

ABREVIATIONS

CO	: Monoxyde de carbone
CO2	: Dioxyde de Carbone
EHTP	: Ecole Hassania des Travaux Publique
G	: Grammes
IC	: Intervalle de Confiance
J	: Jours
m2	: Mètres carré
mg	: Milligrammes
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNB	: Produit National Brut
TCC	: Thérapie cognitivo comportementale
TP	: Travaux Pratique
UCT	: Unité de Coordination de Tabacologie
µm	: Micromètre
USA	: Etats-Unis Amérique
VEMS	: Volume Expiratoire Maximal par Seconde

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Photo de Beedies	10
Figure 2 : Photo d'un Cigare.....	11
Figure 3 : Photo d'une Pipe.....	11
Figure 4 : Photo d'un Narghileh	12
Figure 5 : Photo d'une Cigarette Electronique	14
Figure 6 : Photo d'une Cigarette	16
Figure 7 : Dépenses moyennes en cigarettes par fumeur (en % du PNB / habitant).....	20
Figure 8 : Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance	24
Figure 9 : Echelle visuelle analogique : évaluation de la motivation à l'arrêt ..	25
Figure 10 : Arbre décisionnel. Conduite à tenir face à un fumeur.....	27
Figure 11 : Arbre décisionnel. Algorithme pour la prise en charge du tabagisme.....	27
Figure 12 : Répartition d'échantillon selon le sexe	36
Figure 13 : Prévalence globale du tabagisme	37
Figure 14 : Prévalence des fumeurs réguliers selon la promotion.....	38
Figure 15 : Répartition selon le sexe.....	39
Figure 16 : Répartition des fumeurs selon leur âge	40
Figure 17 : Répartition selon la durée du tabagisme chez les fumeurs occasionnels.....	42
Figure 18 : Répartition selon l'achat des cigarettes	43
Figure 19 : Répartition des étudiants selon la crainte de devenir fumeurs définitifs.....	43
Figure 20 : Répartition selon la durée du tabagisme	45
Figure 21 : Répartition selon l'âge de la 1 ^{ère} cigarette	45
Figure 22 : Pourcentage des étudiants qui fument devant les parents	46
Figure 23 : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour.....	47

Figure 24 : Répartition des fumeurs selon le cout journalier de cigarettes fumées	48
Figure 25 : Répartition des fumeurs selon les symptômes liée à la cigarette	49
Figure 26 : Répartition des fumeurs selon les facteurs initiateurs du tabagisme.....	50
Figure 27 : Délai avant la première cigarette	50
Figure 28 : Pourcentage de difficulté à ne pas fumer	51
Figure 29 : Répartition selon la cigarette la plus difficile de renoncer.....	52
Figure 30 : Nombre de cigarettes fumées par jour.....	53
Figure 31 : Répartition selon le rythme	53
Figure 32 : Pourcentage selon la réponse « oui » et « non »	54
Figure 33 : Score de Fagestrom	55
Figure 34 : Répartition selon la tentative d'arrêt	55
Figure 35 : Les tentatives d'arrêt selon le degré de dépendance	56
Figure 36 : Les raisons d'essaye d'arrêter de fumer	56
Figure 37 : Les raisons de ne pas essayer d'arrêter de fumer	57
Figure 38 : Attitude vis-à-vis du tabac dans 5 ans	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Renforcement de la motivation à l'arrêt du tabac : les cinq « R »..	28
Tableau II : Réponses obtenues par promotion	34
Tableau III : Réponses obtenues selon le sexe.....	35
Tableau IV : Statut tabagique par promotion	37
Tableau V : Statut tabagique selon le sexe	38
Tableau VI : Répartition selon l'âge	39
Tableau VII : Répartition du tabagisme dans l'entourage	40
Tableau VIII : Répartition des non-fumeurs et ex-fumeurs selon la raison d'arrêt	41
Tableau IX : Répartition des étudiants selon leurs autres habitudes.....	44
Tableau X : Répartition selon le nombre des cigarettes fumées par jour	46
Tableau XI : Répartition des fumeurs selon les symptômes liée à la cigarette .	49
Tableau XII : Pourcentage de l'ensemble des étudiants selon le degré d'accord ou de désaccord pour certaines affirmations.....	58
Tableau XIII : Pourcentage des réponses « tout à fait d'accord » sur certaines mesures législatives anti-tabac	59
Tableau XIV : Réponses à la question : « mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac quand le malade a des symptômes respiratoire ou une maladie liée au tabac	60
Tableau XV : Réponses à la question : « mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac quand le patient lui-même pose la question sur le tabac	61
Tableau XVI : Réponses à la question : « mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac dans tous les cas même si le patient n'a ni symptômes ni questions sur le tabac.....	61

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
GENERALITES	4
1) historique.....	5
2) épidémiologie.....	5
3) tabagisme au Sénégal.....	8
4) différents modes de consommation du tabac	9
5) différents constituants de fumée de tabac	14
6) conséquences du tabagisme sur l'organisme	17
7) coût de la consommation de tabac	19
8) le tabagisme passif	20
9) sevrage tabagique et lutte anti-tabac	22
10) prise en charge anti-tabac	23
MATERIEL ET METHODES.....	30
1) population cible	31
2) déroulement de l'enquête.....	31
3) méthodes d'étude	31
4) analyse des résultats.....	32
RESULTATS	33
I – DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	34
II – STATUT TABAGIQUE	36
1)- habitudes tabagiques.....	36
2)- étude des non-fumeur et ex fumeur	41
3)- étude des fumeurs occasionnels.....	42

4)- les autres habitudes	44
5)- l'étude des fumeurs réguliers.....	45
6)- comportement des fumeurs vis-à-vis de la cigarette	55

III– AVIS DES ETUDIANTS SUR CERTAINES MESURES

LEGISLATIVES ANTI-TABAC.....	58
-------------------------------------	-----------

IV – ATTITUDES DES ETUDIANTS EN MESURES DE LUTTE ANTI-TABAC FACE AU PATIENTS	60
---	-----------

DISCUSSION.....	62
------------------------	-----------

CONCLUSION.....	82
------------------------	-----------

REFERENCES	85
-------------------------	-----------

ANNEXE

INTRODUCTION

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Il s'agit d'une épidémie selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). En effet, il est cité comme un facteur étiologique de la presque totalité des affections de tous les appareils ou systèmes surtout respiratoire, cardio-vasculaire, digestif et génito-urinaires [1,2]. Par conséquent, il est responsable d'une lourde morbi-mortalité .

Malgré la connaissance de cette morbi-mortalité liée au tabagisme et les efforts déployés pour son éradication, le tabac continue à faire des ravages et à conquérir de nouveaux adeptes.

La prévalence mondiale de fumeurs est estimée par l'OMS, en 2005, à 1,3 milliards dont 800 millions dans les pays en développement [3].

Selon les études faites par le ministère de la santé et de l'action sociale, qui présidait la cérémonie de lancement de la 4^{ème} édition de l'Atlas du tabac. Au Sénégal, la prévalence du tabagisme progresse très rapidement chez les jeunes et les femmes qui constituent les principales cibles de l'industrie du tabac.

D'après une enquête réalisée en 2007 par Global Youth Tobacco Survey, le taux de prévalence chez les jeunes âgés de 13 à 15 ans est de 20,1 % chez les garçons et de 10,2 % chez les filles.

Alors que le taux de prévalence chez les adultes âgés de plus de 15 ans est de 19 % chez les hommes et de 1,5 % chez les femmes, selon l'enquête de Global Report Tobacco Survey réalisé au Sénégal en 2005.

Le corps médical, et particulièrement les médecins doivent jouer un rôle primordial dans la lutte contre le tabagisme, et dans la prise en charge des fumeurs qui veulent arrêter de fumer.

Cependant, de nombreuses études nationales réalisées chez les étudiants en médecine depuis 1982, ont rapporté que nos futurs médecins sont peu préparés à ce

rôle et que leur attitude à l'égard de leurs patients fumeurs dépendait en grande partie de leur comportement personnel en matière de tabac.

Notre étude, menée auprès des étudiants de la faculté de médecine de Dakar, a pour objectif de déterminer la prévalence du tabagisme dans cette population, leur comportement et attitude vis-à-vis du tabac, ainsi que la perception de leur rôle dans la lutte anti-tabac.

Elle offre également l'occasion de les sensibiliser contre ce fléau.

GENERALITES

1 – HISTORIQUE :

Le tabac est une plante originaire d'Amérique utilisée par les autochtones. Des pipes datant de 1000 ans avant Jésus-Christ ont été retrouvées en Amérique du sud.

C'est en 1492 que Christophe Colomb, par la découverte de l'Amérique, ouvre la porte de l'Europe à un nombre de plantes et de comportements qui y étaient inconnus dont le tabac et le tabagisme.

Au cours du XVIème siècle, la culture du tabac se répand partout en Europe, principalement dans les zones portuaires.

Le tabac pénètre l'Afrique par le Maroc en 1593 et progresse rapidement vers le reste du continent. Ensuite, la conquête coloniale l'y implante rapidement et définitivement. Louis Nicolas Vauquelin, professeur de chimie à l'école de Médecine de Paris isola en 1809 un principe actif azoté des feuilles de tabac appelé nicotine. La première cigarette a été inventée et fabriquée vers 1843, avec le début de l'industrialisation.

Cette nouvelle forme de tabac filtre, inventée en 1930 a été réellement commercialisée en 1950, après l'apparition d'études prouvant indiscutablement la toxicité du tabac [4-5].

2 – EPIDEMIOLOGIE :

2-1 Définition du tabagisme :

Le tabagisme est défini comme l'usage prolongé et abusif, de n'importe quelle forme de produits à base de tabac (cigare, pipe, prise, chique, cigarette).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue deux types de tabagisme : le tabagisme actif et le tabagisme passif.

2 – 2 Consommation du tabac dans le monde et conséquences sanitaires :

Des études épidémiologiques prouvant la toxicité du tabac ont commencé d'être publiées dans les années 1950.

En 2002, près de 20 milliards de cigarettes ont été fumées chaque jour dans le monde, malgré les campagnes de lutte contre le tabagisme.

Selon le rapport de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies publié en 2002, les ventes de tabac, qui avaient diminué à partir de 1991, sont en légère progression depuis 1997.

L'usage actuel de tabac concerne 39 % des hommes et 30 % des femmes, avec des consommateurs quotidiens, respectivement, de 33 % et 26 % [6].

Au cours des dernières décennies, la prévalence mondiale du tabagisme a augmenté de 3,4 % par an, avec des disparités importantes selon les pays. La mortalité liée au tabagisme est en augmentation constante, avec 4 millions de décès en 2002. Les prévisions de 2010-2020 font état de 10 millions de décès annuels, dont 30 % dans les pays industrialisés et 70 % dans les pays en développement.

Les principales causes de ces décès sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire et les incendies.

La mortalité liée au tabagisme en Europe est estimée en 2002 à 1,2 millions, soit 14 % de décès.

D'après le Bureau Européen de l'OMS, à elle seule, l'Europe compte plus de 215 millions de fumeurs.

La répartition est différente entre pays de l'Est et de l'Ouest, respectivement 47 % et 34 %.

Dans les pays d'Europe centrale, la prévalence est encore plus élevée atteignant des taux de 50 % chez les hommes et 30 % chez les femmes.

La mortalité directement imputable au tabagisme dans ces pays représente 25 % de tous les décès annuels attribuables au tabagisme dans le monde.

La chine, à elle seule, consomme le tiers du tabac produit dans le monde. La consommation de cigarettes est estimée à environ 1900 cigarettes par adulte et par an.

En chine le nombre de fumeurs est de 300 millions avec une mortalité de 750000 de décès par an.

En Afrique, les données épidémiologiques sont incomplètes. La prévalence globale du tabagisme est faible en Afrique noire, inférieure à 25 % au Tchad, au Nigeria, et au Malawi, plus élevée en Afrique du nord et en Afrique du Sud où elle atteint 45 %. [7]

Chez les adolescents, le tabagisme ne régresse plus et sa fréquence est égale dans les deux sexes.

Des données plus récentes, dans plus de 20 nations industrialisées, indiquent que près de 12% des jeunes de 15 ans sont des fumeurs réguliers.

Dans certains pays comme l'Allemagne, le Canada, l'Espagne, il y'a plus de fumeuses que de fumeurs. L'évolution du tabagisme féminin est très inquiétante. Celle-ci découle du fait que dans la majorité des pays industrialisés, les adolescentes commencent à fumer de plus en plus tôt, dès l'âge de 12-13 ans.

Cela explique non seulement l'augmentation du nombre de fumeuses, mais aussi celle des grandes fumeuses pendant la grossesse (fréquence multipliée par trois depuis l'âge de 25 ans) [8].

3 – TABAGISME AU SENEGAL :

Le Sénégal et le Ghana constituent les deux pays de la zone Ouest africaine où existe une industrie de fabrication de cigarettes. La Manufacture de tabac de l'Ouest Africain (MTOA) assure 0,1 % de la production mondiale avec 3,35 milliards de cigarettes fabriquées en 1990.

La MTOA est la dixième entité industrielle sénégalaise avec 3 % des actions détenues par des nationaux.

En 1996, les exportations de tabac et de cigarettes lui ont rapporté 656 millions de dollars US [9].

Au SENEGAL, le prix d'un paquet de 20 cigarettes varie entre 0,4 et 0,9 dollars US selon la marque. Une personne qui fume un paquet de 20 cigarettes par jour, dépense environ 12 dollars US par mois soit 5% du revenu moyen d'une famille.

La consommation annuelle de cigarettes par personne adulte est passée de 430 en 1970 à 1050 en 1990 [10].

Montré des taux de 71 % de fumeurs chez les garçons et 52 % chez les filles. Au niveau de l'administration, on retrouve parmi les employés d'un âge supérieur ou égal à 40 ans, 48% de fumeurs chez les hommes et 35 % chez les femmes [11].

Le SENEGAL a été l'un des premiers pays africains à adopter une loi antitabac dès 1981, avec une interdiction de la publicité. Suite aux pressions des multinationales du tabac, cette loi a été vidée de sa substance.

En l'absence de mesures restrictives légales, les compagnies du tabac ont accentué leur politique de promotion par une publicité cynique et un parrainage des activités culturelles et sportives.

Une étude portant sur les motifs de consultation auprès du Service de Pneumologie du CHU de Fann, centre national de référence en matière de pathologie respiratoire, a montré que les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) constituent le premier motif avec 41,3 %, suivies de la tuberculose 35 %, des pneumopathies 10 % et de l'asthme 8,2 % [12].

Devant cette tendance, la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé, en collaboration avec le Mouvement Anti-tabac Sénégalais (MAT), organisation sœur du « San Francisco Tobacco Project », a mis sur pied des cellules de lutte anti tabagique.

Le personnel médical, noyau central de ces cellules, se doit d'être exemplaire pour éviter un manque d'efficacité et tout discrédit auprès des fumeurs.

Une étude réalisée au mois de mai 2001 sur le tabagisme des étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Dakar a révélé que la prévalence du tabagisme permanent ou occasionnel est de 34,6% avec 42,8% de fumeurs au premier cycle, 38% au second et 19% au troisième.

Le tabagisme est significativement plus élevé chez les hommes avec 76,4%.

L'âge moyen de début du tabagisme variait entre 10 et 22 ans et la durée moyenne entre 5 et 26 ans [13].

4 – DIFFERENTS MODES DE CONSOMMATION DU TABAC :

L'usage du tabac est dominé par l'utilisation de la cigarette industrielle. La consommation de cigarettes est estimée à 1600 par adulte et par an en Suisse [14].

4-1 Tabac à fumer :

C'est la forme la plus répandue de nos jours. Il en existe quatre principaux :

Les cigarettes, le cigare, la pipe, et le tabac narguilé.

- **Les cigarettes :**

- **les cigarettes industrielles :**

Elles ont conquis le monde. Elles sont constituées d'un cylindre de tabac séché finement coupé, enveloppé dans un papier de cellulose appelé vélin ou d'un matériel similaire, muni d'un bout-filtre qui permet de retenir certains composants du tabac et contribue à sa dilution.

- **les beedies :**



Figure 1 : photo de Beedies [14]

Ils sont comparables à de petites cigarettes de forme conique, composées de morceaux grossiers d'un tabac clair, riche en nicotine, enveloppé dans une feuille séchée d'une plante Indienne appelée « Dhal » [14].

- **les cigarettes roulées :**

Elles sont souvent roulées à la main. Elles contiennent 2 à 5 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone (CO) [15].

- **Les cigares :**



Figure 2 : photo d'un cigare [14]

Les cigares sont constitués de feuilles ou parties de feuilles de tabac séché entouré d'une enveloppe appelée cape et éventuellement d'une enveloppe interne ou sous- cape faite d'une feuille de tabac ou de tabac reconstitué. [14]

- **La pipe :**



Figure 3 : photo d'une pipe [14]

Elle est, sans doute, le plus ancien moyen connu utilisé par les fumeurs. La pipe est en général composée de deux parties principales : le fourneau (qui contient le tabac) et le tuyau (qui sert à aspirer). La pipe est un objet pouvant avoir des formes très basiques comme très artistiques, et peut être fabriquée de façon industrielle ou de façon artisanale.

Les pipes peuvent être réalisées dans différents matériaux. La plupart des pipes de nos jours sont faites en bruyère. Par le passé, les pipes en terre (argile) étaient les plus utilisées. Il en existe aussi en écume de mer, en porcelaine, en épi de maïs, en érable, en olivier ou encore en bambou.

Le contenu de la pipe se présente sous l'aspect de brins plus au moins longs et enchevêtrés, additionnés d'agents humectants et de substances sapides et aromatisantes [14].

- **Le narghileh (narguilés, shisha ou chicha) :**

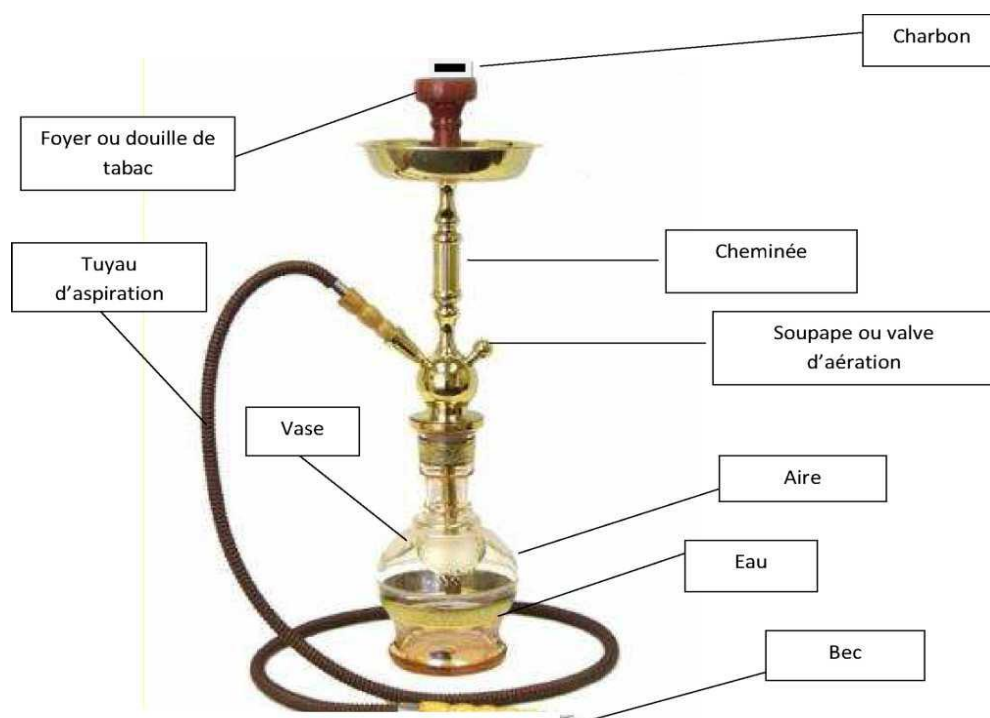


Figure 4 : photo d'un Narghileh [15]

Le narghileh est une pipe orientale à long tuyau flexible dans laquelle la fumée passe par un récipient rempli d'eau avant d'être inhalée. Le tabac ainsi fumé diffère

également selon la région. Il peut ne contenir que des feuilles de tabac séchées ou avoir été mis à fermenter dans de la mélasse, du miel ou du jus de fruit. Une session de narghileh équivaut au moins à 40 cigarettes fumées [16].

4 – 2 Tabac dits « sans fumée » : [9,12]

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

- **le tabac à mâcher ou à chiquer :**

Il se présente sous la forme de rouleaux ou carottes de tabacs aromatisés par suçage.

Lorsqu'il est mâché, il provoque une hyper sécrétion de salive qui l'imprègne. Le chiqueur acquiert son plaisir en goûtant à la saveur de salive ; ce qui donne une sensation de fraîcheur [15].

- **le tabac à priser :**

C'est une poudre très fine de tabac, spécialement préparée pour être aspirée dans les muqueuses nasales. La prise consiste en une inhalation par le nez suivie d'un rejet accompagné d'un éternuement qui manifeste la satisfaction de priseur [14].

- la cigarette électronique :



Figure 5 : photo d'une cigarette électronique [17]

La cigarette électronique ou l'e-cigarette désigne un produit électronique destiné à simuler l'acte de fumer du tabac. Elle produit une vapeur ou « fumée artificielle » ressemblant visuellement à la fumée produite par la combustion du tabac. Cette vapeur peut être aromatisée (arôme de tabac blond, brun, de fruits, etc..) et contenir ou non de la nicotine. A la différence de la fumée produite par la combustion du tabac, cette vapeur n'a pas l'odeur du tabac et est censée contenir moins de substances cancérigènes. Elle ne contient pas de goudrons. [18]

4 – 3 Tabac en rouleaux :

Le tabac en rouleaux combine les deux catégories précédentes. Il se présente sous la forme d'une corde filée en feuilles de tabac, mise ensuite en pelotes ou rouleaux. Il est utilisé par portions soit comme tabac à pipe, soit comme tabac à mâcher [14].

5 – DIFFERENTS CONSTITUANTS DE FUMÉE DE TABAC :

Une fois allumée, la cigarette devient une véritable usine chimique. Sa combustion provoque la formation de très nombreuses substances toxiques outre que celles mentionnées sur les paquets de cigarettes [4, 19].

Selon leur tension de vapeur, ces composés chimiques, se trouvent dans la phase particulaire et /ou la phase gazeuse ou sont répartis dans les deux. Parmi ces composés, certains comme la nicotine sont déjà présents dans le tabac et passent dans la fumée par distillation [20].

La phase gazeuse [19, 6, 20] : elle comprend principalement du gaz carbonique (CO₂ : 12,5%), du monoxyde de carbone (CO : 4 %), de l'eau (1,3%) et en quantités plus faibles des composés organiques volatiles, (aldéhydes, cétones, ammoniac, acide cyanhydrique, méthanol....)

La phase particulaire : elle est constituée de particules mesurant 0,1 à 1 micromètre (µm) qui, en fonction de leur taille, peuvent se déposer jusque dans les alvéoles.

Les principaux composants sont [21,22] :

- Des substances cancérigènes [6] :

Ce sont les goudrons avec les hypo carbures aromatiques polycycliques tels que le 3-4 Benz Pyrène et les nitrosamines. Ils se forment à l'extrémité enflammée de la cigarette.

- Des irritants bronchiques (acroléines) [6]
- Des enzymes protéolytiques et des radicaux libres [6]
- Des métaux (nickel, cadmium)
- De la nicotine, elle est spécifique au tabac et y existe à l'état pur et sous forme de dérivés azotés voisins que l'on appelle alcaloïdes secondaires (nornicotine, myosamine, anabasine). La teneur en nicotine (alcaloïdes totaux) varie de 0.4 à 2 g /100g de matière sèche. [23,6]

C'est un liquide huileux, incolore à l'état pur, jaune puis brun par photo oxydation après exposition à l'air puis à la lumière. Environ un cinquième de la nicotine présente dans le tabac passe dans la phase particulaire de la fumée.

Par fixation sur les récepteurs périphériques de l'acétylcholine, la nicotine déclenche une stimulation sympathique responsable des effets cardio-vasculaires.

La nicotine inhibe le péristaltisme et la sécrétion gastrique de leptine. Elle inhibe la lipogenèse et augmente les dépenses caloriques [21,20].

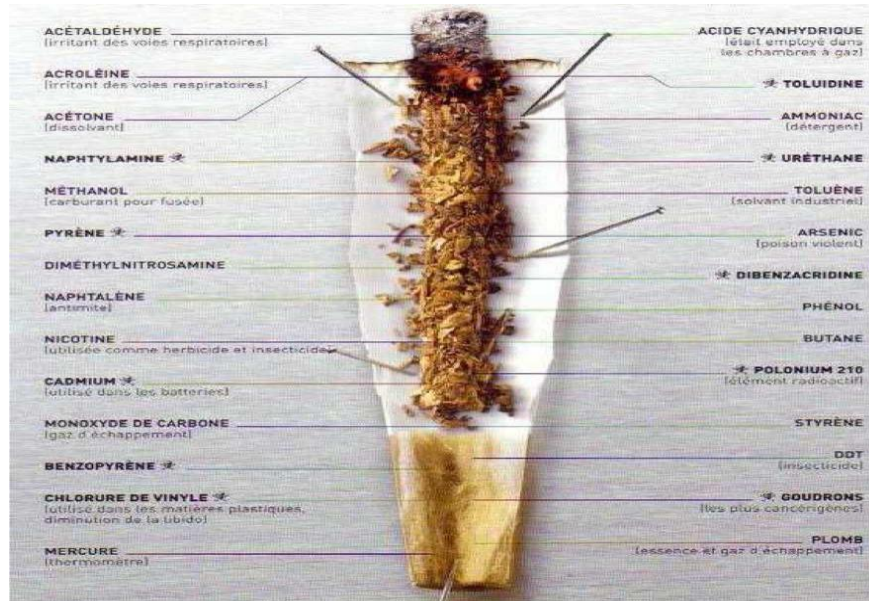


Figure 6 : photo d'une cigarette [24]

5 – CONSEQUENCES DU TABAGISME SUR L'ORGANISME :

4 millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabac soit un décès toutes les 8 secondes.

De nombreux organes et systèmes du corps humain sont affectés par la fumée de tabac, les conséquences physiopathologiques étant innombrables et leur dangerosité redoutable.

5 – 1 Les maladies cardio-vasculaires :

Le tabagisme est une cause très importante d'accidents vasculaires cérébraux.

Le tabac se trouve à l'origine de nombreuses maladies cardiaques, d'accidents cérébro-vasculaires et de maladies des vaisseaux sanguins. C'est le facteur le plus puissant de la formation de plaques athérosclérose dans les artères, l'accélération du rythme cardiaque et instabilité de la pression artérielle.

5 -2 Les cancers :

Le tabagisme est responsable de plus de 30 % de tous les décès causés par un cancer. Il provoque le cancer du poumon, de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du pancréas, des reins, de la vessie et du col de l'utérus. Des découvertes récentes établissent un lien entre le tabagisme et le cancer du gros intestin et certaines formes de leucémie.

5 – 3 Les maladies respiratoires :

Chaque année, le tabagisme est responsable d'un nombre important de décès par suite de maladies respiratoires. D'autre part l'usage de la cigarette est à l'origine de décès et d'invalidités en rapport avec des broncho pneumopathies chroniques obstructives, des bronchites chroniques et de l'emphysème.

5 – 4 Les effets sur la grossesse :

Le tabagisme a un effet direct sur la croissance du fœtus. Plus la mère fume pendant sa grossesse, plus faible sera le poids du nouveau-né.

Fumer pendant la grossesse pourrait également accroître le danger d'un avortement spontané.

5 – 5 Les effets gastro-intestinaux :

Les ulcères gastroduodénaux sont plus fréquents chez les fumeurs que les non-fumeurs.

Quand un fumeur souffre d'ulcère, la guérison est moins rapide que chez un non-fumeur et les rechutes sont plus susceptibles de se produire.

5 – 6 Les effets stomatologiques :

L'état dentaire des fumeurs est souvent mauvais : caries, plombages, pertes dentaires.

On a également établi un lien entre le tabagisme et la parodontopathie chez les jeunes.

5 – 7 Les autres effets :

Le tabagisme est associé à une diminution de la densité des os de la colonne vertébrale et des hanches chez les jeunes aussi bien que les personnes plus âgées, ainsi qu'à la diminution de l'aptitude physique et les troubles du sommeil.

6 – COUT DE LA CONSOMMATION DE TABAC [22]:

6 – 1 Effets du tabac chez le consommateur :

Le tabac appauvrit ses consommateurs. Très souvent, les fumeurs ne se rendent pas compte de ce que coûtent leurs cigarettes. Au Sénégal, un paquet de 20 cigarettes coûte au moins 600 franc CFA.

6 – 2 Effets du tabac pour les foyers :

Le tabagisme affecte économiquement les familles dont un des membres fume, sur quatre plans différents :

- L'argent dépensé par le fumeur en produits du tabac ;
- Le coût des accidents domestiques (incendies) ;
- Les coûts de santé pour les fumeurs contractant une maladie liée à leur tabagisme ;
- L'absence de rentrées d'argent durant la période de maladie ;
- Les conséquences économiques de la mort prématurée des fumeurs succombant durant leurs années productives.

6 – 3 Impact du tabac sur l'environnement :

L'impact environnemental est essentiellement la déforestation, les incendies et la pollution atmosphérique [25].

6 – 4 Effets du tabac sur les pays consommateurs :

Le coût du tabagisme à l'échelon national revêt plusieurs facettes : absentéisme, augmentation des frais de soins de santé, perte de la production et des revenus ultérieurs.....etc [26]

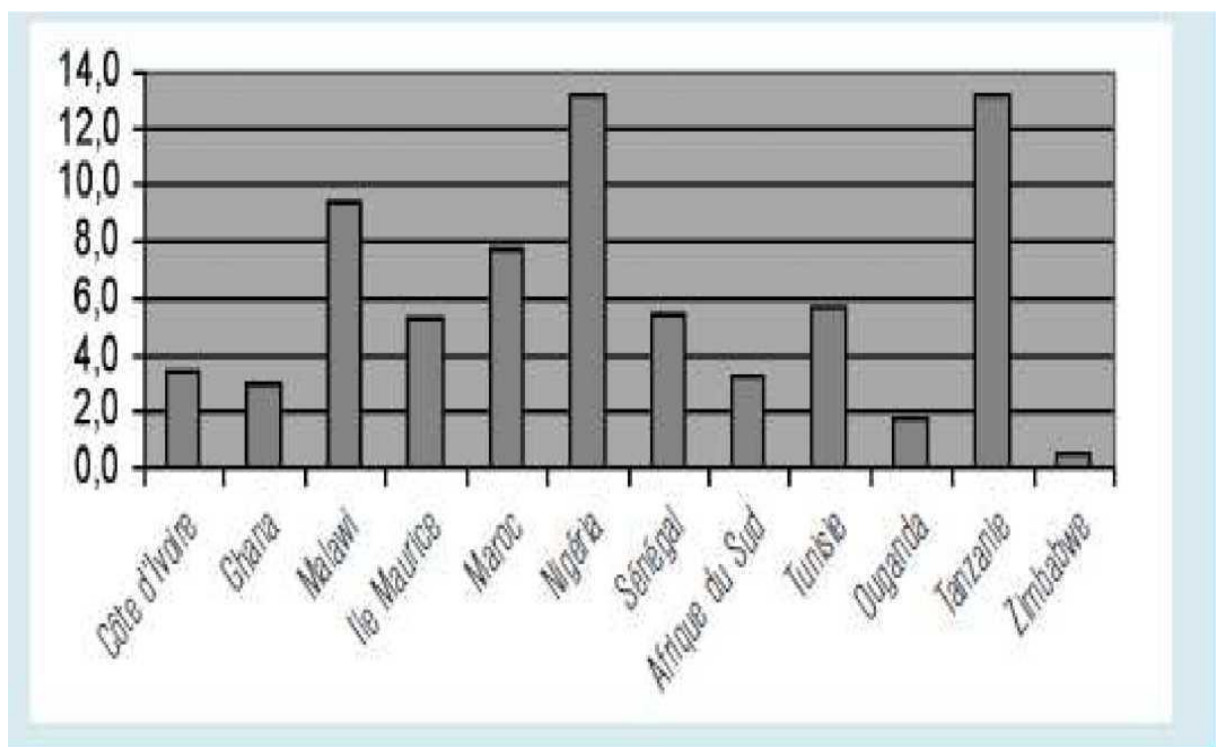


Figure 7 : Dépenses moyennes en cigarettes par fumeur (en % du PNB/habitant)[27]

En Afrique, le montant moyen dépensé en cigarettes par les fumeurs réunis représente 6 % du PIB/ habitant [27].

7 – LE TABAGISME PASSIF :

C'est celui dont est victime le non fumeur qui séjourne dans une atmosphère enfumée [28].

7 – 1 L'exposition au tabagisme passif :

Le baromètre santé 2000 en France montre que 71 % des non fumeurs se plaignent d'être exposés à la fumée des autres. On relève de cette même enquête que les 2/3 des fumeurs occasionnels et le 1/3 des fumeurs réguliers de plus de 20 cigarettes par jour se déclarent également gênés par la fumée des autres [28].

7 – 2 Désordres liés au tabagisme passif :

7 – 2 – 1 Chez l'enfant :

❖ *Mort subite du nourrisson :*

Il existe une relation entre le tabagisme maternel et le risque de mort subite du nourrisson [29].

❖ *L'asthme :*

Chez l'enfant déjà asthmatique, le tabagisme passif augmente la fréquence des crises, de 52 % quand les deux parents fument [30].

❖ *L'Atopie :*

❖ *La fonction pulmonaire : [31]*

L'exposition au tabagisme passif est associée à la diminution faible mais certaine du VEMS chiffrée à 1,9 %.

❖ *Désordres ORL :*

L'estimation de l'excès de risque d'otite lié au tabagisme parental basé sur 13 études est de 48 %. On note également la fréquence des rhinites, d'obstruction nasale et de rhinopharyngite [28].

7 – 2 – 2 Chez l'adulte :

D'après les rapports de l'académie canadienne de médecine de 1997, on a noté une augmentation de 35 % du risque de cancer du poumon chez le conjoint non-fumeur par rapport à celui d'un couple non-fumeur.

Le tabagisme passif est associé à un excès de maladies coronariennes : angine de poitrine et infarctus du myocarde [32].

Chez les sujets adultes préalablement asthmatiques, l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'un excès de symptômes, d'utilisation de traitement et d'hospitalisation [28].

8 – SEVRAGE TABAGIQUE ET LUTTE ANTITABAC [33-34] :

8 – 1 Définition :

Le sevrage tabagique ou cessation du tabagisme est l'abandon de l'habitude de fumer, de l'inhalation de la fumée de tabac.

8 – 2 Avantages du sevrage tabagique [35-36-37] :

L'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible. Il est bénéfique, quelles que soit l'ancienneté de l'usage et la quantité du tabac fumé [33].

L'arrêt du tabac se traduit par une baisse rapide du taux de carboxyhémoglobine dans le sang, une récupération du goût, de l'odorat, de la capacité normale de cicatrisation et une meilleure forme physique.

Ce gain s'observe très rapidement pour les infections des voies aériennes chez les jeunes enfants soumis au tabagisme passif, au bout de quelques mois pour les maladies cardio-vasculaires [33] et de quelques années pour les cancers notamment broncho-pulmonaires [33-38].

Chez les sujets bronchiteux chroniques, les symptômes de toux et d'expectoration diminuent puis disparaissent rapidement.

La numération du spermogramme redevient quasi normale lorsque le fumeur entreprend un sevrage tabagique [20].

L'arrêt du tabac s'accompagne d'une chute du risque de mortalité coronarienne (15 % à 61 %) et par cancer du poumon [50].

8 – 3 Effets indésirables du sevrage tabagique :

Ils forment le syndrome de sevrage. Il est le résultat de l'arrêt brutal ou de la diminution importante des apports de nicotine chez un fumeur en état de dépendance physique [39].

Il comporte les symptômes suivants [39] :

- La prise du poids [40] : elle est due à une augmentation de l'appétit. L'individu reconstitue des réserves et peut ressentir une tendance aux hyperglycémies associées aux fringales et aux pulsions sucrées [40].
- Les signes neurologiques : le sevrage tabagique va s'accompagner d'un besoin urgent et impérieux de fumer, d'une humeur déprimée, dysphorique, d'insomnie, d'anxiété, d'agitation, d'impatience, de frustration, de colère, de nervosité et d'irritabilité.

9 – PRISE EN CHARGE ANTI-TABAC :

9 – 1 Principes généraux :

D'après certaines études, plus de 70 % des fumeurs souhaitent arrêter de fumer.

Malheureusement, on constate que, si 30 % à 40 % d'entre eux essayent chaque année, seulement 5 % réussissent sans aide. La principale difficulté liée au sevrage résulte de la présence d'une dépendance tabagique souvent importante, à la fois physique et psychologique.

L'apparition d'un craving, pulsion irrésistible à consommer du tabac, renforcé par des stimuli environnementaux et des symptômes de sevrage, rendent l'arrêt souvent difficile et les rechutes fréquentes. Par conséquent, le tabagisme est considéré comme une maladie chronique qui nécessite souvent une prise en charge à la fois pharmacologique et psychologique.

La motivation du fumeur est un élément déterminant pour démarrer un sevrage et le maintenir.

L'évolution de la motivation chez les fumeurs se fait suivant plusieurs stades, selon le schéma de Prochaska (fig. 8) [41]. Il est essentiel d'évaluer cette motivation de façon systématique afin de pouvoir au mieux adapter le discours.

9 – 2 Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac et conduite à tenir :

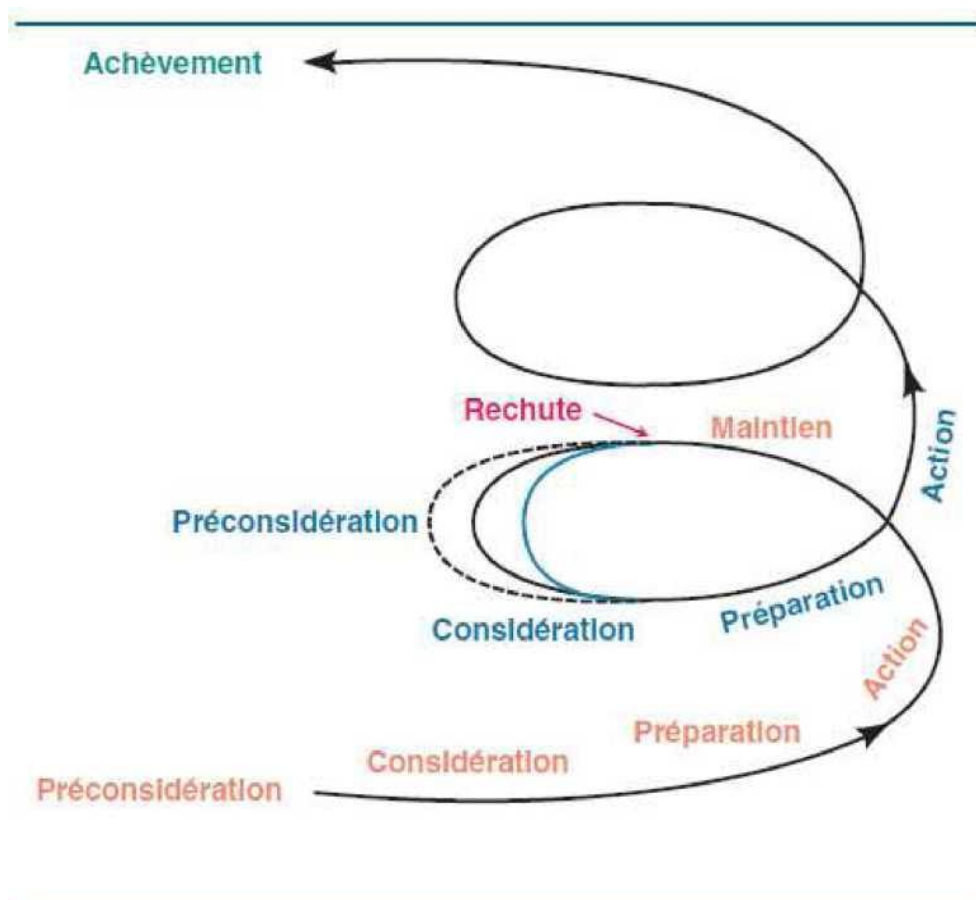


Figure 8 : Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance [41].

L'évaluation de la motivation se fait à l'interrogatoire ou à l'aide d'une échelle visuelle analogique (fig. 9) [42]. Les raisons qui poussent le fumeur à vouloir arrêter de fumer sont importantes à mettre en valeur. Il est essentiel également d'identifier les éventuelles craintes à l'arrêt et de répondre aux inquiétudes des fumeurs. Enfin, la conduite à tenir face à un fumeur va dépendre de son état de motivation (fig.10).

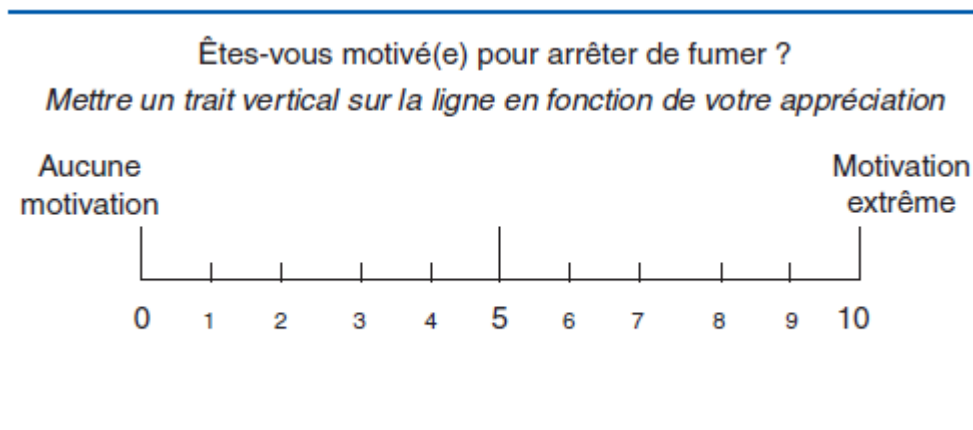


Figure 9. Echelle visuelle analogique : évaluation de la motivation à l'arrêt
[39]

- **Stade de pré considération :**

Face à un fumeur non motivé, il est indispensable de dispenser le conseil minimal (Fumez-vous ? Voulez vous arrêter de fumer ?).

L'intérêt systématique que porte le médecin au tabagisme de ses patients renforce chez eux l'idée qu'il s'agit d'un problème de santé important qu'il ne faut pas sous estimer.

L'efficacité du conseil minimal à l'arrêt a été démontrée dans plusieurs pays

(OR : 1,74 ; IC 95 % : 1,48-2,05), c'est-à dire que les fumeurs qui consultent les médecins appliquant ce conseil minimal arrêtent plus fréquemment de fumer que ceux dont le médecin ne s'inquiète pas régulièrement de leur tabagisme. L'efficacité du conseil minimal passe par l'induction de l'évolution de la motivation (fig. 11)
[43].

La réduction de la consommation tabagique à l'aide d'un traitement substitutif nicotinique oral peut également être proposée dans ce but.

- **Stade de considération :**

A ce stade, il est important de renforcer la motivation du fumeur. Même si celle-ci est très personnelle, le médecin, en fonction de ses disponibilités, peut contribuer à la renforcer au fil des consultations.

L'entretien motivationnel peut s'appuyer sur la stratégie dite des « 5 R » développée aux Etats-Unis par le National Cancer Institute (tableau 1) [43]. Cette démarche, simple, rapide et sans coût spécifique, s'avère efficace si elle est répétée de façon systématique.

- **Stade de préparation :**

Une information précise sur le traitement et la prise en charge du tabagisme peut être diffusée à ce stade.

- **Stade d'action :**

Une aide au sevrage doit être proposée, selon les étapes décrites ci-dessous.

- **Stade de maintenance :**

Un suivi doit être proposé de façon systématique à tout fumeur sur une durée de plusieurs mois, voire une année, afin de prévenir les rechutes qui sont relativement fréquentes. Enfin, il est important, avant de débiter un arrêt du tabac, de rechercher des troubles psychopathologiques associés, du type anxiété ou dépression, ainsi qu'une dépendance associée à d'autres produits et/ou comportementale.

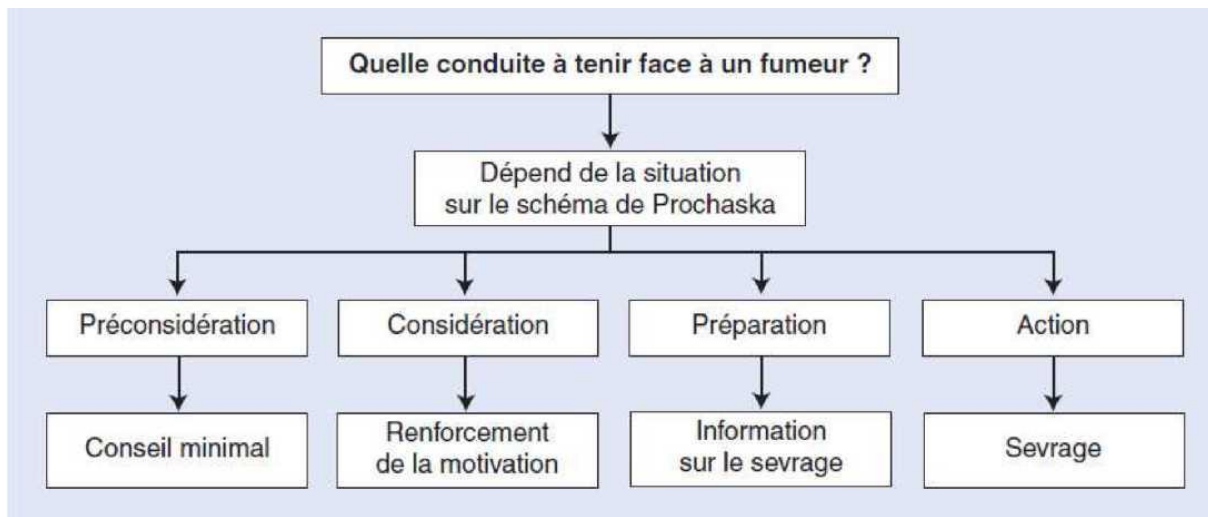


Figure 10 : Arbre décisionnel. Conduite à tenir face à un fumeur.

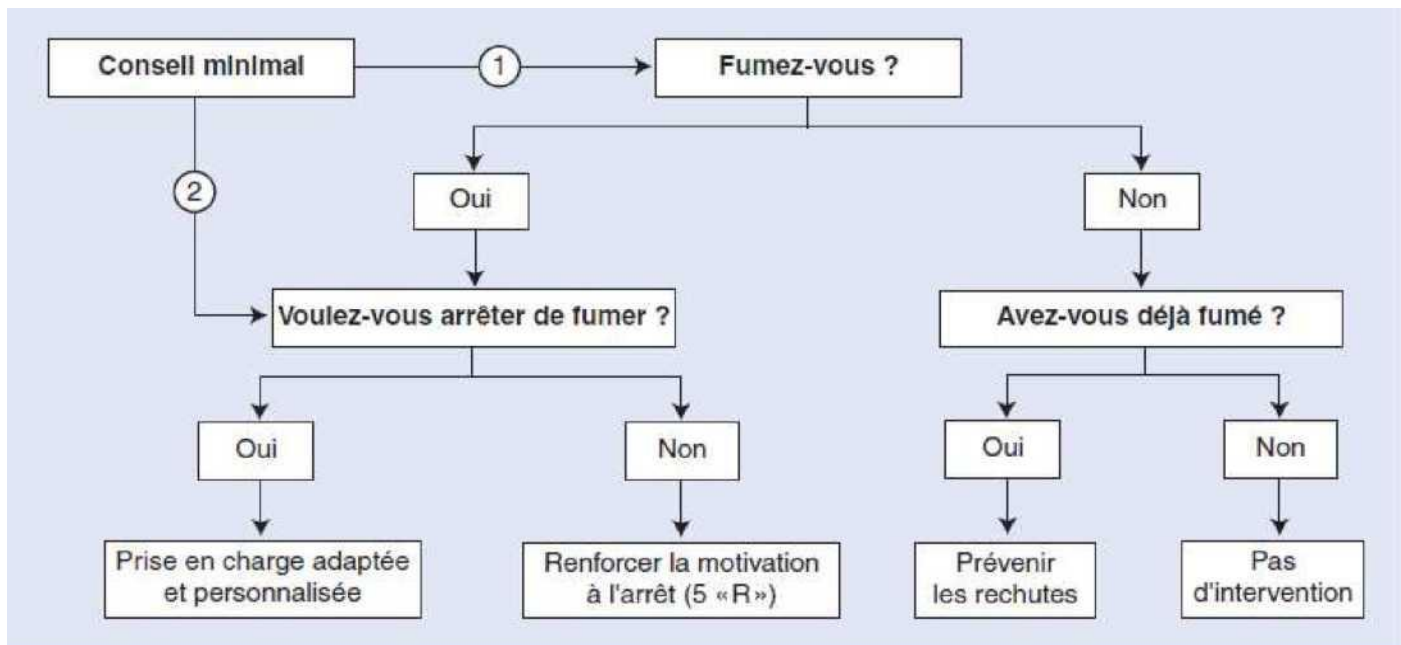


Figure 11 : Arbre décisionnel. Algorithme pour la prise en charge du tabagisme [43].

5 « R » : relevance (pertinence), risks (risques), rewards (recompenses), roadblocks (barrages), repetition (repetition) .

Tableau I. Renforcement de la motivation à l'arrêt du tabac : les cinq “R” (d’après [43])

Relevance	Encourager le fumeur à indiquer les raisons personnelles qui pourraient l'encourager à arrêter de fumer.
Risks	Aider le fumeur à identifier les conséquences négatives potentielles liées à sa consommation de tabac.
Rewards	Demander au fumeur d'identifier les bénéfices potentiels liés à l'arrêt du tabac.
Roadblocks	Demander au fumeur d'évoquer les obstacles ou les freins à l'arrêt.
Repetition	Répéter cet entretien motivationnel lors de chaque consultation.

- **Consultation de tabacologie :**

La consultation de tabacologie propose une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'une consultation spécialisée hospitalière ou d'une Unité de coordination de tabacologie (UCT).

Ces UCT sont constituées de médecins et d'infirmiers tabacologues, psychiatres, psychologues, nutritionnistes, ayant pour objet de prendre en charge les patients dont la dépendance au tabac est particulièrement difficile à traiter.

Les UCT ont aussi pour objet de travailler en collaboration avec les structures de prise en charge des autres dépendances. Plus qu'une simple consultation, c'est un programme d'aide qui est proposé, établi sur plusieurs mois avec rendez-vous multiples dont le premier dure de 45 minutes à 1 heure, associé à une prescription d'un traitement pharmacologique.

Un soutien de type thérapie cognitivocomportementale (TCC) augmente les taux de sevrage réussi.

- **Traitements pharmacologiques [42] :**

A ce jour, différents traitements pharmacologiques ont clairement fait la preuve de leur efficacité, l'aide au sevrage tabagique.

Les trois principaux traitements de première ligne sont :

- la substitution nicotinique ;
- le bupropion ;
- la varénicline

Et ceux de deuxième ligne sont :

- la clonidine ;
- la nortriptyline

L'efficacité de ces traitements est plus importante si une approche de type TCC est associée.

Ces médicaments ont tous en commun la propriété de modérer les signes liés au manque de nicotine mais, la dépendance nicotinique étant aussi influencée par les stimuli environnementaux, des envies de fumer surviennent et nécessitent des efforts de la part des ex-fumeurs, avec notamment modification de certaines habitudes de la vie courante pour éviter les sollicitations trop violentes.

MATERIEL ET METHODES

I – POPULATION CIBLE :

Un échantillon aléatoire composé de 500 étudiants inscrits à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Dakar (UCAD) durant l'année universitaire 2012-2013 a été inclus dans l'étude.

Il faut noter que le nombre total des étudiants inscrits à la faculté de médecine de Dakar (UCAD) durant l'année universitaire 2012-2013 est de 2921.

II – DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

L'enquête a été menée du 15 au 30 mai 2013. Le questionnaire était soumis aux étudiants lors des travaux dirigés (TP de biochimie) pour la 1ère et 2ème année et lors des stages hospitaliers pour la 3ème, 4ème, 5ème et 6ème année. Les questionnaires étaient recueillis immédiatement après.

III – METHODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une enquête transversale par auto-questionnaire anonyme standardisé.

Le questionnaire est inspiré d'un outil de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, destiné au personnel de santé et adapté aux étudiants de médecine.

La première partie du questionnaire recueille des informations générales : l'âge, le sexe, le niveau d'études puis le statut tabagique.

Le questionnaire s'adresse ensuite plus particulièrement aux fumeurs quotidiens, âge de début, la durée du tabagisme, les dépenses, les raisons de variation de leur consommation, aux symptômes liés à la cigarette, au niveau de dépendance.

La fin du questionnaire s'adresse de nouveau à tous les étudiants sur le degré d'accord et de désaccord vis-à-vis de quelques affirmations et opinions.

IV – ANALYSE DES RESULTATS :

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

L'ensemble des questionnaires ont été intégrés dans un tableau Excel pour établir les premiers résultats puis l'étude a été complétée grâce au logiciel SPSS version 17.

RESULATS

I – Description de la population étudiée :

1) – Echantillon inclus :

Cinq cent étudiants ont été interrogés dont 432 ont répondu, soit un taux de réponse de 86,4 %.

L'ensemble des répondants représentaient 14,78 % des 2921 étudiants de la faculté de médecine Cheikh Anta Diop de Dakar, inscrits entre la 1ère année et la 6ème année.

Tableau II : Réponses obtenues par promotion

Année	Effectif total	Nb d'étudiants Interrogés	Pourcentage (%)
1	620	65	10,5 %
2	464	98	21,1 %
3	503	65	12,9 %
4	469	58	12,4 %
5	350	78	22,3 %
6	515	68	13,2 %
TOTAL	2921	432	14,78 %

2 – Age :

L'âge moyen étant de 20,8 +/- 2,2 ans avec des âges extrêmes allant de 18 à 28 ans.

Les étudiants âgés de 19 ans et 22 ans étaient les plus majoritaires.

3 – Sexe :

Tableau III : Réponses obtenues selon le Sexe

TOTAL	ECHANTILLON
2921	432

Année	Garçon (%)	Fille (%)	Garçon (%)	Fille (%)
1	31,8	68,2	34,6	65,4
2	41,2	58,8	46,8	53,2
3	32,5	67,5	42,9	57,1
4	40,1	59,9	47,3	52,7
5	48,6	51,4	58,2	41,8
6	50,7	49,3	48	52
<i>TOTAL</i>	40,2	59,8	47,1	52,9

La population médicale est essentiellement féminine. En première année, on observe 68,2 % filles, le pourcentage diminue légèrement ensuite mais elles restent majoritaires.

Le sexe ratio est de 0,65



Figure 12 : Répartition d'échantillon selon le sexe

Caractéristique de la population étudiée : l'enquête a porté sur 432 étudiants soit 14,7 % de l'ensemble des étudiants 2921, répartis en 228 filles (52,8 %) et en 204 garçons (47,2 %), d'un âge moyen de 20,8 +/- 2,2.

II – STATUT TABAGIQUE :

1– habitudes tabagiques :

1-1 Prévalence du tabagisme :

On définit le fumeur quotidien celui qui fume au moins une cigarette par jour.

Sur les 432 étudiants enquêtés, 18,8 % étaient fumeurs au moment de l'enquête dont 10,7 % sont des fumeurs quotidiens, et les 8,1 % restant sont des fumeurs occasionnels. Les non-fumeurs représentent 77,3 % et les ex-fumeurs 2,9 % .

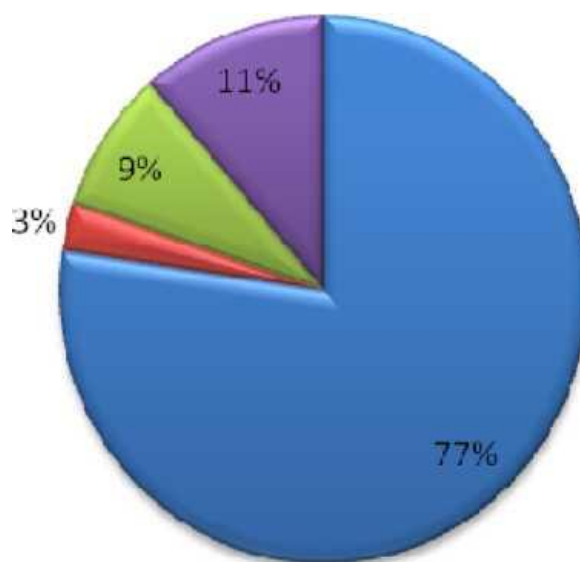


Figure 13 : prévalence globale du tabagisme

1 – 2 Selon les promotions :

Tableau IV : statut tabagique par promotion

Niveau (Année)	Non-fumeur n (%)	Ex-fumeur n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Fumeurs réguliers n (%)
1	58 (85,2)	2 (1,8)	4 (7,8)	3 (5,2)
2	75 (81,6)	2 (1,6)	8 (8,4)	8 (8,4)
3	48 (72,3)	1 (1,3)	8 (12,2)	9 (14,2)
4	57 (84)	1 (1,5)	4 (6,8)	5 (7,7)
5	55 (75,3)	4 (3,2)	7 (7,1)	12 (14,4)
6	45 (65,2)	3 (6,5)	4 (8,8)	9 (19,5)
Total	338 (78,3)	13 (2,9)	35 (8,1)	46 (10,7)

On observe une prévalence du tabagisme qui augmente avec l'année d'étude.

Il passe de 5,2 % à la 1ère année à 19,5 % en 6ème année.

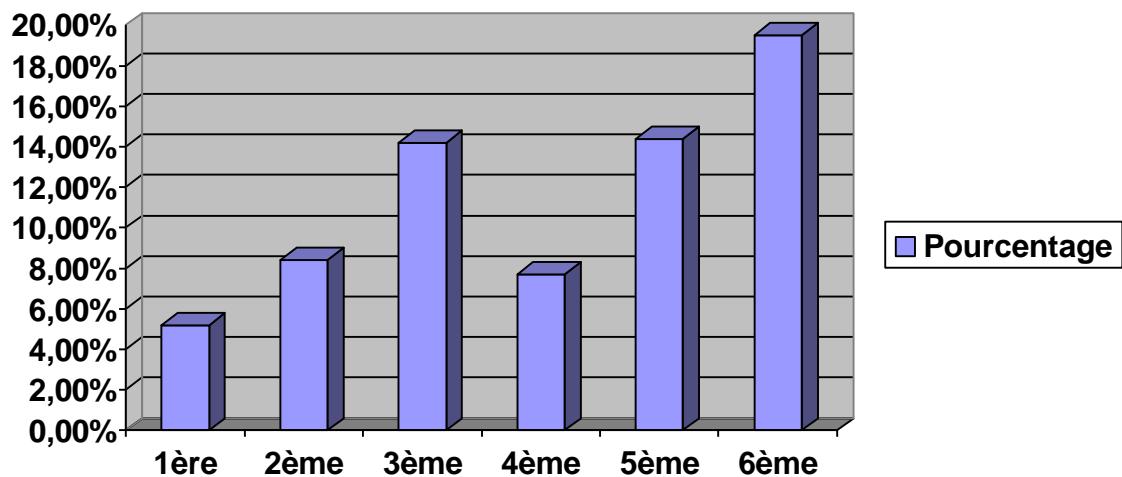


Figure 14 : Prévalence des fumeurs réguliers selon la promotion

1 – 3 Selon le sexe :

Tableau V : statut tabagique selon le sexe

Sexe	Non fumeurs n(%)	Ex-fumeurs n(%)	Fumeurs occasionnels n(%)	Fumeurs réguliers n(%)	TOTAL n(%)
Filles	201	4	10	12	228
	88,1	1,6	4,1	4,8	(100)
Garçons	146	5	21	32	204
	71,5	2,7	11,4	17,5	(100)
TOTAL	346	9	31	46	432
	80	2	7,1	10,6	(100)

Les garçons fumaient plus fréquemment que les filles, on comptait 29 % de fumeurs pour 9 % de fumeuses.

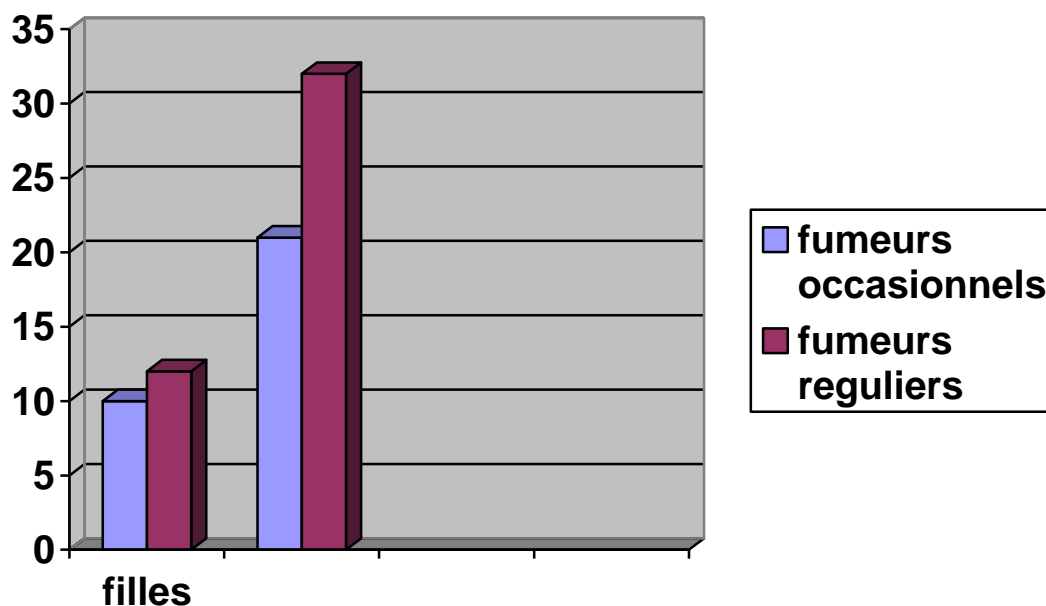


Figure 15 : Répartition selon le sexe

1 – 4 Selon l'âge:

Tableau VI : Répartition selon l' âge

Age (ans)	Effectif total n	Non fumeurs n	Ex- fumeurs n	Fumeurs occasionnels n	Fumeurs réguliers n (%)
17 – 19	113	97	2	7	7 (15,2)
20 - 22	204	167	6	14	17 (36,9)
23 - 27	115	82	1	10	22 (47,8)
Total	432	346	9	31	46 (100)

Le pourcentage de fumeurs était en nette augmentation allant de 15,2 % pour les étudiants entre 17 et 19 ans jusqu'à 47,8 % pour les étudiants entre 23 et 27 ans.

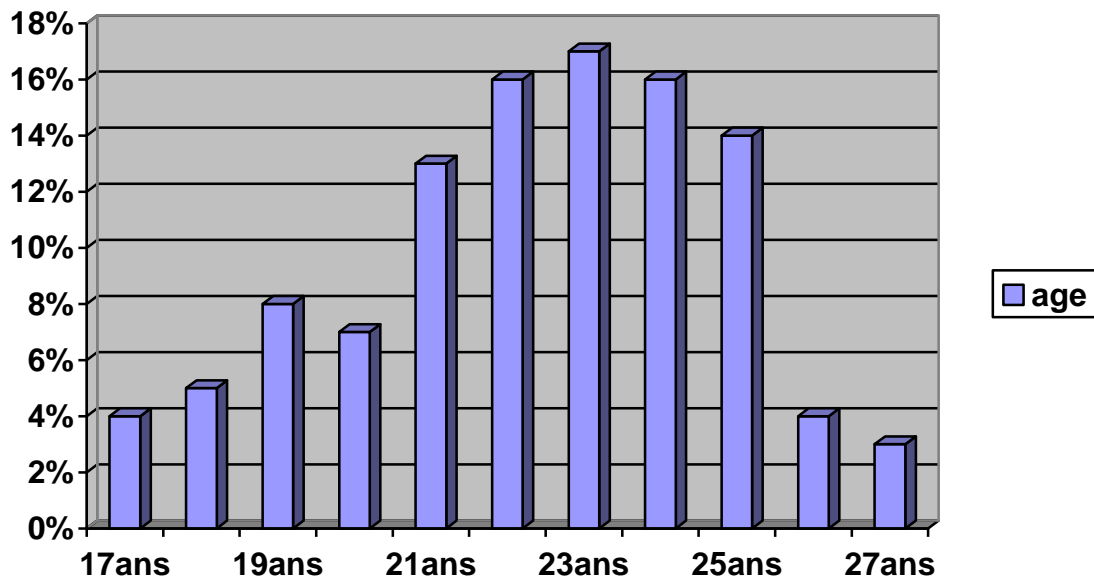


Figure 16 : Répartition des fumeurs selon leur âge

On observait également une augmentation de prévalence du tabagisme chez les étudiants de 22, 23, et 24 ans avec un pourcentage presque 18%.

1 – 5 Tabagisme dans l'entourage :

Tableau VII : Répartition du tabagisme dans l'entourage

	Non fumeurs T= 346 n(%)	Ex-fumeurs T= 9 n(%)	Fumeurs occasionnels T= 31 n(%)	Fumeurs réguliers T= 46 n(%)
Père	46 (13,2)	4 (44)	14 (45)	17 (36,9)
Mère	9 (2,6)	2 (22)	3 (9,6)	11 (23,9)
Frère	31 (8,9)	3 (33)	7 (22,5)	13 (28,2)
Sœur	6 (1,7)	1 (11)	4 (12,9)	9 (19,56)
Amis	98 (28,3)	6 (66)	24 (77,4)	31 (67)

Dans le pool des fumeurs, on notait que plus de 20 % des parents étaient des fumeurs, et que plus de 60 % des amis étaient des fumeurs.

2– Etude des non-fumeurs et ex-fumeurs :

L'étude de la question : “ La raison pour laquelle vous ne fumez pas ou avez-vous arrêté ?”

Tableau VIII : La répartition des non fumeurs et ex-fumeurs selon la raison d'arrêt

	Non-fumeurs	Ex-fumeurs
	NOMBRE	POURCENTAGE
Je n'ai pas envie	170	42,88 %
C'est dangereux pour la santé	256	56,2 %
J'ai décidé d'être non fumeur	123	26,9 %
Ca coûte trop cher	24	6,8 %
La religion l'interdit	178	40,4 %
Je ne veux pas être dépendant	109	24,6 %

La raison la plus forte pour laquelle les étudiants non fumeurs ne fumaient pas ou les ex-fumeurs avaient arrêté de fumer, étant le caractère “dangereux pour la santé” avec un pourcentage de 56 %. Les raisons de ne pas avoir envie et l'interdiction religieuse représentaient 40 %.

3– Etude des fumeurs occasionnels :

3– 1 La durée du tabagisme :

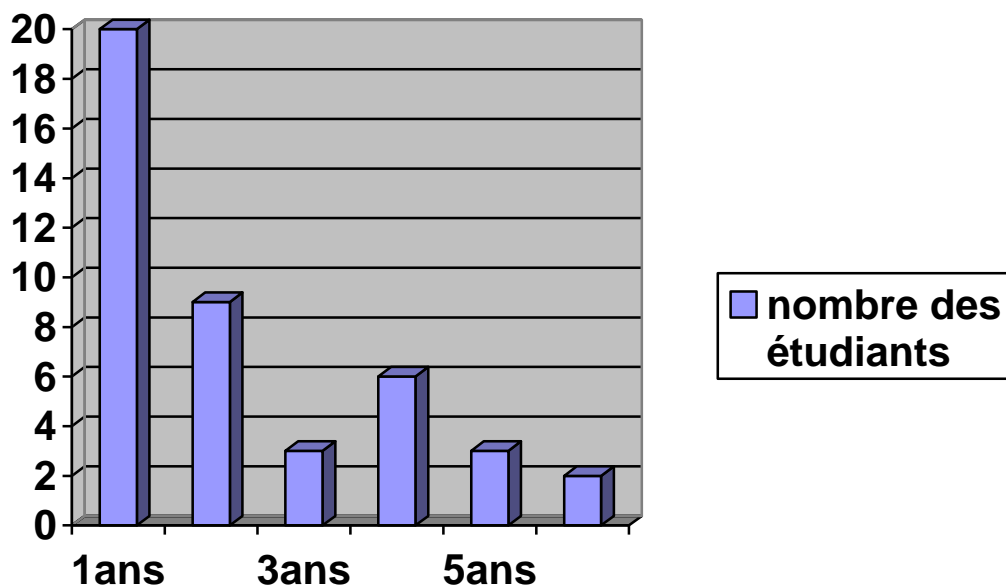


Figure 17 : Répartition selon la durée du tabagisme chez les fumeurs occasionnels

La majorité des étudiants “ fumeurs occasionnels ”avaient déclaré avoir commencé à fumer depuis une année. Ce qui nous ferait penser que leur 1er contact avec la cigarette avait débuté au hall de la fac. C’est dire la nécessité d’intensifier les campagnes de sensibilisation contre le tabac au sein de la faculté.

3– 2 L’achat des cigarettes :

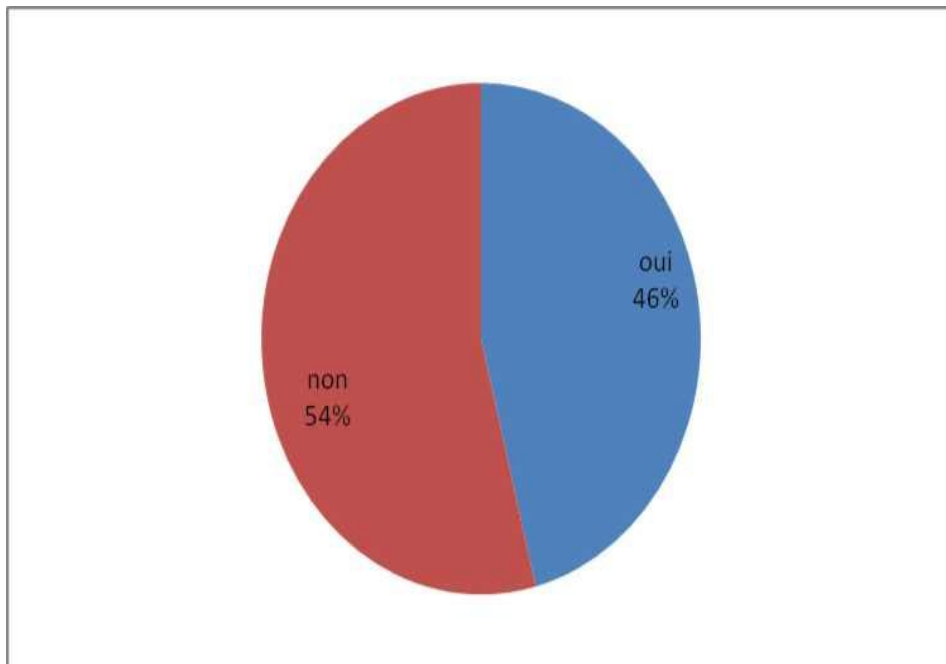


Figure 18 : Répartition selon l’achat des cigarettes

On observait que presque la moitié des étudiants qui fumaient occasionnellement n’achetaient pas les cigarettes ce qui voulait dire que leur envie de fumer était conditionnée par la présence d’une personne fumeuse.

3– 3 Ne craigniez-vous pas de devenir fumeur définitif :

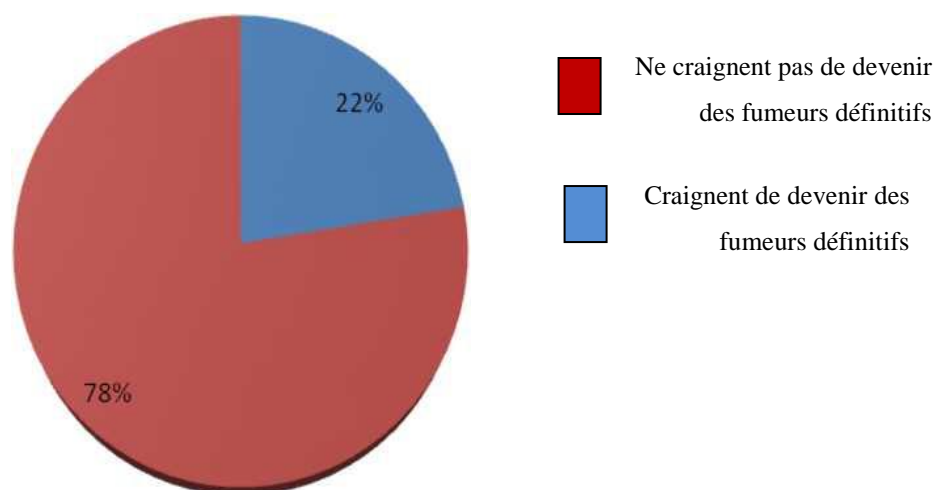


Figure 19 : Répartition des étudiants selon la crainte de devenir fumeur définitif

On observe que 78 % des fumeurs occasionnels ne craignent pas de devenir des fumeurs définitifs et que 22% le craignent autrement dit : Un fumeur occasionnel sur 5 craint de devenir fumeur définitif.

4 – Les autres habitudes:

Tableau IX : Répartition des étudiants selon leurs autres habitudes

	Non fumeurs et ex-fumeurs n(%)	Fumeurs occasionnels et fumeurs réguliers n(%)	Total n(%)
Hachich	4 (20)	16 (80)	20 (4,6)
Kif	3 (30)	7 (70)	10 (2,3)
Alcool	10 (20)	41 (80)	51 (11,8)
Chicha	9 (25)	27 (75)	36 (8,33)

On observait que les étudiants non fumeurs ont d'autres habitudes telles l'alcool et chicha même si ils ne fumaient pas.

5 – L'étude des fumeurs réguliers :

5 – 1 La durée du tabagisme :

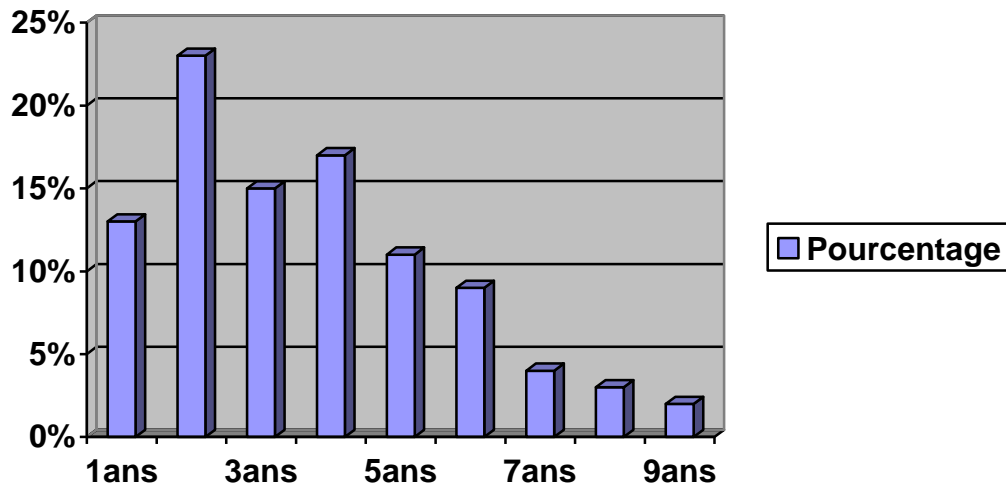


Figure 20 : Répartition selon la durée du tabagisme

La durée moyenne du tabagisme chez les étudiants étaient de 3,58 +/-1,95 ans avec des extrêmes de 1 et 9ans.

5 – 2 L'âge de 1ère cigarette :

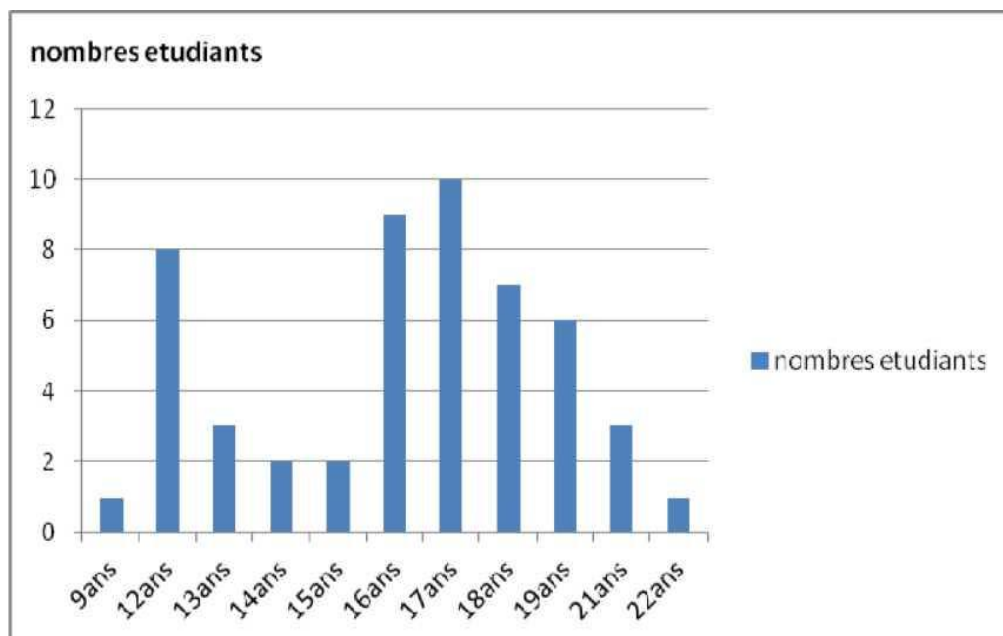


Figure 21 : Répartition selon l'âge de la 1^{ère} cigarette

On observait que certain étudiants avaient commencé de fumer à un âge précoce, et que la majorité a fumé durant leur adolescence.

5 – 3 Fumez vous devant vos parents :

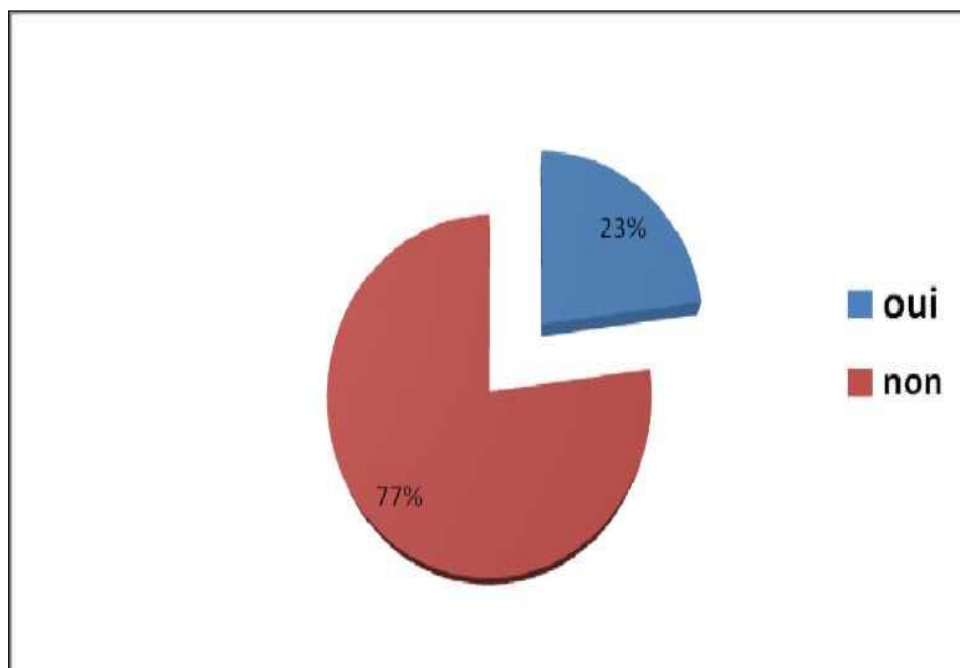


Figure 22 : Pourcentage des étudiants qui fument devant les parents

On observe que 23 % des étudiants fumaient devant leurs parents, par contre 77 % n'arrivant pas à fumer devant les parents.

5 – 4 Nombre des cigarettes fumées par jour :

Tableau X : Répartition selon le nombre des cigarettes fumées par jr

Nombre de cigarettes	N	%
< 5	25	48,8
5 – 10	10	19,2
11 – 15	12	23
> 15	5	9

La cigarette industrielle était le principale type de tabac fumé, dans 100 % des cas.

On retrouvait que presque 50 % des fumeurs réguliers fument moins de 5 cigarettes par jour, et par contre 9% fument plus de 15 cigarettes par jour.

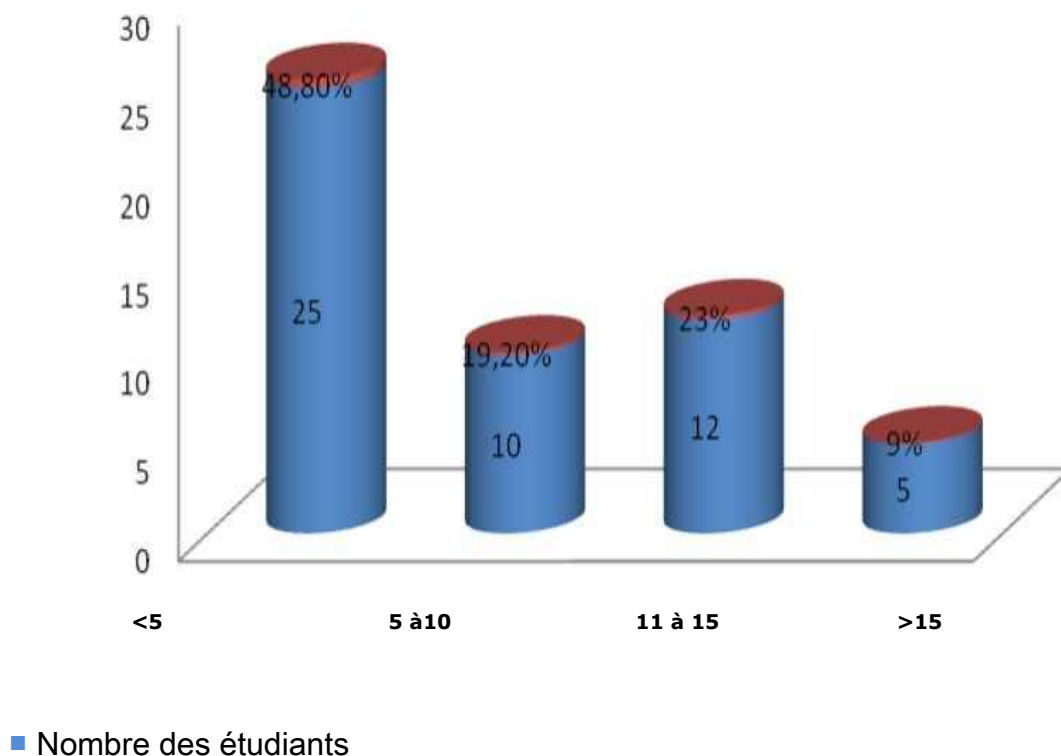


Figure 23 : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

5 – 5 Le coût journalier des cigarettes :

Le coût journalier des cigarettes fumées était en moyen de 250 f cfa (0,5 dollar US) par jour, avec des des extrêmes de 150 f cfa et 650 f cfa .

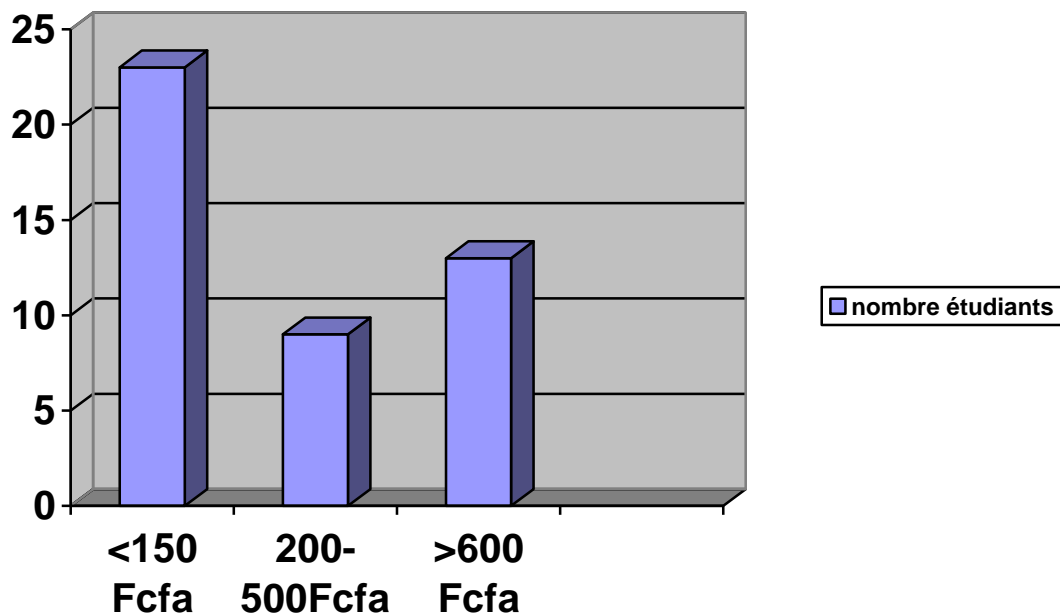


Figure 24 : Répartition des fumeurs selon le cout journalier de cigarettes fumées

On observait que 1/3 des étudiants dépensaient plus de 600 Fcfa par jour pour leur cigarettes .

5 – 6 Les symptômes liés à la cigarette :

On observait que l'essoufflement après un effort était le symptôme le plus fréquent chez presque la moitié des étudiants, aussi les crachats matinales chez 21 % des étudiants.

Tableau XI : Répartition des fumeurs selon les symptômes liée à la cigarette

Symptômes	Nombre des étudiants	Pourcentage
* Toux	7	14 %
* Angine	8	15,5 %
* Crachats le matin	11	21 %
* Une mauvaise haleine	8	15,5 %
* Essoufflement (dyspnée) après effort	25	48 %
* Infection respiratoire répétée	4	7,5 %

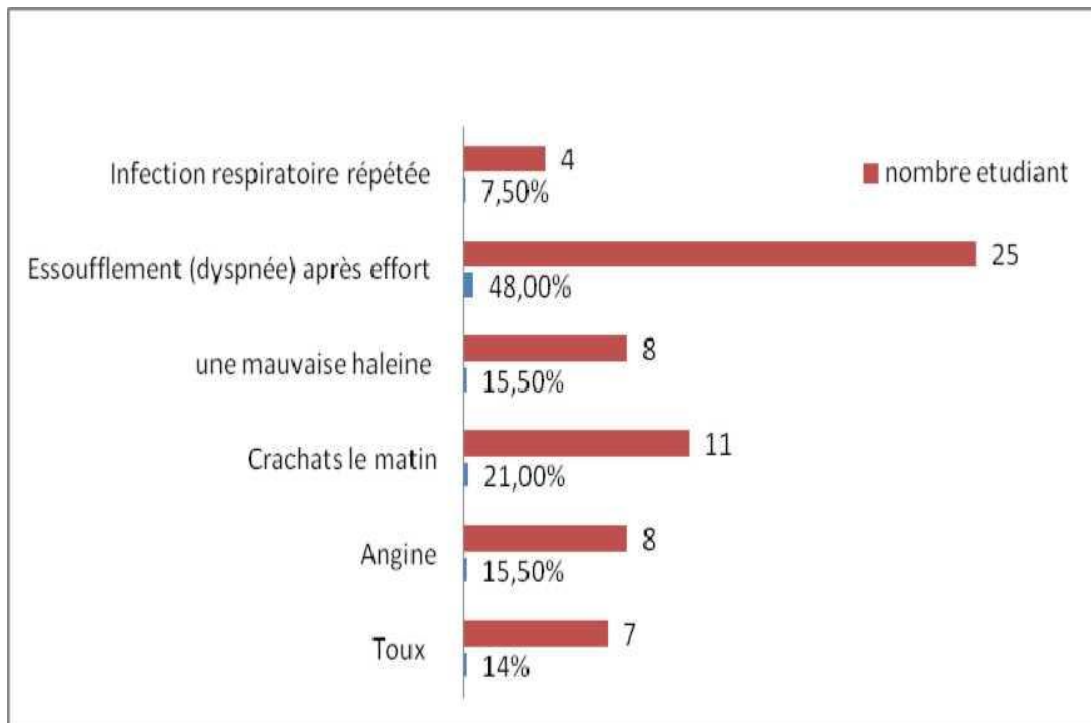


Figure 25 : Répartition des fumeurs selon les symptômes liée à la cigarette

5 – 7 Facteurs initiateurs au tabagisme :

La majorité des étudiants croyait que le stress des examens et la curiosité sont les facteurs essentiels qui les poussent à fumer.

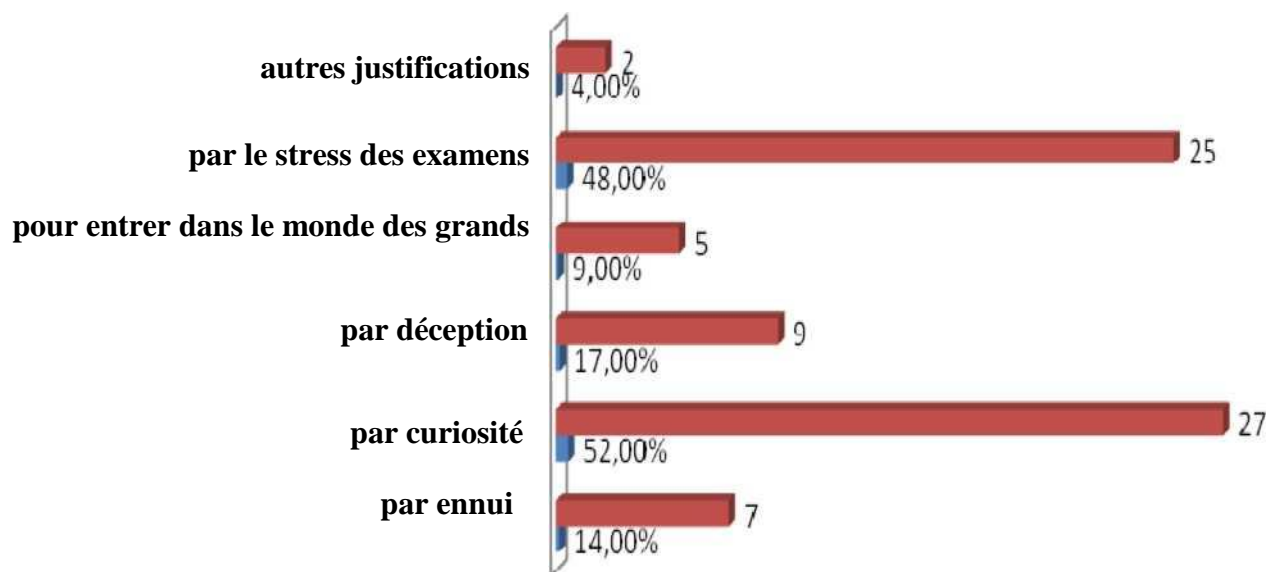


Figure 26 : Répartition des fumeurs selon les facteurs initiateurs au tabagisme

5 – 8 Evaluation de la dépendance à la nicotine :

5 -8 – 1 Question 1 :

“ Combien de temps après votre réveil fumez – vous votre première cigarette ? “

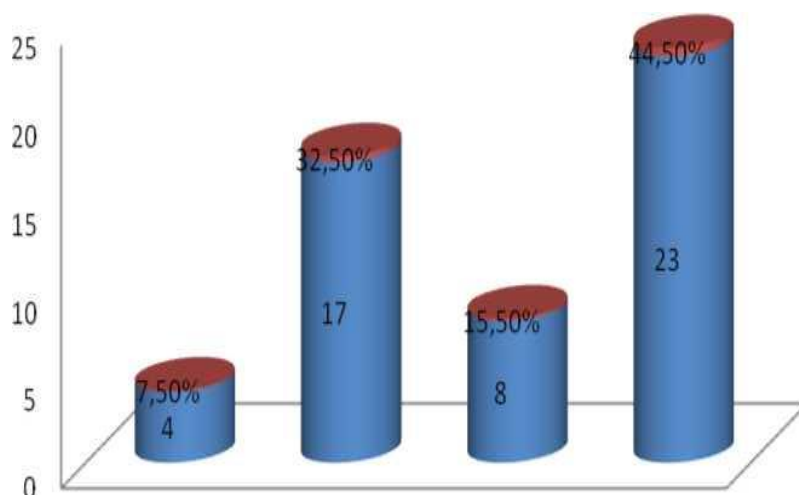


Figure 27 : Délai avant la première cigarette

On observait que 55 % des étudiants consommaient leur première cigarette au cours de la première heure après le réveil .

5 – 8 – 2 Question 2 :

“ Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c’est interdit ? “

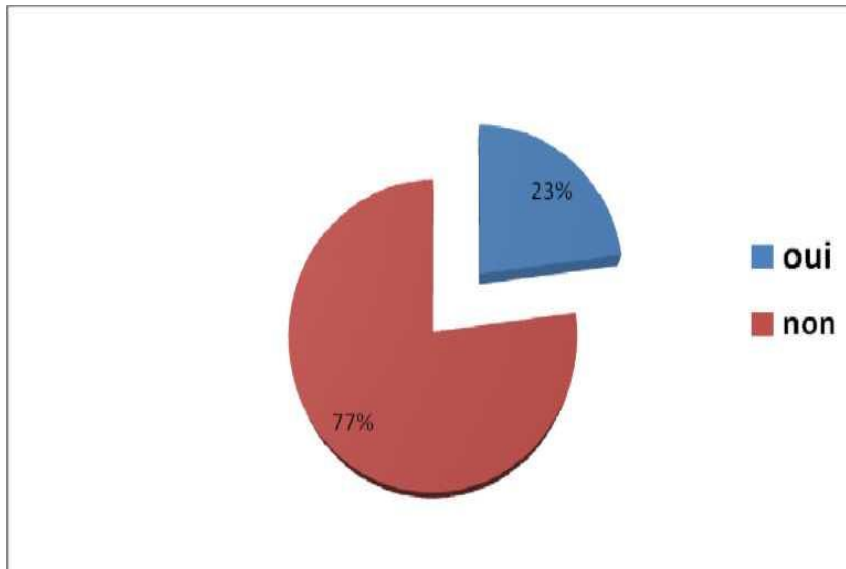


Figure 28 : Pourcentage de difficulté à ne pas fumer

On observait que seulement 23 % des étudiants avaient des difficultés à ne pas fumer quand c’est Interdit .

5 – 8 – 3 Question 3 :

“A quelles cigarette de la journée vous serait il le plus difficile de renoncer ? “

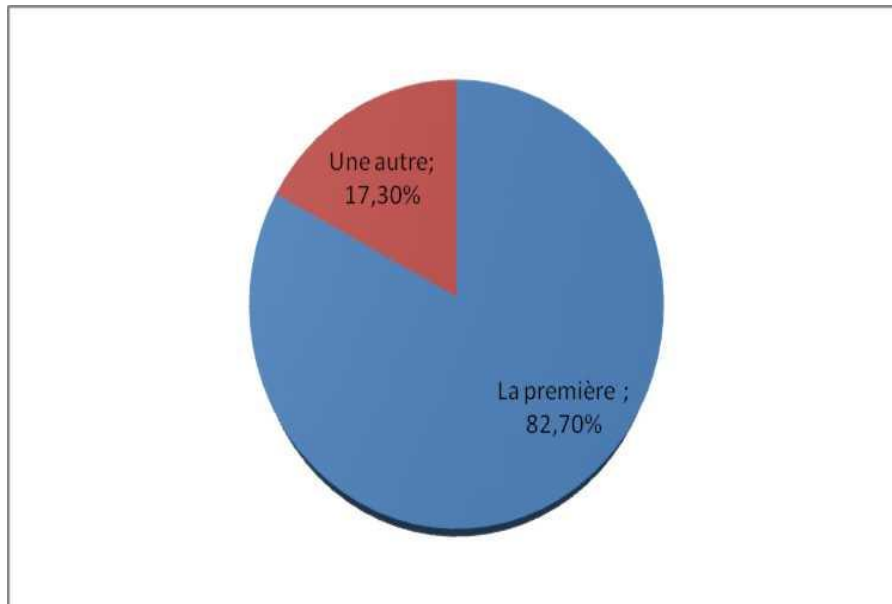


Figure 29 : Répartition selon la cigarette la plus difficile de renoncer

On trouve que 82 % des étudiants auraient du mal à renoncer à leur première cigarette de la journée.

5 – 8 – 4 Question 4 :

“ Combien fumez-vous de cigarette ? ”

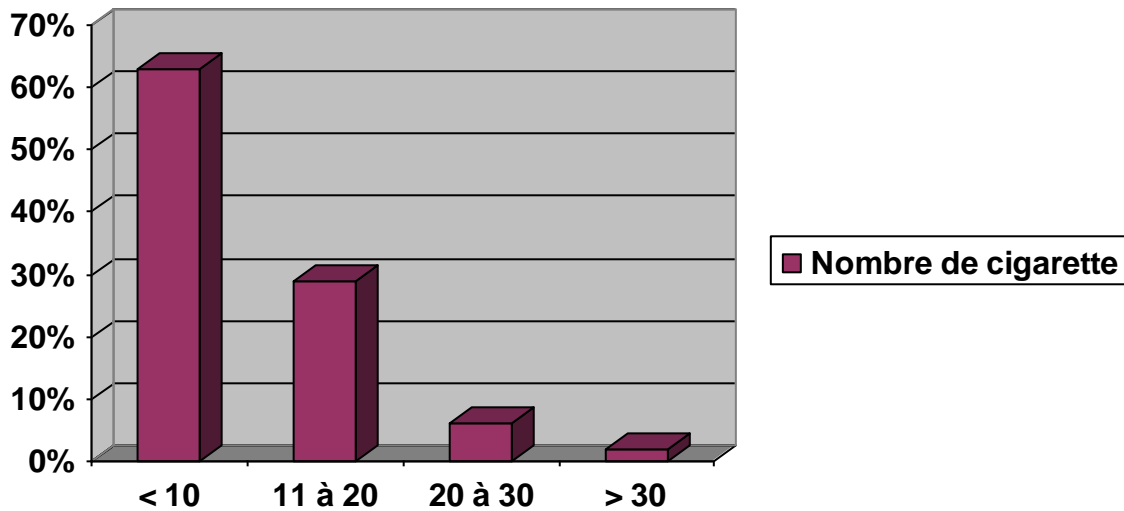


Figure 30 : Nombre de cigarettes fumées par jour

Presque 2/3 des étudiants fumaient moins de 10 cigarettes par jour alors que 8 % fumaient plus de 20 cigarettes par jour .

5 – 8 – 5 Question 5 :

“ Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l’après midi ?”

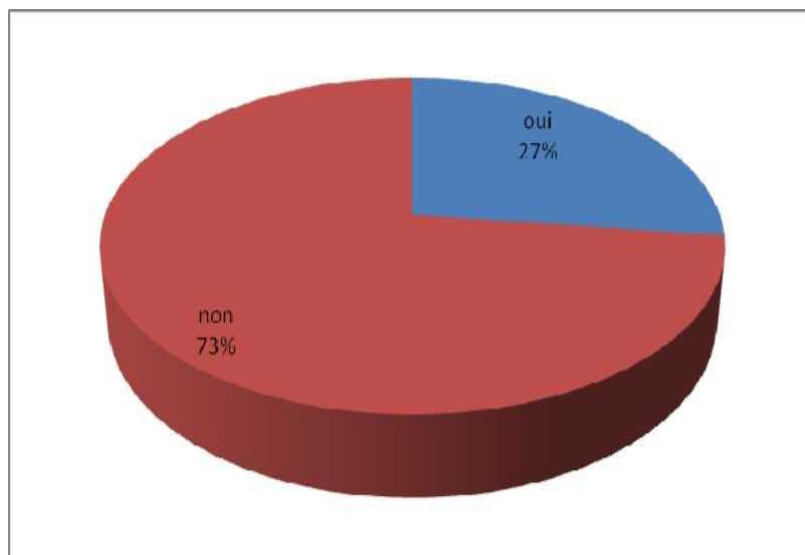


Figure 31 : Répartition selon le rythme

Les deux tiers de nos étudiants fumaient davantage le matin .

5 – 8 – 6 Question 6 :

“ Fumez-vous lorsque vous etes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ? “

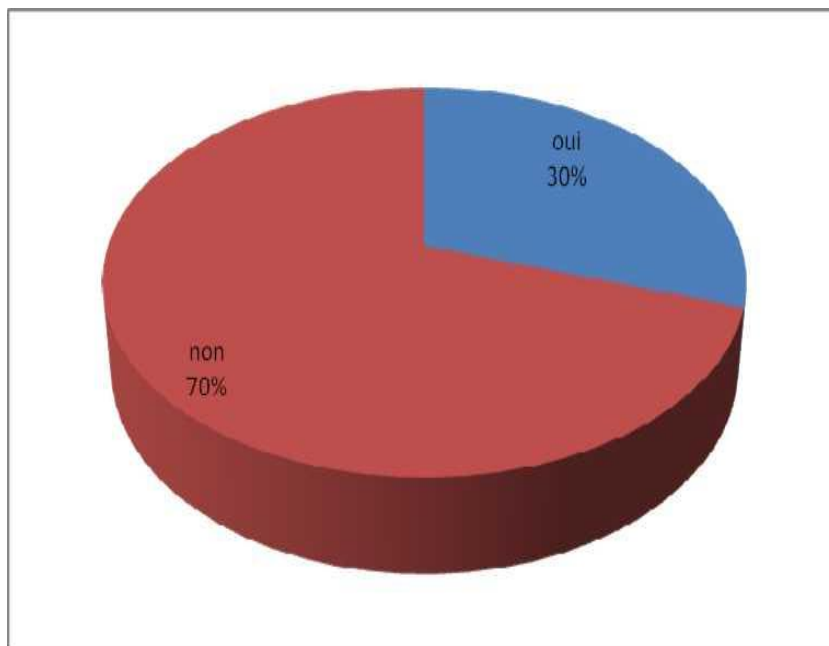


Figure 32 : Le pourcentage selon la réponse “oui” et “non”

Trente pour cent des étudiants fumaient quand ils etaient malades et alités.

5 – 8 – 7 Score de Fagerstrom :

Un score inférieur à 4 est interprété comme une dépendance faible, un score entre 4 et 7 comme une dépendance moyenne et un score supérieur à 7 comme une dépendance forte .

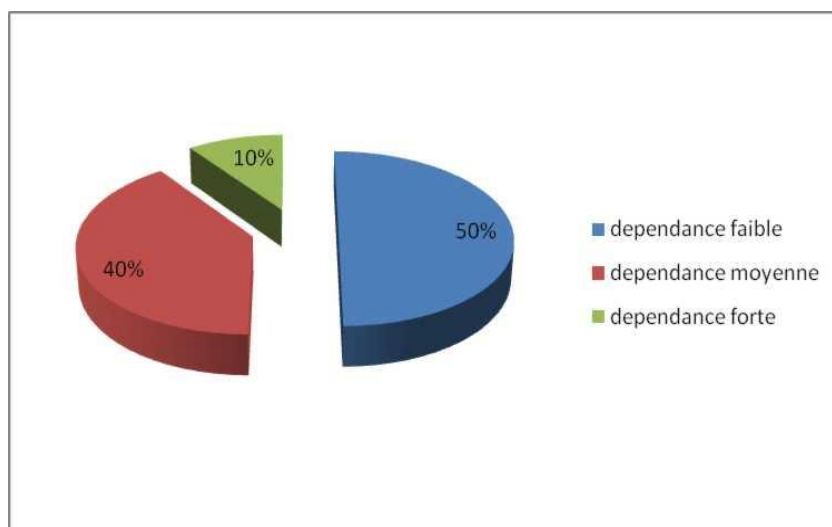


Figure 33 : Score de Fagerstrom

Selon le test de Fagerstrom, 10 % de nos étudiants présentaient une dépendance forte.

6 – COMPORTEMENT DES FUMEURS VIS-A-VIS DE LA CIGARETTE

6 – 1 Tentatives d’arrêt :

“ Avez-vous déjà essayé d’arrêter de fumer ? “

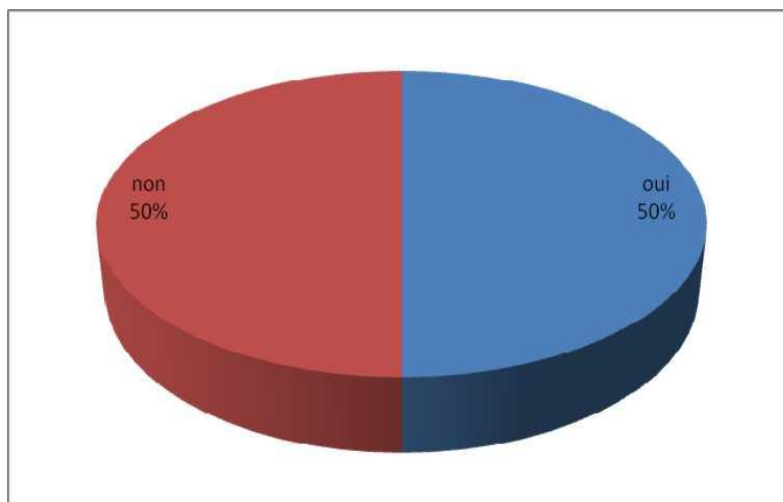


Figure 34 : Répartition selon la tentative d'arrêt

La moitié des fumeurs avait déjà essayé d'arrêter de fumer .

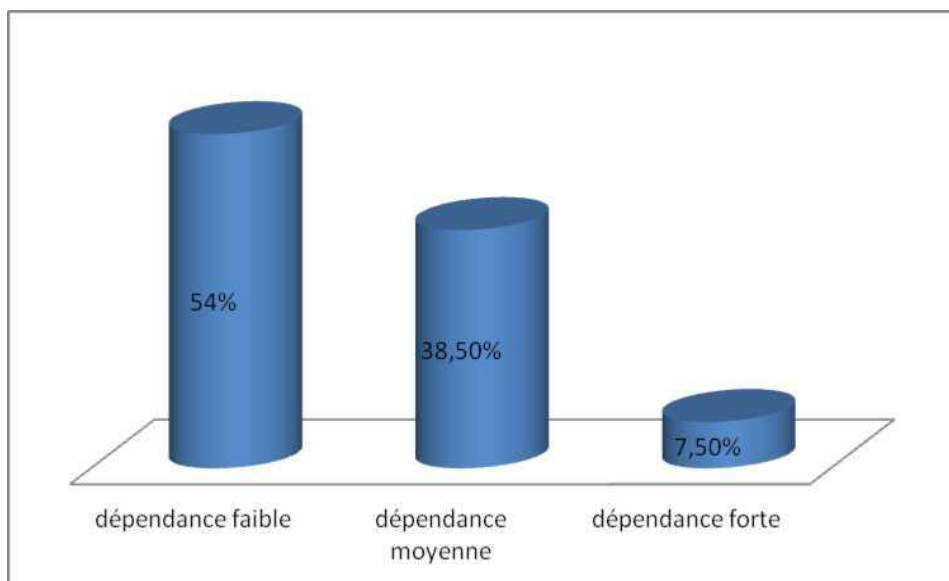


Figure 35 : Les tentatives d'arrêt selon le degré de dépendance

Cinquante quatre pour cent des étudiants ayant une faible dépendance avaient déjà essayé d'arrêter de fumer alors que seulement 7 % de ceux qui avaient une forte dépendance avaient tenté le sevrage.

*** pour quelles raisons vous avez essayé d'arrêter de fumer ?**

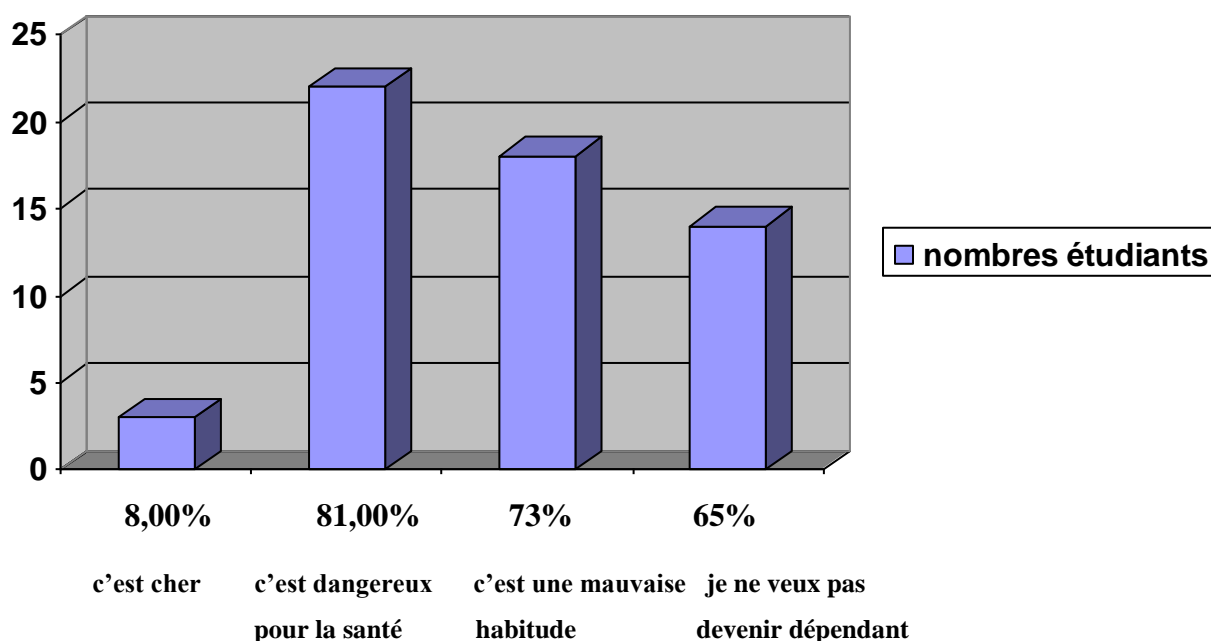


Figure 36 : Les raisons d'essayer d'arrêter de fumer

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

*** pour quelles raisons vous n'avez pas essayé d'arrêter de fumer ?**



Figure 37 : Les raisons de ne pas essayer d'arrêter de fumer

Les raisons pour les quelles les étudiants n'ont pas essayé d'arrêter de fumer, sont le fait que c'est difficile de le faire ou qu'ils n'ont pas envie.

6 – 2 L'attitude vis-à-vis du tabac dans 5 ans :

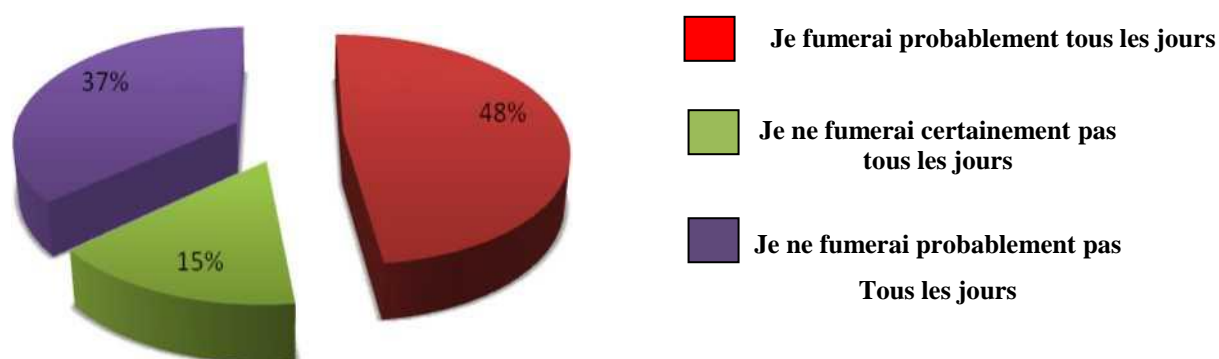


Figure 38 : Attitude vis-à-vis du tabac dans 5 ans

La moitié des étudiants fumeurs leurs attitudes vis-à-vis du tabac étaient de fumer probablement tous les jours, alors que personne n'avait une attitude de fumer certainement tous les jours.

III – AVIS DES ETUDIANTS SUR CERTAINES MESURES LEGISLATIVES ANTI –TABAC :

Concernant l'ensemble des étudiants, on observait que entre 70 % à 90 % sont tout à fait d'accord pour toutes les affirmations. Surtout la vente de tabac devrait être totalement interdite aux enfants avec un pourcentage de 90 % .

Tableau XII : Pourcentage de l'ensemble des étudiants selon le degré d'accord ou de désaccord pour certaines affirmations .

<u>LES AFFIRMATIONS</u>	<u>Tout à fait</u>	<u>Moyennement</u>	<u>Indifférent</u>	<u>Tout à fait</u>	<u>Total</u>
	<u>d'accord</u> <u>n (%)</u>	<u>D'accord</u> <u>N(%)</u>		<u>En</u> <u>Désaccord</u> <u>n(%)</u>	
1 –Une mise en garde contre les dangers du tabac devrait figurer sur les paquets de cigarettes	291 (72)	63 (16)	32 (8)	13 (3)	399 (100)
1 – les prix du tabac devraient être fortement majorés	247 (62)	79 (19)	42 (10)	30 (7)	398 (100)
3– l'usage du tabac devrait être restreint dans les lieux publics fermés	345 (85)	43 (11)	12 (3)	2 (1)	402 (100)
4 –La vente de tabac devrait etre totalement interdite aux enfants	359 (90)	32 (8)	3 (1)	3 (1)	397 (100)
5 – les professionnels de la santé devraient être spécialement formés à aider les patients qui veulent cesser de fumer	333 (84)	55 (14)	6 (2)	1 (0,5)	395 (100)

Tableau XIII : Pourcentage des reponses “ tout à fait d’accord” sur certaines mesures législatives anti-tabac

	Non Fumeurs %	Fumeurs %	Total (tout à Fait d’accord) %
1–Une mise en garde contre les dangers du tabac devrait figurer sur les paquets de cigarettes	73	70	73
2– les prix du tabac devraient être fortement majorés	79	64	76
3– l’usage du tabac devrait etre restreint dans les lieux publics fermés	88	73	86
4 –La vente de tabac devrait etre totalement interdite aux enfants	65	50	62
5 – les professionnels de la santé devraient être spécialement formés à aider les patients qui veulent cesser de fumer	86	77	84

Nous avons constaté que le taux de réponse obtenue chez les non-fumeurs était presque toujours élevé que celui noté chez les fumeurs. Seulement 50 % des étudiants fumeurs optaient pour la majoration du prix du tabac.

VI – ATTITUDE DES ETUDIANTS EN MESURES DE LUTTE ANTI-TABAC FACE AUX PATIENTS : MISE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAC :

Au cours de leur future carrière professionnelle, les étudiants envisagent de mettre en garde leurs patients sur les risques liés au tabac uniquement en prévention secondaire. En effet, quand le malade présente des symptômes liés au tabagisme, ils sont 70 % à dire qu'ils avertiront leurs malades et 61 % quand le patient posait lui-même des questions sur son tabagisme .

Par contre, dans tous les cas même si le patient ne présentait ni symptômes ni question, ils sont 48% à le faire souvent.

Tableau XIV : Réponses à la question : “mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac quand le malade a des symptômes respiratoire ou une maladie liée au tabac ?”

Réponse	Fumeurs		Non fumeurs		Total	
	N=77	%	n=355	%	n=432	%
Souvent	40	52	245	69	285	66
Parfois	8	19	20	5,6	28	6,5
Rarement	5	7	0	0	5	1,1
Jamais	8	10	2	0,5	10	2,3
Non précisé	16	20	88	25	106	24,5

Tableau XV : Réponses à la question : “mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac quand le patient lui-meme pose la question sur le tabac ?”

Réponse	Fumeurs		Non fumeurs		Total	
	N=77	%	n=355	%	n=432	%
Souvent	40	52	221	62,2	261	60
Parfois	15	19,5	42	11,8	57	13,2
Rarement	6	7,7	7	2	13	3
Jamais	5	6,5	3	0,8	8	1,8
Non précisé	11	14,2	82	23	93	21,5

Tableau XVI : Réponse à la question : “mettez-vous en garde contre les méfaits du tabac dans tous les cas Meme si le patient n’a ni symptômes ni des questions sur le tabac ?”

Reponse	Fumeurs		Non fumeurs		Total	
	n=77	%	n=355	%	n=432	%
Souvent	33	42	176	49,5	209	48,3
Parfois	15	19,4	65	18,3	80	18,5
Rarement	9	11,6	22	6,1	31	7,17
Jamais	5	6,5	8	2,2	13	3
on précisé	15	19,5	84	23,6	99	22,9

On observe que les étudiants non fumeurs vont mettre en garde leurs malades vis-à- vis le tabac plus que les étudiants fumeurs.

DISCUSSION

Le tabagisme est l'une des principales causes évitables de décès dans le monde.

L'organisation mondiale de la santé lui attribue près de 4 millions de décès par an, chiffre qui pourrait atteindre 8,4 millions d'ici 2020 dont 70 % se produisent dans les pays en voie de développement [44,45].

L'OMS estime à 1,1 milliard le nombre de fumeurs, soit le tiers de la population mondiale âgée de 15ans et plus, dont 700 millions d'hommes et 100 millions de femmes vivent dans les pays en développement ou 47 % d'hommes et 7 % de femmes fument.

Dans les pays industrialisés, Le nombre de fumeurs est de 200 millions et celui de fumeuses est de 100 millions, soit un taux de prévalence de 42 % et de 24 % respectivement [46].

Au cours de ces dernières années, la prévalence du tabagisme a diminué dans de nombreux pays industrialisés [47]. Dans les pays en développement en revanche, le nombre de jeunes adultes commençant à fumer s'est multiplié et la consommation du tabac par habitant a augmenté [47].

Le Sénégal n'est malheureusement pas épargné comme l'atteste de nombreux travaux ayant pour but d'apprécier l'ampleur et l'impact du tabagisme à l'échelle nationale.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui a consisté en une enquête transversale réalisée à la Faculté de médecine et de pharmacie Cheikh Anta Diop de Dakar à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme standardisé. C'est une enquête d'opinion, les réponses sont donc soumises à la bonne volonté des étudiants qui peuvent ne pas être très objectifs.

D'autre part le questionnaire est anonyme, ce qui donne une entière liberté de réponse aux étudiants.

Cette méthode d'enquête a permis d'obtenir un taux de réponse très satisfaisant car au total 86,4 % de réponses ont été recueillies.

Dans ce premier chapitre de la discussion, nous allons tout d'abord s'intéresser à la prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine.

Au Sénégal, l'étude du comportement tabagique était l'objectif de plusieurs enquêtes nationales menées depuis 1989.

En 1989, une enquête faite auprès des jeunes âgés entre 12 et 16 ans à Dakar, a montré des taux de 71 % de fumeurs chez les garçons et de 52 % chez les filles. [48]

En 1995, une enquête réalisée par l'OMS en collaboration avec l'Union Internationale de lutte contre le Cancer (UICC) portant sur 5000 personnes avait révélé 37 % de fumeurs avec une prédominance masculine [49].

Une étude faite à la faculté de médecine cheikh Anta Diop de Dakar en 2001 a retrouvé un taux de fumeurs de 34,6 %.

Notre étude a trouvé une prévalence de 18,8 %. On constate qu'il y a une tendance manifeste à la baisse du taux des fumeurs chez les étudiants en médecine à Dakar.

Cette baisse peut être expliquée en partie par la promulgation de la loi anti-tabac, par l'introduction de l'enseignement de la pathologie du tabac dans le programme des études médicales et par le rôle sensibilisant des enquêtes réalisées.

A l'échelle internationale, au Maroc en milieu universitaire, A la faculté de médecine de Casablanca le taux des fumeurs est passé de 38,9 % en 1982 à 12,3% en 2002 [51, 52, 53,54].

Ces résultats vont dans le même sens que les nôtres, dans les deux cas on note une tendance à la baisse des taux au cours des dernières années et cela est dû certainement à la promulgation de la loi anti-tabac au Maroc en 29 avril 1991.

Au Kenya, une étude faite chez les étudiants de l'université de Nairobi montre un taux de prévalence de 40 % [57]. Ce taux élevé de fumeurs est dû probablement au fait que l'industrie du tabac est grande et puissante au Kenya, et elle jouit d'une véritable et visible influence aux plus hauts niveaux malgré la promulgation de la loi anti-tabac en août 2007. .

Dans les pays méditerranéens : Europe, Maghreb, Moyen-Orient, les données d'une enquête coopérative menée par J-F. Tessier, la proportion de fumeurs est

différente dans les deux sexes, dans la majorité des pays elle est supérieure à 45 % chez les hommes et inférieure à 15 % chez les femmes [55].

En France, plusieurs enquêtes ont été réalisées chez les jeunes ; ainsi une étude faite chez les étudiants en médecine de la faculté de BREST en 2003 a montré un taux de tabagisme de 37,8 % [58].

Une comparaison entre les différentes régions du monde faite par l'OMS, révèle que le pacifique occidental compte le plus grand nombre de fumeurs et qu'il présente la plus forte prévalence du tabagisme chez les hommes et l'augmentation la plus rapide des nouveaux fumeurs chez les femmes et les jeunes [59].

Dans notre étude, la prédominance masculine est nette avec 29 % d'étudiants fumeurs contre 9 % d'étudiantes fumeuses. La même constatation ressort dans toutes les études menées dans les autres milieux universitaires.

Une étude faite au sein de la faculté de médecine de Casablanca en 2002 avait retrouvé un taux d'étude 22,5 % chez les garçons et 5,8 % chez les filles [54]. A l'université de Nairobi l'étude avait trouvé 30,9 % chez les garçons et 7,4 % chez les filles [57].

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

Cette prédominance masculine du tabagisme est loin d'être la règle. En effet dans d'autre pays comme la France, on constate une augmentation importante de la proportion des fumeuses dans les années 90 surtout pour la tranche d'âge 25-49ans [60]. Chez les jeunes de moins de 17ans, le tabagisme apparait plus fréquent chez les filles que chez les garçons avec respectivement 21,2 % et 26,9 % [61].

En effet, dans les pays industrialisés, le tabagisme chez les femmes a connu une nette augmentation entre les années 80 et 90. Il est probable que l'urbanisation, la réussite professionnelle et un plus grand pouvoir d'achat soient parmi les facteurs qui ont contribué à ce résultat. Néanmoins, les conséquences sont à prévoir dans les années à venir. En 2025, on observera vraisemblablement autant de morts par cancer broncho-pulmonaire que de morts par cancer du sein chez les femmes [62].

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

L'âge est un facteur déterminant dans l'acquisition de l'habitude tabagique.

En effet, la proportion de fumeurs suit une courbe ascendante avec l'âge en passant de 15,2 % entre 17 et 20 ans à 47,8 % entre 23 et 24 ans (notre étude).

Les mêmes résultats étaient constatés lors de l'enquête réalisée à la faculté de médecine de Dakar (UCAD) en 2001 qui a montré que la tranche d'âge comprise entre 20 et 25 ans était la plus représentée avec 68,8 % [56].

A l'école Hassania au Maroc l'étude réalisée a montré que le taux de fumeurs passe de 15 % à 20ans à 37 % à 24 ans [63]. A la faculté de médecine de Casablanca passant de 3,6 % pour les étudiants âgés de moins de 20 ans à 25% pour les étudiants âgés de plus de 25ans [54].

Dans d'autres pays arabes ; ainsi en Syrie, le taux des fumeurs chez les universitaires est très dépendant de l'âge : il passe de 15 % à 18ans à 23 % à 23ans [64].

A la faculté de médecine de Monastir, en Tunisie, la prévalence du tabagisme passe de 12,2 % entre 17-20ans à 23,6 % chez les étudiants âgés de 25 à 31ans [65].

En France, à la faculté de médecine de BREST, la prévalence du tabagisme passe de 18 % à 18ans à 35 % à 24ans [58].

On a également constaté que la prévalence du tabagisme augmente avec l'année d'étude. Elle passe de 5,2 % à 14,2 % de la 1^{ère} à la 3^{ème} année puis elle descend à 7,7 % à la 4^{ème} année ensuite elle augmente à 19,5 % à la 6^{ème} année. Les mêmes résultats ressortent de l'enquête réalisée à la faculté de médecine de BREST [58], et d'autres milieux universitaires au Maroc et en Tunisie [54,65,63]. En Syrie, la prévalence du tabagisme passe de 16,7 % en 1^{ère} année à 19,2% en fin d'études [64].

En général, les étudiants fument autant au premier qu'au second cycle, ce qui montre que les études n'ont pas actuellement une influence nette sur le comportement tabagique.

D'une façon générale, l'éducation tardive quelle que soit son intensité et quel que soit le public auquel elle est destinée, semble avoir peu d'effets sur le comportement vis-à-vis du tabac.

Pour cette raison, un programme de prévention basé sur l'éducation sanitaire doit cibler en priorité les jeunes dont l'âge ne dépasse guère celui du début du tabagisme, c'est-à-dire entre 12 et 14 ans [66].

Intéressons-nous maintenant à l'influence de l'entourage. Notre travail souligne la part de responsabilité du tabagisme des parents, des amis, et des frères dans le tabagisme des étudiants enquêtés. Plus que 60 % des fumeurs enquêtés ont déclaré que leurs amis fument.

Dans l'étude faite en milieu universitaire à El Jadida, les garçons sont influencés par le tabagisme du père et des amis, tandis que les filles sont influencées par le tabagisme des sœurs et de la mère [67].

L'influence du tabagisme des parents est démontrée dans la plupart des études [67,68]. Il est en effet un facteur de risque pour le tabagisme des adolescents [68].

Le fait d'avoir son (sa) meilleur (e) ami (e) fumeur est un paramètre prédictif du tabagisme de loin le plus important [68]. D'autres études réalisées tant chez les collégiens et lycéens que chez l'adulte jeune aboutissent à la même conclusion [69,70].

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

Dans d'autres études faites à l'étranger, on démontre la même conclusion : le comportement tabagique des parents ou des frères est fortement associé au tabagisme des jeunes [64 ,56 ,71 ,72 ,76 ,68 ,70]. D'où l'intérêt de développer des programmes éducatifs ciblant les jeunes et leur entourage [72].

En ce qui concerne l'âge du début du tabagisme, on observe que la majorité des étudiants ont fumé leurs 1^{er} cigarette entre l'âge de 16 et 19ans (extrêmes entre 9 et 22ans). L'âge moyen de début de la cigarette est de 16,17 (+/- 2,2) ans.

A Dakar lors d'une enquête réalisée au sein de l'UCAD en 2001, l'âge moyen de début du tabagisme était de 14(+/- 2,2) ans (extrêmes entre 5 et 26ans). Au Maroc en milieu universitaire à El Jadida, 78,5 % des étudiants fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 19ans dont 32 % entre 16 et 17ans [67].

A l'école Hassania des travaux publics 21 % ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans contre 49 % qui ont commencé à fumer à 22 ans et plus [63].

En France, à la faculté de médecine de BREST l'âge moyen de début du tabagisme était de 16,4(+/-2,2) ans [58].

Le tabagisme est un comportement qui s'acquiert à un âge de plus en plus jeune, il débute généralement avant l'âge de 18 ans. Rares sont les jeunes qui commencent à fumer à l'âge adulte [73]. Aussi, les enfants représentent-ils une cible privilégiée pour l'industrie du tabac comme le démontre la propre documentation de cette dernière [74-75].

Nombreuses sont les études qui ont soulevée la notion de jeune âge du début du tabagisme, et de ce fait la prévention doit être précoce et cibler les jeunes enfants qui n'ont pas encore acquis le caractère oppositionnel des adolescents [76].

Par rapport à l'étude de la durée de consommation du tabagisme notre étude a montré que chez la majorité des étudiants elle variait entre 2 et 4 ans (extrêmes entre 1 et 9 ans), avec une durée moyenne de 3,58 (+/-1,95).

A la faculté de médecine de Dakar (UCAD) en 2001 la durée moyenne du tabagisme était de 6(+/- 2,5) ans (extrêmes 2 et 9) [56].

A la faculté de médecine de Casablanca, le taux des étudiants qui ont fumé pendant 6 mois ou plus est de 60,9 % (54). A l'école hassania, plus des deux tiers des étudiants fumeurs avaient fumé pendant moins de deux ans soit 73,3%, 16,4 % avaient fumé entre 3 et 4 ans, tandis que 10,2 % des étudiants fumeurs avaient fumé pendant 5 ans ou plus [63].

L'excès du risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (quantité du 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 la quantité fumée. Ainsi doubler la durée multiplie le risque par 20, alors que doubler la quantité du tabac fumée multiplie le risque par 2 [77].

Une conséquence importante de cette observation est que l'arrêt du tabagisme qui réduit la durée, réduit considérablement le risque. Au contraire, un fumeur qui réduit sa consommation, diminue la dose et l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important. De plus cette réduction de dose est le plus souvent obtenue par le passage à des cigarettes plus légères. Or ceci entraîne une modification compensatoire de la façon de fumer : inhalation plus rapide et plus profonde qui augmente le rendement en nicotine, recherché par le fumeur, mais aussi en goudron. Par conséquent, le conseil de réduire la consommation est un mauvais conseil, comme celui de passer des cigarettes fortes aux cigarettes légères, par rapport à l'arrêt complet du tabac [77,78].

On constate également que la moitié des jeunes qui fument tous les jours et qui continueront à le faire à l'âge adulte, mourront d'une maladie causée par le tabac et raccourciront leur vie de 15 ans en moyenne. On estime que l'espérance de vie est réduite en moyenne de 4 ans chez un fumeur de moins de 10 cigarette/jour, de 6 ans chez un fumeur de 10 à 20 cigarettes / jours [79].

Dans notre étude 49 % des étudiants fumeurs consommaient moins de 5 cigarettes/ j, alors que 9 % des fumeurs consommaient plus de 15 cigarettes / jr.

A la faculté de médecine de Casablanca, sur l'ensemble des 87 fumeurs, 57,5 % étaient des petits fumeurs (< 10 cigarettes / jour) contre 6,9 % de gros fumeurs (> 20 cigarettes /jr) (54).

En France, l'étude de BREST montre que 61 % des étudiants fumeurs fument moins de 10 cigarettes/ jr, et que 4 % fument plus de 20 cigarettes/jr [58].

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

des étudiants consomment des cigarettes avec filtre [69]. A Casablanca 77 % des étudiants fumeurs consommaient des cigarettes avec filtre, et 12,8 % consommaient des cigarettes sans filtre [54].

La quantité réelle de nicotine absorbée par chaque fumeur, dépend de la manière de fumer : rythme et importance des bouffées, profondeur de l'inhalation, combustion plus au moins complète de la cigarette. Pour des fumeurs de 30 cigarettes par jour, la quantité de nicotine absorbée peut varier de 10 à 100 mg/jr [80]. 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 d'avantage de goudrons et surtout de CO. Les cigarettes légères ne modifient que peu ou pas le risque encouru, surtout pour les accidents cardiovasculaire [78,80].

Nous avons évalué le degré de la dépendance à la nicotine en utilisant le test de FAGESTROM qui est le plus simple et la méthode la plus utilisée [81]. On constate que 50 % des fumeurs sont non ou peu dépendants à la nicotine, 40% ont une dépendance moyenne et 10 % sont fortement dépendants.

Une étude faite au sein de la faculté de médecine de Dakar (UCAD) en 2001 avait montré que la dépendance est faible chez 15,5 %, moyenne dans 59,3% des cas, forte dans 14 % et très forte chez 4,7 % [56] et au milieu des médecins exerçants ; moyenne dans 37,9 % forte dans 39,6 % et très forte dans 12,6 % [82].

On constate que le taux des fumeurs fortement dépendants a baissé en passant de 18,7 % en 2001 à 10 % en 2013 et cela est dû probablement au fait que les étudiants de nos jour ont plus conscience des méfaits du tabac et que leur vie ne de doit pas en dépendre.

A l'échelle internationale, Barakat avait retrouvé dans une enquête menée en 2004 à la faculté de médecine de Casablanca que 63,2 % des étudiants sont non ou peu dépendants, 29,9 % ont une dépendance moyenne et 6,9 % sont fortement dépendants [54].

En France, l'étude faite à la faculté de médecine de BREST montre que 80% des fumeurs ont une faible dépendance et 18 % ont une dépendance moyenne et seulement 2 % ont une forte dépendance [58].

Concernant l'analyse des symptômes respiratoires ressentis. Dans notre série, on retrouve une prédominance significative de l'essoufflement à l'effort.

Les crachats matinaux, les angines et la mauvaise haleine sont retrouvés à des taux dépassants 10 %.

Les mêmes résultats ressortent de l'étude menée à la faculté de médecine de Casablanca [54].

Dans notre étude, 7,5 % des fumeurs présentent des infections respiratoires répétées, A Abidjan, une étude faite au milieu scolaire, 25 % des étudiants ont comme principal symptôme la dyspnée [71].

Cette apparition précoce des symptômes chez nos fumeurs illustre bien le rôle nocif du tabac sur la santé qui n'est actuellement plus à démontrer.

En fait, fumer la cigarette durant le jeune âge semble réduire le taux de croissance pulmonaire. 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 respiratoires durant l'adolescence qui pourraient conduire à l'âge adulte à des maladies broncho-pulmonaires chroniques [83, 84, 85].

Quant à la motivation des fumeurs, dans notre enquête, la curiosité et le stress des examens sont deux motivations essentielles du début du tabagisme avec respectivement 52 % et 48 %. La raison essentielle pour continuer à fumer est le plaisir que fournit la cigarette, et son effet calmant.

Contrairement à ce que croient les fumeurs ; fumer ne permet pas d'entrer dans le monde des grands, tout au contraire, l'effet apaisant de la fumée reflète le contre coup de la tension et de l'irritabilité qui se développent à cause du manque de la nicotine [86]. Dans d'autres études menées à l'échelle internationale, la curiosité et l'ennui sont les deux motifs essentiels du début du tabagisme dans les milieux

scolaires ou universitaires [63, 67, 69], et cela est dû probablement au manque d'activités extrascolaires (sport.....).

Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur le comportement des fumeurs vis-à-vis du sevrage. Le tabagisme est responsable d'une lourde morbidité et d'une importante mortalité, ainsi ; le sevrage présente de multiples avantages dans bien des processus pathologiques (coronaropathie, BPCO, cancers des voies aéro-digestives supérieures et cancers bronchiques).

Dans notre étude, 50 % des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer contre 50 % qui n'ont jamais essayé. Parmi cette moitié qui a tenté d'arrêter 54% des étudiants ont une dépendance faible, 38,5 % ont une dépendance moyenne ; et seulement 7,5 % ont une forte dépendance. Donc la majorité des étudiants qui n'ont jamais essayé d'arrêter sont ceux avec une forte dépendance.

Dans l'étude réalisée à Dakar en 2001 au sein de la faculté de médecine (UCAD), 78,2 % pensaient pouvoir abandonner le tabac dans les 5 années à venir, mais seulement 42 % ont vraiment fait une tentative de sevrage [56].

Au Maroc, l'étude réalisée à l'école Hassania, ceux qui ont tenté d'arrêter étaient de 62 % [63]. Ce taux est similaire à celui retrouvé à la faculté de médecine de Casablanca [54].

En Europe, Tessier [87] rapporte que plus de 40 % des étudiants en médecine ont déjà essayé de cesser de fumer. Les garçons sont proportionnellement plus nombreux à essayer d'arrêter de fumer [58].

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 [88].

Concernant le degré d'importance accordé par les étudiants au motif d'arrêt du tabac, il ressort que les raisons personnelles sont évoquées en premier lieu, notamment « protection de la santé » (69 %), « la survenue de certains symptômes » (56 %), « discipline personnelles » (53 %), venaient ensuite les autres motifs tels que « donner le bon exemple » et « éviter une gêne à l'entourage ».

Des motifs similaires essentiellement d'ordre personnel sont retrouvés dans d'autres études nationales et internationales chez les étudiants en médecine [54, 58, 89].

Dans d'autres catégories professionnelles, et dans la plupart des études réalisées, la santé est le souci majeur qui incite l'arrêt du tabac [90, 91].

Au Maroc, chez le personnel de santé, le principal motif était de donner le bon exemple aux enfants [92].

En France, chez les cardiologues les trois principales raisons retenues étaient : la protection de la santé, la survenue de symptômes et enfin, donner le bon exemple aux enfants [89].

En définitive, ces trois dernières motivations d'arrêt du tabac semblent prédominer dans les différentes catégories professionnelles, et notamment chez les étudiants en médecine.

Elles doivent être considérées parmi les principaux éléments de dissuasion dans la stratégie de lutte anti-tabac.

En revanche, la répartition des étudiants fumeurs selon leur attitude vis-à-vis de leur devenir après 5 ans, montre que 48 % pensent qu'ils fumeraient probablement tous les jours, alors que seulement 37 % pensent qu'ils ne fumeraient certainement pas tous les jours.

L'étude faite à Dakar au sein de la faculté de médecine (UCAD) en 2001 a trouvé que 78,7 % pensent qu'ils ne fumeraient certainement pas tous les jours [56]. On constate que le taux est passé de 78,7 % à 37 % et cela est dû probablement à la forte dépendance des étudiants au tabac et aussi la crainte du syndrome de sevrage.

On constate les même taux dans les autres études menées chez les étudiants en médecine de Casablanca en 2002, Tunisie en 2005 qui avaient trouvé respectivement 48,3 %, 52 % [54, 65].

Dans notre enquête on s'est également intéressé aux non-fumeurs et aux ex-fumeurs.

A ce propos notre étude a trouvé que les ex fumeurs représentent 2,8 % de l'ensemble des étudiants enquêtés. Le même résultat trouvé dans l'étude d'OULCAID à l'école Hassania au Maroc (2 %) [63].

A la faculté de médecine de Casablanca, le taux des ex-fumeurs a connu une augmentation durant les vingt dernières années ; ainsi le taux des ex-fumeurs est passé de 5 % en 1982 à 11 % en 2002 [93, 52, 53, 54].

Chez les étudiants en médecine tunisiens, le taux des ex-fumeurs était de 9,2 % en 1997 [65].

Ainsi, nous observons qu'il y'a de nombreuses raisons qui ont motivé les étudiants non-fumeurs de ne pas fumer et les ex-fumeurs d'arrêter du fumer. La raison la plus forte c'est parce c'est dangereux pour la santé avec un pourcentage de 58 %, aussi les deux raisons de ne pas avoir envie et celle de la religion l'interdit avec un pourcentage de 41 %.

Les mêmes résultats sont trouvés dans les enquêtes faites à Dakar en 2001 [56], et en différents milieux universitaire et scolaire marocains [94, 52, 69].

En outre, précisons que les non-fumeurs ont d'autres habitudes toxiques.

Dans notre étude, nous avons constaté que la consommation de l'Alcool vient en premier plan avec 11,1 %, la consommation du chicha est retrouvée dans 7,8 % des cas, alors que hachich n'est consommé que dans 4,3 % des cas, et le kif dans 2,1 % des cas. Même les non-fumeurs sont inclus, donc ont d'autre habitude même si ils ne fument pas.

A l'école Hassania des travaux publics l'étude montre que la consommation de chicha était de 16 %, Hachich à 6 %, l'Alcool à 3 % (63).

En effet, les enquêtes menées au Maroc montrent la même tendance [94, 95].

D'une part, en étudiant les connaissances des étudiants des méfaits du tabac on a constaté que la nocivité du tabac est reconnue par la majorité de nos étudiants (89 %) y compris les fumeurs. Cette observation est constante dans toutes les études déjà réalisées chez les étudiants dans différents milieux.

A Dakar, l'enquête de Ndiaye a montré que les étudiants trouvaient le tabac nocif pour la santé dans 83,2 % des cas [56].

Au Maroc, dans une enquête réalisée à la faculté de médecine de Casablanca 92,2 % trouvait que le tabac est nocif pour la santé [54].

En Tunisie, dans une enquête faite à l'échelle nationale 98,6 % des individus enquêtés considèrent que le tabac est nocif pour la santé, 90 % d'entre eux incriminent le tabac dans l'apparition du cancer du poumon, des maladies respiratoires et cardiopathies [65].

D'autre part, concernant l'attitude des futurs médecins face à leurs patients fumeurs, il ressort qu'ils adopteront une attitude passive à leur égard lorsqu'ils ne présentent pas de maladies liées au tabac ou s'ils ne posent pas la question eux-mêmes sur le tabac (seulement 48 % des étudiants les mettront en garde contre les dangers du tabac de façon systématique).

Ceci a été également retrouvé par d'autres auteurs : voir le tableau ci-dessous

Tableau 20: Réponse « souvent » à la question : mettez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac :

	Réponse des étudiants (%)		
	Situation1	situation 2	situation 3
Dakar [56]	93	94	44
Casablanca [54]	95	87	32
Tunisie [65]	90	75	36
Brest [58]	95	94	24

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

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

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

A la faculté de médecine de Fès une étude a été réalisée chez les médecins au Maroc [96, 97, 98, 99, 100] montre que leur attitude est similaire à celle des étudiants en médecine, vu que moins de 33 % informent spontanément leurs patients sur les risques du tabagisme.

La même constatation ressort des autres études réalisées chez le personnel de santé [101, 61] dans différentes villes du Maroc.

En France [77], dans une étude menée auprès de 3000 médecins internes, les 3/4 déclarent avoir interrogé systématiquement les patients sur leur consommation tabagique. Toutefois, une analyse plus approfondie montre que pour plus des 2/3 d'entre eux cette question n'est pas systématique, et elle ne l'est que pour les patients qui présentent une maladie liée au tabac.

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

Intéressons-nous maintenant aux avis des étudiants vis-à-vis de certaines affirmations concernant le tabagisme. Sur les 458 étudiants enquêtés, 70 % des étudiants trouvent qu'il est de la responsabilité du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer et d'être plus actifs qu'ils ne l'ont été en parlant des dangers du tabac à des groupes « à risque ».

En effet, toute action menée par le médecin augmente le nombre de tentatives d'arrêt de 10 % [102].

De nombreuses études [103], menées principalement aux Etats-Unis ont démontré, que le corps médical joue un rôle capital dans l'arrêt du tabagisme et dans la prévention vis-à-vis de ceux qui ne fument pas encore. Savoir informer, aider, éduquer un patient tabagique offre plusieurs intérêts :

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

Par contre, 44,5 % des étudiants estiment qu'ils ont assez de connaissances pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer.

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

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

Cependant ces méthodes restent d'une efficacité limitée si elles ne sont pas appuyées par la participation du médecin en apportant l'information, la motivation et le soutien qu'il faut à son patient pour l'aider à arrêter et surtout pour l'encourager à maintenir sa décision d'arrêter de fumer [102, 103, 104, 105].

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

Cependant dans notre enquête, nous avons recueilli l'opinion des étudiants sur certaines réglementations anti-tabac.

La majorité des étudiants, pense que la vente du tabac devrait être totalement interdite aux enfants, et l'usage du tabac doit être restreint dans les lieux publics fermés, et que les professionnels de la santé devraient être spécialement formés à aider les patients qui veulent cesser de fumer.

Soixante pour cent de nos étudiants, reconnaissent l'importance de la majoration du prix des produits du tabac dans la baisse de sa consommation. Les mêmes résultats ont été trouvés chez les étudiants les Marocains, et les tunisiens [63, 56, 65].

En France, de nombreuses mesures ont été prises pour réduire la consommation du tabac et plus particulièrement à deux niveaux : l'interdiction de la publicité et l'augmentation des prix de vente.

La justification d'interdire toutes les formes de publicité et de promotion pour tous les produits du tabac ainsi que les autres mesures réglementaires (élévation du prix de vente, l'interdiction de fumer dans les lieux publics...) repose sur son efficacité indiscutable dans la diminution de la consommation du tabac par la population générale [106, 107].

Par la même occasion, des avertissements sanitaires sont affichés sur les paquets de cigarettes :

- Tabac tue.
- Tabac nuit à la santé.
- Les fumeurs meurent prématurément.
- Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.
- Fumer provoque le cancer mortel du poumon.
- Fumer pendant la grossesse nuit la santé de votre enfant.
- Protéger les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée.
- Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse.

Dans ce même cadre la loi prévoit l'arrêt total de toute forme de publicité pour le tabac qu'elle soit directe ou indirecte ou sous forme de parrainage. La justification d'interdire toutes les formes de publicité et de promotion pour tous les produits du tabac repose sur une efficacité indiscutable :

Le ministère britannique de la santé a examiné dans quatre pays (Norvège, Finlande, Canada, et Nouvelle Zélande) l'effet de l'introduction et de l'application de l'interdiction de la publicité pour le tabac : dans chacun de ces pays, cette mesure a engendré une chute de la consommation tabagique cinq ans plus tard. Elle a diminué de 26 % en Norvège, 37 % en Finlande, de 21 % en Nouvelle Zélande [108].

En France, la consommation du tabac a diminué de 14 % depuis l'application de la loi Veil en 1993 qui a interdit toute forme de publicité pour les produits de tabac [109].

CONCLUSION

La prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine est comparable à celle de la population générale : dix huit pour cent des étudiants fument. Leur comportement tabagique est surtout induit par le stress des examens et la curiosité. L'évolution de la prévalence est similaire à celle des jeunes du même âge. Il n'y a donc pas de comportement spécifique aux étudiants en médecine.

Cette étude suggère l'intérêt de développer une campagne de prévention et d'aide au sevrage spécifique aux étudiants en médecine. Le tabagisme s'installe pendant les premières années et les étudiants affichent une dépendance apparemment modeste.

De plus, le tabagisme n'est pas vécu comme un fait définitif, le nombre de tentatives d'arrêt en témoigne.

Les connaissances des étudiants sur les conséquences du tabagisme sur la santé sont bonnes mais persistent encore quelques lacunes. L'étude met en évidence un réel apprentissage pendant leur formation. Le tabac est bien assimilé comme un facteur de risque aussi bien pour le fumeur que pour son entourage. Mais la connaissance des risques liés au tabac n'influence aucunement la prévalence tabagique. Le statut tabagique des médecins influence pourtant directement leur implication dans la lutte antitabac auprès de leurs patients.

Le tabagisme n'est abordé bien souvent avec le patient qu'à la demande du patient lui-même ou si celui-ci présente des pathologies liées au tabac. Les étudiants sont donc très peu motivés par la prévention et l'information du patient et donc peu conscients de leur rôle future.

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

Notre réflexion nous a aussi permis de mieux comprendre les objectifs de la lutte anti-tabagique. Quelques points essentiels apparaissent, comme celui de limiter l'accès du tabac aux jeunes, la prévention étant plus aisée que le sevrage.

Les jeunes dès l'âge de 11 ans doivent être informés des dangers du tabac, de la dépendance qu'il entraîne et des manipulations des industriels pour les atteindre.

Il s'agit d'inculquer aux enfants une image négative du tabac, de le rendre à leurs yeux, mauvais et asocial, à l'inverse de ce qu'il représentait encore il y a quelques années, un produit valorisant, synonyme de maturité et de plaisir.

Les actions de l'état sont essentielles pour limiter l'accès au tabac comme l'interdiction de la vente de tabac aux enfants. La mise en garde contre les dangers du tabac devrait figurer sur les paquets de cigarettes, sans oublier le rôle des campagnes médiatiques d'information.

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

REFERENCES

(1) ALBERTI G.

Non communicable diseases : tomorrow's pandemics Bull World Health
Organ 2001; 79: 907

(2) WIRTH N., SPINOSA A., ABOU HAMDAN K., ET AL.

Tabagisme : de la prévention au sevrage

La pneumologie fondée sur les preuves Paris : Ed Masson (2008). 483-509

(3) Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS demande aux gouvernements d'intégrer le sevrage tabagique dans
les stratégies de lutte antitabac. Genève, 2003.

(4) COLOMBUS C, IFE BW.

Journal of the first voyage.

Warminster: Aris&Philips, 1990:259.

(5) PERROT P.

Quand le tabac conquiert la France.

Magasine l'Histoire, numéro 46,p 98-104.

(6) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Indicateurs et tendances 2002

Drogues et dépendances. Paris : 1-368.

(7) KUMARA V., MARKOFF B.

Who's smoking now ? the epidemiology of tobacco use in the USA and
abroad.

Clin Chest Med. 2000; 21: 1-9.

(8) LAGRUE G.

Tabagisme: toxicologie, dépendance.

Concours Med. 2003 ; 125: 1903-1908.

(9) Ministère de l'Economie et des Finances,

(10) World Health Organisation.

Sénégal, Tabacco or Health: a global status report,
Press Release WHO1997.

(11) WHITE A.

Cigarette marketing in Sénégal, West Africa.
Tob Control 1997, no 6.

(12) BA O., HANE A. A., NDIAYE M., NDIR M., CISSOKHO S., DIOP/DIA D., TOURE N.O., KANDJI M., DIATTA A., NIANG A., DIA Y., DIENG PA.

Prise en charge de l'asthme en milieu hospitalier à Dakar.
Rev Mal Respir. 2001; 18 :1-73.

(13) M. NDIAYE., M. NDIR., X. QUANTIN., P. DEMOLY., P. GODARD., J. BOUSQUET.

Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Dakar, Sénégal.

(14) ETOURNAUD A., LUTZ R., JACCARD P., BRULHART E., SCHATZLE W., ANDEREGG M. ET AL .

Tabac et produits du tabac.
Manuel Suisse des Denrées Alimentaire (MSDA), 2005 : 06 pages.

(15) DAUTZENBERG B.

Chicha, cannabis et tabac à rouler.... Les dangers des nouvelles façons de fumer.
TABACOLOGIA, vivre sans fumées.
OFT ENTREPRISE, 2007 ;5 : 15-27.

(16) DOLL R., PETO R.,BOREHAM J., SUTHERLAND I.

Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors.
Br. J cancer , 2005; 92: 426-429.

(17) La Cigarette Électronique, une méthode efficace pour arrêter de fumer

[http:// www.fragger.fr/](http://www.fragger.fr/)

**(18) HEALTH NEW ZEALAND, < THE RUYAN E-CIGARETTE;
TECHNICAL INFORMATION SHEET (ARCHIVE) >**

Health New Zealand, 2007-10-17. Consulté le 2008-03-31

(19) MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme .

3^{ème} Ed. Masson, Paris, 2004 : 336 pages.

(20) WIRTH N., SPINOSA A., ABOU HAMDAN K., ET AL.

Tabagisme : de la prévention au sevrage

La pneumologie fondée sur les preuves Paris : Ed Masson (2008). 483-509

(21) UNDERNER M., PAQUEREAU J., MEURICE J.-C.

Tabagisme et troubles du sommeil.

Rev. Mal.Respir., 2006 ;23 : 67-77.

(22) DE BEYER J.

Tabac en Afrique francophone : l'impact économique de la consommation de tabac en Afrique.

Promotion & Education, 2005 ;4 :12-17.

(23) DAUTZENBERG B

Le tabac et les 4000 pollueurs. Les substances toxiques de la cigarette et de sa fumée.

TABACOLOGIA, vivre sans fumées.

OFT Entreprise, 2007 ;2 :10-32.

(24) [http:// la-cigarette.com](http://la-cigarette.com)

(25) DAUTZENBERG B

Le tabac et les 4000 pollueurs. Les substances toxiques de la cigarette et de sa fumée.

TABACOLOGIA, vivre sans fumées.

OFT Entreprise, 2007 ;3 :11-34.

(26) ROGERS RI. MEYER JS. SHAW TG.

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

(27) DE BEYER J.

Tabac en Afrique francophone : l'impact économique de la consommation de tabac en Afrique.

Promotion & Education, 2005 ;5: 14-19.

(28) USDHHS. The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General.

(29) M DON BROWN

Imperial tobacco Canada; 5/ CNW/.

(30) ANDERSON HR, COOK DG,

Passive smoking and sudden infant death syndrome; Review of the epidemiological Evidence, Thorax 1997; 52; 1003-9

(31) CHENY

Synergistic effect of passive smoking and artificial feeding on Hospitalisation for respiratory illness in early childhood chest 1989; 95; 1004-7172

(32) FRANCO, E.L.

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

(33) GRAUL ANN I., and PROUS J.R.

Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à L'arrêt du tabac.

Rev. Pneumol.Clin., 2003 ; 5 : 291-295.

(34) RAVEL C. BARBOTTE E., GUICHENEZ P., PUJOL E., HOA D., GODARD P. et Al.

Acteurs prédictifs du sevrage tabagique au sein d'une population vue en consultation spécialisée .

Rev. Mal. Respir., 2005 ; 22 :100.

(35) MACKAY J., ERIKSEN M., SHAFEY O.

The Tobacco Atlas.

2nde ED. American Cancer Society. Atlanta, 2006: 304 pages.

(36) OSMAN M.

Fumer au féminin. Les risques spécifiques du tabagisme chez les femmes.

TABACOLOGIA, vivre sans fumées.

OFT Entreprise, 2007 ; 4 : 12-34.

Rev.Mal.Respir. 2005 ; 22 : 100.

**(37) WIRTH N., SPINOSA A., ABOU HAMDAN K., BOHADANA A.,
QUANTIN X.,RAYMOND S. et Al.**

Tabagisme : de la prévention au sevrage.

In : SPLF. la pneumologie fondée sur les preuves.

Ed. Masson, Paris, 2008 : 483-509.

(38) PETO R., DARBY S., DEO H., SILCOCKS P., WHITLEY E. et Al.

Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950 :

Combination of national statistics with two case-control studies.

BMJ, 2000; 321: 323-329.

(39) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking : meta-analysis of 24 studies.

Int J. Cancer, 2005; 114: 101-108.

(40) VISIER J.

Vivez léger sans la fume ! Conseils nutritionnels pour réussir votre sevrage tabagique.

TABACOLOGIA, vivre sans fumées.

OFT Entreprise, 2007 ; 6 : 13-16.

**(41) PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC, VELICER WF, GINPIL S,
NORCROSS JC.**

Predicting change in smoking status for self-changers. Addict Behav 1985;
10: 395-406.

(42) MARTINET Y, BOHADANA A, WIRTH N, SPINOSA A.

Le traitement de la dépendance au tabac, guide pratique. Paris : Masson ;
2007(116p).

(43) FIORE MC, JAEN CR, BAKER TB, BAILEY WC, BENOWITZ NL, et Al.

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice
Guideline.

Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Public Health Service; May 2008.

(44) PETRO R., LOPEZ AD., BOEHAM J.

Mortality from tobacco in developed countries : Indirect estimation from
national vital statistics.

Lancet 1992; 339: 1268-78.

(45) PETRO R.

Smoking and death: the past 40 years and the next 40 .

British Medical Journal 1994; 309: 937-9.

(46) Organisation mondiale de la santé.

Tobacco or health: a global status rapport.

Genève: Organisation mondiale de la santé, 1997.

(47) DUBOIS G., TRAMIER B.

La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique

Rev. Pneum. Clin., 2000 ; 56, 6 : 339-43.

(48) WHITE A.

Cigarette marketing in Senegal, West Africa.

Tob Control 1997, N° 6.

(49) CORUZ JP., ZELLWEGER JP.

Conseils aux fumeurs : mise à jour épidémiologique et clinique.

Rev Med Suisse.2006 ; 72 : 31-89.

(50) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)

Lettres mensuelle d'information sur les effets du tabagisme et le sevrage.

Tabac Actualités,2004 ; 47 :10.

(51) YASSINE N., BARTAL M., ELBIAZE M.

Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca.

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

(52) CHEHAIBOU H.

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

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

(53) MOUATASSIM J.

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

Thèse Médecine, Casablanca, 1982 ; N° 211.

(54) BARAKAT I.

Tabagisme chez les étudiants de la médecine de Casablanca .

Thèse Médecine, Casablanca, 2004 ; N°73.

(55) J-F. TESSIER, C. NEJJARI,* M. BENNANI-OTHMANI *

La tabagisme dans les pays méditerranéens : Europe, Maghreb, Moyen-Orient. Données d'une enquête coopérative

INT J TUBERC LUNG DIS 3(10) : 927-937.1999 IUATLD.

(56) NDIYA, NDIR M.

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

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

(57) NORDERHAUG A.

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

Toward Tobacco control. Measurement among Primary school student

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

(58) C.GOULHEN A.

Comportement tabagique des étudiants d'une faculté de médecine .

Les jeunes, le tabac et le cannabis en Europe.

Congrès Toulouse septembre 2001.

(59) Rapport sur la santé dans le monde.

Genève, OMS, 2003.

(60) LE MAITRE B.

Prévention du tabagisme.

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

(61) KERJEAN J.

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

Revue Française d'Allergologie Clinique, 2005.

(62) BARENDRET J, CASPER W, LOOMAN N.

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

Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

(63) OULCAID L.

Tabagisme dans une école supérieure des ingénieurs à Casablanca.

Thèse Médecine, Casablanca, 2007 ; N°84.

(64) MAZIAK W.

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

Préventive Médecine, 2004 ; 39; 330-336.

(65) M. -S.SOLTANI.A.BCHIR

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

(66) LAMOUR P.

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

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

(67) BENTALHA I.

Tabagisme en milieu universitaire à El Jadida.

Thèse Médecine, Casablanca, 2001 ; N°242.

(68) CHARPIN.

Facteurs associés au tabagisme en classe de sixième.

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

(69) CHADER H.

Tabagisme chez les étudiants de la mission française à Casablanca.

Thèse médecine casa, 2004 ; N°121.

(70) BARENDRET J, CASPER W, LOOMAN N.

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

Organisation Mondiale de la Santé ,2006.

(71) BOGUI, YESSOUH M.

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

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

(72) HABBARI I., GHANNEM H., BEN ABDELAZIZ A., BAHHA R.

Le tabagisme en milieu scolaire à Sousse, Tunisie.

Rev. Mal. Resp., 2002 ; 19 : 311-314.

(73) LEBRARY F.

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

EC-Médecine, 2005 ; 2 :171-190.

(74) D'après les propre termes de l'industrie du tabac.

Communiqué de press 1998(7) (OMS).

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

(75) La recherche de nouveaux clients : la publicité joue un rôle important.

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

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

(76) MICHEL G.

Induction des comportements additifs à l'adolescence.

13^{ème} Journée Médicale de la Manche : Médecine et Tabac. Saint-Lô, 21

Octobre 2000.

(77) MAECHETTI D.

Prévention du cancer bronchique, lutte contre le tabagisme.

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

(78) LARGUE G.

Tabac : du comportement à la dépendance.

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

(79) LABBE A.

Conséquences du tabagisme sur la fonction pulmonaire de l'adolescent .

Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2000 ; N°7.

(80) LEBARGY F.

La dépendance nicotinique.

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

(81) CHABROL H.

Etude de la dépendance nicotinique chez 342 adolescents fumeurs.

Archive de pédiatries 2004 ; 7 :1064-71.

(82) NDIAYE, HANE A., NDIR M., BA O., DIOP / DIA D.

Le tabagisme parmi les médecins exerçant à Dakar.

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

(83) TREDANIEL J., ZALCMAN G ., HIRCH A.

Tabac et maladies respiratoires.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), pneumologie, 1996 ; 6-020-A-50,4

(84) BROCHU D., TREMBLAY M.

L'usage du tabac chez les adolescents : un choix contre indiqué.

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/Expertise/adoles.html>

(85) NGUYEN., RATHERISON C., VERNEJOUX JM.

Influence du tabagisme sur la vie quotidienne des adolescents
asthmatiques.

Rev Mal Respir 2002 ; 19 :301-303.

(86) CHARLES W. WARREN.

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

OMS, Recueil d'Articles, 2001 ; N°4.

(87) TESSIER JF.

Enquête parmi les étudiants européens.

Tabac ou santé, Paris, 1990 :21.

(88) LARGUE G., BRAMELLES A., LEBARGY F.

La toxicologie du tabac.

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

(89) CHEHAIBOU H.

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

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

(90) NAHRAOUI A.

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

Thèse Médecine, Casablanca, 1993, N°17.

(91) CHAHIBOU O.

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

Thèse Médecine, Casablanca, 1993, N°18.

(92) WAHBI K.

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

Thèse Médecine, Casablanca, 2000, N°286.

(93) LACHGAR F.

Tabagisme chez les étudiants en Médecine.

Thèse Médecine, Casablanca, 1989 ; N°213.

(94) J. KASOUATI, R. RAZINE, M. EL MRABET, K. SBAI, E. BOUATI, F. HASSOUNI, M. OUALINE, N. FIKRI BENBRAHIME

Tabagisme chez les étudiants de la sixième année de la faculté de médecine et de pharmacie de rabat. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 57, numéro S1, page 34(mai 2009), Doi : 10.1016/j.respe.2009.02.118

(95) BENTAHA A.

Tabagisme chez les médecins de la province d'El Jadida.
Thèse Médecine, Casablanca, 2000, N°57

(96) AMRAOUI. R.

Tabagisme : connaissances, attitudes et comportement des médecins généralistes de la région d'Oujda, Berkane, Taourirt.
Thèse de doctorat en médecine. Fpf.2009 num09/09.

(97) AMEURAOU T

Tabagisme : connaissances, attitudes et comportement des médecins généralistes de la région d' Er-Rachidia.
Thèse de doctorat en médecine.fmpf.2009.

(98) BOUKHISSA. A

Tabagisme : connaissances, attitudes et comportement des médecins généralistes de la région de Meknès.
Thèse de doctorat en médecine ; Fès.2007 N°31/07.

(99) MEZZANI.T

Tabagisme : connaissances, attitudes et comportement des médecins généralistes de la région de Khénifra .
Thèse de doctorat en médecine ; Fès.2008 N°41/08.

(100) ELMOUJARRAD A.

Les pratiques d'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes de la préfecture de rabat.
Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maitrise en Administration Sanitaire et Santé Publique.

(101) JOSSERAN L, HERENG T G, LE DUFF F, CHAPERON J.

Comportement tabagique des étudiants d'une faculté de médecine.

Les jeunes, le tabac et le cannabis en Europe.

Congrès Toulouse septembre 2001.

(102) SLAMA K.

L'aide non médicamenteuse au sevrage tabagique.

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

(103) SERRIER P.

Sevrage tabagique : toujours en parler.

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

(104) MARROT M.

Démarche relationnelle et éducative auprès du patient tabagique.

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

(105) NAZILA GARRIGUE N.

Le médecin généraliste face à un patient fumeur.

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

(106) ALBERT H.

Publicité pour le tabac et santé publique.

Rev, Prat, 1999 ; 49 :1452-5

(107) SANCHO-GARNIER H.

Evaluation des programmes de prévention du tabagisme.

Rev, Prat., 1993 ; 43,10 :1252-5

(108) TREDANIEL J., ZALCMAN G., HIRSH A.

Tabac et maladies respiratoires.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Pneumologie, 1996; 6-020-A-50

(109) Offensive anti-tabac en France.

Médecine et Droit, 2000, 31-2.

Anonyme et confidentiel

**ENQUETE SUR LE TABAGISME CHEZ LES ETUDIANTS EN
MEDECINE**

(Prière de cocher sur les cases correspondantes dans l'affirmative et de préciser certains éléments)

Année d'étude : 1^{ère} ☐ 2^{ème} ☐ 3^{ème} ☐ 4^{ème} ☐ 5^{ème} ☐ 6^{ème} ☐

1 - Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

2 - Age :ans

3 – Les gens qui fument dans votre entourage: a)- père ☐ b)- mère ☐ c)- frère ☐ d)- sœur ☐ e)- amis ☐

Etes-vous :

4 – non fumeur : ☐ Pour quelles raisons vous ne fumez pas ou vous avez arrêté de fumer ?

5 – Ex fumeur : ☐ 1 - je n'en ai pas envi ☐ 4 - ça coûte trop cher ☐
2 - c'est dangereux pour la santé ☐ 5 - la religion l'interdit ☐
3 - j'ai décidé d'être non fumeur ☐ 6 – je ne veux pas être dépendant ☐

6 – Fumeur occasionnel : ☐ - Depuis combien de temps avez-vous fumé

- Achetez- vous les cigarettes : oui ☐ non ☐

- Ne craignez-vous pas de devenir fumeur définitif ? oui ☐ non ☐

7 – Autres habitudes : a- Hachich ☐ b- kif ☐ c- Alcool ☐ d- chicha ☐

8 – Fumeur réguliers : ☐

9 – Depuis combien du temps vous êtes fumeur ?.....

10 – A quel âge vous avez fumé votre 1^{ère} cigarette ?.....

11 – Fumiez- vous devant vos parents ? oui ☐ non ☐

12 – Combien fumez vous actuellement par jour ? (en nombre)

Cigarettes industrielles avec filtre /___/ Cigarettes industrielles sans filtre /___/

Cigarettes roulées à la main /___/ Pipes /___/ Cigares /___/

13 – Coût journalier de vos cigarettes ?..... franc CFA

14 – Présentez- vous des symptômes liés à la cigarette :

* Toux ☐

* Angine ☐

* Crachats le matin ☐

* Une mauvaise haleine ☐

* Essoufflement (dyspnée) après effort ☐

* Infection respiratoire répétée ☐

15 – Dans quelle circonstance vous avez fumé votre 1^{ère} cigarette ?

1- Par ennui ☐

2- Par curiosité ☐

3- Pour entrer dans le monde des grands ☐

4- Par déception ☐

5- Par le stress des examens ☐

16 – Quelles sera votre attitude vis-à-vis du tabac dans 5 ans ?

- Je fumerai certainement tous les jours ☐

- Je fumerai probablement tous les jours ☐

- Je ne fumerai probablement pas tous les jours ☐

- Je ne fumerai certainement pas tous les jours ☐

Evaluation de la dépendance à la nicotine : (Test de FAGERSTOM)

17 – Combien de temps après votre réveil fumez- vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 premières minutes ☐ 3 - Entre 6-30 minutes ☐ 2

- Entre 31-60 minutes ☐ 1 - Après 60 minutes ☐ 0

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

Oui 1 ☐ Non 0 ☐

19 – A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

La première ☐ 1 Une autre ☐ 0

20 – Combien fumez- vous de cigarettes ? * < 10 ☐ 0 * 11 à 20 ☐ 1 * 21-30 ☐ 2 * > 30 ☐ 3

21 – Fumez – vous à un rythme plus soutenu le matin que l’après midi ? Oui ☐ 1 Non ☐ 0

22 – Fumez – vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ? Oui ☐ 1 Non ☐ 0

Si le score est entre : - 0 à 3 points : vous êtes non ou peu dépendant à la nicotine
- 4 à 6 points : vous êtes dépendant
- 7 à 10 points : vous êtes fortement dépendant

23 – Avez- vous déjà essayé d’arrêter de fumer ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui parce que : - C’est cher ☐
- C’est dangereux pour la santé ☐
- C’est une mauvaise habitude ☐
- Je ne veux pas devenir dépendant ☐

Si Non parce que : - pas de risque ☐
- Il y a des risques, mais ce n’est pas dangereux ☐
- C’est trop difficile d’arrêter ☐
- Je n’ai pas envie d’arrêter ☐

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

	souvent	parfois	rarement	jamais
1- pour patients avec symptômes respiratoires				
2-si le patient pose la question				
3- dans tous les cas				

25 – Un certain nombre d’opinion ont été exprimée sur les moyens de réduire le tabagisme
par une action législative, seriez vous d’accord ou désaccord avec les opinions suivantes :

	Tout à fait d’accord	Moyennement d’accord	Indifférent	Tout à fait en désaccord
1-Une mise en garde contre les dangers du tabac devrait figurer sur les paquets de cigarettes.				
2-Les prix du tabac devraient être fortement majorés				
3-L’usage du tabac devrait être interdit dans les lieux fermés				
4-la vente de tabac aux enfants devrait être fortement interdite				
5-Les professionnels de la santé devraient être spécialement formés à aider les patients qui veulent cesser de fumer				

« Nous vous remercions vivement d’avoir répondu avec soin et en toute vérité à ce questionnaire »

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants ce que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre méprisée de mes confrères si j'y manque ! »

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le président du jury

Vu :

Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer

Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et par
délégation

Le Doyen

