



UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DEPHARMACIE

MARRAKECH

Année 2008

Thèse N° 27

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
VIS-A-VIS DU TABAGISME CHEZ LES ETUDIANTS
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MARRAKECH
(4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE2008

PAR :

Mr. Othmane HAJJAM

Né le 28/11/1980 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Tabagisme – Etudiants en médecine
Prévalence – Connaissances – Attitudes

JURY

Mr. M. SBIHI

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mr. A. ALAOUI. YAZIDI

Professeur de Pneumo-phtisiologie

RAPPORTEUR

Mr. I. TAZI

Professeur de Psychiatrie

Mr. A. ABOUSSAD

Professeur de Pédiatrie

Mr. A. KHATOURI

Professeur de Cardiologie

JUGES

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

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

ADMINISTRATION

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

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Pédiatrie
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-ptisiologie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOUFALLAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BEN ELKHAIAI	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. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohamed	Urologie
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed	Anesthésie-Réanimation
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie

PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. ATTAR	Hicham	Anatomie - Pathologie
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie - Réparatrice
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo - Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. TASSI	Nora	Maladies - Infectieuses
Pr. ZOUGARI	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 l'âge et le genre	9
III.2.4. Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude	9
III.2.5. Prévalence du tabagisme selon le genre et le niveau d'étude.....	10
III.2.6. Prévalence du tabagisme selon le mode d'habitat	10
III.2.7. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale	10
III.2.8. Prévalence du tabagisme selon la pratique de loisir	11
III.2.9. Prévalence du tabagisme selon la pratique de prière	11
III.3. ETUDE DES FUMEURS (OCCASIONNELS ET PERMANENTS)	11
III.3.1. Répartition selon l'âge	11
III.3.2. Répartition selon le genre.....	12
III.3.3. Répartition selon le niveau d'étude	12
III.3.4. Répartition selon la pratique de prière	12
III.3.5. Degré d'intoxication tabagique	12
III.3.6. Répartition selon les motivations apparentes de début du tabagisme	14
III.3.7. Répartition selon les symptômes ressentis	15
III.3.8. Comportement des étudiants fumeurs vis-à-vis de la cigarette.....	15
III.3.9. Autres habitudes toxiques.....	17
III.3.10. Sevrage tabagique	17
III.3.11. Répartition selon les motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme	18
III.4. ATTITUDES DES ETUDIANTS FACE AU TABAGISME.....	19

III.4.1. Mise en garde vis-à-vis du tabac	19
III.4.2. Avis vis-à-vis de certaines affirmations concernant le tabagisme	20
III.5. DEGRE DE CONNAISSANCE DES ETUDIANTS SUR LE TABAGISME	21
III.5.1. Degré de conscience des dangers du tabagisme	21
III.5.2. Connaissance des risques liés au tabac	22
III.5.3. Connaissance des bénéfices à tirer en s'abstenant de fumer	26
III.5.4. Connaissance de l'existence d'une loi marocaine anti-tabac.....	26
III.6. PARTICIPATION A UNE COMPAGNE ANTI TABAC	28
III.7. ETUDE DES EX FUMEURS	29
IV. DISCUSSION	30
IV.1. PREVALENCE DU TABAGISME	31
IV.2. ETUDE DES FUMEURS	37
IV.3. ATTITUDES DES ETUDIANTS FACE AU TABAGISME.....	49
IV.4. DEGRE DE CONNAISSANCES DES ETUDIANTS SUR LE TABAGISME	52
IV.5. CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE D'UNE LOI MAROCAINE ANTI-TABAC ET PARTICIPATION A UNE COMPAGNE ANTI TABAC.....	54
V. CONCLUSION	58
RESUMES	
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	



INTRODUCTION

Le tabagisme constitue un problème majeur de santé publique. Il est responsable de nombreuses maladies mortelles. En effet, il est à l'origine de 4,2 millions de décès par an dans le monde [1]. Les effets du tabac sur la morbidité en terme non seulement d'années de vie perdues mais aussi d'incapacité, de souffrance, de dépendance et de qualité de vie sont considérables [2]. La consommation de tabac ne cesse de croître dans le monde, surtout dans les pays en développement [1]. Ainsi, si une telle évolution devrait se poursuivre au cours des trente prochaines années, l'OMS prévoit que 70 % des décès mondiaux induits par le tabagisme en 2030 surviendront dans les pays en voie développement [1].

Le Maroc n'est pas épargné de ce fléau et plusieurs études de prévalence réalisées depuis les années 80 chez différentes catégories socioprofessionnelles ont montré une prévalence du tabagisme de l'ordre de 20 % chez des patients suivis en consultation ou hospitalisés [3], 52 % dans diverses entreprises et administrations [4], 16,2 % chez les médecins et 12,5 % chez le personnel paramédical [5]. Ce taux de prévalence atteint 17,8 % en milieu scolaire [6], 24,6 % chez les étudiants en milieu universitaire à Marrakech [7] et 13 % chez les étudiants en médecine de Casablanca [8].

Vue l'ampleur de ce problème, il nous a paru nécessaire d'étudier le tabagisme chez 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 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 2^{ème} cycle (4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année). Un autre travail de thèse (qui est en cours) portera sur les étudiants de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{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 406 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 affectés aux différents services hospitaliers universitaires du CHU MOHAMMED VI de Marrakech (hôpital Ibn Tofail, hôpital Ibn Zohr, hôpital Ibn Nafis, hôpital militaire Avicenne et les différents centres de santé de région de Marrakech) 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 7 mai au 9 juin

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

L'effectif total existant était de l'ordre de 406. Nous avons pu distribuer 347 questionnaires et nous avons pu recueillir 329 dont 325 ont pu être retenus. Le taux de couverture était estimé à 81 % (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 au laboratoire d'épidémiologie, à 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 $p < 0,05$ (La différence de deux pourcentages était statistiquement significative (DSS) quand le risque d'erreur était inférieur à 5 %).

II.5. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE

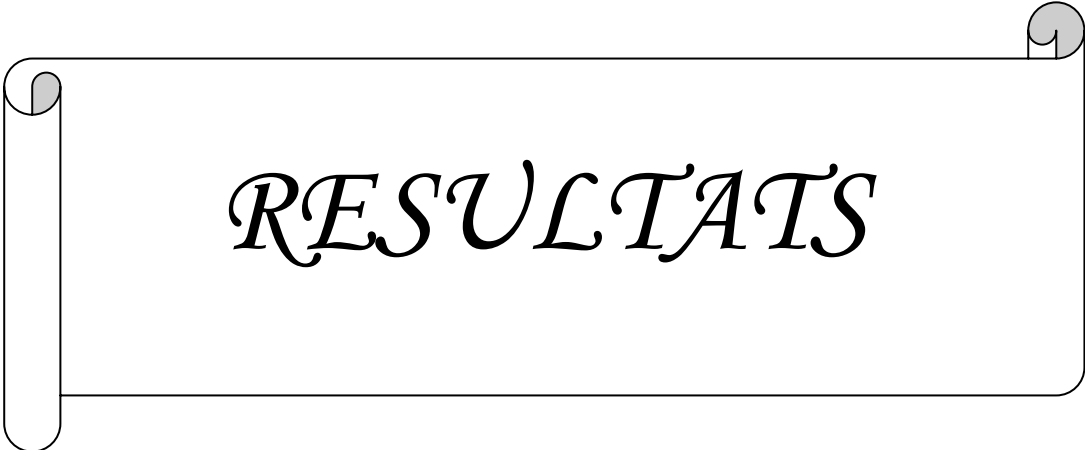
L'étude portera sur 325 étudiants dont 111 de 4^{ème} année (34,2 %), 140 de 5^{ème} année (43,1 %) et 74 de 6^{ème} année (22,8 %) (voir tableau I).

Selon le genre et l'âge, la population enquêtée était faite de 228 filles (70,2 %) et de 97 garçons (29,8 %). La moyenne d'âge était de 23,2 ans avec un écart-type de 1,326 et des extrêmes de 20 et 27 ans.

La situation familiale a été précisée dans 325 cas, et on a noté 309 célibataires (95,1 %), 12 mariés (3,7 %) et 4 divorcés (1,2 %).

Tableau I : Taux de participation à l'étude

Années	Effectif total	Questionnaires donnés	Questionnaires recueillis	Taux de participation (%)	Taux de réponse (%)
4^{ème} année					
• Filles	91	85	79	86,8	92,9
• Garçons	44	35	32	72,7	91,4
• Total	135	120	111	82,2	92,5
5^{ème} année					
• Filles	110	106	103	93,6	97,2
• Garçons	44	40	37	84,1	92,5
• Total	154	146	140	90,9	95,9
6^{ème} année					
• Filles	75	50	49	65,3	98,0
• Garçons	42	31	29	69,1	93,5
• Total	117	81	78	66,7	96,3
Total	406	347	329	81	94,8



RESULTATS

III.1. PREVALENCE GLOBALE DU TABAGISME

Au moment de l'enquête, les fumeurs actuels (13 permanents et 9 occasionnels) étaient au nombre de 22 sur un ensemble de 325 soit une prévalence du tabagisme de 6,8 %. Les jamais fumeurs représentaient 92,3 % (300 cas) et les ex-fumeurs 0,9 % (3 cas). Les fumeurs qu'ils soient actuels ou anciens représentaient 7,7 % (25 cas) (tableau II).

Tableau II : Prévalence globale du tabagisme

Genre	Non fumeurs N=303				Fumeurs actuels N=22				Fumeurs et ex fumeurs N=25	
	Jamais fumeurs		Ex fumeurs		Occasionnels		Permanents			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Filles (N=228)	223	97,8	1	0,4	3	1,32	1	0,44	5	2,1
Garçons (N=97)	77	79,4	2	2,1	6	6,2	12	12,4	20	20,7
Total (N=325)	300	92,3	3	0,9	9	2,8	13	4,0	25	7,7

$p < 0,0001$

III.2. ETUDE DE PREVALENCE DU TABAGISME

III.2.1. Prévalence du tabagisme selon l'âge

Le taux de prévalence est de 3,8 % et 12,4 % respectivement dans les tranches d'âge 20-23 ans et 24-27 ans avec une différence était statistiquement significative (DSS : $p=0,0017$) (tableau III).

III.2.2. Prévalence du tabagisme selon le genre

Le taux de prévalence du tabagisme est de 18,6 % (18/97) chez les garçons et de 1,8 % (4/228) chez les filles (DSS : $p < 0,0001$). Pour les fumeurs et ex-fumeurs réunis les taux sont respectivement de 20,7 % et 2,1 % (tableau II).

Tableau III : Prévalence du tabagisme selon l'âge.

Tranches d'âge (ans)	Lot total N=325	Fumeurs actuels	
		n	%
20-23	212	8	3,8
24-27	113	14	12,4

p = 0,0017

III.2.3. Prévalence du tabagisme selon l'âge et le genre

Chez les filles, le taux de fumeuses est de 0,6 % dans la tranche d'âge 20-23 ans alors qu'il est de 4,4 % dans la tranche 24-27 ans (DSNS : p=0,079).

Chez les garçons les taux sont respectivement de 13,5 % et 24,5 % dans les tranches d'âge 20-23 ans et 24-27 ans (DSNS : p=0,169) (tableau IV).

Tableau IV : Prévalence du tabagisme selon l'âge et le genre

Tranches d'âge	Filles*			Garçons**		
	Total	Fumeuses		Total	Fumeurs	
		n	%		n	%
20-23	160	1	0,6	52	7	13,5
24-27	68	3	4,4	45	11	24,5

* p = 0,08 ** p = 0,169

III.2.4. Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude

Le taux de fumeurs passe de 6,3 % en 4^{ème} année à 13,6 % en 6^{ème} année (tableau V) (DSS : p = 0,003).

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

Niveau d'étude	Lot total N = 325	Fumeurs Actuels	
		n	%
4 ^{ème} année	111	7	6,3
5 ^{ème} année	140	5	3,6
6 ^{ème} année	74	10	13,6

p = 0,003

III.2.5. Prévalence du tabagisme selon le genre et le niveau d'étude

Chez les filles le taux de prévalence passe de 0 en 4^{ème} année à 6,5 % en 6^{ème} année (DSS). Chez les garçons, les taux de prévalence sont de 21,9 %, 10,8 % et 25 % respectivement en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année (DSNS) (tableau VI).

Tableau VI : Prévalence du tabagisme selon le genre et niveau d'étude

Niveau d'étude	Filles *			Garçons **		
	Total	n	%	Total	n	%
4 ^{ème} année	79	0	0	32	7	21,9
5 ^{ème} année	103	1	1	37	4	10,8
6 ^{ème} année	46	3	6,5	28	7	25,0

* p=0,02 ** p= 0,3

III.2.6. Prévalence du tabagisme selon le mode d'habitat

Le taux de fumeurs est plus élevé chez les étudiants habitant la cité universitaire par rapport aux autres habitations mais DSNS (tableau VII).

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

Mode d'habitat	Lot total N=325	Fumeurs Actuels	
		n	%
Cité universitaire	15	2	13,4
Villa	74	8	10,9
Appartement	151	9	5,9
Maison traditionnelle	72	3	4,2
Chambre dans villa	13	0	0

p=0,29

III.2.7. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale

Chez les célibataires (309), le taux de fumeurs est de 7,1 % (22 cas) ; chez les mariés (12) et les divorcés (4) le taux de fumeurs est nul (DSS : p<0,0001).

III.2.8. Prévalence du tabagisme selon la pratique de loisirs

Le taux de fumeurs est de 6,6 % (21/318 cas) chez les étudiants ayant au moins une activité de loisir alors qu'il est nul (0/6 cas) dans le cas contraire (DSNS : $p=0,85$).

III.2.9. Prévalence du tabagisme selon la pratique de prière

Les taux de prévalence sont de 2,3 % (6 cas/264) et 26,3 % (16 cas/61) respectivement chez les pratiquants de prière et les non pratiquants (DSS : $p<0,0001$) (tableau VIII).

Tableau VIII : Prévalence du tabagisme selon la pratique de prière

Pratique de prière	Lot total N=325	Fumeurs actuels N=22	
		n	%
Oui	264	6	2,3
Non	61	16	26,3

$p < 0,0001$

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

Ils sont au nombre de 22, mais ce nombre peut varier en fonction du taux de réponse aux questions.

III.3.1. Répartition selon l'âge (N=22)

Chez les fumeurs (N=22), 36,4 % (n=8) sont âgés de moins de 23 ans (21- 23 ans) et 63,6 % (n=14) sont âgés de 24 ans à 27 ans (figure 1).

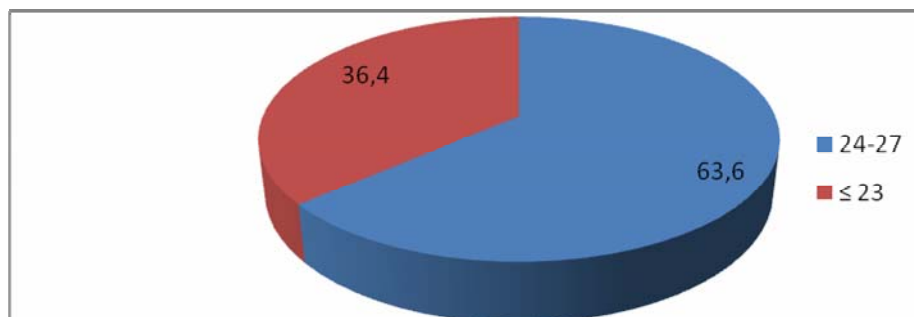


Figure 1 : Répartition des étudiants fumeurs selon l'âge

III.3.2. Répartition selon le genre (N=22)

Les 22 fumeurs concernant 18 garçons (81,8 %) et 4 filles (18,2 %).

III.3.3. Répartition selon le niveau d'étude (N=22)

La majorité des étudiants fumeurs est représentée par les étudiants de 6^{ème} année avec un taux de 45,5 % (10/22) alors que ce taux était de 31,8 % (7/22) en 4^{ème} année et 22,7 % en 5^{ème} année (5/22) (figure 2).

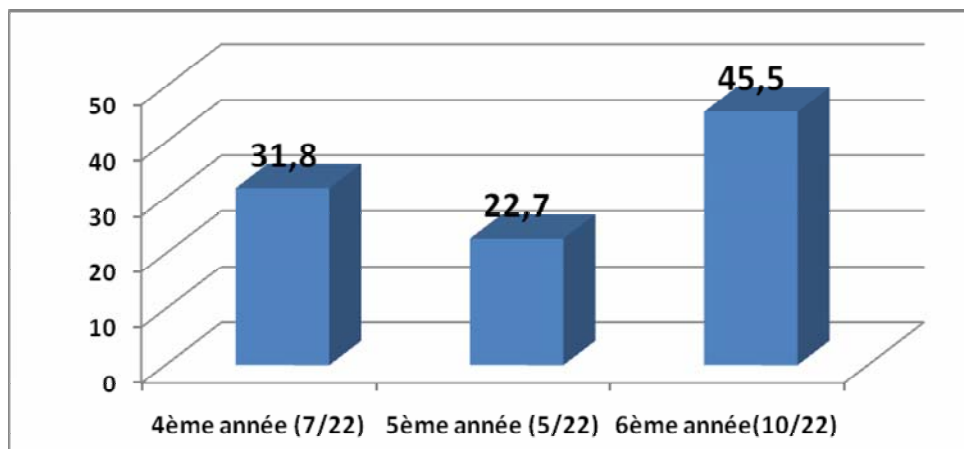


Figure 2 : Répartition des étudiants fumeurs selon le niveau d'étude

III.3.4. Répartition selon la pratique de la prière (N=22)

Sur les 22 fumeurs actuels, 72,7 % (16 cas) ne pratiquaient pas la prière contre 27,3 % (6 cas) qui sont des pratiquants.

III.3.5. Degré d'intoxication tabagique

1. Répartition selon l'âge de début du tabagisme (N=22)

Elle est donnée par la figure 3. On constate que 59,1 % des fumeurs ont commencé à fumer entre l'âge de 18 et 20 ans. La moyenne d'âge de début du tabagisme était de 19 ans (ET=1,98) avec des extrêmes de 15 et 23 ans.

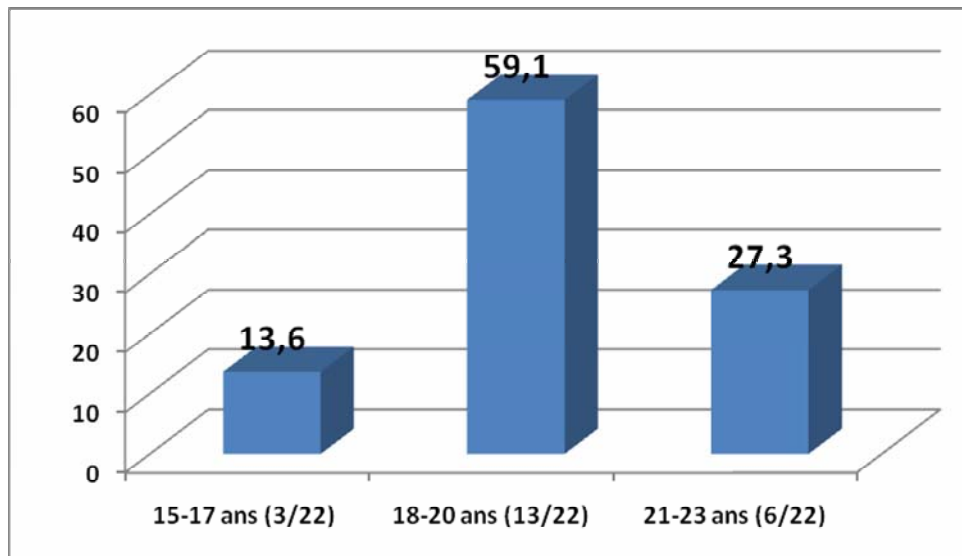


Figure 3 : Répartition selon l'âge de début du tabagisme

2. Répartition selon l'ancienneté du tabagisme (N=20)

Au moment de notre enquête, 50 % des tabagiques fumaient depuis de 5 à 7 ans, tandis que 20 % fumaient pendant 8 ans et plus. La moyenne de cette ancienneté est de 5,4 ans (ET=2,2 ans) avec des extrêmes de 2 et 10 ans (tableau IX).

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

Ancienneté (ans)	Fumeurs actuels (N=20)	
	n	%
2-4	6	30,0
5-7	10	50,0
8-10	4	20,0

3. Répartition selon le lieu d'initiation du tabagisme (N=22)

Sur l'ensemble de 22 fumeurs, 13 personnes avaient commencé à fumer à la faculté (soit 59 %), alors que dans 9 cas, le début était au lycée (41 %).

4. Répartition selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour (N=17)

La moyenne des cigarettes consommées par jour était de 9,4 cigarettes (ET=5,8) avec des extrêmes de 1 et 20 cigarettes. Dans 53 % des cas (9/17), la consommation était de moins de 10 cigarettes par jour (tableau X).

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

Nombre de cigarettes/j	Fumeurs actuels (N=17)	
	n	%
Petits fumeurs (<10)	9	53,0
Moyens fumeurs (10-19)	6	35,4
Gros fumeurs (≥20)	2	11,6

5. Répartition selon le degré d'inhalation de la fumée (N=22)

Les fumeurs inhalaient profondément la fumée de cigarette dans 63,6 % (14/22) alors qu'ils le faisaient de manière superficielle dans 36,4 % (8/22).

III.3.6. Répartition selon les motivations de début du tabagisme (N=22)

Le plaisir est noté dans 50 % (11/22) et le suivisme dans 22,7 % des cas (5/22). D'autres motifs ont été invoqués comme : le stress et déception (4 cas) et le snobisme (2 cas) (tableau XI).

Tableau XI : Raisons principales de début du tabagisme

Raisons invoquées	Fumeurs actuels (N=22)	
	n	%
Plaisir	11	50,0
Suivisme	5	22,7
Stress	4	18,2
Snobisme	2	9,1

III.3.7. Répartition selon les symptômes ressentis

La toux matinale est rapportée dans 66,7 % (14/21), suivi par la douleur gastrique dans 50 % (10/20). Toutefois, aucun des étudiants fumeurs n'avait eu un antécédent de baisse de libido (tableau XII).

Tableau XII : Fréquence des symptômes ressentis

Symptômes	n	%
Toux matinale (N=21)	14	66,7
Douleur gastrique (N=20)	10	50,0
Réduction du goût (N=19)	9	47,4
Réduction de l'odorat (N=20)	8	40,0
Essoufflement (N=17)	6	35,3
Toux permanente (N=14)	4	28,6
Douleur thoracique (N=14)	3	21,4
Palpitations (N=15)	3	20,0
Baisse de libido (N=14)	0	0,0

N = cas où le symptôme a été précisé

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

1. Fumer lors des examens

Sur l'ensemble de 22 étudiants fumeurs, 72,7 % fumaient plus que d'habitude au cours des examens (16/22) dont 75 % d'entre eux (12/16) fumaient entre 20 et 30 cigarettes par jour (tableau XIII).

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

Nombre de cigarettes	Fumeurs actuels (N=16)	
	n	%
10-16	2	12,5
20-30	12	75,0
31-40	2	12,5

2. Fumer à l’enceinte de la faculté

Parmi les 22 fumeurs, 17 personnes fumaient à l’enceinte de la faculté (77,3 %) dont 10 d’entre eux (58,8 %) ressentait une gêne à le faire, alors que 7 étudiants (41,2 %) ne ressentait aucune gêne (figure 4).

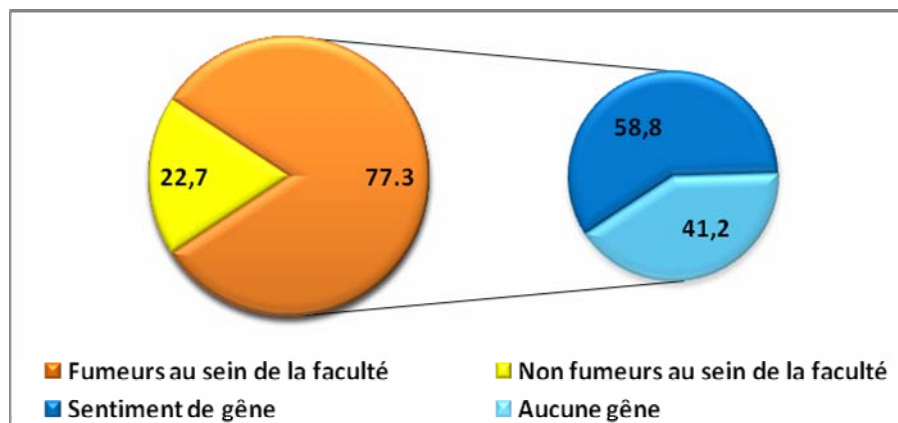


Figure 4 : Taux de fumeurs dans l’enceinte de la faculté et le sentiment de gêne ressentie

3. Présence d’un proche fumeur

Sur les 22 étudiants fumeurs, 50 % rapportaient la présence d’un proche fumeur (11 /20).

4. Fumer devant les parents

Pour les 22 fumeurs, 13,6 % des étudiants fumaient en présence des parents (3/22), dont 66,7 % d’entre eux (2/3) le faisaient sans aucune gêne ressentie (figure 5).

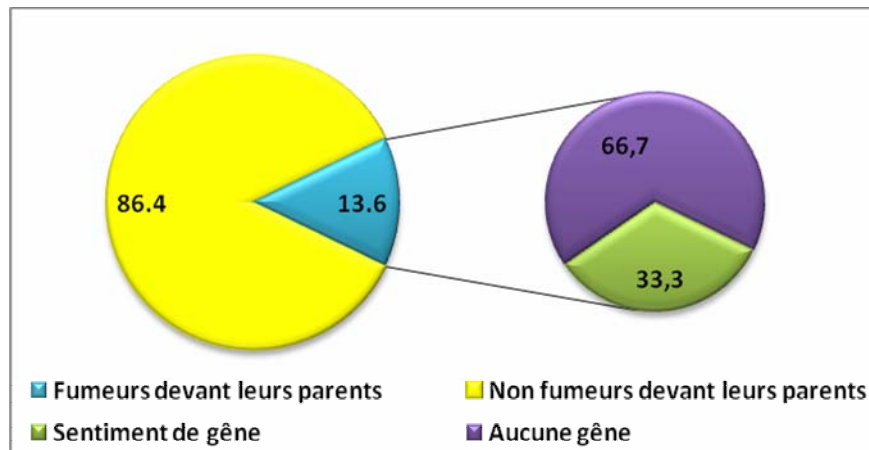


Figure 5 : Taux de fumeurs devant les parents et le sentiment de gêne ressentie

III.3.9. Autres habitudes toxiques (N=22)

La consommation d'alcool, du haschich et le cannabisme sont notés respectivement dans 63,6 %, 31,8 % et 13,6 % (tableau XIV).

Tableau XIV : Autres habitudes toxiques

Autres habitudes toxiques	Fumeurs actuels (N=22)	
	n	%
Alcool	14	63,6
Haschich	7	31,8
Kif	3	13,6

III.3.10. SEVRAGE TABAGIQUE

Sur les 20 étudiants fumeurs ayant répondu à la question, 12 personnes soit 60 % ont déjà tenté d'arrêter de fumer. Chez ces derniers le nombre de tentatives de sevrage est de 2, 3 et 4 respectivement dans 5 cas, 6 cas et 1 cas.

Deux étudiants (10,5 %) ont utilisé des artifices pour tenter le sevrage (bonbons, le sport, le chewing-gum). Les difficultés ressenties lors des tentatives de sevrage sont les céphalées dans 92,8 % des cas (13/14), la nervosité dans 78,6 % (11/14), la notion d'insomnie et environnement fumeur dans 71,4 % (10/14), l'impression de manque dans 57,1 % (8/14), la

tendance dépressive dans 42,8 % (6/14) et enfin l'exagération de l'appétit et du poids et les fortes tentations chez 21,4 % des fumeurs (3/14).

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

Le tableau XV donne les raisons d'un éventuel arrêt du tabagisme et qui sont dominées par le souci de donner le bon exemple à leurs enfants (77,3 %), aux autres enfants (68,2 %), venaient ensuite les autres motifs tels que "discipline personnelle" (59,1 %) et "promotion de la santé" (50 %).

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

Raisons d'arrêt	Forte		Modérée		Faible		Nulle		NP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Raison 1	9	40,9	2	9,1	3	13,6	6	27,3	2	9,1
Raison 2	10	45,4	2	9,1	6	27,3	2	9,1	2	9,1
Raison 3	10	45,4	3	13,6	4	18,2	1	4,5	4	18,2
Raison 4	6	27,3	4	18,2	8	36,4	2	9,1	2	9,1
Raison 5	9	40,9	4	18,2	6	27,3	1	4,5	2	9,1
Raison 6	15	68,2	3	13,6	2	9,1	0	0	2	9,1
Raison 7	17	77,3	1	4,5	2	9,1	0	0	2	9,1
Raison 8	3	13,6	7	31,8	6	27,3	4	18,2	2	9,1
Raison 9	11	50,0	4	18,2	5	22,7	0	0	2	9,1
Raison 10	13	59,1	2	9,1	3	13,6	2	9,1	2	9,1

Raison 1 : Survenue de certains symptômes

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

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'entourage

Raison 9 : Promotion de la santé

Raison 10 : Discipline personnelle

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 84 % sans différence significative entre fumeurs et non fumeurs (tableau XVI).

Tableau XVI : 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=22)		Jamais fumeurs (N=300)		Ex fumeurs (N=3)		Total (N=325)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toujours	19	86,4	251	83,7	3	100	273	84,0
Parfois	1	04,5	41	13,7	0	0	42	13,0
Rarement	0	0	5	01,6	0	0	5	01,5
Jamais	2	09,1	3	01,0	0	0	5	01,5

p=0,23

Situation 2 : Dans cette situation les étudiants mettent toujours en garde les patients dans 83,7 % sans différence significative entre fumeurs et non fumeurs (tableau XVII).

Tableau XVII : 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=22)		Jamais fumeurs (N=300)		Ex fumeurs (N=3)		Total (N=325)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toujours	19	86,4	250	83,3	3	100	272	83,7
Parfois	1	4,5	25	8,3	0	0,0	34	10,5
Rarement	0	0,0	9	3,0	0	0,0	9	2,8
Jamais	2	9,1	8	2,7	0	0,0	10	3,0

p=0,85

Situation 3 : Globalement, 10,5 % des étudiants mettent toujours en garde les patients contre le tabac, avec un taux de 66,7 % chez les ex fumeurs, 22,7 % chez les fumeurs et 9 % chez les jamais fumeurs (tableau XVIII).

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

Réponse	Fumeurs actuels (N=22)		Jamais fumeurs (N=300)		Ex fumeurs (N=3)		Total (N=325)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toujours	5	22,7	27	09,0	2	66,7	34	10,5
Parfois	5	22,7	96	32,0	0	0,0	101	31,1
Rarement	6	27,3	100	33,3	0	0,0	106	32,6
Jamais	6	27,3	77	25,7	1	33,3	84	25,8

p=0,02

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

Concernant les opinions des étudiants, 96 % 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 (97 % pour les jamais fumeurs contre 86,4 % pour les fumeurs, et 66,7 % chez les ex fumeurs), alors que seulement 64 % pensent avoir assez de connaissances pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer, avec des taux de 100 %, 81,8 % et 62,3 % respectivement chez les ex fumeurs, les fumeurs et les jamais fumeurs (tableau XIX).

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

Affirmations	Fumeurs (N=22)		jamais fumeurs (N=300)		Ex fumeurs (N=3)		Total (N=325)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A1	17	77,3	285	95,0	2	66,7	304	93,5
A2	18	81,8	263	87,7	3	100	284	87,4
A3	13	59,1	272	90,7	3	100	288	88,6
A4	13	59,1	287	95,7	3	100	303	93,2
A5	14	63,6	207	69,0	3	100	224	68,9
A6	19	86,4	291	97,0	2	66,7	312	96,0
A7	20	90,9	275	91,7	3	100	298	91,7
A8	18	81,8	187	62,3	3	100	208	64,0
A9	14	63,6	197	65,7	1	33,3	212	65,2

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 (99,4 %). Ces proportions variaient peu selon le statut tabagique de l'étudiant (95,5 % pour les fumeurs, 99,7 % pour les jamais fumeurs et 100 % pour les ex fumeurs) (DNSN) (tableau XX).

Tableau XX : 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 (N=25)	
	Jamais fumeurs (N=300)		Ex fumeurs (N=3)		Occasionnels (N=9)		Permanents (N=13)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Filles (N=228)	223	100	1	100	3	100	1	100	5	100
Garçons (N=97)	76	98,7	2	100	6	100	11	91,7	19	95
Total (N=325)	299	99,7	3	100	9	100	12	92,3	24	96

p=1

Selon le niveau d'étude, le taux de conscience des dangers augmente avec les années d'étude, mais la différence reste non significative (tableau XXI).

Tableau XXI : 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	%
4 ^{ème} année (N=111)	110	99,1	1	0,9
5 ^{ème} année (N=140)	139	99,3	1	0,7
6 ^{ème} année (N=74)	74	100	0	0,0
Total (325)	323	99,4	2	0,6

p= 0,73

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 (99,1 %), le cancer du larynx (98,5 %), le cancer de vessie (96 %), la perturbation de grossesse (96 %) et les bronchites (95,4 %). Les risques les moins reconnus ont été représentés

par les angines et l'hémorragie cérébrale avec respectivement un taux de 31,4 % (102/325) et 47,7 % (155/325).

Selon les risques et le niveau d'étude, certains risques sont connus aussi bien par les étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année (cancer, perturbation de grossesse, bronchite, infarctus du cœur, ulcère) alors que d'autres risques sont significativement mieux connus par les étudiants de 4^{ème} année (angor, artérite de membres inférieurs, impuissance sexuelle, gastrite, cancers des joues, pharyngites, palpitations cardiaques, hémorragies cérébrales et angines) (tableau XXII).

Selon le tabagisme, nous constatons que chez les fumeurs, le cancer, toutes localisations confondues, était cité presque par tous les étudiants (du poumon, du larynx, de la vessie, de la langue), avec la pathologie cardio-pulmonaire (angor, infarctus et bronchites). Par contre les angines et l'hémorragie cérébrale semblaient être moins connues et de ce fait n'étaient citées que dans respectivement 27,3 % et 31,8 %. Chez les jamais fumeurs, le cancer du poumon venait en première position avec 99,3 % (298/300) et le cancer du larynx avec un taux de 98,3 % (295/300), tandis que les angines, l'hémorragie cérébrale et les palpitations cardiaques ne sont citées que dans respectivement 32 %, 48,7 % et 52 %. Concernant les ex fumeurs, c'est la catégorie des étudiants qui semble connaître mieux les méfaits du tabac, puisque la majorité des risques est citée par tous les étudiants, excepte les angines (0/3), la pathologie gastrique (ulcère, gastrite) (2/3), de la sphère ORL (cancers des joues, pharyngite) (2/3), l'hémorragie cérébrale (2/3) et les palpitations cardiaques (2/3) (tableau XXIII).

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

Les risques	4 ^{ème} année* (N=111)		5 ^{ème} année* (N=140)		6 ^{ème} année* (N=74)		Total (N=325)		P*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cancer du poumon	110	99,1	138	98,6	74	100	322	99,1	0,58
Cancer du larynx	109	98,2	139	99,3	72	97,3	320	98,5	0,51
Cancer de la vessie	109	98,2	133	95,0	70	94,6	312	96,0	0,34
Perturbation de la grossesse	104	93,7	138	98,6	70	94,6	312	96,0	0,11
Bronchites	108	97,3	133	95,0	69	93,2	310	95,4	0,41
Infarctus du cœur	108	97,3	132	94,3	68	91,9	308	94,8	0,25
Cancer de la langue	105	94,6	134	95,7	69	93,2	308	94,8	0,73
Ulcère	104	93,7	133	95,0	69	93,2	306	94,2	0,84
Angor	105	94,6	119	85,0	69	93,2	293	90,2	0,02
Artérite de membres inférieurs	107	96,4	120	85,7	61	82,4	288	88,6	0,005
Cancer de l'estomac	96	86,5	115	82,1	59	79,7	270	83,1	0,45
Impuissance sexuelle	103	92,8	112	80,0	52	70,3	267	82,2	0,0003
Gastrite	100	90,1	105	75,0	55	74,3	260	80,0	0,005
Cancer des joues	86	77,5	101	72,1	37	50,0	225	68,9	0,0002
Pharyngites	93	83,8	91	65,0	35	47,3	219	67,4	<0,0001
Palpitations cardiaques	69	62,2	63	45,0	35	47,3	167	51,4	0,02
Hémorragie cérébrale	68	61,3	60	42,9	27	36,5	155	47,7	0,001
Angines	56	50,5	31	22,1	15	20,3	102	31,4	<0,001

p* : entre les étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année pour chaque risque cité.

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

Les risques	Fumeurs (N=22)		Jamais fumeurs (N=300)		Ex fumeurs (N=3)		Total (N=325)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cancer du poumon	21	95,5	298	99,3	3	100	322	99,1
Cancer du larynx	22	100	295	98,3	3	100	320	98,5
Cancer de la vessie	22	100	287	95,7	3	100	312	96,0
Perturbation de la grossesse	20	90,9	289	96,3	3	100	312	96,0
Bronchites	22	100	285	95,0	3	100	310	95,4
Infarctus du cœur	22	100	283	94,3	3	100	308	94,8
Cancer de la langue	22	100	283	94,3	3	100	308	94,8
Ulcère	21	95,5	283	94,3	2	66,7	306	94,2
Angor	22	100	268	89,3	3	100	293	90,2
Artérite de membres inférieurs	17	77,3	268	89,3	3	100	288	88,6
Cancer de l'estomac	21	95,5	246	82,0	3	100	270	83,1
Impuissance sexuelle	21	95,5	243	81,0	3	100	267	82,2
Gastrite	18	81,8	240	80,0	2	66,7	260	80,0
Cancer de des joues	13	59,1	209	69,7	2	66,7	225	68,9
Pharyngites	15	68,2	202	67,3	2	66,7	219	67,4
Palpitations cardiaques	9	40,9	156	52,0	2	66,7	167	51,4
Hémorragie cérébrale	7	31,8	146	48,7	2	66,7	155	47,7
Angines	6	27,3	96	32,0	0	0,0	102	31,4

- CONNAISSANCES D'AUTRES RISQUES

En dehors des risques précisés dans le questionnaire, les autres risques liés à la consommation tabagique rapportés par les étudiants sont les risques éducatifs, familiaux et financiers dans 9,5 % (31/325), les caries dentaires dans 5 % des cas (16/325) (24 % pour les

jamais fumeurs contre 76 % pour les fumeurs et ex-fumeurs réunis) et sur l'environnement (84 % pour les jamais fumeurs contre 16 % pour les fumeurs et ex-fumeurs réunis).

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'économiser l'argent et d'avoir une bonne santé et ce dans 95,7 % (311/325). Selon le tabagisme, cet avis est rapporté par tous les ex fumeurs, 96,3 % (289/300) des jamais fumeurs et 86,4 % (19/22) des fumeurs actuels (tableau XXIV).

Tableau XXIV : Connaissances des étudiants vis-à-vis des bénéfices à en tirer

Bénéfices à en tirer	Fumeurs (N=22)		Jamais fumeurs (N=300)		Ex fumeurs (N=3)		Total (N=325)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Economie d'argent	19	86,4	289	96,3	3	100	311	95,7
Meilleur santé pour vous même	19	86,4	289	96,3	3	100	311	95,7
Meilleur haleine	19	86,4	287	95,7	3	100	309	95,1
Meilleur santé pour votre entourage	15	68,2	285	95,0	2	66,7	302	92,9
Le bon exemple pour vos enfants	18	81,8	276	92,0	3	100	297	91,4
Meilleur souffle	17	77,3	276	92,0	3	100	296	91,1
Goût meilleur pour les aliments	16	72,7	274	91,3	2	66,7	292	89,9
Le bon exemple pour votre famille	16	72,7	272	0,7	3	100	291	89,5
Meilleure maîtrise de vous même	9	40,9	276	92,0	2	66,7	287	88,3

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 57,2 % (186/325). Selon le niveau d'étude, le taux était de 62,2 % pour les étudiants de 4^{ème} année, 49,3 % pour les

étudiants de 5^{ème} année et 64,9 % pour les étudiants de 6^{ème} année avec une différence statistiquement significative ($p=0,04$). (tableau XXV).

Selon le statut tabagique, l'existence de la loi anti-tabac était connue par 100 % des ex fumeurs, 77,3 % des fumeurs et par 55,3 % des jamais fumeurs (DSS ; $p=0,04$) (tableau XXVI).

Tableau XXV : 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 = 325)			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
4 ^{ème} année (N=111)	69	62,2	42	37,8
5 ^{ème} année (N=140)	69	49,3	71	50,7
6 ^{ème} année (N=74)	48	64,9	26	35,1
Total (N=325)	186	57,2	139	42,8

$p=0,04$

Tableau XXVI : 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 = 325)			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
Fumeurs (N=22)	17	77,3	5	22,7
Jamais fumeurs (N=300)	166	55,3	134	44,7
Ex fumeurs (N=3)	3	100	0	0,0
Total (N=325)	186	57,2	139	42,8

$p=0,04$

III.6. PARTICIPATION A UNE CAMPAGNE ANTI-TABAC

Le taux de participation à une campagne anti-tabac est globalement de 3,4 % (11/325), de 4,5 % chez les fumeurs et de 3,3 % chez les jamais fumeurs, alors qu'aucun des ex fumeurs n'a participé à une campagne anti-tabac (DSNS ; $p=0,90$) (tableau XXVII).

Tableau XXVII : 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=22)	1	4,5	21	95,5
Jamais fumeurs (N=300)	10	3,3	290	96,7
Ex fumeurs (N=3)	0	0	3	100
Total (N=325)	11	3,4	314	96,6

$p = 0,76$

Selon le niveau d'étude, ce taux de participation est de 1,8 % en 4^{ème} année, de 2,7 % en 6^{ème} année, alors qu'il est de 5 % en 5^{ème} année (DSNS ; $p=0,35$) (tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : 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	%
4 ^{ème} année (N=111)	2	1,8	109	98,2
5 ^{ème} année (N=140)	7	5,0	133	95,0
6 ^{ème} année (N=74)	2	2,7	72	97,3
Total (N=325)	11	3,4	314	96,6

$p = 0,35$

III.7. ETUDE DES EX-FUMEURS

Il s'agit de 3 étudiants (0,9 %) de la 6^{ème} année (1 fille et 2 garçons) dont un est âgé de 25 ans et les deux autres de 27 ans.

Selon l'ancienneté de l'arrêt, deux ont arrêté depuis 7 à 12 mois et un depuis 18 mois. La moyenne de la durée d'arrêt du tabagisme est de 12 mois avec des extrêmes de 6 et 18 mois.

Selon la durée d'exposition tabagique, deux ont fumé entre 3 et 4 ans et le 3^{ème} a fumé plus de 5 ans (extrêmes de 3 et 5 ans). Dans deux 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 deux autres, il y'a eu plusieurs tentatives (1 à 5). Le sport (2 cas) et le changement des fréquentations d'amis (1 cas) ont aidé au sevrage.

Les trois cas rapportent un état de bien être après le sevrage et dans 1 cas on note une augmentation du poids. Aucun des trois cas n'avait participé à une activité anti-tabac.



DISCUSSION

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique, marqué par le rajeunissement de son âge de début et sa féminisation [9]. 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 [10].

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 6,8 % 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 et internationales (tableau XXIX).

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. 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 XXIX).

Plusieurs études menées dans différents pays chez les étudiants en médecine rapportent des taux de prévalences plus élevés que ceux trouvés dans notre étude (tableau XXIX). En 2004, Harrabi [19] a rapporté 19,2 % de fumeurs chez les étudiants en médecine de Sousse (Tunisie) ; en Finlande en 2006, le taux est de 15 % [20].

Tableau XXIX : 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 [11]	<i>Etudiants en médecine</i>	742	1982	34,0
• Casablanca [12]		1097	1988	19,7
• Casablanca [13]		1321	1994	13,0
• Casablanca [14]		1582	1999	11,3
• Casablanca [15]		705	2002	12,3
• Marrakech [7]		85	2005	15,3
• Marrakech (notre étude)		325	2007	6,8
• Espagne [16]	<i>Etudiants en médecine</i>	3840	2000	42,5
• France [17]		681	2001	34 ,6
• Sénégal [18]		1547	2001	34,6
• Tunisie [19]		230	2004	19,2
• Finlande [20]		450	2006	15,0
• Oujda [21]	<i>Milieu universitaire</i>	457	1995	24,1
• El Jadida [22]		735	2000	12,7
• Marrakech [7]		418	2005	24,6
• Marrakech [23]	<i>Milieu scolaire</i>	2000	2001	15,7
• Casa Lyautey [24]		431	2002	34,3
• Casablanca [5]	<i>Personnel de santé</i>	1775	1999	24,7
• Safi [25]		649	2000	15,6

VI.1.2. Prévalence du tabagisme selon l'âge

Dans notre enquête, le taux de fumeurs augmente avec l'âge (3,8 % chez les moins de 23 ans contre 12,4 % pour les âgés de plus de 24 ans). Il en est de même lors des enquêtes réalisées à Casablanca [11–12,14–15], à Monastir [26] et en France [17] (tableau XXX).

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

Ville, pays (référence)	Effectifs	Année d'étude	Tranches d'âge	Fumeur (%)
Tunisie [26]	501	1997	<20 ans	7,4
			≥25 ans	10,3
France [17]	681	2001	<22 ans	26,2
			≥22 ans	43,7
Casablanca [15]	705	2002	<20 ans	3,6
			≥30 ans	25,0
Marrakech (notre étude)	325	2007	<23 ans	3,8
			≥24 ans	12,4

IV.1.3. Prévalence du tabagisme selon le genre

Dans notre travail, les garçons fument de loin plus que les filles. La même constatation ressort dans toutes les études déjà faites auprès des étudiants à la faculté de médecine de Casablanca (tableau XXXI) et dans les autres enquêtes nationales et internationales réalisées dans différentes catégories socioprofessionnelles (tableau XXXI) sauf en France [17] et en Espagne [16] où les filles fument autant que les garçons.

L'enquête internationale sur le tabagisme réalisée en Afrique et au Moyen-Orient [29] a trouvé que le tabagisme chez les étudiants en médecine reste l'apanage de l'homme (22 % contre 3 % au Maghreb, 14 % contre 4 % dans les autres pays). Au Pakistan [30], les étudiantes fument dans 4 % contre 17 % pour les garçons. En Chine [31] à Wuhan en 1995, aucune étudiante en médecine n'était fumeuse. Nous constatons qu'au Maroc comme dans d'autres pays arabes, africains et asiatiques, que les hommes fument plus que les femmes probablement pour des raisons socioculturelles.

L'augmentation du tabagisme masculin et féminin notée surtout dans les pays industrialisés, peut être expliquée par l'urbanisation grandissante, la réussite professionnelle et un plus grand pouvoir d'achat. La publicité ciblait agressivement les femmes et exploitait les idées d'indépendance, d'attirance sexuelle et de sveltesse. La crainte de grossir et le désir d'être mince sont encore des arguments utilisés aujourd'hui pour justifier la cigarette [32].

Tableau XXXI : 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 [25]	<i>Personnel de santé</i>	2000	634	34,3	0,8	24,5
• Casablanca [27]		2005	312	43,8	11,0	24,7
• Marrakech [23]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	2000	21,7	5,7	15,7
• Casa Lyautey [24]		2003	431	48,5	51,5	34,3
• El Jadida [22]	<i>Milieu universitaire</i>	2000	735	21,7	2,3	12,7
• Marrakech [7]		2005	418	32,2	9,9	24,6
• Casablanca [11]	<i>Faculté de médecine</i>	1982	742	42,7	13,9	34,0
• Casablanca [12]		1988	1097	27,4	6,0	19,7
• Casablanca [13]		1994	1321	25,7	3,2	13,0
• Casablanca [14]		1999	1582	21,6	5,2	11,3
• Casablanca [15]		2002	705	22,5	5,8	12,3
• Marrakech (notre étude)		2007	325	18,6	1,8	6,8
• Espagne [16]		<i>Faculté de médecine</i>	2000	1340	26,7	27,1
• France [17]	2001		681	33,3	35,6	34,6
• Sénégal [18]	2001		1547	45,9	10,1	34,6
• Viet Nam [28]	2002		1700	22,0	0,0	14,1
• Tunisie [19]	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 6,3 % en 4^{ème} année à 13,6 % en 6^{ème} année. Ceci concorde avec plusieurs enquêtes réalisées auparavant auprès des étudiants en médecine de Casablanca et à l'étranger (Tableau XXXII). Il en est de même en Tunisie où Fakhfakh et Coll (34) notent une augmentation du taux des fumeurs en 1^{ère} année (24,1 %) par rapport à la fin d'étude (37,1 %). Il semble donc que l'acquisition des connaissances relatives aux méfaits du tabac au cours des études médicales ne se traduit pas par une diminution de la proportion de fumeurs.

Tableau XXXII : 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	-4 ^{ème} année	6,3
		-5 ^{ème} année	3,6
		-6 ^{ème} année	13,6
• Albanie [33]	2000	-1 ^{ère} année	14,1
		-6 ^{ème} année	43,8
• France [17]	2001	-1 ^{ère} année	22,9
		-4 ^{ème} année	45,3
		-6 ^{ème} année	47,7
• Viet Nam [28]	2001	-1 ^{ère} année	4,88
		-4 ^{ème} année	17,0
		-5 ^{ème} année	20,0
• Finlande [20]	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 villas fument le plus [21,35-37] ; parfois ce sont les habitants des bidonvilles [22] et dans certains cas ce sont les habitants de la cité universitaire (notre étude).

Une étude [7] 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 000dhs, 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 [38], 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 [21,22,35,39].

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

Nous avons constaté ainsi que Badouri [21] 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 [7,11,22,27,28,31] et la nôtre montrent que le début du tabagisme se fait dans la majorité des cas avant l'âge de 21 ans (tableau XXXIII).

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

Ville, pays (référence)	Milieu d'enquête	Année d'enquête	Avant 21 ans	Après 21 ans
•Safi [25]	<i>Personnel de santé</i>	2000	49,3	50,7
•Casablanca [27]		2005	61,0	39,0
•El Jadida [22]	<i>Milieu universitaire</i>	2000	78,5	21,5
•Marrakech [7]		2005	97,0	3,0
•Chine [31]	<i>Etudiants en médecine</i>	1995	60,5	39,5
•Viet Nam [28]		2002	84,6	15,4
•Marrakech (Notre étude)		<i>2007</i>	<i>72,7</i>	<i>27,3</i>

Au Pakistan [30], 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 [40], la moyenne d'âge de début du tabagisme est 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 [41], 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 [42] : 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 [43].

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 [32, 44, 45].

IV.2.2. Ancienneté du tabagisme

Dans notre étude, 50 % des répondants fumeurs déclaraient fumer pendant 5 à 7 ans, alors que seulement 20 % fumaient pendant 8 ans et plus et l'ancienneté moyenne du tabagisme était de 5,4 ans.

Chez les étudiants en médecine à Casablanca, Barakate [15] a trouvé que le taux de fumeurs qui avaient fumé pendant 6 mois ou plus était de 60,9 %.

Pour Bentalha [22], 36,5 % des étudiants fumeurs, en milieu universitaire d'El Jadida fumaient depuis 1 à 4 ans, tandis que 32,3 % fumaient pendant 10 ans et plus. Gourani [7] en milieu universitaire à Marrakech a conclu que 39,8 % des étudiants usagers du tabac fumaient depuis plus de 4 ans, 18,4 % des fumeurs le sont depuis 1 à 2 ans.

L'excès du risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (quantité de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée). Pour le risque de cancer bronchique, qui est le plus spécifiquement lié au tabac et qui a été le plus étudié, l'excès de risque encouru par un fumeur par rapport à un non-fumeur dépend beaucoup plus de la durée que de la quantité fumée. Ainsi doubler la durée multiplie le risque par 20, alors que doubler la quantité de tabac fumée multiplie le risque par 2 [46]. 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.

IV.2.3. Lieu d'initiation du tabagisme

Il semble que l'acquisition de l'habitude tabagique se fait surtout à l'université puisque 59 % des étudiants fumeurs ont commencé à fumer durant les études supérieures. Toutefois, il faut signaler que 41 % des étudiants fumeurs ont acquis leur habitude tabagique au lycée.

Pour Bentalha [22], 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 [21], 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 [47], 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 [11-15,21-25] il s'agit de « petits » et « moyens » fumeurs (tableau XXXIV, XXXV). On relève aussi que les fumeurs s'adonnent exclusivement à la cigarette avec filtre. En Tunisie [34] la consommation moyenne de cigarettes augmente significativement de 8,6 cigarettes par jour en début d'études à 12 cigarettes en fin d'études. A Pakistan [30] la moyenne de cigarettes fumées/j est de 5 à 8. Au Japon [41], 80,5 % des élèves infirmiers sont des petits fumeurs contre 57,6 % chez les infirmiers. En France [48], 69 % des étudiantes en médecine sont des petits fumeurs contre 55 % des garçons. En Espagne [16], la moyenne de cigarettes fumées/j est de 13,2 chez les garçons et 9,4 chez les filles. En Albanie [33], 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 [42], 48,7 % des élèves infirmiers sont des petits fumeurs, 44,7 % sont des moyens fumeurs et 3,2 % sont des gros fumeurs. Au Danemark [49], 56 % des élèves infirmiers consomment plus de 15 cigarettes par jour.

Tableau XXXIV : Moyenne de cigarettes consommées par jour

Année, villes	cig. /j
1982 Casablanca [11]	10
1988 Casablanca [12]	5
1994 Casablanca [13]	9,3
1999 Casablanca [14]	7,8
2002 Casablanca [15]	11,1
2007 Marrakech (notre étude)	9,4

Tableau XXXV : 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 [25]	<i>Personnel de santé</i>	2000	43,5	49,4	7,1
• Casablanca [27]		2005	57,7	31,0	15,5
• Marrakech [23]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	35,0	62,1	3,0
• Casa Lyautey [24]		2003	71,2	22,6	6,2
• Oujda [21]	<i>Milieu universitaire</i>	1995	80,7	10,8	8,4
• El Jadida [22]		2000	44,0	49,5	6,5
• Marrakech [7]		2005	32,8	64,3	2,9
• Casablanca [15]	<i>Faculté de médecine</i>	2002	57,5	35,6	6,9
• Marrakech (Notre étude)		2007	53,0	35,4	11,6
• Italie [50]	<i>Faculté de médecine</i>	1999	65,0	33,0	2,0
• Albanie [33]		2000	83,3	12,7	4,0
• Sénégal [18]		2001	29,2	54,4	15,4
• France [17]		2001	63,7	36,3	

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

Le taux d'inhalation profonde de la fumée varie de 52,7 % [22] à 93 % [24] alors qu'il est de 63,6 % 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 [51]. 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 [52–53].

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 [23,25,27,54–55] (tableau XXXVI); pour d'autres études [11, 56], il s'agit du suivisme alors que la curiosité est citée en 1^{er} dans certaines études [21–22,35,39].

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

Ville	Motivations	
	Plaisir (%)	Suivisme (%)
• Safi [25]	77,8	11,1
• Casablanca [54]	63,9	27,8
• Casablanca [55]	55,6	31,1
• Casablanca [27]	53,5	32,4
• Marrakech (Notre étude)	50	22,7

Au Pakistan [30], 66 % des étudiants en médecine rapportent que l'influence des amis est la cause principale de leur initiation au tabagisme. En Chine [31], cette motivation est représentée par le stress dans 42,8 % et par la curiosité dans 34,4 %. En Inde [40], 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 [57], 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 [58], 30,8 % des médecins continuent à fumer pour se relaxer ; ce taux est de 25 % chez les hommes contre 33,6 % chez les femmes.

Ces données montrent que nous devons approfondir notre **compréhension des motivations** subconscientes qui amènent les adolescents à fumer et que nous devons encourager les recherches sur les méthodes qui pourraient lutter contre le tabagisme et changer l'image du fumeur. La publicité veut que l'image du fumeur soit quelqu'un de fort et rebelle. Nous devrions donner une image plus réaliste montrant que le jeune fumeur est souvent faible avec un mauvais contrôle de soi et qui est très influençable [32,44].

IV.2.7. Symptômes ressentis

Sur un total de 22, la toux matinale était le symptôme le plus rapporté par les fumeurs dans 66,7 %, suivie par la douleur gastrique dans 50 % des cas.

Bentalha [22] et Badouri [21] ont retrouvé une prédominance significative des expectorations matinales et de la dyspnée d'effort chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Pour Mariami [25], 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 la douleur gastrique dans 65,4 %.

Chader [24] 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 %.

Tous les auteurs attestent de l'évidence que ces signes qui sont en relation avec la consommation de tabac et même que leur importance est proportionnelle à la quantité du tabac consommé [11,25].

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 [59,60]. 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 [59,61].

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 [62].

2. Tabagisme au sein de la faculté

Dans notre étude, plus de 77,3 % des étudiants déclarent qu'ils fumaient au sein de la faculté dont 59 % 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 [30,63,64] 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 [30], 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 [65], 72,7 % des étudiants en médecine pensent qu'il ne faut pas fumer dans les structures sanitaires. En Espagne [63], 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 [64], 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 [66,67]. Il est en effet un facteur de risque important pour le tabagisme des adolescents [68,69]. Certains auteurs ont trouvé que le tabagisme maternel plutôt que paternel est un déterminant plus fort pour le tabagisme des enfants [69], 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 [70,71].

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé une association significative entre le tabagisme des étudiants et celui des parents ou de la fratrie, puisque 50 % seulement rapportaient la présence d'un proche fumeur.

Bentalha [22] 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 [21], 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. A

l'ISCAE [39] les garçons sont influencés par le tabagisme des frères et des sœurs, tandis que les filles sont influencées par le tabagisme des sœurs et des compagnons.

En milieu scolaire, Chader [24] pense que le déterminisme du tabagisme à un âge jeune tient essentiellement à l'exemple donné par l'entourage familial et amical. Une autre constatation est notée par certains auteurs marocains [22,35], c'est que le nombre de personnes fumeuses vivantes sous le même toit est lié à un plus fort degré de tabagisme.

Cette influence a été également rapportée dans de nombreuses études étrangères. En Turquie [72], 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 que 13,6 % des étudiants tabagiques fumaient devant leurs parents, à savoir que 66,7 % d'entre eux le faisaient sans aucune gêne ressentie.

En milieu universitaire d'Oujda [21], 67,3 % des étudiants fumaient en cachette par rapport à leurs parents, alors que 32,7 % n'éprouvaient aucune gêne à le faire.

En milieu scolaire, Achbouk [23] rapportait que 89,2 % des tabagiques fument en cachette des parents, tandis que 10,8 % le font au grand jour. Chader [24], a conclu que 36,1 % des élèves fumeurs affirmaient avoir l'approbation de leurs parents contre 63,9 % qui n'avaient pas cet accord. Cette autorisation parentale de fumer est déclarée acquise chez plus de la moitié des fumeurs français contre moins de 30 % chez les marocains.

Les adolescents sont moins enclins à fumer si leurs parents expriment la désapprobation forte du tabagisme. Cette constatation rapportée par Sargent [73] et Hastier [74] qui a montré que l'interdiction parentale de fumer est inversement associée au tabagisme des adolescents. Aussi, l'effet du tabagisme des pairs serait-il atténué quand les deux parents désapprouvent fortement le tabagisme rendant les adolescents plus résistants à l'influence du tabagisme des pairs [73]. Ces résultats rejoignent ceux de Baromètre Santé 2000 [75] et d'Agnès Hochard [76]

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. Pour Hastier [74], l'autorité parentale est ressentie de façon comparable chez les fumeurs et les non fumeurs.

IV.2.9. Autres habitudes toxiques

Les fumeurs sont habituellement vulnérables à d'autres habitudes toxiques. Dans notre étude, 63,6 % des étudiants consomment des boissons alcooliques, 31,8 % consomment le haschich, et enfin le kif à un moindre degré avec 13,6 %. Ceci concorde avec les résultats trouvés dans les autres milieux universitaires et scolaires au Maroc (tableau XXXVII).

Tableau XXXVII : Autres habitudes toxiques dans certains milieux au Maroc

Lieu de l'enquête	Milieu socioprofessionnel	Habitudes toxiques		
		Alcool %	Hachisch %	Cannabis %
• Casa Lyautey [24]	<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) [39]		24,9	03,8	10,3
• Oujda [21]		48,0	18,0	09,0
• El Jadida [22]		61,3	43,0	49,4
• Marrakech (notre étude)	<i>Faculté de médecine</i>	63,6	31,8	13,6

IV.2.10. Sevrage tabagique

1. Tentatives de sevrage et leurs nombres

Dans notre étude et dans la littérature (tableau XXXVIII), 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.

Tableau XXXVIII : 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 [25]	<i>Personnel de santé</i>	2000	634	71,8
• Casablanca [27]		2005	312	81,7
• Marrakech [23]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	2000	89,2
• Casa Lyautey [24]		2002	431	63,2
• Oujda [21]	<i>Milieu universitaire</i>	1996	457	71,0
• El Jadida [22]		2000	735	68,2
• Casablanca [11]	<i>Etudiants en médecine</i>	1982	742	41,9
• Casablanca [12]		1988	1097	51,9
• Casablanca [13]		1994	1321	53,8
• Casablanca [14]		1999	1582	47,4
• Casablanca [15]		2002	705	58,8
• Marrakech (notre étude)		2007	325	60,0
• France [17]	<i>Etudiants en médecine</i>	2001	681	54,6
• Sénégal [18]		2001	1547	27,4
• Viet Nam [28]		2002	1700	37,1

2. Difficultés ressenties lors d'un éventuel sevrage

Selon Tredaniel et Hirsh [77], 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 [51].

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

Notre étude et certains travaux [25,78] montrent que les raisons d'un éventuel arrêt du tabagisme sont représentées par "donner le bon exemple à leurs enfants" et aux autres enfants" (tableau XXXIX). Pour une autre étude faite chez les étudiants en médecine [15], les raisons personnelles étaient évoquées en premier lieu, notamment "protéger sa santé" (66,7 %) et "discipline personnelle" (62,1 %). Pour Chader [24], le motif le plus souvent invoqué est le danger que représente le tabac pour la santé.

Tableau XXXIX : 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 [78]	<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 [25]		59,4	47,8	53,8	70,8	46,0	79,1	87,7	43,1	66,7	64,9
•Casablanca [27]		57,1	44,2	42,9	31,2	37,7	74,0	33,8	31,7	85,7	40,3
•Tunisie [26]	<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 [15]		55,2	25,3	39,1	33,3	23,0	57,5	NP	13,8	66,7	62,1
• Notre série		40,9	45,4	45,4	27,3	40,9	68,2	77,3	13,6	50,0	59,1

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 [18], 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 [40] ; 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 [65], 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 [58], 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 [13-15,18-20] 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 XXXX). 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 [25,27] (tableau XXXX).

Au Japon [79], 91 % des infirmiers au service de gynéco obstétrique expliquent le risque du tabac chez la femme enceinte et 43 % discutent une date de sevrage chez les fumeuses. Aux Etats-Unis [80] ; 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 % [82].

Tableau XXXX : 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 [25]	<i>Personnel de santé</i>	2000	634	74,7	44,2	13,5
• Casablanca [27]		2005	312	89,6	63,2	15,4
• Casablanca [13]	<i>Etudiants en médecine</i>	1994	1321	95,0	86,0	31,6
• Casablanca [14]		1999	1582	NP	NP	30,5
• Casablanca [15]		2002	705	95,3	87,3	32,3
• Notre étude		2007	325	84,0	83,7	10,5
• Sénégal [18]	<i>Etudiants en médecine</i>	2001	1547	94,6	93,0	44,0
• Tunisie [19]		2004	230	91,2	81,5	23,8
• Finlande [20]		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

La grande majorité pense que les médecins devraient être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes à risque aussi bien dans notre étude que dans d'autres travaux [19,25,78] (tableau XXXXI); pour d'autres études [5,55], le personnel de santé devrait donner le bon exemple en ne fumant pas, alors que la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer est citée en 1^{er} dans certaines études [18,27].

Une 2^{ème} remarque est que dans plusieurs enquêtes [5,18,19,25,27,55] un taux non négligeable aussi bien pour les étudiants en médecine que pour le personnel de santé déclarent qu'ils n'ont pas assez de connaissance pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer (tableau XXXXI). En France, 81 % des internes [83] déclarent qu'ils ne sont pas bien informés sur les techniques de sevrage notamment sur l'usage de substituts nicotiniques.

Tableau XXXXI : 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 [78]	74,8	69,1	65,5	79,5	45,0	83,5	68,7	50,0	42,8
• Casa [55]	81,8	89,9	87,5	95,0	74,8	92,7	82,8	<u>63,0</u>	63,4
• Safi [25]	88,7	89,2	NP	85,8	77,1	94,9	89,4	<u>69,0</u>	70,0
• Casablanca [27]	96,5	74,0	80,4	94,9	68,9	70,3	88,0	<u>59,2</u>	79,1
• Casablanca [5]	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>93,5</i>	<i>87,4</i>	<i>88,6</i>	<i>93,2</i>	<i>68,9</i>	<i>96,0</i>	<i>91,7</i>	<u><i>64,0</i></u>	<i>65,2</i>
• Sénégal [18]	64,0	NP	NP	54,5	NP	NP	NP	<u>5,6</u>	NP
• Tunisie [19]	72,1	65,5	NP	68,3	46,9	81,4	65,3	<u>45,9</u>	56,1
• Finlande [20]	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 [11-15,18,26,28], en milieu universitaire [21,22] et scolaire [23,24] (tableau XXXXII).

La connaissance de la nocivité du tabac mais poursuite de sa consommation, met en évidence le décalage qui existe entre les connaissances scientifiques en général, et les pratiques et comportements personnels. Cet aspect est bien connu dans les théories du comportement [14].

Tableau XXXXII : 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 [23]	<i>Milieu scolaire</i>	2001	2000	93,7
• Casa Lyautey [24]		2002	431	98,4
• Oujda [21]	<i>Milieu universitaire</i>	1995	457	94,7
• El Jadida [22]		2000	735	75,1
• Casablanca [11]	<i>Etudiants en médecine</i>	1982	742	93,9
• Casablanca [12]		1988	1097	86,0
• Casablanca [13]		1994	1321	95,5
• Casablanca [14]		1999	1582	94,1
• Casablanca [15]		2002	705	92,2
• <i>Notre étude</i>		<i>2007</i>	<i>325</i>	<i>99,4</i>
• Tunisie [26]		<i>Etudiants en médecine</i>	1997	501
• Sénégal [18]	2001		1547	83,2
• Viet Nam [28]	2002		1700	95,9

IV.4.2. Connaissances des risques liés au tabac

En matière de connaissance du rôle du tabac dans la genèse de certaines maladies, les complications respiratoires et la majorité de pathologies néoplasiques incriminant le tabagisme sont les mieux reconnues aussi bien dans notre série que dans les autres enquêtes [15,27] chez les étudiants en médecine comme chez le personnel de santé. En France [48], la plupart des étudiants en médecine connaissent les différentes complications du tabac sur la santé, la prévalence varie de 99,6 % pour les complications respiratoires à 55,6 % pour les complications sexuelles.

Par ailleurs, des lacunes persistent sur le rôle du tabac sur la survenue des angines, de l'hémorragie cérébrale, des palpitations cardiaques et des pharyngites dans notre étude, en dehors des étudiants de 4^{ème} année qui semblent mieux connaître ces risques. Cela peut être expliqué par l'enseignement de la pathologie du tabac à cette année là. Pour Barakate [15], les lacunes portent sur la relation du tabac avec le risque de mortalité néonatale, artérite, emphysème pulmonaire, leucoplasie de la bouche et des lèvres. 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 [28], 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 [84]. Les effets bénéfiques du sevrage tabagique sur les fonctions physiologiques altérées et les pathologies liées au tabac s'étalent 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 [84].

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

Le tableau XXXXIII 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 répondeurs 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 3,4 %. Ce taux reste très faible et décevant vu le statut de nos futurs médecins. Pour Mariami [25], seulement 20,1 % du personnel de santé de Safi ont déjà participé à une campagne anti-tabac.

Tableau XXXXIII : 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 [18]	<i>Personnels de santé</i>	2000	634	54,4
• Casablanca [16]		2005	312	76,0
• Casa Lyautey [22]	<i>Milieu scolaire</i>	2003	431	10,8
• El Jadida [24]	<i>Milieu universitaire</i>	2000	735	36,0
• Casablanca [14]	<i>Etudiants en médecine</i>	1999	1582	54,5
• Casablanca [15]		2002	705	55,9
• <i>Notre étude</i>		<i>2007</i>	<i>325</i>	<i>57,2</i>

❖ Lutte anti-tabac

Dans les dernières années, la lutte contre le tabagisme est dans de nombreux pays, au centre de l'actualité médicale, économique et juridique. Des programmes de prévention et de cessation du tabagisme dans les pays développés, ont noté leur efficacité dans la réduction de la prévalence du tabagisme. Actuellement, vue l'étendue de ce fléau, le rôle de médecin et de futurs médecins est primordial dans la réduction de la prévalence du tabagisme et donc dans la réduction de la morbidité et de la mortalité secondaires aux maladies liées aux tabac [85–86].

1. Prévention primaire

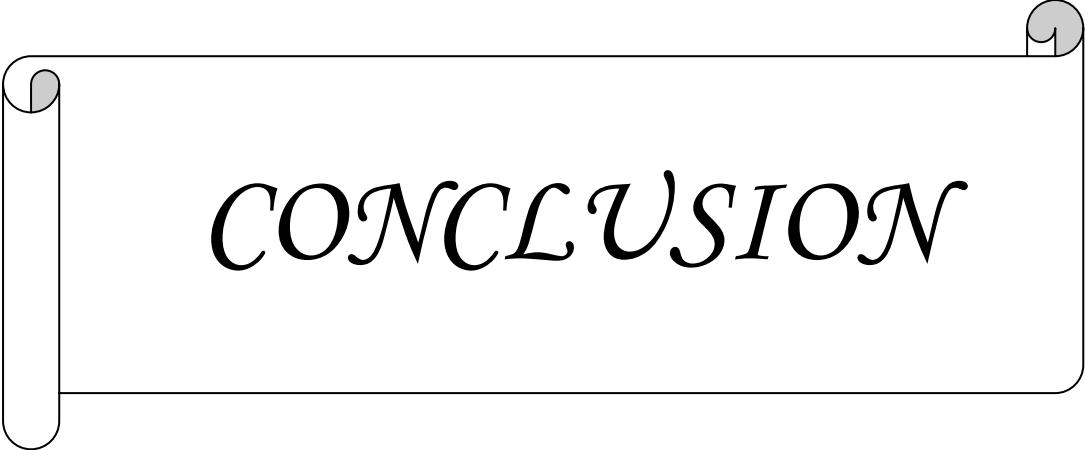
Cette action doit dissuader ceux qui n'ont pas encore fumé de ne jamais le faire et aider les ex-fumeurs à ne pas rechuter, surtout les adolescents, les femmes, les autochtones et les salariés à faible revenu [87]. Pour diminuer cette prévalence, il faut donc agir sur les facteurs qui favorisent le tabagisme chez les enfants et les adolescents, à savoir les **facteurs environnementaux** (parents, camarades) [87], 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 [88]. 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 [53] (tableau XXXIV) 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 [88].

Tableau XXXIV : 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 en médecine de Marrakech nous a permis d'évaluer la prévalence du tabagisme (6,8 %) qui reste la plus faible comparée aux autres études nationales et internationales. Cette prévalence reste largement prépondérante chez les garçons (18,6 %) par rapport aux filles (1,8 %). Il s'avère que le taux de fumeurs augmente aussi bien avec l'âge comme 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 77,3 %, 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.



RÉSUMÉ

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 (4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année) ainsi que leur attitude et comportement face au tabagisme.

Enquête transversale par auto questionnaire réalisée du 7 mai au 9 juin 2007 auprès de 325 étudiants par la méthode du porte à porte (taux de participation de 81 %). 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%.

Le taux de prévalence globale du tabagisme est de 6,8 %, soit 18,7 % chez les garçons et 1,8 % chez les filles ($p < 0,0001$). Le taux de prévalence est respectivement de 6,3 %, 3,6 % et 13,6 % en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années ($p = 0,003$). Ce taux de fumeurs est respectivement de 3,8 % et 12,4 % dans les tranches 20–23 ans et 24–27 ans ($p = 0,0017$). Ce taux est significativement ($p < 0,0001$) plus élevé chez les non pratiquants de prière (26,2 %) que chez les pratiquants (2,3 %). L'étude des fumeurs montre que 72,7 % ont commencé à fumer entre 15 et 20 ans. L'initiation au tabagisme a été faite dans 41 % au lycée et dans 59 % à la faculté ; le plaisir constitue le motif le plus fréquent (50 %). Dans 77,3 % les étudiants fument dans l'enceinte de la faculté. Une tentative de sevrage a été rapportée par 60 % des fumeurs. Concernant l'attitude des étudiants face au tabagisme, 84 % 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 64 % des étudiants estiment avoir assez de connaissances pour conseiller ceux qui veulent arrêter de fumer. Seulement 57,2 % connaissent l'existence de la loi marocaine antitabac et 3,4 % ont déjà participé à une campagne anti-tabac.

Bien que le taux de fumeur dans la faculté de médecine reste bas en comparaison avec les autres travaux nationaux et 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.

SUMMARY

Determine the prevalence of smoking in medical students in Marrakesh (4th, 5th and 6th year) and to assess their attitudes and behaviours toward smoking.

A cross sectional study was conducted by means of an auto-questionnaire achieved in May 2007 among 325 medical students by the method of the door-to-door canvassing (rate of participation of 81%). 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%.

The overall prevalence of smoking was 6,8%, with 18,6% for males and 1,8 for females($p < 0,0001$). It is 6,3%, 3,6% and 13,6% respectively in 4th, 5th and 6th years ($p = 0,003$). The rate of smokers is respectively 3,8% and 12,4% in sections 20–23 years and 24–27 years ($p = 0,0017$). This rate is significantly higher at no practitioner the prayer (26,2%) than in the practitioner (2,3%). The study of smokers shows that 72,7% started to smoke between 15 and 20 years. Initiation to smoking was made in 41% in the college and 59% in the faculty and pleasure was the most frequent initiating factor (50%). In 77,3%, the students smoke in the faculty and 60 % tried to give up smoking. Concerning the attitude of the students among tobacco, 84% 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 64% of the students estimate to have enough knowledges to advise those which want to stop smoking, Only 57,2% know the existence of the Moroccan antismoking law and 3,4% of students had already participated in antismoking campaign.

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 international work, it appears the need for developing knowledges on tobacco and to reinforce the role of the students in the struggle against tobacco by recommending an early teaching tobacco as of the 1st year of medicine and workshops seminars at the time of the later years.

ملخص

الهدف من الدراسة: لمتابعة تطور نسبة المدخنين في صفوف طلبة كلية الطب بالمغرب، بدا لنا من المهم تحديد مدى انتشار التدخين في صفوف طلبة كلية الطب بمراكش (السنة الرابعة و الخامسة و السادسة) و كذا مواقف وتصرفات هؤلاء الطلبة في مواجهة التدخين. **الفئة المستهدفة و الوسائل:** إنها دراسة عرضانية أنجزت خلال شهر مايو 2007 بالاعتماد على استمارة ذاتية بصدد 325 طالب بواسطة الرصد على الباب (نسبة المشاركة بلغت 81%). إن إدخال و استغلال المعطيات تما بواسطة النظام المعلوماتي إيبى-أنفو النسخة 6، الدراسة الإحصائية أنجزت باستعمال Chi 2 والفرق جلي عندما يكون هامش الخطأ أصغر من 5%. **النتائج:** الانتشار العام للتدخين بلغ 6.8%، نسبة الرجال بلغت 18.6% و النساء 1.8% (p<0,0001). كما بلغت هذه النسبة 6.3% و 3.6% و 13.6% على التوالي بالسنة الرابعة والخامسة و السادسة (p=0,003). معدل المدخنين هو على التوالي 3.8% و 12.4% عند الشريحتين العمريتين 20-23 سنة و 24-27 سنة (p=0,0017). دراسة المدخنين أظهرت أن 72.7% منهم بدأ التدخين ما بين سن 15 و 20 سنة. فكان البداية بالثانوية بالنسبة ل 41% و بالكلية بالنسبة ل 59% و كانت النشوة دافعهم القوي في ذلك (50%). أكثر من ثلاث أرباع المدخنين (77.3%) اعترفوا بممارستهم التدخين داخل الكلية. فيما يخص مواقف الطلبة اتجاه التدخين، يتبين أن 84% يقومون بتحذير مرضاهم بمخاطر التدخين في حالة وجود مرض مرتبط بهذا الأخير، في حين فقط 10.5% يقومون بذلك في جميع الحالات. حوالي 64% من الطلبة يصرحون بأن لهم من المعارف ما يؤهلهم لتقديم النصح لمن يريد الإقلاع عن التدخين. 57.2% فقط على علم بوجود القانون المغربي ضد التدخين، كما أن 3.4% فقط سبق لهم أن شاركوا في حملة ضد التدخين. **مخالصة،** 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.



BIBLIOGRAPHIE

1- MACHAY J, ERIKSEN M.

The tobacco atlas.

Geneva: World Health Organisation, 2002.

2- CONFERENCE DE CONSENSUS.

Arrêt de la consommation du tabac.

Rev Pneumo Clin 1999 ; 55 :109-117.

3- EL BIYAZE M, BAKHATAR A, BARTAL M, ELMEZIANE A, ALAOUI-YAZIDI A, YASSINE N.

Connaissances, attitudes et comportements des patients vis-à-vis du tabagisme au Maroc.

Rev Mal Respir 2000 ; 17: 671-7.

4- MOKANI M.

Tabagisme dans les entreprises et Administrations à Casablanca.

Thèse Médecine Casablanca 1988 ; n°106.

5- ALAOUI YAZIDI A, BARTAL M, MAHMAL A, MOUTAWAKIL, ELOUDGHIRI A, BAKHATAR A, LAHLOU M, ELBIAZE M, LARAQUI CH.

Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca : connaissances, attitudes et pratiques.

Rev Mal Respir 2002 ; 19: 435-42.

6- BARTAL M, EL MEZIANE A, MAHBOUB A, BOUAYAD Z, BAHLAOUI A, ALAOUI YAZIDI A, TROMBATI N.

Tabagisme en milieu scolaire secondaire au Maroc.

Rev Mal Respir 1993 ; 10, Suppl. 2 : R75 (n°113 : abstract).

7- GOURANI M S.

Approche épidémiologique de la Toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech.

Thèse Médecine Marrakech 2007 ; n°17.

8- YASSINE N, BARTAL M, ELMEZIANE.A, EL BIYAZE M, ALAOUI YAZIDI.A.

Tabagisme chez les étudiants en médecine.

Tub and Lung dis 1996 ; 77, supp 2: 40 (Abstract).

9- BOUVIER-COLLE M H, LE GOASTER C, COT M, JOUGLA E.

Resp. Informations.

Epidémie et santé publique 2000 ; 48 : 305-19.

10- BARTAL M, BOUAYAD Z, BAHLAOUI A, NACIRI A, EL MEZIANE A.

Le tabagisme au Maroc ébauche de lutte anti-tabac.
Hyg 1988 ; 7 : 30-2.

11- MOUATASSIM JE.

Tabagisme chez le personnel de santé et les étudiants en médecine 4^{ème} année et 5^{ème} année ancien régime.
Thèse Médecine Casablanca 1986, n° 211.

12- LACHGAR F.

Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 1989, n° 213.

13- YASSINE N, BARTAL M, EL BIYAZE M.

Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca.
Rev Mal Respir 1999 ; 16 : 59-64.

14- CHEHAIBOU H, YASSINE N, EL BIYAZE M, HAJJI I, GHIATI R, BARTAL M, BENNANI OTHMANI M.

Tabagisme chez les étudiants en médecine.
Rev Mal Respir 2002 ; 19 : 151-69.

15- BARAKATE I.

Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca, 2004, n° 73.

16- MAS A, NERIN I, BARRUECO M, CORDERO J, GUILLEN D, JIMENEZ-RUIZ C, SOBRADILLOR V.

Smoking Habits among Sixth-Year Medical Students in Spain.
Arch Bronconeumol 2004 ; 40 : 403-8.

17- JOSSERAN L, RAFFIN J, DAUTZENBERG B, BRÜCKER G.

Connaissances, opinions et consommation de tabac au sein d'une faculté de médecine française.
Presse Med 2003 ; 32 : 1883-6.

18- 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'Odonto-Stomatologie de Dakar, Sénégal.
Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 701-9.

19- HARRABI, H GHANNEM, M KACEM, R GAHA, A BEN ABDELAZIZ, JF TESSIER.

Medical students and tobacco in 2004: a survey in Sousse, Tunisia.
Int J Tuberc Lung Dis 2006 ; 10 : 328-332.

20- 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.

21- BADOURI R.

Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda.
Thèse de Médecine Rabat 1996, n° 192.

22- BENTALHA I.

Tabagisme en milieu universitaire à El Jadida (étudiants et enseignants).
Thèse Médecine Casablanca 2001, n° 242.

23- ACHBOUK A.

Tabagisme en milieu scolaire à Marrakech.
Thèse Médecine Rabat 2002, n° 138.

24- CHADER H.

Tabagisme chez les élèves de la mission française de Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 2003, n° 350.

25- MARIAMI M.

Tabagisme chez le personnel de santé de Safi.
Thèse Médecine Casablanca 2001, n° 346.

26- SOLTANI M S, A BCHIR.

Comportement tabagique et attitudes des étudiants en médecine à Monastir en regard du tabac (Sahel Tunisien).
Rev Mal Respir 2000 ; 17 : 77-82.

27- OUAHMANE S.

Tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital Sidi Othmane de Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 2006, n° 218.

28- 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.

29- NEJJARI C, TESSIER JF, CROFTON J, FREOUR P.

Les étudiants en médecine face au tabac dans les pays d'Afrique.
Rev Mal Respir 1993 ; 10 , Suppl 2 : R77, n°121 (abstract).

30- FAYYAZ H S, MOID I, A KHAN J.

Attitudes of Asian medical students towards smoking.
Thorax 1995 ; 50: 996-997.

31- 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 -5.

32- 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.

33- VAKEFLLIU 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.

34- FAKHFAKH R, HSSAIRI M, BEN AMMAR H, ZOUARI B, NACEF T.

Le tabagisme des étudiants en médecine en Tunisie : tendances des Comportements et des attitudes.
Cahiers santé 1996 ; 1 : 37-42.

35- FATHALLAH A.

Tabagisme dans un Institut Supérieur à Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 1992, n° 81.

36- FALAK L.

Tabagisme dans une grande école à Casablanca.
Thèse Médecine Casablanca 1993, n° 61.

37- FIKRI I.

Tabagisme dans un Institut Supérieur.
Thèse Médecine Casablanca 1994, n° 4.

38- AYAD M, NDIR M, HANE A A, CHIRAZI E, KANE P A, BADIANE 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.

39- KHADRI A.

Tabagisme dans une grande école supérieure.

Thèse Médecine Casablanca 1991, n°61.

40- 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.

41- 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 ; 206 : 187-94.

42- 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.

43- 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.

44- 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.

45- 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.

46- MARCHETTI D.

Prévention du cancer bronchique, lutte contre le tabagisme.
Rev Mal Respir 1999 ; 16 :193-5.

47- FRYDMAN M.

Les habitudes tabagiques. Le rôle de l'enseignant et du médecin généraliste en matière de prévention.
Cahiers Santé 1992 ; 2 : 166 - 70.

48- JOSSERAN L, RAFFIN J, BRUCKER G.

Comportement tabagique des étudiants en médecine.
Service de Santé Publique : G.H Pitié Salpêtrière Octobre 2001.

49- HELLE SECHER SEJR, MERETE OSLERT.

Do Smoking and health Education Influence student Nurses' knowledge, Attitudes, and Professional Behaviour ? .
Prev Med 2002 ; 34 : 260-5.

50- 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.

51- LARGUE L, BRANELLEC A, LEBARGY F.

Toxicologie du tabac.
Rev Prat. 1993 ; 43 : 1203 - 8.

52- LARGUE G.

Tabac : du comportement à la dépendance.
Rev Mal Respir 2000 ; 17 : 170-5.

53- LEBARGY F.

La dépendance nicotinique.
Rev Pneumo Clin 2000 ; 56 : 177-83.

54- WAHBI K.

Attitudes et comportement du personnel d'un hôpital à Casablanca face au tabagisme.
Thèse Médecine Casablanca 2000, n° 286.

55- MHIJAN K.

Attitude et comportement du personnel hospitalier face au tabagisme dans un hôpital de Casablanca.

Thèse Médecine Casablanca 2000 , n° 294.

56- EL MENI R.

Tabagisme chez les adultes hospitalisés aux hôpitaux d'Agadir et Inzegane.

Thèse Médecine Casablanca 2004 , n° 291.

57- GONTIER JULIETTE.

Enquête au Centre Hospitalier d'Albi.

Mémoire pour l'obtention de DIU de tabacologie et d'hygiène respiratoire, Septembre 2001.

58- PÄRNA K, RAHU K, RAHU M.

Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians.

Public Health 2005 ; 119 : 390-9.

59- 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.gc.ca/tabagie/Expertise/adoles.html>

60- 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.

61- 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-Trondelag Health Study, Norway, 1995-1997.

Respiratory Medicine 2002 ; 96 : 10p.

62- DETHIOLAZ S.

Nicotine: Loin de soulager le stress, fumer ne ferait que l'augmenter.

Med hyg 1999 ; 57 : 2434.

63- 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.

64- VERONIQUE VILLEMONTAIX.

Le tabagisme au centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.

Mémoire pour l'obtention du diplôme Inter Universitaire de Tabacologie, 1999-2000.

65- ROSSELLI D, REY O, CALDERON C, RODRIGUEZ M N.

Smoking in Colombian Medical Schools: The Hidden Curriculum.

Prev med 2001 ; 33 : 170-4.

66- CHASSIN L.

Parental smoking cessation and adolescent smoking.

J Pediatr Psychol 2002 ; 27 : 485-96.

67- 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>

68- L'adolescence : de la première cigarette à l'installation dans le tabagisme.

Tabagisme des jeunes, INPES, juin 1999.

<http://www.tabac-info.net/NAVBAR/themes/ADO%201ERE.htm>

69- OGUAWA H, TOMINAGA S, GELLERT G, AOKI K.

Smoking among junior high school students in Nagoya, Japan. Int J Epidemiol 1988 ; 5 : 393-400.

70- 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 23, 2001.

www.mdconsult.com

71- 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.

72- 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.

73- SARGENT JD, M DALTON.

Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers?.

Pediatrics 2001 ; 108 : 1256-62.

74- HASTIER N, QUINQUE K, BONNEL A S, LEMÉNAGER S, LE ROUX P.

Tabac et adolescence.

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 237-41.

75- GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A.

Baromètre santé 2000 résultats, volume 2, tabac.

www.cfes.sante.fr/barometres/baro2000/integral/tabac

76-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.

77- TREDANIEL J, HIRSH A.

Tabagisme, épidémiologie et pathologie liée au tabac.

Rev Prat 1998 ; 48 : 433-5.

78-FAKIR A.

Tabagisme chez le personnel de santé dans la province d'Azilal.

Thèse Médecine Casablanca 1997 , n° 46.

79- 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.

80- KATHERINE E. HARTMANN, AMY ESPY, MELISSA Mc PHEETERS, LINDA S. KINSINGER.

Physicians taught as residents to conduct smoking cessation intervention: a follow-up study.

Prev Med 2004 ; 39 : 344-50.

81- GUNES G, KARAOGLU L, GENÇ M F, PEHLIVAN E, EGRI M.

University hospital physicians' attitudes and practices for smoking cessation counselling in Malatya, Turkey.

Patient Education and Counselling 2005 ; 56 : 147-53.

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, BRÚCKER 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 ; 1 e27.

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.



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 arrêt 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-Etes 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-Aspirz 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 usé de moyens pour vous aidez 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 officiel*