cancer de l'estomac	39	30,9	66	52,8	109	73,6	214	54,2	<0,0001
Angor	25	19,8	59	47,2	99	66,9	183	46,3	<0,0001
Palpitations cardiaques	46	36,5	59	47,2	71	48	176	44,6	0,1
Gastrite	25	19,8	44	35,2	98	66,2	168	42,5	<0,0001
Pharyngites	19	15	41	32,8	59	39,9	119	30,1	0,00032
Cancer de la vessie	9	7,1	56	44,8	53	35,8	118	29,9	0,32
Artérites des membres inf	15	11,9	30	24	71	48	116	29,4	0,00001
Hémorragie cérébrale	22	17,4	34	27,2	42	28,4	98	24,8	0,07
Cancer des joues	9	7,1	37	29,6	51	34,5	97	24,6	<0,0001
Angines	4	3,1	8	6,4	6	4,1	18	4,6	0,41

p* : entre les étudiants de 1^{ème}, 2^{ème} et 3^{ème} année pour chaque risque cité.

Tableau XXI : Connaissances des étudiants vis-à-vis des méfaits du tabac selon le tabagisme

Les risques	Fumeurs (N=29)		Jamais fumeurs (N=361)		Ex fumeurs (N=5)		Total (N=399)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cancer du poumon	25	86,2	357	98,9	5	100	387	98
Cancer du larynx	19	65,5	268	74,2	3	60	290	73,4
Cancer de la vessie	12	41,4	104	28,8	2	40	118	29,9
Perturbation de la grossesse	19	65,5	297	82,3	5	100	321	81,3
Bronchites	23	79,3	247	68,4	2	40	272	68,9
Infarctus du cœur	17	58,6	239	66,2	1	20	257	65,1
Cancer de la langue	13	44,8	203	56,2	3	60	219	55,4
Ulcère	18	62,1	202	56	2	40	222	56,2
Angor	15	51,7	168	46,5	0	0	183	46,3
Artérite de membres inférieurs	11	37,9	105	29,1	0	0	116	29,4
Cancer de l'estomac	16	55,2	197	54,6	1	20	214	54,2
Impuissance sexuelle	18	62,1	279	77,3	5	100	302	76,5
Gastrite	11	37,9	156	43,2	1	20	168	42,5
Cancer de des joues	6	20,7	91	25,2	0	0	97	24,6
Pharyngites	8	27,6	109	30,2	2	40	119	30,1
Palpitations cardiaques	19	65,5	154	42,7	3	60	176	44,6
Hémorragie cérébrale	5	17,2	92	25,5	1	20	98	24,8
Angines	0	0	18	5	0	0	18	4,6

III.5.3. Connaissances des étudiants vis-à-vis des bénéfices à tirer en s'abstenant de fumer

Presque la majorité des étudiants pense que cesser de fumer permet d'avoir une bonne santé et ce dans 97,2% (388/399) et d'économiser l'argent et ce dans 91% (363/399). Selon le statut tabagique, cet avis est rapporté par tous les fumeurs et les ex-fumeurs et par 97% et 90,1% des jamais fumeurs (tableau XXII).

Tableau XXII : Connaissances des étudiants vis-à-vis des bénéfices à tirer

Bénéfices à en tirer	Fumeurs (N=29)		Jamais fumeurs (N=365)		Ex fumeurs (N=5)		Total (N=399)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Meilleure santé pour vous-même	29	100	354	97	5	100	388	97,2
Economie d'argent	29	100	329	90,1	5	100	363	91
Meilleure santé pour votre entourage	27	93,1	323	89	3	60	353	88,9
Meilleure maîtrise de vous même	20	69	295	80,8	1	20	316	79,2
Meilleur souffle	27	93,1	285	78,1	3	60	315	78,9
Le bon exemple pour votre famille	21	72,4	289	79,2	2	40	312	78,2
Le bon exemple pour vos enfants	19	65,5	287	78,6	3	60	309	77,4
Meilleur haleine	26	89,7	273	74,8	3	60	302	75,7
Goût meilleur pour les aliments	17	58,6	263	72,1	5	100	285	71,4

III.5.4. Connaissance de l'existence d'une loi marocaine anti-tabac

❖ "Savez vous qu'il existe une loi marocaine anti-tabac" ?

L'existence de la loi anti-tabac était connue globalement dans 35,6 % (142/399). Selon le niveau d'étude, le taux était de 28,6 % pour les étudiants de 1^{ème} année, 38,7 % pour les étudiants de 2^{ème} année et 39,2% pour les étudiants de 3^{ème} année sans différence statistiquement significative (p=0,13) (tableau XXIII).

Selon le statut tabagique, l'existence de la loi anti-tabac était connue par 44,8 % des fumeurs, 40 % des ex-fumeurs et par 34,8 % des jamais fumeurs (D ; $p= 0,54$) (tableau XXIV).

Tableau XXIII : Réponse à la question "savez-vous qu'il existe une loi marocaine anti-tabac" ?
 • Selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Connaissance de l'existence de la loi anti-tabac (N = 399)			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
1 ^{ère} année (N=126)	36	28,6	90	71,4
2 ^{ème} année (N=125)	48	38,7	76	61,3
3 ^{ème} année (N=148)	58	39,2	90	60,8
Total (N=399)	142	35,8	256	64,1

$p= 0,13$

Tableau XXIV : Réponse à la question "savez-vous qu'il existe une loi marocaine anti-tabac" ?
 • Selon le statut tabagique

Statut tabagique	Connaissance de l'existence de la loi anti-tabac (N = 399)			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
Fumeurs (N=29)	13	44,8	16	55,2
Jamais fumeurs (N=365)	127	34,8	238	65,2
Ex fumeurs (N=5)	2	40	3	60
Total (N=399)	142	35,5	257	64,4

$p=0,54$

III.6. PARTICIPATION A UNE COMPAGNE ANTI-TABAC

Le taux de participation à une campagne anti-tabac est globalement de 7,2 % (29/399), de 6,9 % chez les fumeurs et de 7,5 % chez les jamais fumeurs, alors qu'aucun des ex fumeurs n'a participé à une campagne anti-tabac (DSNS ; $p=0,81$) (tableau XXV).

Tableau XXV : Taux de participation à une campagne anti-tabac selon le tabagisme

Statut tabagique	Participation à la campagne anti-tabac			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
Fumeurs (N=29)	2	6,9	27	93,1
Jamais fumeurs (N=365)	27	7,5	335	92,5
Ex fumeurs (N=5)	0	0	5	100
Total (N=399)	29	7,2	367	92

$p = 0,81$

Selon le niveau d'étude, ce taux de participation est de 9,6 % en 1^{ème} année, de 9,8 % en 2^{ème} année, alors qu'il est de 3,4 % en 3^{ème} année (DSNS ; $p= 0,07$) (tableau XXVI).

Tableau XXVI : Taux de participation à une campagne anti-tabac selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Participation à la campagne anti- tabac			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
1 ^{ème} année (N=126)	12	9,6	113	90 ;4
2 ^{ème} année (N=125)	12	9,8	111	90,2
3 ^{ème} année (N=148)	5	3,4	142	96,6
Total (N=399)	29	7,2	366	91,7

$p = 0,07$

III.7. ETUDE DES EX-FUMEURS

Il s'agit de 5 étudiants (1,3 %) dont 2 en 1^{ère} année et 3 en 3^{ème} année, tous de sexe masculin, 3 sont âgés de moins de 20 ans et 2 de plus de 20 ans.

Selon l'ancienneté de l'arrêt, trois ont arrêté depuis moins d'un an et deux depuis plus de deux ans. La moyenne de la durée d'arrêt du tabagisme est de 37,6 mois avec des extrêmes de 3 à 120 mois.

Selon la durée d'exposition tabagique, deux ont fumé moins d'un an, 2 autres entre 1 et 2 ans et 1 seul plus de 2 ans (extrêmes de 7 et 60 mois). Dans quatre cas, il s'agit de petits fumeurs et dans un cas d'un moyen fumeur.

Selon le sevrage tabagique, un seul a réussi d'arrêter de fumer en une seule fois, pour les quatre autres, il y'a eu deux tentatives. Aucun des 5 ex-fumeurs n'a utilisé de moyens pour l'aider au sevrage.

Les cinq cas rapportent un état de bien être après le sevrage et dans 2 cas on note une augmentation du poids. Aucun des trois cas n'avait participé à une activité anti-tabac.



DISCUSSION

L'usage du tabac est reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant la première cause de mortalité évitable chez l'homme [2].

Dans le monde, on observe une forte progression de la consommation tabagique dans les pays en voie de développement. Si la tendance reste inchangée, l'OMS prévoit, d'ici 2025, 1, 7 milliards de fumeurs (vs. 1,3 milliard en 2003) [3] et le décès de 450 millions de personnes de par le monde au cours des 50 prochaines années [4].

Ce fléau, qui ne cesse de prendre de l'importance a fait l'objet de nombreuses études nationales réalisées depuis 1982 dans différents milieux socioprofessionnels et chez les étudiants en médecine pour apprécier l'impact du tabagisme à l'échelle nationale et sensibiliser la population cible aux méfaits du tabac.

Notre enquête fait partie des études qui ont pour but d'évaluer l'attitude des étudiants en médecine face au tabagisme et les sensibiliser aux méfaits du tabac.

Dans ce chapitre, nous essayerons d'analyser nos résultats et les comparer avec les données d'enquêtes précédentes tant nationales qu'internationales.

IV.1. PREVALENCE DU TABAGISME

IV.1.1. Prévalence globale

Le taux de 7,3 % de fumeurs chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech reste le plus bas par rapport aux taux retrouvés dans les autres études nationales. Il reste proche des taux retrouvés dans certains pays où les prévalences sont basses (tableau XXVII).

La 2^{ème} 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 (tableau XXVII).

Plusieurs études menées dans différents pays chez les étudiants en médecine rapportent des prévalences plus élevées que celles trouvées dans notre étude (tableau XXVII). En 2004, Harrabi [17] a rapporté 16,7 % de fumeurs chez les étudiants en médecine de Sousse (Tunisie), en 2006, en Grèce le taux était de 41% [14]. 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 [4, 14]..

Tableau XXVII : Prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine et dans différentes catégories socioprofessionnelles

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Effectifs	Année d'étude	Fumeur (%)
• Casablanca [24]	<i>Etudiants en médecine</i>	742	1982	34,0
• Casablanca [25]		1097	1988	19,7
• Casablanca [19]		1321	1994	13,0
• Casablanca [26]		1582	1999	11,3
• Casablanca [7]		705	2002	12,3
• Marrakech [27]		85	2005	15,3
• Marrakech (notre étude)		399	2007	7,3
• Sénégal [8]	<i>Etudiants en médecine</i>	1547	2001	34 ,6
• France [15]		681	2001	34 ,6
• Alger [16]			2003	26,6
• Tunisie [17]		230	2004	16,7
• Espagne [18]		3840	2004	27
• Oujda [28]	<i>Milieu universitaire</i>	457	1995	24,1
• El Jadida [29]		735	2000	12,7
• Marrakech [27]		418	2005	24,6
• Marrakech [30]	<i>Milieu scolaire</i>	2000	2001	15,7
• Casa Lyautey [31]		431	2002	34,3
• Casablanca [47]	<i>Personnel de santé</i>	1775	1999	24,7
• Safi [32]		649	2000	15,6

VI.1.2. Prévalence du tabagisme selon l'âge

Dans notre enquête, le taux de fumeurs augmente avec l'âge (4,5 % chez les moins de 20 ans contre 10,6 % pour les âgés de plus de 20 ans). Il en est de même lors des enquêtes réalisées à Casablanca [7,19], en France [11] et en Tunisie [17] (tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : Prévalence du tabagisme selon l'âge chez les étudiants en médecine

Ville, pays (référence)	Effectifs	Année d'étude	Tranches d'âge	Fumeur (%)
Tunisie [17]	501	1997	<20 ans	7,4
			≥25 ans	10,3
France [11]	681	2001	<22 ans	26,2
			≥22 ans	43,7
Casablanca [7]	705	2002	<20 ans	3,6
			≥30 ans	25,0
Marrakech (notre étude)	399	2007	≤20 ans	4,5
			>20 ans	10,6

IV.1.3. Prévalence du tabagisme selon le genre

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme selon le sexe montre une exclusivité masculine avec un taux de 14,3% contre 0% chez les femmes.

La même constatation a été faite au Viet Nam [27] chez les étudiants en médecine de Hanoi avec un taux de fumeurs à 14,1% et 0% de fumeuses, et en Chine également où aucune étudiante en médecine n'était fumeuse [14].

Comme explication à ce phénomène, il a été suggéré que le tabagisme est considéré comme un comportement ou une conduite qui ne convenait pas aux femmes dans certains pays et que cela revenait en fait à des considérations culturelles [14], comme c'est le cas dans notre pays. Néanmoins, il se peut que ces résultats soient dus au fait que les femmes tabagiques ne les reconnaissent pas et ceci pour les mêmes raisons culturelles [14], ce qui peut également être le cas dans notre étude.

A Casablanca, toutes les études déjà faites auprès des étudiants en médecine ont montré une forte prédominance masculine [7], cette même constatation a été faite dans les autres enquêtes nationales et internationales réalisées dans différentes catégories socioprofessionnelles (tableau XXIX). C'est le cas en Egypte [4], au Sénégal [8], en Tunisie [17], en Algérie [16], aux USA [14] et en Espagne [18].

En France il a été constaté que la prévalence du tabagisme est comparable chez les filles et les garçons [11,15]. En effet, d'après l'enquête mondiale de CROFTON et COLL effectuée dans 42 pays auprès de 9000 étudiants en médecine, il a été noté une faible différence dans le taux du tabagisme selon le sexe en Europe [7]. En effet, dans tous 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, ce qui permet de prévoir des catastrophes dans les années prochaines. En effet, on observera vraisemblablement autant de morts par cancer bronchique que de morts par cancer du sein chez les femmes dans les années à venir [7].

Tableau XXIX : 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	Effectifs	Fumeurs (%)		
				Garçons	Filles	Total
• Safi [32]	<i>Personnel de santé</i>	2000	634	34,3	0,8	24,5
• Casablanca [33]		2005	312	43,8	11,0	24,7
• Marrakech [30]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	2000	21,7	5,7	15,7
• Casa Lyautey [31]		2003	431	48,5	51,5	34,3
• El Jadida [29]	<i>Milieu universitaire</i>	2000	735	21,7	2,3	12,7
• Marrakech [27]		2005	418	32,2	9,9	24,6
• Casablanca [24]	<i>Faculté de médecine</i>	1982	742	42,7	13,9	34,0
• Casablanca [25]		1988	1097	27,4	6,0	19,7
• Casablanca [19]		1994	1321	25,7	3,2	13,0
• Casablanca [26]		1999	1582	21,6	5,2	11,3
• Casablanca [7]		2002	705	22,5	5,8	12,3
• Marrakech (notre étude)		2007	399	14,3	0	7,3
• Espagne [18]		<i>Faculté de médecine</i>	2000	1340	26,7	27,1
• France [15]	2001		681	33,3	35,6	34,6
• Sénégal [8]	2001		1547	45,9	10,1	34,6
• Viet Nam [27]	2002		1700	22,0	0,0	14,1
• Tunisie [17]	2004		230	29,6	0,7	19,2

IV.1.4. Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude

La prévalence du tabagisme augmente avec l'année d'étude. Elle passe dans notre série de 8,7 % en 1^{ère} année à 10,8 % en 3^{ème} année. Ceci concorde avec plusieurs enquêtes réalisées auparavant auprès des étudiants en médecine de Casablanca et à l'étranger (Tableau XXX).

Ces résultats laissent conclure que l'acquisition des connaissances relatives aux méfaits du tabac au cours des études médicales n'a pas d'influence sur le comportement tabagique.

Par contre une étude effectuée au Sénégal chez les étudiants de la faculté de médecine de Dakar, a constaté une diminution de 23% du taux des fumeurs entre le 1^{er} et le 3^{ème} cycle (42,8% au 1^{er}, 38% au second, 19% au 3^{ème}), mais cette étude conclue quand même que les étudiants fument autant au 1^{er} qu'au second cycle et que les études médicales n'ont pas une influence nette sur le comportement tabagique. Cette diminution du tabagisme du 1^{er} au 3^{ème} cycle a été expliquée par le nombre très bas de réponses obtenues chez les futures spécialistes et par leur réticence à répondre au questionnaire par peur d'anonymat [8].

De façon générale, l'éducation sanitaire 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 [8].

Tableau XXX : Prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine selon l'année d'étude

Ville, pays (référence)	Année d'étude	Niveau d'étude	(%)
• Casablanca [12]	1988	-1 ^{ère} année	13,8
		-5 ^{ème} année	28,8
• Casablanca [13]	1994	-1 ^{ère} année	18,0
		-6 ^{ème} année	21,5
• Casablanca [14]	1999	-3 ^{ème} année	9,0
		-5 ^{ème} année	15,3
		-6 ^{ème} année	12,0
• Casablanca [15]	2002	-1 ^{ère} année	10,3
		-3 ^{ème} année	16,2
		-5 ^{ème} année	23,0
		-6 ^{ème} année	21,8
• Marrakech (Notre étude)	2007	-1^{ère} année	8,7
		-2^{ème} année	1,6
		-3^{ème} année	10,8
• Tunisie [17]	2004	-1 ^{ère} année	4,5
		-5 ^{ème} année	16,7
• France [11]	2001	-1 ^{er} cycle	25
		-2 ^{ème} cycle	42
• Espagne [10]	2004	-1 ^{ère} année	20
		-3 ^{ème} année	31
• Finlande [34]	2006	-1 ^{ère} année	13,0
		-6 ^{ème} année	17,0

IV.1.5. Prévalence du tabagisme selon le mode d'habitat

Le mode d'habitat peut refléter de façon indirecte le niveau socioéconomique et les données sont variables selon les études. Parfois les habitants des bidonvilles fument le plus [29]; parfois ce sont les habitants des villas [28,35-36], ce qui est le cas dans notre étude.

Une étude [27] rapporte que le taux des fumeurs (36,4 %) est plus élevé chez les étudiants dont le revenu mensuel de la famille est supérieur à 10 000 dhs, par rapport à ceux issus de famille dont le revenu est inférieur à 1500 dirhams/mois (taux de fumeurs de 19,1 %).

IV.1.6. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale

Dans notre étude, tous les étudiants fumeurs sont célibataires alors qu'aucun marié ou divorcé ne l'est. Dans les autres études les résultats sont variables. A Dakar [37], une enquête auprès de 230 étudiants en médecine trouve que tous les fumeurs sont célibataires, sauf en 6^{ème} année où 28 % sont des mariés.

IV.1.7. Prévalence du tabagisme selon les loisirs

Nous avons constaté que les fumeurs s'adonnent plus à des activités de loisirs que les non fumeurs, ce qui a été également constaté dans d'autres études [28, 29, 35,38].

IV.1.8. Prévalence du tabagisme selon la pratique de prière

Nous avons constaté ainsi que Badouri [28] que les non pratiquants de prière fument plus que les pratiquants. Ces résultats laissent penser que la pratique de prière est un facteur incitant à l'abstinence tabagique. Nous savons que l'Islam a pour mission d'édifier une société saine, afin que l'humanité puisse cultiver d'une manière optimale ses facultés physiques, mentales et spirituelles. La religion islamique considère comme étant interdit tout ce qui est nuisible pour la santé ou pour l'économie de l'individu ou de la société en donnant toujours la primauté à la règle de parer au mal.

IV.2. ETUDE DES FUMEURS

IV.2.1. Age de début du tabagisme

Certaines études [24, 27, 29, 33, 39,40] et la nôtre montrent que le début du tabagisme se fait dans la majorité des cas avant l'âge de 20 ans (tableau XXXI).

Tableau XXXI : Age de début du tabagisme d'après certains travaux

Ville, pays (référence)	Milieu d'enquête	Année d'enquête	Avant 20 ans	Après 20 ans
• Safi [32]	<i>Personnel de santé</i>	2000	49,3	50,7
• Casablanca [33]		2005	61,0	39,0
• El Jadida [29]	<i>Milieu universitaire</i>	2000	78,5	21,5
• Marrakech [27]		2005	97,0	3,0
• Chine [40]	<i>Etudiants en médecine</i>	1995	60,5	39,5
• Viet Nam [39]		2002	84,6	15,4
• Marrakech (Notre étude)		2007	96,2	3,8

Au Pakistan [41], l'âge moyen de début du tabagisme chez les étudiants en médecine de l'université Aga Khan de Karachi était de 17 ans. En Inde [42], la moyenne d'âge de début du tabagisme était de 20 ans dans les écoles médicales, de 18,5 ans chez les médecins et de 16,5 ans chez les étudiants en médecine. Au Japon [43], 44,2 % des élèves infirmiers avaient commencé à fumer avant l'admission à l'université et 60,6 % des infirmiers avant de commencer le travail. En Allemagne [44] : la moyenne d'âge de début du tabagisme chez les élèves infirmiers est de 16 ans. De même, aux Etats-Unis, 81 % des étudiants universitaires ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans [45].

Ces chiffres montrent tout l'intérêt de la sensibilisation des jeunes dans les écoles, les lycées et les universités contre l'initiation au tabagisme afin de lutter contre le tabagisme des adolescents. Il faut identifier les raisons qui poussent le jeune à commencer à fumer et essayer d'y remédier. Ces raisons ne sont pas complètement élucidées mais on peut noter la publicité qui associe la cigarette au modèle de sportif, de séducteur et de plaisir, l'identification aux adultes qui fument et l'esprit de rébellion et d'imitation. Il faudra donc diminuer le nombre de personnes qui fument devant les enfants en particulier ceux que les enfants admirent : les parents, les enseignants, les médecins, les vedettes de cinéma et de la télévision [46-48].

IV.2.2. Ancienneté du tabagisme

Dans notre étude, le taux des étudiants qui fument depuis plus de 6 mois est de 89,6% avec un âge de début précoce entre 15 et 20 ans.

Dans les principales complications de l'usage des cigarettes (cancer du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive, accidents cardiovasculaires), le risque est directement corrélé à la précocité du tabagisme, à sa durée et à l'importance de la consommation [20]

Pour le cancer broncho-pulmonaire qui est l'une des premières maladies pour lesquelles un lien causal avec la consommation de tabac a été montré, les fumeurs ont un risque de développer un cancer du poumon 20 fois plus élevé que les non-fumeurs. Le tabac est ainsi responsable de près de 90 % des cancers du poumon. Trois facteurs importants liés au tabagisme sont associés au risque de survenue d'un cancer broncho-pulmonaire : la durée du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et l'âge de début du tabagisme. Selon le modèle développé par Doll et Peto, un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par trois le risque de cancer, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie par 100 le risque de développer un cancer du poumon. Enfin, le risque augmente en fonction de la précocité de l'âge de début de la consommation de tabac : les personnes qui commencent à fumer à un âge précoce ont un risque plus important de développer un cancer broncho-pulmonaire et ceci, à des âges moins élevés que les fumeurs ayant débuté plus tardivement [2].

Une conséquence importante de cette observation est que l'arrêt du tabagisme qui réduit la durée, réduit considérablement le risque. Au contraire, un fumeur qui réduit sa consommation, diminue la dose et l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important. De plus cette réduction de dose est plus souvent obtenue par le passage à des cigarettes plus légères. Or ceci entraîne une modification compensatoire de la façon de fumer :

inhalation plus rapide et plus profonde qui augmente le rendement de la nicotine, rechercher par le fumeur, mais aussi en goudrons. Par conséquent, le conseil de réduire la consommation est un mauvais conseil, comme celui de passer des cigarettes fortes aux cigarettes légères, par rapport à l'arrêt complet du tabac.

IV.2.3. Lieu d'initiation du tabagisme

Il semble que l'acquisition de l'habitude tabagique se fait surtout au lycée (71,4 % des étudiants fumeurs ont commencé à fumer au cycle secondaire).

Pour Bentalha [29], 44 % des étudiants avaient commencé à fumer durant les études du cycle secondaire, tandis que 9,7 % des étudiants ont acquis leur habitude tabagique dès l'école primaire. Badouri [28] aussi, rapportait que 73,5 % des étudiants fumeurs (permanents) ont commencé à fumer au cycle secondaire, c'est à dire à l'âge de l'adolescence, alors que seulement 19,3 % ont commencé au cycle supérieur et 7,2 % au cours du primaire.

Selon Frydman [49], un programme anti-tabac a toutes les chances de se révéler efficace s'il précède les premières expériences tabagiques ou s'il est administré aussitôt que possible après leur apparition. La période idéale est donc celle qui couvre l'année terminale de l'enseignement primaire et les trois premières années du secondaire.

IV.2.4. Nombre et genre de cigarettes consommées

Dans notre enquête et dans d'autres études [7-24,28-32] il s'agit de « petits » et « moyens » fumeurs (tableau XXXII, XXXIII). On relève aussi que les fumeurs s'adonnent exclusivement à la cigarette avec filtre. En Tunisie [17] la consommation moyenne de cigarettes augmente significativement de 8,6 cigarettes par jour en début d'études à 12 cigarettes en fin d'études. Au Pakistan [41] la moyenne de cigarettes fumées/j est de 5 à 8. Au Japon [43], 80,5 % des élèves infirmiers sont des petits fumeurs contre 57,6 % chez les infirmiers. En France [15], 69 % des étudiantes en médecine sont des petits fumeurs contre 55 % des garçons. En Espagne

[18], la moyenne de cigarettes fumées/j est de 13,2 chez les garçons et 9,4 chez les filles. En Albanie [50], 47,6 % des étudiants en médecine de 1^{ère} année consomment entre 1 à 14 cigarettes par jour contre 35,8 % en 5^{ème} année. La plupart des étudiants fument des cigarettes manufacturées et avec filtre. En Allemagne [44], 48,7 % des élèves infirmiers sont des petits fumeurs, 44,7 % sont des moyens fumeurs et 3,2 % sont des gros fumeurs. Au Danemark [51], 56 % des élèves infirmiers consomment plus de 15 cigarettes par jour.

Tableau XXXII : Moyenne de cigarettes consommées par jour

Année, villes	cig. /j
1982 Casablanca [24]	10
1988 Casablanca [25]	5
1994 Casablanca [19]	9,3
1999 Casablanca [26]	7,8
2002 Casablanca [7]	11,1
2007 Marrakech (notre étude)	5,8

Tableau XXXIII : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Année d'étude	Petits fumeurs 2 à 10 cig. /j	Moyens fumeurs 11 à 19 cig. /j	Gros fumeurs ≥ 20 cig. /j
• Safi [32]	<i>Personnel de santé</i>	2000	43,5	49,4	7,1
• Casablanca [33]		2005	57,7	31,0	15,5
• Marrakech [30]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	35,0	62,1	3,0
• Casa Lyautey [31]		2003	71,2	22,6	6,2
• Oujda [28]	<i>Milieu universitaire</i>	1995	80,7	10,8	8,4
• El Jadida [29]		2000	44,0	49,5	6,5
• Marrakech [27]		2005	32,8	64,3	2,9
• Casablanca [7]	<i>Faculté de médecine</i>	2002	57,5	35,6	6,9
• Marrakech (Notre étude)		2007	80,0	20	0
• Italie [52]	<i>Faculté de médecine</i>	1999	65,0	33,0	2,0
• Albanie [50]		2000	83,3	12,7	4,0
• Sénégal [8]		2001	29,2	54,4	15,4
• France [15]		2001	63,7	36,3	

IV.2.5. Le degré d'inhalation de la fumée

Le taux d'inhalation profonde de la fumée varie selon certaines études de 52,7 % [29] à 93 % [31] alors qu'il est de 44,4 % dans notre étude. En cas d'inhalation, la fumée pénètre rapidement dans les bronches, les bronchioles et les alvéoles pulmonaires et donc le risque de cancer bronchique et de vessie seront plus grands. En son absence, les composants toxiques irritants et carcinogènes exercent une action essentiellement locale [53]. 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 [54-55].

IV.2.6. Motivations apparentes de début du tabagisme

Le plaisir représente la motivation essentielle de début du tabagisme aussi bien dans notre étude que dans d'autres travaux [30,32,33,56-57] (tableau XXXIV); pour d'autres études [24, 58], il s'agit du suivisme alors que la curiosité est citée en 1^{er} dans certaines études [28,29,35,38].

Tableau XXXIV : Motivation de début du tabagisme d'après certains travaux

Ville	Motivations	
	Plaisir (%)	Suivisme (%)
• Safi [32]	77,8	11,1
• Casablanca [56]	63,9	27,8
• Casablanca [57]	55,6	31,1
• Casablanca [33]	53,5	32,4
• <i>Marrakech (Notre étude)</i>	<i>75,8</i>	<i>17,2</i>

Au Sénégal [8], la motivation la plus importante était l'effet de mode et le suivi de la publicité. En Chine [40], cette motivation est représentée par le stress dans 42,8 % et par la curiosité dans 34,4 %. En Inde [42], le plaisir reste la motivation la plus importante avec un taux de 29 % chez le personnel médical et de 33,9 % chez les étudiants en médecine.

En France [59], une enquête réalisée en 2000 au centre hospitalier d'Albi, a montré que le plaisir et la lutte contre le stress représentent les motivations les plus importantes de début du tabagisme. En Estonie [60], 30,8 % des médecins continuent à fumer pour se relaxer ; ce taux est de 25 % chez les hommes contre 33,6 % chez les femmes.

Une étude faite à ce sujet, montre que la consommation du tabac n'est pas liée, comme on pourrait le penser, au surmenage ou au stress du à un surcroît de travail. Tout au contraire : le risque d'être fumeur et plus encore d'être gros fumeur est plus élevé quand le nombre d'heures d'enseignement suivies est faible (entre 6 et 15h par semaine) et pour les étudiants qui

consacrent le moins de temps à leur travail personnel ; inversement, les étudiants qui consacrent le plus de temps de (plus de 20h) ont moins de chances d'être fumeurs. On constate une relation très nette entre la non consommation de tabac et la réussite dans les études. Le tabagisme est un comportement anémique ; il se rencontre plus souvent chez les étudiants les moins studieux, les moins bien intégrés à leur famille d'origine. Il va aussi de pair avec un mode de vie moins régulier, avec un rapport au temps plus lâche, une discipline personnelle moins stricte [12].

IV.2.7. Symptômes ressentis

Sur un total de 28, l'essoufflement à l'effort était le symptôme le plus rapporté par les fumeurs dans 46,4 %, suivi par la toux matinale dans 32,1 % des cas.

Bentalha [29] et Badouri [28] ont retrouvé une prédominance significative des expectorations matinales et de la dyspnée d'effort chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Pour Mariami [32], et comme dans notre étude, les symptômes ressentis étaient surtout d'ordre respiratoire et l'essoufflement à l'effort est le symptôme le plus fréquemment retrouvé dans 70,4 %, suivi de la toux matinale dans 65,8 % et de la douleur gastrique dans 65,4 %.

Chader [31] a conclu que les deux tiers des adolescents fumeurs rapportaient l'essoufflement après l'effort comme premier symptôme ressenti. En dernier lieu venaient les crachats matinaux, les angines à répétition et les infections respiratoires à répétition avec moins de 16 %.

Fumer la cigarette n'entraîne pas que des effets à long terme. Les jeunes fumeurs sont susceptibles d'être en moins bonne forme physique. Ils ont moins d'endurance et leur performance physique est moins bonne. Le niveau de forme physique serait inversement proportionnel à la durée et à l'intensité du tabagisme [61,62]. Fumer la cigarette durant l'adolescence semble réduire le taux de croissance pulmonaire et le niveau de fonction respiratoire maximale. Les adolescents qui fument sont plus susceptibles de s'essouffler, de connaître des épisodes de toux, de produire des expectorations épaisses et d'avoir une respiration sifflante. Ils sont également à risque de développer des symptômes et des problèmes

respiratoires durant l'adolescence. Les problèmes respiratoires pourraient conduire à l'âge adulte à des maladies broncho-pulmonaires chroniques [61,63]. Ces résultats incitent à placer le plus tôt possible une méthode d'aide à l'arrêt du tabac et des consultations spécifiques multidisciplinaires pour les étudiants [21].

IV.2.8. Comportement des étudiants fumeurs vis-à-vis de la cigarette

1. Tabagisme lors de période des examens

Plus de la moitié de nos étudiants tabagiques fument plus que d'habitude au cours des examens. Contrairement à ce qu'ils croient, fumer ne permet pas de diminuer leur stress. Bien au contraire, l'effet apparemment relaxant de la fumée reflète seulement le contrecoup de la tension et de l'irritabilité qui se développent à cause du manque de la nicotine [64].

2. Tabagisme au sein de la faculté

Dans notre étude, 50 % des étudiants déclarent qu'ils fumaient au sein de la faculté dont 41,7 % parmi d'eux ressentaient une gêne à le faire. Le taux de fumeurs dans certains lieux (établissements scolaires et lieux de travail dont les hôpitaux) à l'échelle nationale et internationale [41, 65, 66] reste très élevé malgré l'interdiction de fumer à ces endroits par la loi dans ces pays et malgré leur opinion défavorable au tabagisme dans les lieux d'étude ou de travail. Ainsi au Pakistan [41], 61 % des étudiants en médecine affirmaient que la cigarette doit être interdite dans l'hôpital, pour 97 % elle doit l'être dans les laboratoires et les classes et pour 87 % dans les cafeterias. En Colombie [67], 72,7 % des étudiants en médecine pensent qu'il ne faut pas fumer dans les structures sanitaires. En Espagne [65], 14,9 % des médecins et 7,4 % des infirmiers se permettent de fumer dans les salles d'attente et 90,6 % des médecins contre 87,1 % des infirmiers se permettent de fumer dans leurs bureaux. En France [66], une étude réalisée en 2000 au centre hospitalier Nord Deux Sèvres montre que 76 % du personnel de santé fument dans le lieu de travail.

3. Présence d'un proche fumeur

L'influence du tabagisme des parents est démontrée dans la plupart des études [68,69]. Certains auteurs ont trouvé que le tabagisme maternel plutôt que paternel est un déterminant plus fort pour le tabagisme des enfants [70], alors que d'autres auteurs ont insisté sur l'effet plus puissant du parent du même sexe pour que l'enfant devienne fumeur surtout pour les filles [71,72].

Effectivement dans notre étude, nous avons trouvé une association significative entre le tabagisme des étudiants et celui des parents ou de la fratrie, puisque 80,8% rapportaient la présence d'un proche fumeur.

Bentalha [29] souligne la part de responsabilité du tabagisme du père et des amis dans le tabagisme des garçons, alors que chez les filles l'influence du tabagisme de la mère et des sœurs est évidente. Pour Badouri [28], le taux de fumeurs passe de 23,1 % quand le père ne fume pas à 27,1 % quand le père fume. De même pour le tabagisme des mères, le taux des étudiants fumeurs passait respectivement de 100 % à 24 % selon que la mère fumait ou non.

En milieu scolaire, Chader [31] pense que le déterminisme du tabagisme à un âge jeune tient essentiellement à l'exemple donné par l'entourage familial et amical.

Cette influence a été également rapportée dans de nombreuses études étrangères. En Turquie [73], une enquête transversale réalisée auprès d'une cohorte de 129 étudiants en médecine a démontré que pour 37 % des jeunes fumeurs, leurs membres de famille fument contre 25,6 % pour les non-fumeurs.

4. Fumer devant les parents

Il ressort de notre série qu'aucun des étudiants tabagiques ne fume devant ses parents.

En milieu universitaire d'Oujda [28], 67,3 % des étudiants fument en cachette par rapport à leurs parents, alors que 32,7 % n'éprouvent aucune gêne à le faire.

En milieu scolaire, Achbouk [30] rapporte que 89,2 % des tabagiques fument en cachette des parents, tandis que 10,8 % le font au grand jour.

Les adolescents sont moins enclins à fumer si leurs parents expriment la désapprobation forte du tabagisme. Cette constatation rapportée par Sargent [74] et Hastier [75] qui a montré

que l'interdiction parentale de fumer est inversement associée au tabagisme des adolescents. Ces résultats rejoignent ceux de Baromètre Santé 2000 [76] et d'Agnès Hochard [77] qui ont trouvé que l'interdiction parentale est significativement plus forte chez les élèves non-fumeurs quelque soit le sexe et l'âge de ces élèves.

IV.2.9. Autres habitudes toxiques

Les fumeurs sont habituellement vulnérables à d'autres habitudes toxiques. Dans notre étude, 27,5 % des étudiants consomment des boissons alcooliques, 10,3 % consomment le kif, et 3,4% le hachich. En effet, la consommation d'alcool et la consommation de tabac sont liées : les étudiants qui boivent tous les jours de l'alcool ont des probabilités nettement plus fortes d'être de gros fumeurs.

Ceci concorde avec les résultats trouvés dans les autres milieux universitaires et scolaires au Maroc (tableau XXXV).

Tableau XXXV : Autres habitudes toxiques dans certains milieux au Maroc

Lieu de l'enquête	Milieu socioprofessionnel	Habitudes toxiques		
		Alcool %	Hachisch %	Cannabis %
• Casa Lyautey [31]	<i>Milieu scolaire</i>	36,1	44,9	21,1
• ISEM (Casablanca) [35]	<i>Milieu universitaire</i>	25,4	13,6	05,1
• ISCAE (Casablanca) [38]		24,9	03,8	10,3
• Oujda [28]		48,0	18,0	09,0
• El Jadida [29]		61,3	43,0	49,4
• Marrakech (notre étude)	<i>Faculté de médecine</i>	27,5	3,4	10,3

IV.2.10. Sevrage tabagique

1. Tentatives de sevrage et leurs nombres

Dans notre étude et dans la littérature (tableau XXXVI), plus de la moitié des fumeurs ont tenté au moins une fois d'arrêter de fumer ; il s'agit d'une population qui nécessite une aide au sevrage tabagique. En effet, l'arrêt du tabagisme n'est pas du tout facile, car le tabagisme est un comportement entretenu et renforcé par une dépendance due à la nicotine. Le 1^{er} temps de l'aide à l'arrêt du tabac est d'évaluer et de renforcer la motivation. Ensuite vient la 2^{ème} étape qui est l'aide à l'arrêt qui comporte l'évaluation des dépendances, la recherche des troubles anxieux et dépressifs présents dans près de 50% des cas chez les fumeurs très dépendants, et la détection des autres conduites additives (alcool, cannabis). Ensuite la 3^{ème} étape une fois le sevrage obtenu, il faut prévenir et traiter les éventuelles et fréquentes rechutes dont les causes possibles sont multiples. Ces reprises du tabagisme ne doivent pas être considérées comme des échecs, mais comme une étape vers le succès final [23].

Tableau XXXVI : Tentatives de sevrage chez les fumeurs dans les enquêtes réalisées chez les étudiants en médecine et dans les autres catégories socioprofessionnelles

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Année d'étude	Effectifs	Tentatives de sevrage (%)
• Safi [32]	<i>Personnel de santé</i>	2000	634	71,8
• Casablanca [33]		2005	312	81,7
• Marrakech [30]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	2000	89,2
• Casa Lyautey [31]		2002	431	63,2
• Oujda [28]	<i>Milieu universitaire</i>	1996	457	71,0
• El Jadida [29]		2000	735	68,2
• Casablanca [24]	<i>Etudiants en médecine</i>	1982	742	41,9
• Casablanca [25]		1988	1097	51,9
• Casablanca [19]		1994	1321	53,8
• Casablanca [26]		1999	1582	47,4
• Casablanca [7]		2002	705	58,8
• Marrakech (notre étude)		2007	399	57,1
• France [15]		<i>Etudiants en médecine</i>	2001	681
• Sénégal [8]	2001		1547	27,4
• Viet Nam [39]	2002		1700	37,1

2. Difficultés ressenties lors d'un éventuel sevrage

Selon Tredaniel et Hirsh [78], le sevrage tabagique est un processus prolongé sur plusieurs mois ou années car, 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 [53].

IV.2.11. Motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

Notre étude montre que les raisons d'un éventuel arrêt du tabagisme sont représentées par "la survenue de symptômes" et "discipline personnelle " (tableau XXXVII). Ces mêmes motifs ont été retrouvés dans les autres études nationales chez les étudiants en médecine [27].

Tableau XXXVII : Fréquence des fortes motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

Villes, pays	Milieu d'étude	A1 %	A2 %	A3 %	A4 %	A5 %	A6 %	A7 %	A8 %	A9 %	A10 %
• Azilal [79]	<i>Personnels de santé</i>	49,0	41,8	52,0	66,3	41,8	77,6	NP	45,9	73,5	59,2
• Safi [32]		59,4	47,8	53,8	70,8	46,0	79,1	87,7	43,1	66,7	64,9
• Casablanca [33]		57,1	44,2	42,9	31,2	37,7	74,0	33,8	31,7	85,7	40,3
• Tunisie [17]	<i>Etudiants en médecine</i>	68,5	20,6	26,1	21,2	25,4	52,1	NP	17,0	70,9	57,0
• Casablanca [7]		55,2	25,3	39,1	33,3	23,0	57,5	NP	13,8	66,7	62,1
• <i>Notre série</i>		86,6	11,5	36	73	38,4	65,3	73	11,5	65,3	80,7

A1 : Survenue de certains symptômes.

A2 : Donner le bon exemple aux professionnels de la santé.

A3 : Eviter une gêne à votre entourage.

A4 : Economie d'argent.

A5 : Donner un bon exemple aux adultes de votre entourage.

A6 : Donner un bon exemple aux enfants.

A7 : Donner un bon exemple à vos enfants.

A8 : Céder à la pression de l'entourage.

A9 : Promotion de la santé.

A10 : Discipline personnelle

Au Sénégal [8], la raison majeure et mineure pour arrêter de fumer était l'économie d'argent et la discipline personnelle chez les fumeurs du premier cycle, la survenue de symptômes et le devoir d'exemple pour le second, le devoir d'exemple et l'économie d'argent pour le troisième. En Inde [42] ; 95,7 % des médecins et des étudiants dans les écoles médicales et 68 % des étudiants en médecine désirent arrêter par prise de conscience des effets néfastes du tabac. En Colombie [67], la protection de la santé et la discipline sont les motivations les plus

importantes avec respectivement un taux de 92,3 % et 40,4 %, cependant, céder à la pression et l'économie d'argent ne sont citées que dans respectivement 5,8 et 5,6 %. En Estonie [60], la protection de la santé est la motivation la plus importante pour l'arrêt du tabagisme avec un taux de 61 % ; l'économie d'argent est la motivation la plus faible avec un taux de 1,1 %.

En définitive, les deux motifs : donner le bon exemple aux enfants et la protection de santé semblent prédominer dans les différentes catégories professionnelles, et notamment chez les étudiants en médecine. Ils doivent être considérés parmi les principaux éléments de dissuasion dans la stratégie de lutte antitabac.

IV.3. ATTITUDES DES ETUDIANTS FACE AU TABAGISME

IV.3.1. Mise en garde vis-à-vis du tabac

Il ressort que les étudiants aussi bien dans notre étude que dans d'autres travaux [7-19, 34-80] adoptent une attitude passive à l'égard de leurs patients lorsqu'ils ne présentent pas de maladies liées au tabac ou s'ils ne posent pas la question eux-mêmes sur le tabac (tableau XXXVIII). Cela signifie que le tabagisme est négligé par les futurs médecins du moment qu'il ne provoque pas de symptômes ou de maladies.

La même constatation ressort des autres études réalisées chez le personnel de santé dans différentes villes du Maroc [32,33] (tableau XXXVIII).

Au Japon [81], 91 % des infirmiers au service de gynécologie obstétrique expliquent le risque du tabac chez la femme enceinte et 43 % discutent une date de sevrage chez les fumeuses. Aux Etats-Unis [82] ; 95 % des médecins conseillent leurs patients d'arrêter ;, en Turquie [81] ce taux est seulement de 26,6 %.

Ces résultats confirment que les futurs 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 du tabagisme. Plusieurs méta-analyses ont montré que le conseil médical aux fumeurs est efficace avec 3-15 % d'abstinence à 1 an, soit un gain de 2 à 3 % par rapport à l'absence d'intervention. Ce conseil est encore plus efficace quand il est plus intensif, avec des taux d'abstinence de 13 à 38 % [83].

Tableau XXXVIII : Réponses par « toujours » à la question : Mettez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac ?

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Année d'étude	Effectifs	Situation 1	Situation 2	Situation 3
• Safi [32]	<i>Personnel de santé</i>	2000	634	74,7	44,2	13,5
• Casablanca [33]		2005	312	89,6	63,2	15,4
• Casablanca [19]	<i>Etudiants en médecine</i>	1994	1321	95,0	86,0	31,6
• Casablanca [26]		1999	1582	NP	NP	30,5
• Casablanca [7]		2002	705	95,3	87,3	32,3
• Notre étude		2007	399	64,3	71,4	21,4
• Sénégal [8]	<i>Etudiants en médecine</i>	2001	1547	94,6	93,0	44,0
• Tunisie [17]		2004	230	91,2	81,5	23,8
• Finlande [34]		2006	450	NP	NP	27,0

Situation1 : quand le malade a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac

Situation2 : quand le patient lui-même pose des questions sur le tabac

Situation3 : quand le patient n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac.

IV.3.2. Avis des étudiants vis-à-vis de certaines affirmations concernant le tabagisme

Sur les 399 étudiants enquêtés, 93,7% affirment que le personnel de santé devrait donner le bon exemple en ne fumant pas. En effet plusieurs études ont confirmé l'influence négative du tabagisme des médecins sur leurs actions de lutte anti-tabac [13]. Nous avons rapporté également que 89,7% pensent qu'il est de la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer. En effet, les médecins de premier recours sont fréquemment le premier point de contact entre les personnes souffrant d'une dépendance et le système de soins. Ils peuvent jouer un rôle essentiel dans le dépistage et la prise en charge initiale des problèmes d'addiction. Le médecin de premier recours est un acteur clé pour une prise en charge des personnes

souffrant d'addiction. En effet, toute action menée par le médecin augmente le nombre de tentatives d'arrêt de 10% [13,7].

Par ailleurs, 91,2% des étudiants confirment que les médecins seraient plus enclins à conseiller leurs malades qui veulent arrêter de fumer s'ils connaissaient une méthode réellement efficace, mais seulement 37% estiment qu'ils ont assez de connaissances pour le faire. Le même avis a été signalé dans plusieurs études faites auprès des étudiants en médecine et des médecins à l'échelle nationale et internationale [32, 33, 47, 57, 80, 84] . En France, 81 % des internes déclarent qu'ils ne sont pas bien informés sur les techniques de sevrage notamment sur l'usage de substituts nicotiques [85].

Tableau XXXIX : Taux de « tout à fait d'accord » pour certaines affirmations (A) concernant le tabagisme

Affirmations	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
Ville, pays	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Personnel de santé									
• Azilal [79]	74,8	69,1	65,5	79,5	45,0	83,5	68,7	50,0	42,8
• Casa [57]	81,8	89,9	87,5	95,0	74,8	92,7	82,8	<u>63,0</u>	63,4
• Safi [32]	88,7	89,2	NP	85,8	77,1	94,9	89,4	<u>69,0</u>	70,0
• Casablanca [33]	96,5	74,0	80,4	94,9	68,9	70,3	88,0	<u>59,2</u>	79,1
• Casablanca [47]	88,7	89,2	84,7	95,8	77,1	94,9	89,4	<u>69,0</u>	70,2
Etudiants en médecine									
• <i>Marrakech (notre étude)</i>	<i>89,7</i>	<i>85,4</i>	<i>83,7</i>	93,7	<i>72,6</i>	93,2	<i>91,2</i>	<u>37</u>	<i>57,6</i>
• Sénégal [8]	64,0	NP	NP	54,5	NP	NP	NP	<u>5,6</u>	NP
• Tunisie [17]	72,1	65,5	NP	68,3	46,9	81,4	65,3	<u>45,9</u>	56,1
• Finlande [34]	46,0	33,0	NP	72,0	NP	72,0	79,0	62,0	NP

A1 : Il est de la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer

A2 : La plupart des fumeurs peuvent s'arrêter s'ils en ont la volonté

A3 : C'est désagréable d'être à côté d'une personne qui fume

A4 : Le personnel de santé devrait donner le bon exemple en ne fumant pas

A5 : La plupart des gens ne cesseront pas de fumer même si leur médecin le leur conseille

A6 : Les médecins devraient être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes à risque

A7 : Les médecins seraient plus enclins à conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer s'ils connaissaient une méthode réellement efficace

A8 : Vous avez assez de connaissance pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer

A9 : À chaque contact avec un malade, vous devriez le dissuader de fumer

IV.4. DEGRÉ DE CONNAISSANCES DES ETUDIANTS SUR LE TABAGISME

IV.4.1. Degré de conscience des dangers du tabac

La nocivité du tabac pour la santé est reconnue par la grande majorité de nos étudiants. Cette observation est constante dans toutes les études déjà réalisées chez les étudiants en médecine [24-7, 80, 9,39] en milieu universitaire [28,29] et scolaire [30,31] (tableau XXXX).

Or, il a été montré à propos de tous les comportements à risque que la connaissance du risque ne représente pas un élément suffisant pour provoquer une diminution de l'exposition au danger, cet aspect est bien connu dans la théorie du comportement [2].

**Tableau XXXX : Pourcentage des réponses à la question
"Etes-vous conscients des dangers du tabac" ?**

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Année d'étude	Effectif global	Effectif (%)
• Marrakech [30]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	2000	93,7
• Casa Lyautey [31]		2002	431	98,4
• Oujda [28]	<i>Milieu universitaire</i>	1995	457	94,7
• El Jadida [29]		2000	735	75,1
• Casablanca [24]	<i>Etudiants en médecine</i>	1982	742	93,9
• Casablanca [25]		1988	1097	86,0
• Casablanca [19]		1994	1321	95,5
• Casablanca [26]		1999	1582	94,1
• Casablanca [17]		2002	705	92,2
• <i>Notre étude</i>		<i>2007</i>	<i>399</i>	<i>99</i>
• Sénégal [8]		<i>Etudiants en médecine</i>	1997	501
• Tunisie [9]	2001		1547	83,2
• Espagne [10]	2002		1700	95

IV.4.2. Connaissances des risques liés au tabac

En matière de connaissance du rôle du tabac dans la genèse de certaines maladies, des lacunes persistent et portent sur le rôle du tabac dans la genèse de certains cancers : cancer de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage et de la vessie.

L'implication du tabac dans le développement d'un nombre croissant de cancer a été mise en évidence ou est actuellement suspecté : le cancer du col de l'utérus, du pancréas, de l'estomac, du foie, la leucémie myéloïde aigue, le cancer du sein [2].

Des lacunes existent aussi en ce qui concerne le rôle du tabac dans la survenue des angines, de l'hémorragie cérébrale, des palpitations cardiaques et des pharyngites. Ces lacunes

aussi importantes peuvent être expliquées par le fait que les étudiants que nous avons enquêté n'ont pas encore reçu un enseignement sur les pathologies du tabac qui n'est donné qu'à partir de la 4^{ème} année.

Ces mêmes lacunes ont été trouvées auparavant chez les étudiants en médecine de Casablanca [7].

En Tunisie, il a été noté une méconnaissance importante du rôle du tabac dans la genèse de certaines maladies telle le cancer de la vessie et l'artérite [9].

En France, les lacunes trouvées portent sur les complications d'ordre sexuel et la mort subite du nourrisson [11].

Ces connaissances imparfaites en matière des risques du tabagisme nous incitent à renforcer les efforts d'information au niveau de l'enseignement de la pathologie liée au tabac dans le cursus médical.

IV.4.3. Connaissances des étudiants vis-à-vis des bénéfices à tirer en s'abstenant de fumer

Presque la majorité des étudiants pense que cesser de fumer permet l'économie d'argent et d'avoir une bonne santé. Au Viet Nam [39], 55,4 % des fumeurs ont l'intention de s'arrêter de fumer avec les raisons suivantes : le tabagisme est néfaste pour la santé chez 97,9 % et fumer coûte cher chez 46,3 % des cas.

La décision de l'arrêt est souvent difficile à prendre, en raison d'une distorsion entre un terme lointain pour les effets nocifs du tabac et le plaisir qu'il procure, immédiat et quotidien. C'est dire la nécessité d'une information précise sur les effets du sevrage : bénéfices attendus, satisfactions, mais aussi certains troubles, en spécifiant que la récupération secondaire de l'organisme se fait progressivement et à plusieurs vitesses suivant les atteintes organiques engendrées [86]. Les effets bénéfiques du sevrage tabagique sur les fonctions physiologiques

altérées et les pathologies liées au tabac s'évalent donc différemment : quelques semaines pour l'odorat, le goût et la respiration, au moins six mois pour récupérer la tolérance à l'effort sans dyspnée. Pour les accidents cardiaques, le risque lié au tabac disparaît après cinq ans, après dix ans pour les cancers. L'espérance de vie de l'ex-fumeur rejoint celle des non fumeurs 15 ans après l'arrêt du tabac [86].

IV.5. CONNAISSANCE DES ETUDIANTS DE L'EXISTENCE D'UNE LOI MAROCAINE ANTI-TABAC ET PARTICIPATION A LA LUTE ANTITABAC

Le tableau XXXXI montre que la connaissance de l'existence de la loi anti-tabac reste faible dans notre série et dans les autres travaux nationaux. Ce pourcentage faible des répondants qui sont au courant de l'existence de la loi marocaine anti-tabac, ainsi que les connaissances imprécises des méfaits du tabac de la population enquêtée laissent prédire qu'il faut encore fournir beaucoup d'efforts dans le cadre de l'information.

Dans notre série, le taux de participation à une campagne anti-tabac était globalement de 7,2 %. Ce taux reste très faible et décevant vu le statut de nos futurs médecins. Pour Mariami [32], seulement 20,1 % du personnel de santé de Safi ont déjà participé à une campagne anti-tabac.

Tableau XXXXI : Connaissance de l'existence d'une loi marocaine anti-tabac au Maroc

Ville, pays (référence)	Milieu d'étude	Année d'étude	Effectif global	Connaissance de la loi (%)
• Safi [80]	<i>Personnels de santé</i>	2000	634	54,4
• Casablanca [19]		2005	312	76,0
• Casa Lyautey [29]	<i>Milieu scolaire</i>	2003	431	10,8
• El Jadida [31]	<i>Milieu universitaire</i>	2000	735	36,0
• Casablanca [26]	<i>Etudiants en médecine</i>	1999	1582	54,5
• Casablanca [7]		2002	705	55,9
• Notre étude		2007	399	35,8

❖ 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, en vue de réduire 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 [87, 88].

1. Prévention primaire

Cette action doit convaincre 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 et les salariés à faible revenu [89]. 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) [89], 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 [90]. Toutefois, cette intervention médicale serait plus efficace si en mettant à la disposition des fumeurs dépendants des traitements pharmacologiques ; les dérivés substitutifs nicotiques ont été les premiers traitements à prouver leur efficacité comme aide à l'arrêt du tabac [55] (tableau XXXII) 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 [90].

Tableau XXXXII : Les aides pharmacologiques pour cesser de fumer [87]

Aide	Doses et utilisation	Durée du traitement	Effets secondaires	Contre-indications
Gomme à la nicotine (Nicorette)	<ul style="list-style-type: none"> -Une gomme pendant 1 ou 2 heures · Si le patient fume moins de 20 cigarettes par jour : 2 mg · Si le patient fume plus de 20 cigarettes par jour : 4 mg -Arrêter de fumer avant d'entreprendre le traitement 	<ul style="list-style-type: none"> -De quelques semaines à quelques mois pour répondre aux besoins du patient 	<ul style="list-style-type: none"> -Brûlure dans la gorge -Hoquet -Problèmes dentaires 	<ul style="list-style-type: none"> -Grossesse allaitement -Angine instable ou arythmie dans les deux semaines précédentes
Timbre de nicotine (Habitrol, Nicotril)	<ul style="list-style-type: none"> -Si le patient fume plus de 21 cigarettes par jour, commencer par 21 mg pendant 4 à 8 semaines. -Si le patient fume moins de 20 cigarettes par jour commencer par 14 mg ou 7 mg. 	<ul style="list-style-type: none"> -De 8 à 12 semaines ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> -Réaction cutanée locale -Trouble du sommeil -Cauchemars 	<ul style="list-style-type: none"> -Grossesse allaitement -Angine instable ou arythmie dans les deux semaines précédentes
Bupropion (Zyban)	<ul style="list-style-type: none"> -150 mg à libération lente, tous les matins pendant 3 jours, puis 2 fois par jour pendant la durée du traitement -Commencer de 7 à 14 jours avant d'arrêter de fumer. 	<ul style="list-style-type: none"> -De 8 à 12 semaines ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> -Sécheresses de la gorge et de la bouche -Insomnie -Tremblements -Eruptions cutanées 	<ul style="list-style-type: none"> -Convulsions -Anorexie ou boulimie -Dépendance à l'alcool -Allergie à l'hydrochlorure de bupropion -Allaitement



CONCLUSION

Notre étude réalisée chez les étudiants des trois premières années de médecine de Marrakech nous a permis d'évaluer la prévalence du tabagisme (7,3 %) qui reste la plus faible comparée aux autres études nationales et certaines études internationales. Cette prévalence intéresse uniquement les garçons (14,3 %). Il s'avère que le taux de fumeurs augmente aussi bien avec l'âge qu'avec l'année d'étude et la non pratique de prière, ce qui concorde avec plusieurs études.

De même que pour les autres travaux nationaux et internationaux, l'âge de début du tabagisme reste précoce et la motivation essentielle de début du tabagisme est le plaisir. Dans 50 % des cas, les étudiants fument dans l'enceinte de la faculté. Comme le montrent d'autres études épidémiologiques au Maroc et à l'étranger, il s'avère que pour les futurs médecins, l'information du patient sur les risques potentiels de son tabagisme, est loin d'être un comportement systématique. Les connaissances en matière des risques du tabagisme restent imparfaites, car en dehors des risques respiratoires et certaines pathologies néoplasiques, les autres risques sont moins connus, ce qui incite à l'instauration d'un enseignement précoce sur le tabagisme dès la 1^{ère} année de médecine et des ateliers séminaires lors des années ultérieures.

Pour lutter contre ce fléau mondial, il faut donc établir une stratégie claire, efficace et durable, et qui s'attaque à ce problème dans tous les milieux, ciblant surtout les jeunes qui restent la population la plus vulnérable à l'intoxication tabagique. Il faut aussi encourager les programmes de prévention, d'éducation et de formation de nos futurs médecins et les armer par la connaissance de technique de sevrage, sans oublier l'application de la législation anti-tabac qui peut être d'un grand support dans la lutte contre le tabagisme.



ANNEXES

Royaume du Maroc
Ministère de la santé
CHU Med VI Marrakech: hospital Ibn Nafiss
Service de Pneumologie
Chef de service : Pr. A. Alaoui. Yazidi

Enquête Sur le tabagisme chez les étudiants
de la Faculté de Médecine
de Marrakech

Questionnaire Anonyme et Confidentiel

A/ Questionnaire (A) à remplir par tous :

1-Année d'étude /__/ 2- Age (ans) : /__/

3- Sexe : Masculin /__/ Féminin /__/

4- Situation de famille : Célibataire /__/ Veuf (ve) /__/ Marié (e) /__/ divorcé (e) /__/

5- Nombre d'enfants : /__/

6- Habitat : villa /_/ appartement/_/ maison traditionnelle/_/ Cité universitaire/_/ Autres...

7- Tabagisme (un seul choix) :

* vous n'avez jamais fumé (ou fumé moins de 100 cigarettes dans votre vie) /__/

*Vous êtes Ex. fumeur (plus de 100 cigarettes fumées et arrêté depuis plus de 3 mois) /__/

* Vous êtes fumeur quotidien /__/

* Vous êtes fumeur occasionnel moins d'une cigarette en moyenne)/__/

8-Avez-vous au moins un loisir (lecture, vidéo, jeux de société, sport, télévision.) oui/__/non/__/

9- Au cours de votre service hospitalier, mettez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Quand le malade a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac				
Quand le patient lui-même pose des questions sur le tabac				
Quand le patient n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de question sur le tabac				

10- Pouvez-vous indiquer votre avis vis-à-vis des affirmations suivantes :

- Il est de la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer :

oui/__/ non/__/ indifférent/__/

- La plupart des fumeurs peuvent s'arrêter s'ils en ont la volonté : oui /__/ non /__/ indifférent/__/

- C'est désagréable d'être à côté d'une personne qui fume : oui /__/ non /__/ indifférent /__/

- Le personnel de santé devrait donner le bon exemple en ne fumant pas : oui /__/ non /__/ indifférent /__/

- La plupart des gens ne cesseront pas de fumer même si leur médecin le leur conseille

oui/_/ non _/_ indifférent/_/

- Les médecins devraient être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes à risques. oui /_/_/ non /_/_/ indifférent /_/_/
- Les médecins seraient plus enclins à conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer s'ils connaissaient une méthode réellement efficace : oui /_/_/ non /_/_/ indifférent /_/_/
- Vous avez assez de connaissance pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer : oui /_/_/ non /_/_/ indifférent /_/_/
- A chaque contact avec un malade, vous devrez le convaincre de ne pas fumer : oui /_/_/ non /_/_/ indifférent /_/_/

11- Savez vous qu'il existe une loi marocaine « anti-tabac » : oui /_/_/ non /_/_/

12- Avez-vous déjà participé à une campagne anti-tabac ? oui /_/_/ non /_/_/

13- Pratiquez-vous la prière ? oui /_/_/ non /_/_/

14-Êtes vous conscients des dangers du tabac ? oui /_/_/ non /_/_/

Si oui cochez sur la liste suivante les risques liés au tabac :

Angines /_/_/pharyngites/_/_/ bronchites /_/_/cancer du poumon/_/_/ cancer de la langue /_/_/

Cancer des joues/_/_/ cancer du larynx/_/_/ gastrites /_/_/ulcères /_/_/ cancer de l'estomac/_/_/ palpitations cardiaque/_/_/ angine de poitrine/_/_/ infarctus du cœur /_/_/

Artérite des membres inférieurs/_/_/ hémorragies cérébrales/_/_/ cancer de la vessie/_/_/

Impuissance sexuelle /_/_/perturbation de la grossesse (femme exposée à la fumée) /_/_/ Autres

15-En vous abstenant de fumer cocher parmi la liste suivante les bénéfices à en tirer :

Meilleure maîtrise de vous-même/_/_/ économie d'argent /_/_/ Le bon exemple : pour vos enfants/_/_/ votre famille/_/_/

Un meilleur souffle /_/_/ une meilleure haleine/_/_/ un goût meilleur pour les aliments/_/_/

Une meilleure santé pour vous-même /_/_/ une meilleure santé pour votre entourage/_/_/

B/ questionnaire propre aux ex-fumeurs (arrêt depuis au moins 3 mois)

16- vous avez arrêté depuis combien de temps (en mois) /_/_/_/_/_/

17- Après combien de mois de tabagisme /_/_/_/_/_/

18- Vous fumiez combien de cigarette par jour : /_/_/_/

19- Quelles sont vos motivations pour l'arrêt du tabagisme : (remplir le tableau de la question n°37)

20- Avez-vous utilisé de moyens pour vous aider à arrêter : oui /_/_/ non /_/_/ Si oui lesquels.....

21- Nombre de tentatives d'arrêt avant le sevrage définitif : /_/_/_/

22- Vous sentez-vous mieux après le sevrage ? : oui /__ / non /__ /

23- Avez-vous grossi après le sevrage ? oui /__ / non /__ /

24- Participez-vous à une activité anti-tabac : oui /__ / non /__ /

C- Questionnaire propre aux fumeurs actuels (occasionnels et permanents) :

25- Age de début de tabagisme et ancienneté :

26- Vous avez commencé à fumer : à l'école/_/ au collège/_/ au lycée/_/ à la faculté/_/ Autres....

27- Motivations apparentes de début : suivisme /_ / snobisme/_/ plaisir/_/ Autres...

28- Nombre de cigarettes fumées/jour : /_/_/ Avec filtre /_ / sans filtre /_ /

29- Aspiriez vous la fumée : profondément /_ / Superficiellement /_ /

30- Ressentez-vous des signes liés au tabagisme :

* Taux : matinale : oui /_ / non /_ /

* Toux permanente : oui /_ / non /_ /

* Palpitation : oui /_ / non /_ /

* Réduction de l'odorat : oui /_ / non /_ /

* Douleurs gastriques : oui /_ / non /_ /

* Essoufflement à l'effort : oui /__ / non /__ /

* Réduction de la libido : oui /__ / non /__ /

* Douleurs thoraciques : oui /__ / non /__ /

* Réduction du goût : oui /__ / non /__ /

31- Au cours des examens fumez vous plus que d'habitude oui /__ / non /__ / combien :c/j

32- Fumez vous à l'enceinte de la faculté : oui /__ / non /__ /

Si oui ressentez-vous une gêne à le faire : oui /__ / non /__ /

33- Y a-t-il un fumeur parmi vos proches (père, mère, frère et sœurs) : oui /__ / non /__ /

34- Fumez-vous devant vos parents : oui /__ / non /__ / Si oui ressentez-vous une gêne : oui /__ / non /__ /

35- Avez-vous d'autres habitudes toxiques : kif /__ / haschich /__ / alcool /__ /

36- Avez-vous essayé sérieusement d'arrêter de fumer : oui /__ / non /__ / si oui combien de fois...

- Avez-vous utilisé de moyens pour vous aider à arrêter oui /__ / non /__ / Si oui lesquels.....

Difficultés ressenties : * Nervosité /__ / * Insomnie /__ / * Fortes tentations /__ / * Céphalée /__ /

* Impression de manque /__ / * Environnement fumeur /__ /

* Reprise de l'appétit et du poids /__ / * Tendance dépressive /__ /

37- Si vous décidez de ne plus fumer, quel serait pour vous le degré d'importance des raisons suivantes :

Importance des raisons	Forte	Modérée	Faible	Nulle
1- survenue de certains symptômes				
2- donner le bon exemple aux professionnels de la santé				
3- éviter une grâce à votre entourage				
4- économie d'argent				
5- donner un bon exemple aux adultes de votre entourage				
6- donner un bon exemple aux enfants				
7- donner un bon exemple à vos enfants				
8- céder à la pression de l'entourage				
9- promotion de la santé				
10- discipline personnelle				

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

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

LOUANGE A DIEU SEUL !

(Grand Sceau de sa Majesté Hassan II)

Que l'on sache par les présentes-puisse Dieu en élever et fortifier la teneur !

Que notre Majesté chérifienne,

Vu la constitution, notamment son article 26.

A DECIDE CE QUI SUIT

Est promulguée et sera publiée au bulletin officiel, à la suite du présent dahir, la loi n°15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux, adoptée par la chambre des représentants le 14 Chaoual 1441 (29 Avril 1991).

Fait à Rabat, le 27 Muharram 1416 (26 juin 1995)

Pour contreseing :

Le premier Ministre,

Abdellatif FILALI

Chapitre I

Dispositions générales

Article 1 : *Sont considérés comme produits du tabac, au sens de la présente loi, les produits destinés à être fumés qu'ils soient constitués entièrement ou partiellement de tabac.*

Article 2 : *tout paquet ou boîte contenant des produits du tabac doit porter une mention indiquant leur teneur en nicotine et en goudron, en tenant compte des proportions fixées par l'administration.*

Article 3 : *La mention de mise en garde stipulant que « le tabac est dangereux pour la santé » doit être inscrite de manière apparente sur le dos de tout paquet de cigarettes ou boîte contenant des produits du tabac.*

L'administration procède à la saisie de tout paquet ou boîte ne portant pas la mention de mise en garde prévue au présent article.

Chapitre II

Interdiction de fumer dans certains lieux publics

Article 4 : *Au sens de la présente loi, sont considérés comme « lieux publics » tous lieux destinés à un usage collectif, tous services publics, établissements publics suivants :*

- *Les bureaux administratifs communs et les salles de réunion dans les administrations publiques, semi-publiques et privées ;*
- *Les hôpitaux, cliniques, maisons de convalescence, centres de santé et services de prévention de toutes catégories ;*
- *Les moyens de transport en commun, à l'exception des espaces réservés aux fumeurs ;*
- *Les salles spectacles tels que théâtres, salles de cinéma et les lieux où se donnent les soirées publiques ;*
- *Les salles de cours, de conférences et de séminaires se trouvant dans les établissements d'enseignement, d'éducation et de formation relevant du secteur public ou privé.*

Article 5 : *Outre les lieux énumérés à l'article 4 ci-dessus, l'administration peut décider l'interdiction de fumer dans d'autres lieux et services lorsque les circonstances sanitaires l'exigent.*

Article 6 : *L'interdiction de fumer fait l'objet de signalisation et d'affichage apparents dans les lieux où elle applicable.*

Chapitre III

De l'interdiction de la propagande et de la publicité en faveur du tabac

Article 7 : *Sont interdites la propagande et la publicité en faveur du tabac et les activités de promotion de ses ventes par les moyens suivants :*

- *Les émissions de radio diffusion, télévision et les films ;*
- *La presse paraissant au Maroc ;*
- *Les affiches et signaux sur les devantures des débits de tabac ou des lieux de sa fabrication.*

Articles 8 : *Il est interdit de faire apparaître toute dénomination, marque ou signe de publicité du tabac, le nom de son producteur ou de son distributeur dans les lieux de pratique du sport ou à l'occasion des manifestations sportives.*

Article 9 : *Il est interdit aux sociétés de production, de distribution ou de commercialisation du tabac ou à leurs agents de se livrer aux activités suivantes :*

- *Faire de la publicité pour toute marque de tabac ou de paquet de cigarettes dans les lieux de pratique du sport ou sur les vêtements et moyens de transports des joueurs ;*
- *Distribuer des cadeaux constitués de tabac ou portant des images de marque de tabac dans un but de publicité que ce soit à titre gratuit ou à prix réduits.*

Article 10 : *L'administration organise, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, des campagnes de prévention et d'information pour sensibiliser les citoyens aux méfaits du tabac.*

Chapitre IV

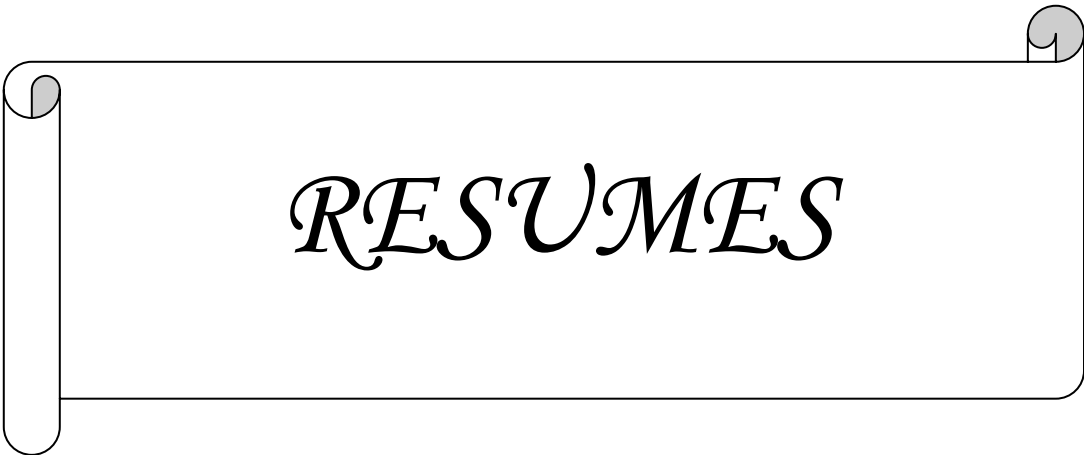
Sanctions

Article 11 : *Est punie d'une amende de 10 à 50 dirhams toute personne qui fume du tabac ou des produits du tabac dans les lieux où il est interdit de fumer.*

Article 12 : *Est puni d'une amende de 1.000 à 3.000 dirhams quiconque fait de la propagande ou de la publicité en faveur du tabac ou des produits du tabac par les moyens visés au chapitre III de la présente loi.*

Article 13 : *Le produit des amendes prévues au chapitre IV de la présente loi sera affecté à la recherche scientifique dans le domaine de la santé.*

Article 14 : *Seront fixées par décret les modalités d'application de la présente loi qui entrera en vigueur à l'expiration d'une période de six mois courant à compter de sa date de publication au bulletin offici*



RESUMES

RÉSUMÉ

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 Marrakech (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année) ainsi que leur attitude et comportement face au tabagisme. **Matériel et méthodes :** enquête transversale par auto questionnaire réalisée du 3 avril au 7 mai 2007 auprès de 399 étudiants par la méthode du porte à porte (taux de participation de 80 %). La saisie et l'analyse des résultats ont utilisé le logiciel Epi-Info version 6. 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 7,3 %, soit 14,3 % chez les garçons et 0 % chez les filles. La prévalence est respectivement de 8,7 %, 1,6 % et 10,8 % en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années ($p=0,0099$). Ce taux de fumeurs est respectivement de 4,5 % et 10,6 % dans les tranches ≤ 20 ans et > 20 ans ($p=0,015$). Ce taux est significativement ($p<0,0001$) plus élevé chez les non pratiquants de prière (28,8 %) que chez les pratiquants (3,3 %). L'étude des fumeurs montre que 92,3 % ont commencé à fumer entre 15 et 20 ans. L'initiation au tabagisme a été faite dans 71,4 % au lycée et dans 21,4 % à la faculté ; le plaisir constitue le motif le plus fréquent (75,8 %). Dans 50 % les étudiants fument dans l'enceinte de la faculté. Une tentative de sevrage a été rapportée par 57,1 % des fumeurs. Concernant l'attitude des étudiants face au tabagisme, 60,7 % mettent en garde toujours le malade contre les méfaits du tabac quand ce dernier a une maladie liée au tabac ou pose des questions le concernant, seulement 10,5 % des étudiants donnent systématiquement des conseils. Environ 37 % des étudiants estiment avoir assez de connaissances pour conseiller ceux qui veulent arrêter de fumer. Seulement 35,6 % connaissent l'existence de la loi marocaine antitabac et 7,2 % ont déjà participé à une campagne anti-tabac. **Conclusion :** bien que le taux de fumeur dans la faculté de médecine 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 1^{ère} année de médecine et des ateliers séminaires lors des années ultérieures.

Mots-clés : Tabagisme- Etudiants en médecine- Prévalence- Connaissances- Attitudes.

SUMMARY

Aim of study: determine the prevalence of smoking in medical students in Marrakesh (1st, 2nd and 3rd year) and to assess their attitudes and behaviours toward smoking. **Material and methods:** A cross sectional study was conducted by means of an auto-questionnaire achieved in May 2007 among 399 medical students by the method of the door-to-door canvassing (rate of participation of 80%). The seizure and exploitation of the data is made on Epi-Info 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 7,3%, with 14,3% for males and 0% for females. It is 8,7%, 1,6% and 10,8% respectively in 1st, 2nd and 3rd years ($p=0,0099$). The rate of smokers is respectively 4,5% and 10,6% in sections ≤ 20 years and >20 years ($p=0,015$). This rate is significantly higher at no practitioner the prayer (28,8%) than in the practitioner (3,3%). The study of smokers shows that 92,3% started to smoke between 15 and 20 years. Initiation to smoking was made in 71,4% in the college and 21,4% in the faculty and pleasure was the most frequent initiating factor (75,8%). In 50 %, the students smoke in the faculty and 57,1 % tried to give up smoking. Concerning the attitude of the students among tobacco, 60,7% always warn the patient against the misdeeds of tobacco in the case of a pathology in relationship with tobacco, only 10,5% think about doing so systematically even if the patient does not have any smoking related disease. Approximately 37% of the students estimate to have enough knowledges to advise those which want to stop smoking, Only 35,6% know the existence of the Moroccan antismoking law and 7,2% of students had already participated in antismoking campaign. **Discussion:** in spite of a very lowest prevalence of the tobacco addiction among medical student of Marrakesh 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.

Key words: Tobacco Smoking–Prevalence– Medical Students– Knowledge– Attitudes

ملخص

الهدف من الدراسة: لمتابعة تطور نسبة المدخنين في صفوف طلبة كلية الطب بالمغرب، بدأ لنا من المهم تحديد مدى انتشار التدخين في صفوف طلبة كلية الطب بمراكش (السنة الأولى و الثانية و الثالثة) و كذا مواقف وتصرفات هؤلاء الطلبة في مواجهة التدخين. **الفئة المستهدفة و الوسائل:** إنها دراسة عرضانية أنجزت خلال شهر ابريل 2007 بالاعتماد على استمارة ذاتية بصدد 399 طالب بواسطة الرصد على الباب (نسبة المشاركة بلغ 80%). إن إدخال و استغلال المعطيات تما بواسطة النظام المعلوماتي إيبي-أنفو النسخة 6، الدراسة الإحصائية أنجزت باستعمال Chi 2 والفرق جلي عندما يكون هامش الخطأ أصغر من 5%.

النتائج: الانتشار العام للتدخين بلغ 7.3%، نسبة الرجال بلغت 14.3% و النساء 0%. كما بلغت هذه النسبة 8.7% و 1.6% و 10.8% على التوالي السنة الأولى و الثانية و الثالثة (p=0,0099). معدل المدخنين هو على التوالي 4.5% عند الشريحتين العمريتين اقل من 20 سنة و اكثر من 20 سنة (p=0,015).

دراسة المدخنين أظهرت أن 92.3% منهم بدأ التدخين ما بين سن 15 و 20 سنة. فكان البداية بالثانوية بالنسبة ل 71.4% و بالكلية بالنسبة ل 21.4% و كانت النشوة دافعهم القوي في ذلك (75.8%). (50%) اعترفوا بممارستهم التدخين داخل الكلية. فيما يخص مواقف الطلبة اتجاه التدخين، يتبين أن 60.7% يقومون بتحذير مرضاهم بمخاطر التدخين في حالة وجود مرض مرتبط بهذا الأخير، في حين فقط 10.5% يقومون بذلك في جميع الحالات. حوالي 37% من الطلبة يصرحون بأن لهم من المعارف ما يؤهلهم لتقديم النصح لمن يريد الإقلاع عن التدخين. 35.6% فقط على علم بوجود القانون المغربي ضد التدخين، كما أن 7.2% فقط سبق لهم أن شاركوا في حملة ضد التدخين. **كخلاصة،** بالرغم من أن نسبة التدخين في صفوف طلبة كلية الطب بمراكش تبقى الأضعف إذا ما قورنت بنظيرتها في باقي الدراسات على المستوى الوطني و الدولي ، فإنه لا يزال الكثير في ما يخص تنمية المعارف حول التدخين مع تقوية دور الطلبة في الحملة ضد التدخين بتبني تلقين تعليم مبكر حول التدخين ابتداء من السنة الأولى من الطب و ورشات خلال السنوات الموالية.

الكلمات الأساسية: التدخين- طلبة الطب- التنفسي- معارف- مواقف- ممارسات.



BIBLIOGRAPHIE

- 1- **B. DAUTZENBERG**
Traiter le tabagisme : une priorité en cancérologie pulmonaire
Rev Pneumol Clin 2004 ; 60 : 308-311.
 - 2- **A-L LE FAOU, O. SCEMAMA**
Epidémiologie du tabagisme
Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 27-32
 - 3- **N. WIRTH A. SPINOSA, A. BOHADANA, Y. MARTINET, K. ABOU HAMDAN, X. QUANTIN, J. TREDANIEL**
Tabagisme : de la prévention au sevrage
Rev Mal Respir 2004 ; 21 : 1197-1201.
 - 4- **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
 - 5- **R. DOLL, R. PETO, J. BEREHAM, I. SULHERLAND**
Les fumeurs de cigarettes meurent en moyenne 10 ans plus jeunes que les non fumeurs.
Rev Mal Respir 2005; 22: 33-41
 - 6- **G. DUBOIS, B. TRAMIER**
La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique
Rev Pneumol Clin 2000 ; 56 : 339.
 - 7- **BARAKAT I**
Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca
Thèse Médecine Casablanca 2004, n° 73
 - 8- **NDIAYE M, NDIR M, QUANTIN X, DEMOLY P, GODARD P, BOUSQUET J**
Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Dakar, Sénégal
Rev Mal Respir 2003; 20 : 701-709
 - 9- **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
-

- 10- **NERIN. I, GUILLEN.D, MAS. A, CRUCELAGUI.A**
Evaluation of the influence of medical education on the smoking attitudes of future doctors
Arch.Bronconeumol2004 ; 40 : 341-347
- 11- **DR JOSSERAN.L, RAFFIN.J, PR.G. BRUCKER**
Les étudiants en médecine de la pitié-salpêtrière et le tabac.
Service de santé publique GH pitié-salpêtrière. Octobre 2001
- 12- **C.GRIGNON**
Alimentation et santé
OVE 2004 ; 9 : 47-50
- 13- **B. BROERS P, GACHE J, HUMAIR**
Addictions en médecine communautaire : réflexions et perspectives
Revue médicale suisse 2004 ; 549 : 52
- 14- **SMITH.DR, LEGGAT.PA**
An international review of tobacco smoking among medical students
Journal of graduate medicine 2007; 53: 55-62
- 15- **JOSSERAN.L , RAFFIN.J, DAUTZENBERG.B, BRUCKER.**
Connaissances, opinions et consommation de tabac au sein d'une faculté de médecine française.
La presse médicale 2003 ;32 : 1883-1886
- 16- **S. NAFTI, A.BAKIR, A.CHIDANE**
Le tabagisme chez les étudiants en médecine d'Alger.
Rev Mal Respir 2005 ; 22 :98
- 17- **HARRABI, GHANNEM, KACEM, GAHA, BEN ABDELAZIZ, TESSIER**
Medical students and tobacco in 2004: a survey in Sousse, Tunisia
International journal of tuberculosis and lung disease 2004; 103: 328-332
- 18- **MAS.A, NERIN, BARRUCCO.M, CORDERO.J, GUILLEN.D, JIMENEZ.C, RUIZ AND SOBRADILLO**
Smoking habits among sixth year medical students in Spain
Arch.Bronconeumol2004 ; 40 : 403-408
-

- 19- **N. YASSINE, M. BARTAL, M.EL BAIZE**
Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca
Rev Mal Respir 1999 ; 16 : 59-64
- 20- **G.LAGRUE, A-L. LE FAOU, O.SCEMAMA**
Tabagisme, les chiffres ne dispensent pas d'une réflexion
La presse médicale 2005 ; 34 : 1055-1058
- 21- **NAVARRO.F, VIOLAS.C**
Aide à l'arrêt du tabac chez les étudiants : l'expérience des universités toulousaines
Expertise collective Iserm- tabagisme. Prise en charge chez les étudiants
- 22- **M.NASSAF, H.AFIF, B.EL BIED, N.THROMBATI, A.AICHANE, Z.BOUAYAD**
Habitudes de fumer, attitudes et connaissances en matière de tabagismes des médecins internes et résidents du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 97
- 23- **G.LAGRUE, P.DUPONT**
Quelques réflexions théoriques et pratiques sur les difficulté d'arrêt du tabac.
Rev Mal Respir 2002 ; 19 : 405-408
- 24- **MOUATASSIM J**
Tabagisme chez le personnel de santé et les étudiants en médecine en 4^{ème} et 5^{ème} année ancien régime
Thèse Médecine Casablanca 1986, n° 211.
- 25- **LACHGAR F.** Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 1989, n° 213.
- 26- **CHEHAIBOU H, YASSINE N, EL BIAAYAZE M, HAJJI I, GHIATI R, BARTAL M, BENNANI OTHMANI M.** Tabagisme chez les étudiants en médecine.
Rev Mal Respir 2002 ; 19 :169.
- 27- **GOURANI MS**
Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech
Thèse de Médecine Marrakech 2007 ; n°17.
- 28- **BADOURI R.** Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda.
Thèse de Médecine Rabat 1996, n° 192.
-

- 29- **BENTALHA I.** Tabagisme en milieu universitaire à El Jadida (étudiants et enseignants).
Thèse Médecine Casablanca 2001, n° 242.
- 30- **ACHBOUK A.** Tabagisme en milieu scolaire à Marrakech.
Thèse Médecine Rabat 2002, n° 138.
- 31- **CHADER H.** Tabagisme chez les élèves de la mission française de Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 2003, n° 350.
- 32- **MARIAMI M.** Tabagisme chez le personnel de santé de Safi.
Thèse Médecine Casablanca 2001, n° 346.
- 33- **OUAHMANE S.** Tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital Sidi Othmane de Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 2006, n° 218.
- 34- **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.
- 35- **FATHALLAH A.** Tabagisme dans un Institut Supérieur à Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 1992, n° 81.
- 36- **FIKRI I.** Tabagisme dans un Institut Supérieur.
Thèse Médecine Casablanca 1994, n° 4.
- 37- **AYAD M, NDIR M, HANE A A, CHIRAZI E, KANE P A, BDIANE M, BEYE I, DEMAZY A M.**
Consommation du tabac en milieu étudiantin médical à Dakar.
Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires 1989 ; 64 : 11-12.
- 38- **KHADRI A.** Tabagisme dans une grande école supérieure.
Thèse Médecine Casablanca 1991, n°61.
- 39- **NGO QUY C, NUGEN VAN T.** Etude sur les habitudes tabagiques des étudiants de la faculté de médecine de Hanoi, VietNam. Rev Mal Respir 2002; 19:1S167.
- 40- **XIANG H, WANG Z, STALLONES L, YU S, GIMBEL HW, YANG P.** Cigarette smoking among medical college students people' s Republic of China . Prev Med 1999; 29: 210 -215.
-

- 41- **FAYYAZ H S, MOID I, A KHAN J.** Attitudes of Asian medical students towards smoking. *Thorax* 1995; 50: 996-997.
- 42- **SAILESH M, PRADEEPKUMAR A S, THRESIA C U, THANKAPPAN K R, POSTON W S C, HADDOCK C K, PINKSTON M M, MURAMOTO M L, MIMI NICHTER, MARK NICHTER, H A LANDO.**
Tobacco use among medical professionals in Kerala, India : The need for enhanced tobacco cessation and control effort. *Addictive Behaviours* 2006; 31 (8): sous Press.
- 43- **SEKIJIMA K, HIROSHI SUZUKI N S.**
Smoking Prevalence and attitudes toward Tobacco among Student and Staff Nurses in Niigata, Japan. *Tohoku J. Exp. Med* 2005; 206g: 187-194.
- 44- **RAPPA K, BÜCHELE G, JÄHNKE A G, WEILAND S K.** A cluster-randomized trial on smoking cessation in German student nurses. *Prev Med* 2006; 42: 443-4.
- 45- **EVERE H S A, HUSTEN C G, KANN L, WARREN W, SHARP D, GROSETT L .** Smoking initiation and smoking patterns among US college students. *J Am Coll Health* 1999 ; 48 : 55-60.
- 46- **GILPIN E A, PIERCE J.P, ROSBROOK B.** Are adolescents receptive to current sales promotion practices of the tobacco industry ? . *Prev med.* 1997 ; 26: 14 -21.
- 47- **EVANS N, FARKAS A, GILPIN E, BERRY C, PIERCE JP.** Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking . *J Nat Cancer Inst* 1995 ; 87 : 1538-45.
- 48- **PIERCE J, GILPIN E.** A historical analysis of tobacco marketing and the uptake of smoking by youth in the united states : 1890 - 1977 . *Health psychol* 1995 ; 14 : 500 - 9.
- 49- **FRYDMAN M.** Les habitudes tabagiques. Le rôle de l'enseignant et du médecin généraliste en matière de prévention. *Cahiers Santé* 1992 ; 2 : 166 - 70.
- 50- **VAKEFLIU Y, DHIMITRAQ A, PEPOSHI I, SEJDINI A, MELANI A S.**
Tobacco Smoking Habits, Beliefs, and Attitudes among Medical Students in Tirana, Albania. *Prev Med* 2002; 34:370-373.
- 51- **HELLE SECHER SEJR, MERETE OSLERT.** Do Smoking and health Education Influence student Nurses' knowledge, Attitudes, and Professional Behaviour? . *Prev Med* 2002 ; 34 : 260-5.
-

- 52- **MELANI AS, VERPONZIANI W, BOCCOLI E, TRIANNI GL, FEDERICI A, AMERINI R, VICHI MG, SESTINI P.** Tobacco smoking habits, attitudes and beliefs among nurse and medical students in Tuscany. *Eur J Epidemiol* 2000 ; 16 : 607 -11.
- 53- **LARGUE L, BRANELLEC A, LEBARGY F.** Toxicologie du tabac. *Rev Prat.* 1993 ; 43: 1203 -
- 54- **LARGUE G.** Tabac : du comportement à la dépendance. *Rev Mal Respir* 2000 ; 17: 170-5.
- 55- **LEBARGY F.** La dépendance nicotinique. *Rev Pneumo Clin* 2000 ; 56 : 177-83.
- 56- **WAHBI K.** Attitudes et comportement du personnel d'un hôpital à Casablanca face au tabagisme. Thèse Médecine Casablanca 2000, n° 286.
- 57- **MHIJAN K** Attitude et comportement du personnel hospitalier face au tabagisme dans un hôpital de Casablanca. Thèse Médecine Casablanca 2000 , n° 294.
- 58- **EL MENI R.** Tabagisme chez les adultes hospitalisés aux hôpitaux d'Agadir et Inzegane. Thèse Médecine Casablanca 2004 , n° 291.
- 59- **GONTIER JULIETTE.** Enquête au Centre Hospitalier d'Albi. Mémoire pour l'obtention de DIU de tabacologie et d'hygiène respiratoire, Septembre 2001.
- 60- **PÄRNA K, RAHU K, RAHU M.**
Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005 ; 119 : 390-9.
- 61- **BROCHU D, TREMBLAY M.** l'usage du tabac chez les adolescents un choix contre-indiqué. Direction de la santé publique de Montréal-centre -juin-1997.
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/Expertise/adoles.html>
- 62- **NGUYEN L, RATHERISON C, VERNEJOUX JM, TUNON DE LARA JM, TAYTARD A.** Influence du tabagisme sur la vie quotidienne des adolescents asthmatiques. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19: 301-9.
- 63- **HOLMEN T L, GHAMMER A, HOLMEN J, BARRETT-CONNOR E, CLAUSEN J, BJERMER L.** Gender differences in the impact of adolescent smoking on lung function and respiratory symptoms. The Nord-Trøndelag Health Study, Norway, 1995-1997. *Respiratory Medicine* 2002 ; 96 : 10p.
- 64- **DETHIOLAZ S.** Nicotine: Loin de soulager le stress, fumer ne ferait que l'augmenter. *Med hyg* 1999 ; 57 : 24-34.
-

- 65- **FERNANDEZ RUIZ ML, SANCHEZ BAYLE M.** Evolution of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain: *Gac Sanit* 2003 ; 17 : 5-10.
- 66- **VERONIQUE VILLEMONTAIX.** Le tabagisme au centre hospitalier Nord Deux-Sèvres. Mémoire pour l'obtention du diplôme Inter Universitaire de Tabacologie, 1999-2000.
- 67- **ROSSELLI D, REY O, CALDERON C, RODRIGUEZ M N.** Smoking in Colombian Medical Schools: The Hidden Curriculum. *Prev med* 2001 ; 33 : 170-4.
- 68- **CHASSIN L.** Parental smoking cessation and adolescent smoking. *J Pediatr Psychol* 2002 ; 27 : 485-96.
- 69- **DAUTZENBERG B.** Parler du tabac aux jeunes. Réseau Internet sans tabac 2002.
<http://www-tabac-net.ap-hop-paris.fr/tp-parler/tp-parler-jeunes.html/tp-auxjeunes.html>
- 70- **OGUAWA H, TOMINAGA S, GELLERT G, AOKI K.** Smoking among junior high school students in Nagoya, Japan. *Int J Epidemiol* 1988 ; 5 : 393-400.
- 71- **BARRUECO M, GARCIA MT, JIMENEZ RUIZ CA.** Smoking cessation process and the influence of age 11th Annual Congress of the European Respiratory Society, Berlin, September 2,2001.
www.mdconsult.com
- 72- **HARRABI I, GHANNEM H, BEN ABDELAZIZ A, GAHA R, TRABELSI.** Le tabagisme en milieu scolaire à Sousse, Tunisie. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19 : 311-4.
- 73- **SENOL Y, DONMEZ L, TURKAY M, AKTEKIN M.** The incidence of smoking and risk factors for initiation of smoking in medical faculty students. *BMC Public Health* 2006 ; 6 : 128.
- 74- **SARGENT JD, M DALTON.** Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers ? . *Pediatrics* 2001 ; 108 : 1256-62.
- 75- **HASTIER N, QUINQUE K, BONNEL A S, LEMÉNAGER S, LE ROUX P.** Tabac et adolescence. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 237-41.
- 76- **GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A.** Baromètre santé 2000 résultats, volume 2, tabac.
www.cfes.sante.fr/barometres/baro2000/integral/tabac
-

- 77- **AGNES HOCHART, SEVERINE GAGEY.** La consommation de produits psychoaffectifs chez Les lycéens . Observatoire régional de la santé de Franche-comté, 2001. Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Doubs Inspection Académique du Doubs.
- 78- **TREDANIEL J, HIRSH A.** Tabagisme, épidémiologie et pathologie liée au tabac. Rev Prat 1998 ; 48 : 433-5.
- 79- **FAKIR A.** Tabagisme chez le personnel de santé dans la province d'Azilal. Thèse Médecine Casablanca 1997 , n° 46.
- 80- **MAENO T, OHTA A, HAYASHI K, KOBAYASHI Y, MIZUNUMA H, NAKAI S, OHASHI Y, SUZUKI S.** Impact of reproductive experience on women's smoking behaviour in Japanese nurses. Public Health 2005 ; 119 : 816-24.
- 81- **KATHERINE E. HARTMANN, AMY ESPY, MELISSA Mc PHEETERS, LINDA S. KINSINGER** Physicians taught as residents to conduct smoking cessation intervention: a follow-up study. prevMed 2004 ; 39 : 344-50.
- 82- **MARROT M.** Démarche relationnelle et éducative auprès du patient tabagique. Rev Mal Respir 2000 ; 17 : 92-6.
- 83- **SALOMON L, LEVU S, STEFFEN C, PAPY E, BLANCHON T, MATHERN G, DAUTZENBERG B, DELOMAS P, BRÜCKER G.** Les Internes et le tabagisme : Connaissances et pratiques. BEH de 2001.
- 84- **DAVER J, BIERME R.** Bénéfices à court et à longs termes de l'arrêt de la consommation de tabac. Ann Cardiol Angéiol 2001 ; 50 : 224-8.
- 85- **RODGERS A, EZZATI M, VANDER HOORN S, LOPEZ AD, LIN RB, MURRAY CJ.** Distribution of major Health Risks: Findings from the Global Burden of Disease Study. PLOS Med 2004 ; 17.
- 86- **EZZATI M, LOPEZ AD, RODGERS A, VANDER HOORN S, MURRAY CJ.** Comparative Risk Assessment Collaborating Group: Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002 ; 360 : 1347-60.
- 87- **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.
-

- 88- RAINIER-KAELIN M.**
Vers un hôpital sans fumée. Rev Med Suisse Romande 1998 ; 118 : 517-9.
- 89- NAVARRO.F, VIOLAS.C**
Epidémiologie du tabagisme
Expertise collective Inserm- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants
- 90- 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
- 91- D.ROSSELLI, O, REY, CALDERON CL, RODRIGUEZ MN**
Smoking in Colombian medical schools
The hidden curriculum - prev med 2001; 33: 170-174
- 92- RL.RICHMOND, D.S DEBONO, D. LARCOS, L. KEHOE**
Worldwide survey of education on tobacco in medical schools
Tobacco control 1998 ; 7: 247-252
- 93- BAUD.D**
Tabagisme et émancipation : existe -il un tabagisme de destinée ? Comment le combattre spécifiquement ?
Rev. Mal. Resp. 2003 ; 20 : 662-664
- 94- N.O.TOURE, Y.DIAKANE, EHM N DIAYE, A.NIANG, K. THIAM, FBR. MBAYE SYLVA, AA.HANE**
Etude préliminaire sur le tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHU de Fann
Rev.Mal .Resp 2006 ; 23 : 59-67
- 95- SY DUONG QUY, AT DINH - Xuan**
Effets du tabagisme sur l'activation de la voie de la Rho-kinase chez les fumeurs avec la fonction respiratoire normale et chez les broncho-pneumopathies chroniques obstructives.
Rev.Mal .Resp. 2007 ; 24 : 89-89
- 96- ELISABETH.W, KEVIN.G, JEFFREY.H, JAYA.A, ANDREW.B, BIND .M**
Medical students, physicians, and public perceptions of health care disparities
Medical student education 2007 ;10: 715
-

- 97- **Y. PEAN**
L'effet protecteur du tabagisme par rapport à la maladie d'Alzheimer remis en question
La presse médicale 1999 ; 28 : 481-481
- 98- **Y.MARTINET, A.BOHADANA, N.WIRTH, A.SPINOSA, E.BEGUINOT**
La réduction de risque en tabacologie
Rev.Mal .Resp. 2006 ; 23 : 109-118
- 99- **RADHOUANE FAKHFAKH, MOHAMED HSAIRI, MOHSEN MAALEZ, NOURREDINE ACHOUR ET TAOUFIK NACEF**
Tabagisme en Tunisie : comportements et connaissances
Bulletin of the world health organisation 2002 ; 80(5) :350-356
- 100- **AL LE.FAOU, O.SCEMAMA, A.RUELLAND, J.MENARD**
Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie
Rev.Mal .Resp. 2005 ; 22 : 739-750
- 101- **J.BARNOYA, SA GLANTZ**
Les risques cardio-vasculaires liés au tabagisme passif sont très proches de ceux observés chez les fumeurs actifs.
Rev.Mal.Resp. 2005 ; 22 : 721-725
- 102- **G.LAGRUE, C.MAUTRAIT, S.CORMIER, J.VISIER**
Lutte contre le tabagisme difficile même pour les futurs médecins ?
La presse médicale 2003 ; 32 : 1875-1877
- 103- **A.AZEVEDO, A.P.MACHADO, H.BARROS**
Le tabagisme chez les lycéens portugais
Bulletin of the world health organization 1999; 77 (6) : 509-514
- 104- **ROGER THOMAS**
Enquête sur la formation dispensée aux professionnels de la santé canadiens en matière de counselling anti-tabac
Maladies chroniques au canada 2000 ; 18 :3
- 105- **N. ROCHE, SERVICE DE PNEUMOLOGIE, HOPITAL DE L'HÔTEL DIEU, PARIS, FRANCE.**
Tabagisme : un fléau mondial, une réponse mondiale.
Rev. Mal. Resp 2004 ; 21:675-678
-

- 106- **J. JOSSERAN, J.RAFFIN, B.DAUTZENBERG, G.BRUCKER**
Connaissances, opinions et consommation de tabac au sein d'une faculté de médecine française
La presse médicale 2003; 32: 1883-1886
- 107- **B.FAYONI, R.JOSSE, C.DJIVOH, X.GASCHET, TH.ZOHOUN**
L'usage du tabac parmi les agents de santé du département de l'oueme au Bénin
Médecine d'Afrique noir 1992 ; 39 : 7
- 108- **P. MULLIEZ, SERVICE DE PNEUMOLOGIE, CENTRE HOSPITALIER SAINT PHILIBERT, LOMME, FRANCE**
Evolution du tabagisme dans le pourtour méditerranéen
4ème congrès de l'Union méditerranéenne de pathologie thoracique, Alexandrie 2004, textes de conférence.
- 109- **F.BECK, S.LEGLEYE, P.PERRTTI- WATEL, S.SPILKA**
Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ?
Rev.Mal.Resp 2006 ; 23 : 681-693
- 110- **KC.JOHNSON**
Le tabagisme passif augmente le risque de cancer du sein
Rev.Mal.Resp 2006 ; 23 : 29-35
- 111- **H.GOURLAIN, M.GALLIOT-GUILLEY**
Quels sont les marqueurs du tabagisme ?
Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de reproduction 2005 ;18 : 320
- 112- **A.ALAOUI YAZIDI, M.BARTAL, A.MAHMAL, A.MOUTAWAKIL, EL. OUDGHIRI, A.BAKHATAR, M.LAHLLOU, M.EL BIAZE, CH.LARAQUI**
Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca : connaissances, attitudes et pratiques
Rev.mal.resp 2002 ; 19 : 435-442
- 113- **X.QUANTIN, A.STOEBNER-DELBARRE, W.CHEN, C.DARTOIS, T.LAFONTAINE, M.C .BOZONNAT, P.GUICHENEZ, M.BRABET, M.GUIRAUDEN, F.JALABERT, M.AUTEROUCHE, R.PONCET, P.GODARD, J.L PUJOL**
Prévalence du tabagisme au sein du personnel hospitalier du CHU de Montpellier
Rev.Mal.Resp 2003 ; 20 : 39-39
-

- 114– **MA.HENCHI, T.KHALFALLAH, N.CHARI, I.HARRABI, CH.FATNASSI, CH.AMOI, M.AKROUT**
Travail dans l'industrie du tabac et comportement tabagique des salariés
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2007 ; 68 : 20-23
- 115– **J.TREDANIEL, F.SAVINELLI, S.VIGNOT, G.BOUSQUET, C.LE MIGNAN, J-L MISSEL**
Conséquences du tabagisme passif chez l'adulte
Rev.Mal.Resp 2006 ; 23 : 4567-4573
- 116– **J.TREDANIEL**
L'épidémie tabagique
Rev.Mal.Resp 2006; 23: 7-10
- 117– **M.EL BIAZE, A.BAKHATAR, M.BARTAL, A.EL MEZIANE, A.ALAOUI YAZIDI, N.YASSINE**
Connaissances, attitudes et comportement de patients vis-à-vis du tabagisme au Maroc
Rev.Mal.Resp 2000; 17: 671-671
- 118– **N.O.TOURE, Y.DIAKANE, A.DIATTA, EHM.NDIAYE, A.NIANG, K.THIAM, FBR. MBAYE SYLVA, A.A. HANE**
Etude préliminaire sur le tabagisme chez le personnel médical et paramédical
Rev.Mal.Resp 2006; 23: 84-84
- 119– **N.WIRTH, S.RAYMOND, A.SPINOSA, A.BOHADANA, Y.MARTINET**
La lutte contre le tabagisme doit être menée par tous les médecins: parmi ceux-ci, les pneumologues ont un rôle important à assumer
Rev.Mal.Resp 2004 ; 21 : 21SP
- 120– **ROGER THOMAS**
Enquête sur la formation dispensée aux professionnels de la santé canadiens en matière de counselling antitabac
Santé canada 2000 ; 18 : 3
- 121– **A.BEN ABDELAZIZ, Z.AMRA, K. GAHA, H .TABET, A.GHEDIRA, R.GAHA, H.GHANNEM**
Le tabagisme des enseignants dans une commune du sahel tunisien
Rev. Mal.Resp 200 ; 23 : 319-323
- 122– **M.COLLET, C .BEILLARD**
Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de reproduction 2005 ; 34 : 135-145
-

- 123- **J.BERTHILLER, A-J SASCO**
Tabagisme (actif ou passif) en relation avec la fertilité, la procréation médicalement assistée et la grossesse
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de reproduction 2005 ; 34 : 47-54
- 124- **A.ALIPOUR, F.DESCHAMPS, F. LEBARGY**
Estimation de l'incidence annuelle des cancers bronchiques liés à l'exposition au tabagisme passif professionnel en France
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2004 ; 65 : 584-589
- 125- **M.GIGNON, C.MANAOUIL, O.JARDE, G.DUBOIS**
Le tabagisme passif en France : que dit la science, la loi, le juge ?
Rev.mal.resp 2007 ; 24 : 133-143
- 126- **N.WIRTH, k.ALOU-HAMDAN, A.SPINOSA, A.BOHADANA, Y.MARTINET**
Le tabagisme passif
Rev. Pneumo. CI 2005 ; 61 : 7-15
- 127- **CORNUZJ**
Désaccoutumance au tabac en suisse
Bulletin des médecins suisses 2002 ; 83 : 13
- 128- **P.GUICHENEZ, I.CLAUZEL, C.CUNGI, X.QUANTIN, P.GODARD, A-M CLAUZEL**
Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique
Rev.Mal.Resp 2007 ; 24 : 171-182
- 129- **C.ZAHER, R.HALBERT, R.DUBOIS, D.GEORGE, D.NONIKOV**
Aux Etats-Unis, les BPCO occupent la 1^{ère} place quant au nombre d'hospitalisations liées au tabagisme, devant les malades coronariens
Rev.Mal.Resp 2005; 22: 185-198
- 130- **MICHEL.V, ANNE-VALERIE.L, FRANCIS.C, JEAN-CLAUDE.M**
Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du « conseil minimal », enquête auprès de 369 médecins généralistes de la vienne
La presse médicale 2005 ; 14 : 917-929
- 131- **JUDITH.J, PROCHASKA, ARIANNE TEHERANI, KAREN.E HANER**
Medical students' use of the stages of change model in tobacco cessation counselling.
Journal of general international medicine 2007; 22(2): 223-227
-

