



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N°280

**TABAGISME ET AUTRES HABITUDES TOXIQUES CHEZ
LES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DE MARRAKECH**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/06/2023

PAR

Mlle . EL OUAZZANI YASMINE

Née le 04 janvier 1998 à SAFI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Tabagisme - étudiants en médecine - prévalence- attitudes

JURY

Mr.	M. BOURROUS Professeur de Pédiatrie	PRESIDENT
Mme.	S. AIT BATAHAR Professeur de Pneumo-phtisiologie	RAPPORTEUR
Mme.	M. OUALI IDRISSI Professeur de Radiologie	} JUGES
Mme	L. ADARMOUCH Professeur de Médecine Communautaire	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأحقاف





Serment d'hippocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

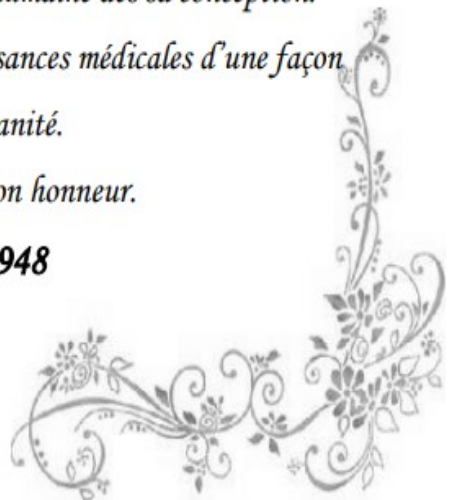
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'Enseignement Supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ATMANE El Mehdi	Radiologie
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	BASRAOUI Dounia	Radiologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	BEN DRISS Laila	Cardiologie
ADMOU Brahim	Immunologie	BENALI Abdeslam	Psychiatrie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	BENJILALI Laila	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie

ALJ Soumaya	Radiologie	BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie obstétrique
AMAL Said	Dermatologie	BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio–vasculaire
AMMAR Haddou	Oto–rhino–laryngologie	BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	BOURROUS Monir	Pédiatrie

ANIBA Khalid	Neurochirurgie	BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie–virologie	BSISS Mohammed Aziz	Biophysique
ASMOUKI Hamid	Gynécologie–obstétrique	CHAFIK Rachid	Traumato–orthopédie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie–embryologie cytogénétique
CHELLAK Saliha	Biochimie–chimie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	JALAL Hicham	Radiologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	KADDOURI Said	Médecine interne
CHRAA Mohamed	Physiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
DAHAMI Zakaria	Urologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie–réanimation
DAROUASSI Youssef	Oto–rhino–laryngologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	KHOUCHEM Mouna	Radiothérapie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie–réanimation	KISSANI Najib	Neurologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	KRATI Khadija	Gastro–entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métabolique	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio–vasculaire	LAOUAD Inass	Néphrologie
EL HAOURY Hanane	Traumato–orthopédie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie–générale
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	MADHAR Si Mohamed	Traumato–orthopédie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	MOUFID Kamal	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
FADILI Wafaa	Néphrologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
GHANNANE Houssine	Neurochirurgie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
GHOUNDALE Omar	Urologie	OUBAHA Sofia	Physiologie

HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie	QACIF Hassan	Médecine interne
HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie réanimation
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
RADA Nouredine	Pédiatrie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
RAIS Hanane	Anatomie Pathologique	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
SARF Ismail	Urologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique

SORAA Nabila	Microbiologie–virologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie–obstétrique	ZYANI Mohammad	Médecine interne
TASSI Noura	Maladies infectieuses		

Professeurs Habilités (PH)

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique		
GEBRATI Lhoucine	Chimie		
LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAMMOUNE Nabil	Radiologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MESSAOUDI Redouane	Ophthalmologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie–virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie–orthopédie
BAKZAZA Oualid	Chirurgie Vasculaire périphérique	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie–réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie–réanimation
BELLASRI Salah	Radiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie–pathologique
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie–réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe

ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
FENANE Hicham	Chirurgie thoracique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	DAMI Abdallah	Médecine Légale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	DARFAOUI Mouna	Radiothérapie
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	DOULHOUSNE Hassan	Radiologie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
AIT LHAJ El Houssaine	Ophtalmologie	EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	EL HAMDAOUI Omar	Toxicologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
AZIZI Mounia	Néphrologie	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
BELARBI Marouane	Néphrologie	EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	ESSAFTI Meryem	Anesthésie-réanimation
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie	FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	IDALENE Malika	Maladies infectieuses

JEBRANE Ilham	Pharmacologie	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgie générale
KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
LACHHAB Zineb	Pharmacognosie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
LAHMINI Widad	Pédiatrie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
LAKHDAR Youssef	Oto-rhino-laryngologie	SAYAGH Sanae	Hématologie
LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie	SBAI Asma	Informatique
LGHABI Majida	Médecine du Travail	SLIOUI Badr	Radiologie
MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques	WARDA Karima	Microbiologie
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
NASSIH Houda	Pédiatrie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
RACHIDI Hind	Anatomie pathologique	ZOUITA Btissam	Radiologie
RAFI Sana	Endocrinologie et maladies métaboliques		

LISTE ARRETEE LE 03/04/2023



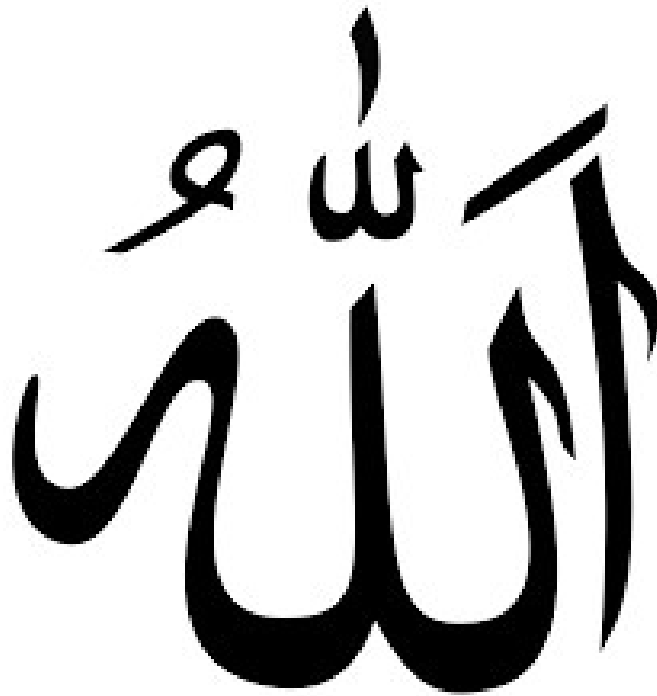
DEDICACES



“Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries.”

Marcel Proust

C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse à :



**Louange à Dieu tout puissant
Qui m'a permis de voir ce jour tant attendu...**

*À ma chère mère
Bencherifa Fatima
Chère maman,*

Je tiens à te dédier cette thèse, qui marque une étape importante de ma vie professionnelle et personnelle. Tu as été un soutien inconditionnel tout au long de mes études et je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu m'as appris à être persévérante, ambitieuse et passionnée dans tout ce que je faisais. Ta bienveillance, ta patience et ton amour infini et inconditionnel ont été des piliers solides pour moi.

Cette thèse est le fruit de tout ce que tu m'as appris, de tout ce que tu m'as transmis et de tout ce que tu m'as inspiré. J'espère que cette dédicace te fera plaisir et que tu seras fière de moi car tu es ma source d'inspiration et de force, et sans toi, rien de tout cela n'aurait été possible. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir encouragée à atteindre mes rêves. Je t'aime de tout mon cœur.

*À mon cher père
El Ouazzani Ouadia
Cher papa,*

Je ne saurais exprimer suffisamment ma gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi tout au long de ma vie. Tu m'as toujours soutenue, encouragée et inspirée pour poursuivre mes rêves. Tu es un modèle de persévérance, de sagesse et d'amour inconditionnel. Sans ton soutien et ta patience, je n'aurais jamais pu atteindre ce stade de ma vie.

Ta présence est toujours réconfortante et ta sagesse est inestimable. Je te suis infiniment reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi et je te dédie cette thèse comme un témoignage de mon amour et de ma gratitude envers toi. Tu es une source d'inspiration inépuisable et je suis tellement fière de t'avoir comme modèle. Merci du fond du cœur pour tout ce que tu as sacrifié pour moi. Je t'aime énormément.

*À mon frère
El Ouazzani Yassine*

Tu es bien plus qu'un frère pour moi, tu es mon meilleur ami. Ta présence bienveillante, ton soutien constant et tes conseils avisés ont été d'une valeur inestimable tout au long de ce parcours. Tu as été mon roc, ma source d'inspiration et mon modèle à suivre. Cette thèse est dédiée à toi, mon cher frère, pour ta confiance en moi, ton amour indéfectible et ta fierté. Je te suis infiniment reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi. Notre lien fraternel est une bénédiction dont je suis extrêmement reconnaissante.

*À mes chères grand-mères
Haouraji Mbaraka et Labrissi Fatima*

Je vous suis profondément reconnaissante pour votre soutien inconditionnel, vos prières et votre bénédiction tout au long de ma vie. Votre présence bienveillante a été une source de réconfort et de force inébranlables. Que Dieu, le Tout-Puissant, veille sur vous, vous préserve en bonne santé et vous accorde une longue vie remplie de bonheur et de prospérité.

*À feu mes grands-pères
El Ouazzani Ahmad et Bencherifa Mohamed*

*Cette thèse est dédiée à votre mémoire et à l'héritage précieux que vous avez laissé derrière vous.
Puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de vos âmes par sa sainte miséricorde.*

*À ma famille maternelle et paternelle
Famille Bencherifa et famille El Ouazzani*

Vous avez été ma source de soutien et d'inspiration depuis le tout début. Votre amour inconditionnel, vos encouragements constants et votre fierté à mon égard m'ont donné la force nécessaire pour aller de l'avant. Cette thèse est dédiée à vous tous, pour votre présence précieuse dans ma vie et pour tous les sacrifices que vous avez faits pour me voir réussir. Je vous suis profondément reconnaissante et je vous aime du plus profond de mon cœur.

À ma meilleure amie

Hiraji Rime

Tu as été ma confidente, ma complice et mon roc tout au long de cette aventure. Tes encouragements inébranlables, tes conseils avisés et ton soutien indéfectible m'ont permis de garder le cap même dans les moments les plus difficiles. Cette thèse est dédiée à toi, ma meilleure amie, pour ta présence constante, ton écoute bienveillante et ton amitié précieuse. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir partagé cette expérience avec moi. Je te suis infiniment reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi.

À ma meilleure amie

Sabour Ibtissam

Toi, ma complice de toujours, celle qui a été à mes côtés dans les bons moments comme dans les moments difficiles, cette dédicace est spécialement pour toi. Ton soutien inconditionnel, et ta présence réconfortante ont illuminé ma vie et ont rendu cette expérience encore plus spéciale. Merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir écoutée, encouragée et comprise. Cette thèse est dédiée à notre amitié solide et indéfectible.

À mon amie d'enfance

Lemgendez Wafae

De nos jeux insoucians aux confidences partagées, notre amitié a grandi avec nous. Les années ont passé, mais notre lien est resté fort, témoignant de notre amitié véritable. Merci d'avoir été cette amie spéciale qui a enrichi ma vie de tant de merveilleux souvenirs. Que notre amitié continue à briller et à s'épanouir, car tu es une part irremplaçable de ma vie. Avec toute ma gratitude et mon amour sincère.

*À mes amies et sœurs de cœur
El Ourdi Souad et El Ouardi Meryem*

*Cette thèse est dédiée à vous, qui avez été mes compagnes fidèles dans les
hauts et les bas.*

*Votre présence, votre soutien inconditionnel et votre amitié ont été des
trésors inestimables.*

*Que notre lien perdure, rempli de rires, de partages et de souvenirs
inoubliables.*

*À mes bonnes amies
Elbyouzi El batoul, Elmouloua Ikram, Elaatifi Kaoutar, El kihel
Kaouthar, Ghita Ghazal, Salsabile Fahde
Houda Elkhayat, Bahia Elhorre, Manal Ghalim*

*Cette dédicace est spécialement pour vous, mes compagnes d'aventures
universitaires. Nous avons partagé des moments mémorables, des rires,
des études et des défis ensemble. Votre amitié a rendu ces années
d'université inoubliables.*



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :
PROFESSEUR MOUNIR BOURROUS

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour avoir présidé ma thèse. Votre expertise, votre passion pour l'enseignement et votre dévouement m'ont inspiré tout au long de ce parcours académique. Vos conseils éclairés, votre soutien indéfectible et vos critiques constructives ont été essentiels durant mon cursus.

Mon passage dans votre service a été marqué par des moments d'apprentissage enrichissants, où j'ai pu bénéficier de votre savoir médical. Votre capacité à transmettre vos connaissances avec clarté et passion a éveillé en moi une véritable passion pour la pratique médicale. Je vous prie d'accepter, cher maître, l'expression de ma reconnaissance la plus sincère et de mon profond respect. Votre mentorat et votre soutien ont été essentiels pour mon succès, et je serai toujours reconnaissant(e) de l'impact positif que vous avez eu sur ma vie académique et professionnelle.

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE :
PROFESSEUR SALMA AIT BATAHAR

Je tiens à vous adresser mes sincères remerciements pour votre précieuse guidance et votre soutien tout au long de ma thèse. Votre expertise, votre dévouement et votre bienveillance ont été des éléments essentiels dans la réussite de ce travail.

Votre passion pour la recherche, votre rigueur scientifique et votre capacité à transmettre vos connaissances ont été une source d'inspiration pour moi. Votre accompagnement attentif, vos conseils éclairés et vos encouragements constants ont été d'une grande valeur. Votre présence et votre disponibilité ont fait de notre collaboration une expérience enrichissante et motivante.

Je suis profondément reconnaissante d'avoir eu la chance de travailler sous votre direction. Votre influence positive sur mon parcours académique restera gravée dans ma mémoire, et je suis fière de pouvoir appliquer les connaissances et les compétences que j'ai acquises grâce à vous dans ma future carrière.

Encore une fois, je tiens à vous exprimer ma gratitude la plus sincère pour votre dévouement, votre expertise et votre soutien inconditionnel. Vous êtes un modèle exemplaire en tant que professeure et chercheuse, et je suis honorée d'avoir pu bénéficier de vos enseignements.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
PROFESSEUR MARIEM OUALI IDRISSE:

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'opportunité que vous m'offrez en acceptant de juger ce travail. Votre bienveillance et votre accueil chaleureux ont laissé une empreinte indélébile en moi. Je profite de cette occasion pour vous témoigner toute mon admiration. Je suis sincèrement reconnaissante de votre contribution à mon parcours académique et je suis consciente de la chance qui m'est donnée de bénéficier de vos remarques constructives. Je vous prie d'accepter l'expression de ma plus profonde gratitude et de mon respect sincère pour votre implication dans l'évaluation de ce travail.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PROFESSEUR LATİFA ADARMOUCH :

Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Votre aimable acceptation et votre sympathie nous touchent profondément. Votre présence parmi nous témoigne de votre engagement envers notre réussite académique.

Permettez-moi de vous exprimer ma gratitude et mon respect sincères pour votre précieuse implication dans l'évaluation de ce travail. Votre participation active et votre expertise ont grandement contribué à enrichir cette expérience académique. Vos commentaires et recommandations éclairés ont été d'une grande valeur pour moi.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

FMP	: Faculté de médecine et de pharmacie
CHU	: Centre hospitalier universitaire
GSPSS	: GLOBAL HEALTH STUDENTS SURVEY
OMS	: Organisation mondiale de la santé
WHO	: world health organization
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
DS	: Différence statistique
DSS	: Différence statistique significative
NS	: Non significative
CO	: Monoxyde de carbone
IC	: Insuffisance cardiaque
BPCO	: Broncho-pneumopathie chronique obstructive
FPI	: Fibrose pulmonaire idiopathique
DIP	: Pneumopathie interstitielle desquamative
TNS	: Traitement nicotinique de substitution
TRN	: Thérapie de remplacement de la nicotine
FDA	: Food and Drug Administration
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PPM	: Part par million
CIRC	: Centre international de recherche sur le cancer
RR	: Risque relatif

HL : Histiocytose langerhansienne

BR : Bronchiolite respiratoire



Plan



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	4
RESULTATS	9
I. Recueil des questionnaires :	10
II. Profil sociodémographique :	11
1. Le genre :	11
2. L'âge :	12
3. Tabagisme dans l'entourage :	12
4. Etat de santé des participants :	14
5. Pratique de sport :	16
III. Prévalence du tabagisme :	17
1. Prévalence globale du tabagisme :	17
2. Prévalence selon l'âge	18
3. Prévalence selon le genre :	18
4. Prévalence selon l'année d'études :	19
5. Répartition selon l'âge du début du tabagisme :	20
6. Répartition selon les motivations de début du tabagisme :	23
7. Répartition selon le nombre de cigarettes par jour :	24
8. Répartition selon le cout journalier de cigarettes par jour	25
9. Symptômes liés au tabac :	26
10. Tabagisme en période d'examens	28
11. Tabagisme au cours des gardes à l'hôpital	29
12. Tentatives d'arrêt de tabagisme :	30
13. Autres alternatives au tabac :	31
14. la plus longue durée sans tabac :	32
15. Répartition selon les motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme :	33
16. Raisons de ne pas avoir essayé d'arrêter :	34
IV. Test de fagerström	35
V. Etude des ex fumeurs : (Arrêt de tabagisme depuis au moins 3 mois) :	42
1. La durée d'arrêt :	42
2. La durée du tabagisme chez les ex fumeurs :	43
3. Nombre de cigarettes fumées par jour avant l'arrêt :	44
4. Symptômes liés au sevrage :	45
5. Nombre de tentatives avant le sevrage définitif :	46
6. Prise de poids après le sevrage :	47
VI. Autres habitudes toxiques :	48
1. Utilisation d'autres substances :	48
2. Les substances utilisées en dehors du tabac :	49
3. Fréquence d'utilisation	50
4. Consommation des substances simultanément :	51
VII. Connaissances et attitudes vis-à-vis du tabac :	52

1. Niveau de conscience des étudiants sur les risques du tabagisme sur la santé :	52
2. Connaissances des étudiants vis-à-vis des méfaits du tabac :	53
3. Connaissances des étudiants vis-à-vis des méfaits du tabac :	54
4. Avis des étudiants de certaines mesures législatives pouvant réduire le tabagisme :	54
5. Existence d'une loi anti-tabac au Maroc :	56
6. Participation à une campagne anti-tabac :	58
DISCUSSION	60
RAPPEL	62
I. GÉNÉRALITÉS	62
1. Constituants du tabac :	62
2. Les effets du tabac sur la santé	52
3. La loi anti-tabac au Maroc :	69
DISCUSSION	72
1. Prévalence du tabagisme :	72
2. L'étude des fumeurs	86
3. Sevrage tabagique :	89
4. Etude des ex fumeurs :	90
5. Attitudes des étudiants face au tabagisme	90
RECOMMANDATION	98
RESUMES	101
ANNEXES	111
BIBLIOGRAPHIE	120



INTRODUCTION



Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le tabagisme est une des causes principales de maladies et de décès évitables dans le monde. Il est actuellement considéré comme un enjeu majeur de santé publique, avec une mortalité estimée chez la moitié des fumeurs. [1]

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a rapporté que le tabagisme était responsable de plus de 8 millions de décès chaque année en 2020. Parmi ceux-ci, plus de 7 millions sont des consommateurs actuels ou anciens et environ 1,2 million sont des non-fumeurs exposés à la fumée passive. Plus de 80% des 1,3 milliard de fumeurs dans le monde vivent dans des pays à faible ou moyen revenu. [1]

En 2012, l'OMS a estimé que le nombre de décès dus au tabagisme était d'environ 4 millions par an, mais ce chiffre a doublé en 2020, ce qui en fait un grave problème de santé publique mondial qui met en danger la vie humaine dans son ensemble. Si la prévalence du tabagisme n'est pas réduite, le nombre de décès liés au tabac devrait atteindre près de 10 millions de cas par an en 2030, dont 70% dans les pays en développement. Il est également important de noter que la cigarette tue un adulte sur dix et un fumeur sur deux. [2]

Aujourd'hui, plus d'une personne sur sept fume dans le monde, soit 1,5 milliard de personnes. Chaque jour, plus de 13 000 personnes décèdent de maladies liées au tabac et chaque année, ce nombre est supérieur au nombre total de décès dus au VIH/SIDA, à la consommation de drogues, aux accidents de la route, aux meurtres et aux suicides réunis. Le tabagisme passif est également un grave problème, causant plus de 1,2 million de décès prématurés par an, ainsi que des maladies cardiovasculaires et respiratoires graves. Près de la moitié des enfants respirent régulièrement de l'air pollué par la fumée de tabac dans les espaces publics et 65 000 décèdent chaque année de maladies liées au tabagisme passif. [3]

Le Maroc est connu pour être l'un des plus grands consommateurs de tabac de la zone méditerranéenne, avec plus de 15 milliards de cigarettes fumées chaque année. Selon les données les plus récentes, la prévalence du tabagisme est estimée à 17,7% chez les Marocains âgés de 18 ans et plus, ce qui représente une préoccupation majeure pour la santé publique. De plus, près de 41% de la population marocaine est exposée au tabagisme passif, ce qui peut également avoir des conséquences négatives sur la santé. Ces chiffres soulignent l'importance de sensibiliser les gens aux dangers du tabagisme et de mettre en place des politiques efficaces pour réduire le taux de tabagisme dans le pays. [5]

Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle crucial dans la promotion de la réduction de la consommation de tabac parmi toutes les autres parties de la société. Ils peuvent agir en tant que modèles en ne fumant pas, et en même temps, ils peuvent donner des conseils à leurs patients pour les aider à abandonner la cigarette. [4]

L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence du tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech, de décrire leur comportement, leurs connaissances et leur attitude vis-à-vis du tabac. Il s'agit d'une enquête similaire à une série d'études menées à l'échelle nationale et internationale sur différentes catégories socioprofessionnelles, y compris les futurs médecins qui joueront un rôle clé dans la lutte contre le tabagisme. Ce travail offre également l'opportunité de sensibiliser les étudiants aux dangers du tabagisme en vue de leur rôle important dans la prévention et la prise en charge des fumeurs souhaitant arrêter.



PATIENTS ET METHODES



I. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une enquête descriptive observationnelle transversale, réalisée entre le 1 Décembre 2022 au 1 Avril 2023 visant à évaluer la prévalence du tabagisme parmi les étudiants en médecine. Cette enquête a été menée à l'aide d'un questionnaire auto-administré distribué aux étudiants de la FMP de Marrakech. Les questionnaires ont été distribués sous forme numérique via Google Forms et partagés sur les réseaux sociaux.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Déterminer la prévalence du tabagisme chez les étudiants de la 1ère à la 7ème année de la faculté de médecine de Marrakech : prévalence globale, prévalence selon le genre, l'âge, le niveau d'études...

Évaluer les facteurs associés au tabagisme, les causes et les effets du tabagisme sur la santé des étudiants de la FMPM.

Évaluer les connaissances des étudiants sur les risques du tabagisme, et leur attitude envers les patients en tant que futurs praticiens.

III. POPULATION CIBLE :

Les étudiants en médecine de la FMPM de tous les niveaux d'étude (de la 1ère année à la 7ème année) ont été invités pour participer à l'étude.

1. Critères d'inclusion :

- Tout étudiant inscrit à la faculté de médecine de Marrakech de la 1ère à la 7ème année

2. Critères de Non inclusion :

- Les internes et les résidents et tout étudiant en médecine non inscrit à la faculté de médecine de Marrakech.
- Tout étudiant inscrit hors de la faculté de médecine de Marrakech.
- Tout étudiant qui refuse de participer à l'enquête.

IV. ECHANTILLON :

La taille de l'échantillon représentatif calculée était de 324, avec la formule suivante :

$$- n = [(Z^2 * p * (1-p)) / E^2]$$

- n : Taille d'échantillon minimale

- z : Niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95%, $z = 1.96$)

- p : prévalence estimée du tabagisme dans la population retrouvée dans la littérature.

- e : Marge d'erreur (fixée à 5 %)

V. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE :

Une enquête a été menée en utilisant un questionnaire en ligne anonyme et standardisé pour collecter des données (voir annexe 1). Le questionnaire de l'enquête a été élaboré à partir de recherches bibliographiques et est constitué de 6 parties et de 43 questions.

Nous avons privilégié les questions fermées, qualitatives et numériques, à choix unique ou multiple.

- La première partie du questionnaire a recueilli des informations générales, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'études et le statut tabagique, la présence de fumeurs dans l'entourage, les maladies éventuelles, la pratique du sport ou de loisirs.
- La deuxième partie était destinée aux fumeurs et a porté sur des informations telles que l'âge de début, la durée du tabagisme, les dépenses liées à la cigarette, les raisons de la variation de leur consommation, l'augmentation ou la diminution de la consommation en période d'examen ou de garde à l'hôpital, les tentatives antérieures d'arrêter de fumer, le temps le plus long sans tabac, les moyens utilisés pour arrêter, les raisons pour arrêter et les raisons de ne pas essayer d'arrêter, les symptômes liés au tabagisme et le niveau de dépendance calculé avec le test de fagerström.
- La troisième partie du questionnaire a comporté des questions sur le sevrage tabagique et l'état des anciens fumeurs après l'arrêt du tabac, et comprend des questions sur la durée

depuis laquelle ils ont arrêté de fumer, le nombre de cigarettes fumées avant l'arrêt, les symptômes liés au sevrage et le nombre de mois de tabagisme avant l'arrêt.

- La quatrième partie a eu comme objectifs la détermination des autres habitudes toxiques des étudiants, et la fréquence de leur utilisation.
- La cinquième partie a visé de rapporter les connaissances des étudiants sur les méfaits du tabac, et de percevoir leur rôle dans la lutte antitabac.

VI. RECEUIL DES DONNEES :

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme préétabli formulé sur Google Forms. Ce questionnaire a été diffusé en ligne à travers plusieurs canaux, notamment les groupes Facebook des étudiants de la FMPM de la première à la septième année, en privé via l'application WhatsApp et par e-mail. La diffusion en ligne du questionnaire a été privilégiée pour garantir la confidentialité des participants et faciliter le remplissage, tout en respectant la population cible et permettant d'atteindre un grand nombre de répondants. Le questionnaire a été rediffusé six fois à travers les différents canaux pour solliciter les non-répondeurs à participer à notre étude. En tout, 403 réponses ont été collectées grâce aux différentes méthodes utilisées.

VII. CONSIDERATIONS ETHIQUES :

Le présent travail s'est déroulé en accord avec les principes éthiques qui régissent la recherche médicale impliquant des êtres humains, tels que définis par la Déclaration d'Helsinki. Avant la soumission du questionnaire, les participants ont été dûment informés des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement éclairé pour y participer. Leur participation a été volontaire et ils ont été informés de leur inclusion dans l'étude en remplissant le questionnaire.

VIII. LIMITES DE L'ETUDE :

L'étude utilise un questionnaire auto-administré en ligne, ce qui pourrait causer un biais d'auto-sélection. Les étudiants qui font partie des groupes de promotion seraient plus susceptibles de participer, ce qui pourrait ne pas représenter la population étudiante dans son ensemble.

Il est possible que certains étudiants ne soient pas intéressés par l'étude ou ne souhaitent pas divulguer leur comportement de tabagisme, ce qui pourrait entraîner des biais de non-réponse ou de sous-représentation des comportements de tabagisme.

Il est possible que les étudiants ne soient pas honnêtes dans leurs réponses en raison de la stigmatisation sociale associée au tabagisme, ce qui pourrait conduire à une sous-estimation du taux de tabagisme.

IX. GESTION et ANALYSE DES RESULTATS :

Le traitement statistique des données de cette étude a été réalisé par le logiciel SPSS version 23 et Excel 2022.

Pour étudier les scores, les variables quantitatives ont été comparées entre le moyen par le test t de Student pour échantillons indépendants.

Quant aux variables qualitatives (nominales ou ordinales), elles ont été comparées à l'aide du test du chi-2 (x 2) de Pearson.

Les données pour les variables continues ont été résumées en utilisant la moyenne (M) et l'écart-type (SD). Pour les statistiques descriptives de notre population ; l'effectif, la fréquence (%), la moyenne, la médiane, l'écart-type, et le min-max ont été utilisées.

Les résultats ont été considérés comme étant significatifs au niveau d'incertitude de 5% ($p \leq 0,05$).



Resultats



I. Recueil des questionnaires :

Nous avons pu rassembler 403 réponses, cet effectif se répartit comme suit :

82 de 1^{ère} année (20,35 %)

45 de 2^{ème} année (11,17 %)

51 de 3^{ème} année (12,66 %)

46 de 4^{ème} année (11,41 %)

45 de 5^{ème} année (11,17 %)

55 de 6^{ème} année (13,65 %)

79 de 7^{ème} année (19,60 %)

Les réponses ont été recueillies sur le questionnaire numérique Google forms.

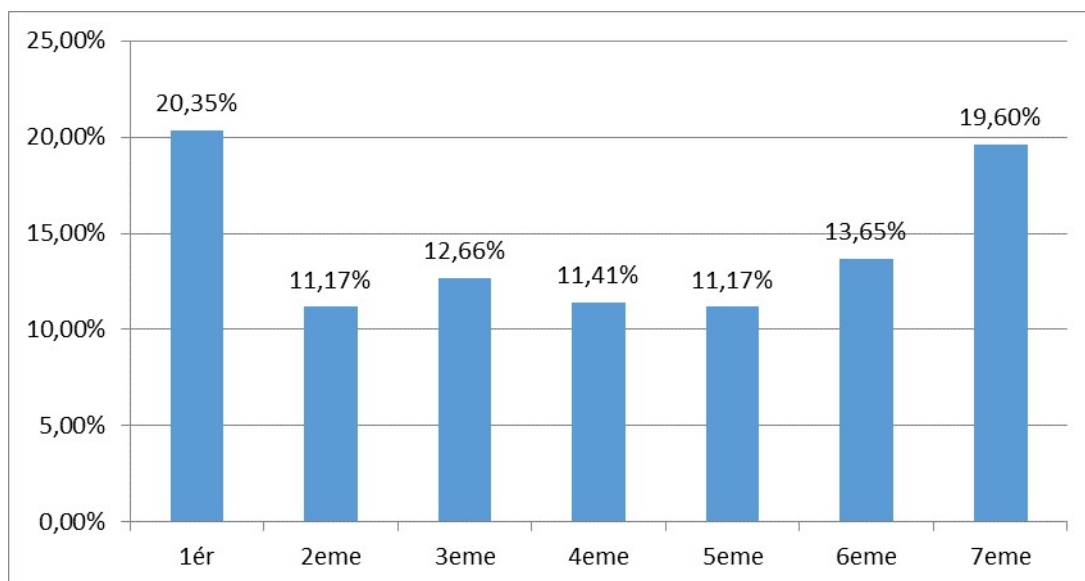


Figure1 : Le niveau d'étude des participants (n=403)

II. Profil sociodémographique :

1. Le genre :

Selon le genre, la population enquêtée était de 243 filles (60,3 %) et de 160 garçons (39,7%), sexe ratio (F/H) était de 1.51 (tableau 1)

Tableau I : Taux de participation à l'étude selon le genre (n=403)

	Fréquence	Pourcentage
Féminin	243	60,30%
Masculin	160	39,70%
Total	403	100,00%

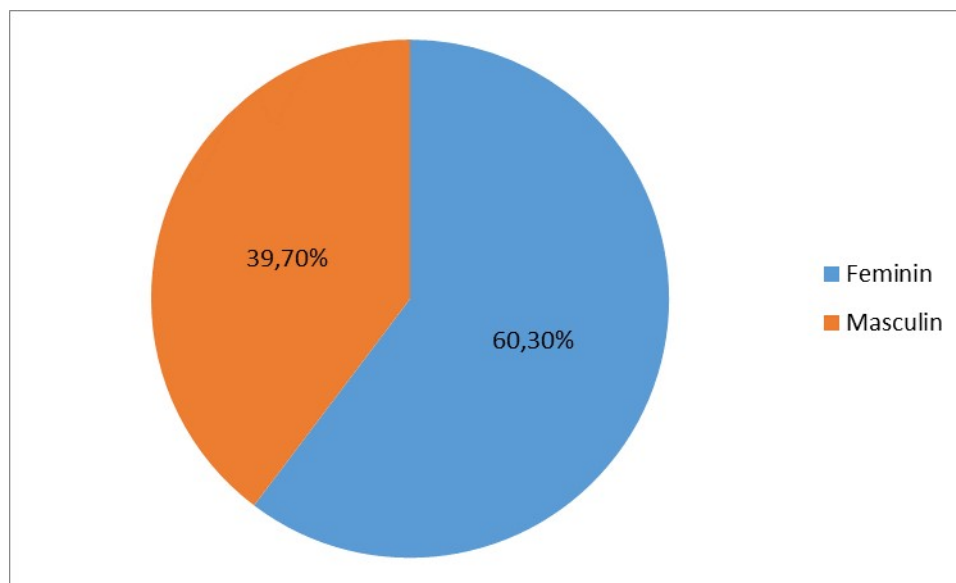


Figure 2: Répartition de l'échantillon selon le genre (n=403)

2. L'âge :

La moyenne d'âge de nos participants était de 21,27 ans avec un écart-type (ET) de 2,65 et des extrêmes de 17 et 28 ans.

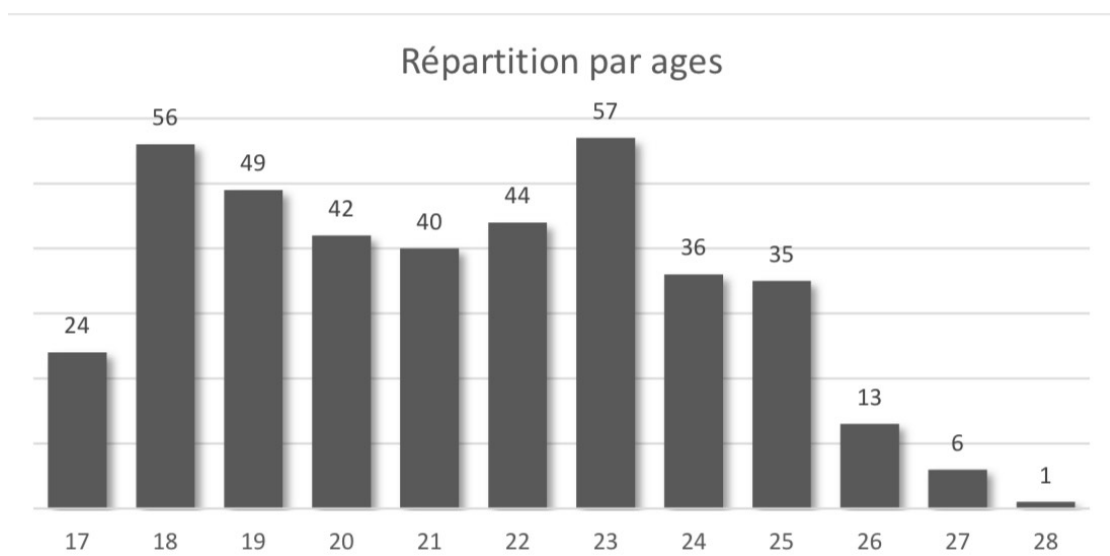


Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon l'âge (n=403)

3. Tabagisme dans l'entourage :

Au moment de l'enquête, 91,9% des fumeurs actuels et anciens ont déclaré avoir des fumeurs dans leur entourage.

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon l'entourage

		Groupe				Valeur P
		Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		
Ya t'il des fumeurs dans votre entourage?	Aucun	5	(8,1%)	172	(50,4%)	0,000
	Oui	57	(91,9%)	169	(49,6%)	

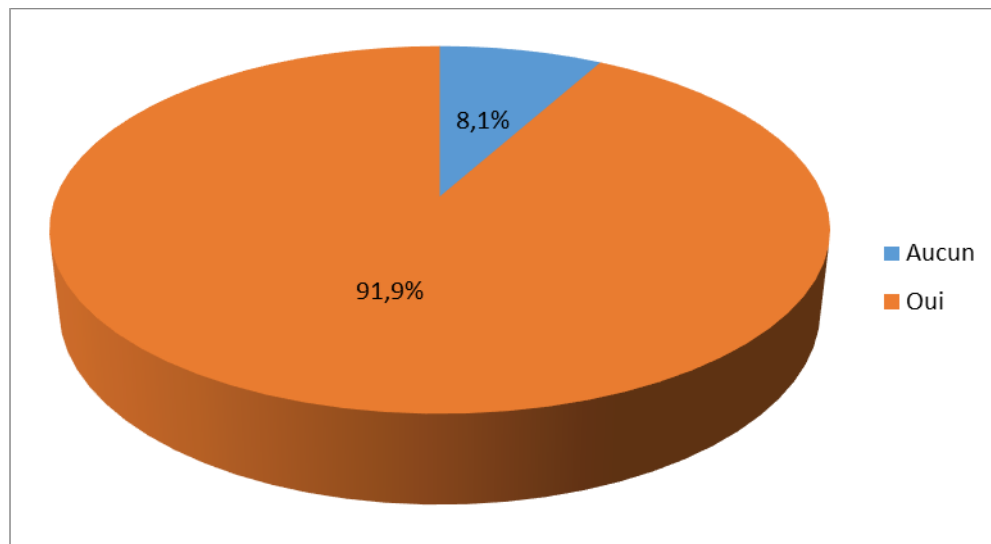


Figure 4: Répartition de selon l'entourage des fumeurs

Lors de l'enquête, il a été observé que la prévalence du tabagisme dans l'entourage des participants était plus élevée chez les amis (87,7%), suivie des pères (36,8%) et des frères et sœurs fumeurs, représentant respectivement 28,1% et 8,8%, ainsi que 1,8 des conjoints (tableau 4).

Tableau III : Répartition des fumeurs dans l'entourage des participants

		Groupe				Valeur P
		Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		
fumeurs dans votre entourage	Père	21	(36,8%)	36	(10,6%)	0,000
	Conjoint	1	(1,8%)	0	(0,0%)	0,019
	Frère	16	(28,1%)	35	(10,3%)	0,001
	Sœur	5	(8,8%)	3	(0,9%)	0,000
	Ami	50	(87,7%)	131	(38,4%)	0,000

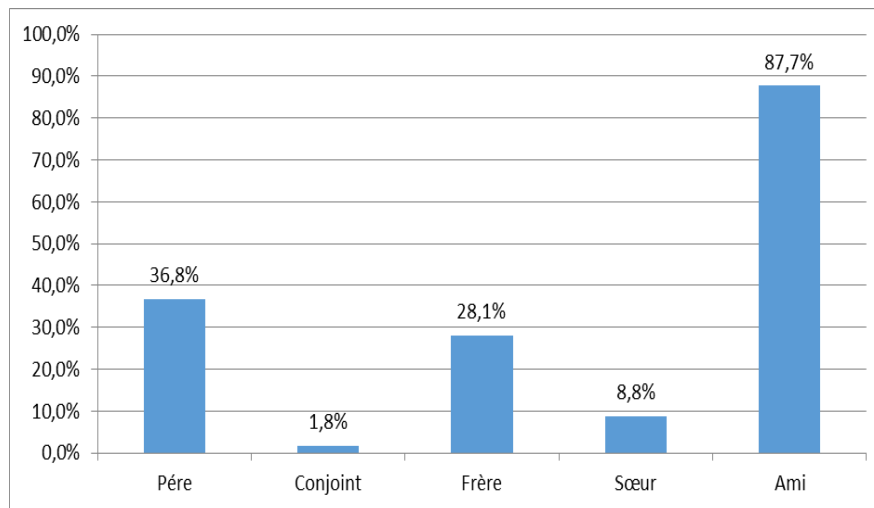


Figure 5 : Répartition des fumeurs dans l'entourage des participants

4. Etat de santé des participants :

Au moment de l'enquête, 11,66% des participants affirment avoir des problèmes de santé.

11,3% des fumeurs et anciens fumeurs ainsi que 11,7% des non-fumeurs souffrent d'une maladie. (Tableau 5)

Tableau IV : Répartition selon la souffrance de maladie :

	Groupe				Valeur P
	Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		
Aucun	55	(88,7%)	301	(88,3%)	0,921
Oui	7	(11,3%)	40	(11,7%)	

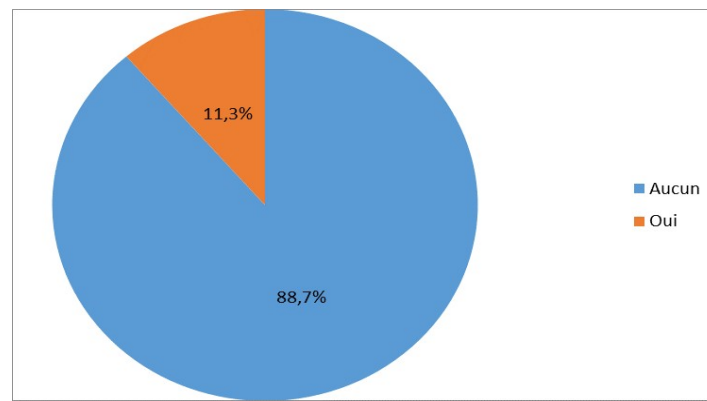


Figure 6: Répartition des fumeurs selon la souffrance de maladie :

29,79% des participants qui souffrent de maladie sont asthmatiques, 14,89% sont anémiques, 8,51% sont diabétiques, 8,51% souffrent de problèmes thyroïdiens...

Tableau V : Répartition des maladies

	Fréquence	Pourcentage
Asthme	14	29,79%
Anémie	7	14,89%
Diabète	4	8,51%
Hyperthyroïdie	4	8,51%
Dépression	2	4,26%
Lupus	2	4,26%
allergie	1	2,13%
basedow	1	2,13%
Thyroïdite	1	2,13%
cancer pulmonaire	1	2,13%
Maladie coeliaque	1	2,13%
Drépanocytose	1	2,13%
Maladie de crohn	1	2,13%
Affection psychiatrique	1	2,13%
Néoplasie	1	2,13%
SOPK	1	2,13%
Psoriasis	1	2,13%
RCH	1	2,13%
Rhinite allergique	1	2,13%
Sinusite	1	2,13%
Spa	1	2,13%
Troubles anxio-dépressifs	1	2,13%

5. Pratique de sport :

Les résultats montrent que parmi les fumeurs et anciens fumeurs, 24,2% pratiquent du sport, 51,6% le font occasionnellement et 24,2% ne le font pas du tout. Parmi les non-fumeurs, 23,8% pratiquent du sport, 49,6% le font occasionnellement et 26,7% ne le font pas du tout. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes en termes de pratique du sport

Tableau VI : Répartition selon la pratique de sport

Pratiquez-vous du sport ?	Groupe				Valeur P
	Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		
Non	15	(24,2%)	91	(26,7%)	0,917
Occasionnellement	32	(51,6%)	169	(49,6%)	
Oui	15	(24,2%)	81	(23,8%)	

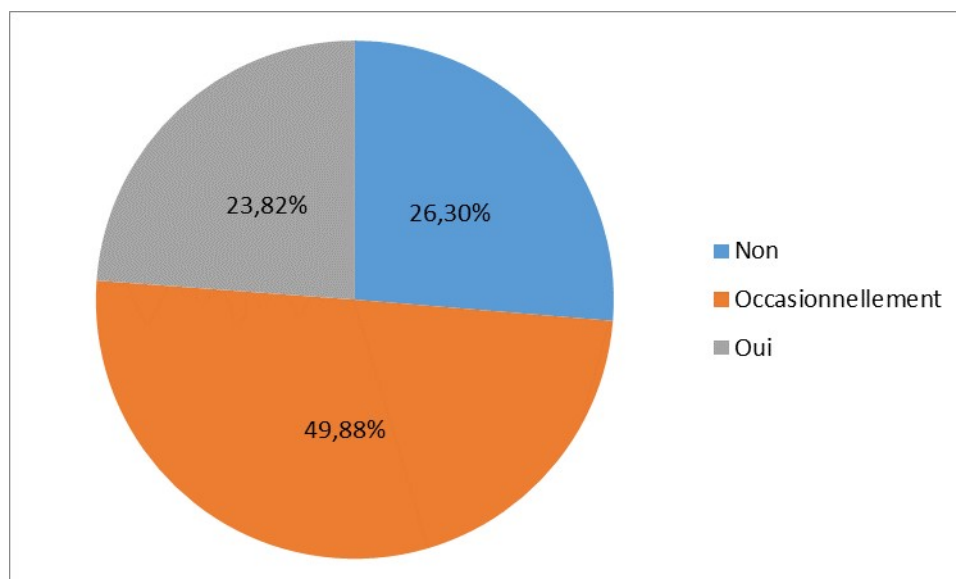


Figure 7: Répartition selon la pratique de sport

III. Prévalence du tabagisme :

1. Prévalence globale du tabagisme :

Lors de l'enquête, parmi les 403 participants, 51 étaient des fumeurs (46 actifs et 5 occasionnels), ce qui représentait une prévalence du tabagisme de 12,65%. La majorité des participants, soit 84,62% (341 cas), n'ont jamais fumé de leur vie, tandis que 2,73% (11 cas) étaient des ex-fumeurs. Au total, les fumeurs, qu'ils soient actuels ou anciens, représentaient 15,38% de l'échantillon (62 cas).

Tableau VII : Prévalence globale du tabagisme (n=403)

	Nombre	Pourcentage
Ex fumeur	11	2,73%
Fumeur actif	46	11,41%
Fumeur occasionnel	5	1,24%
Non fumeur	341	84,62%
Total	403	100,00%

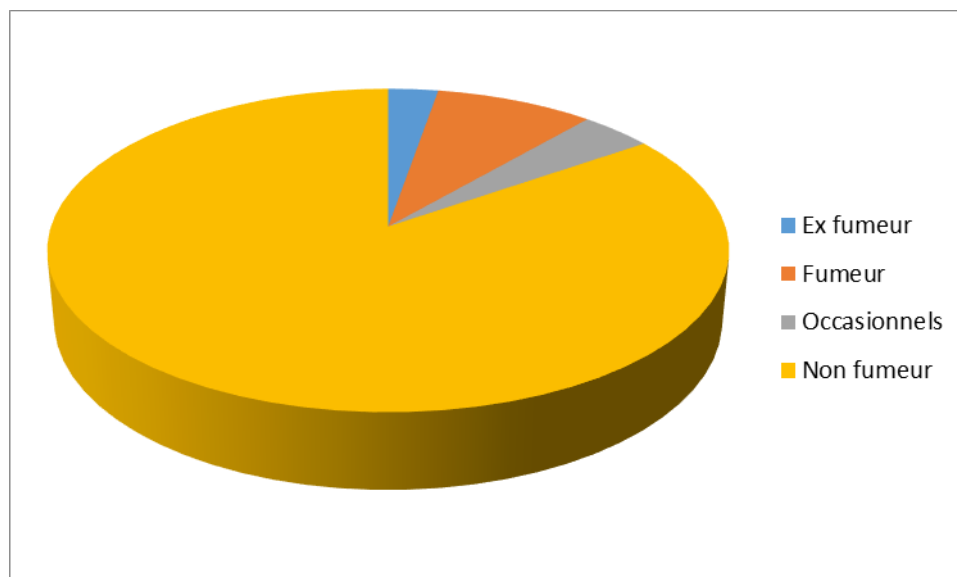


Figure 8 : Prévalence globale du tabagisme (n=403)

2. Prévalence selon l'âge

La moyenne d'âge chez les fumeurs et ex-fumeurs est de 22,597 ans avec un écart type de 2,2649 tandis que la moyenne d'âge chez les non-fumeurs est de 21,032 ans avec un écart type de 2,6572. La différence entre les deux moyennes est statistiquement significative avec une valeur de p de 0,01. Cela suggère que les fumeurs et ex-fumeurs ont tendance à être légèrement plus âgés que les non-fumeurs dans l'échantillon étudié.

Tableau VIII : La moyenne d'âge chez les fumeurs et chez les non-fumeurs

Groupe		N	Moyenne	Ecart type	Valeur P
Âge	Fumeur et Ex fumeur	62	22,597	2,2649	0,01
	Non fumeur	341	21,032	2,6572	

3. Prévalence selon le genre :

On observe que parmi les fumeurs et ex-fumeurs, 77,4% sont de sexe masculin et 22,6% de sexe féminin. Chez les non-fumeurs, la répartition est plus équilibrée, avec 67,2% de femmes et 32,8% d'hommes. Le test de significativité indique qu'il existe une différence significative entre les deux groupes en termes de répartition selon le genre ($p=0,000$).

Les fumeurs représentent 11,91% de notre échantillon et les fumeuses 3,47%.

Tableau IX : Prévalence du tabagisme selon le genre

Genre	Groupe				Valeur P
	Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		
Féminin	14	(22,6%)	229	(67,2%)	0,000
Masculin	48	(77,4%)	112	(32,8%)	

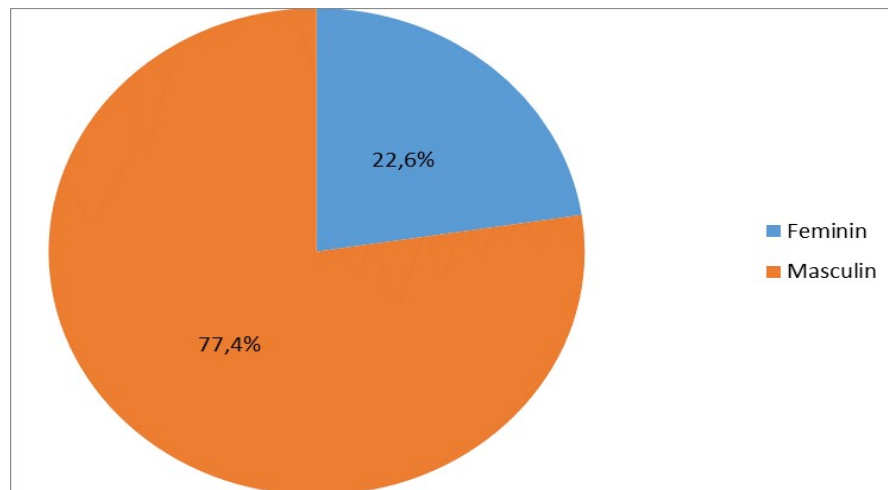


Figure 10 : Prévalence du tabagisme selon le genre

4. Prévalence selon l'année d'études :

Lors de l'enquête, il a été constaté que la proportion de fumeurs était plus élevée chez les étudiants en septième année (25,8%) et en sixième année (21,0%) par rapport aux autres années, avec une différence statistiquement significative entre les fumeurs et les non-fumeurs. Les étudiants en quatrième année ont également présenté une proportion significative de fumeurs, atteignant 19,4%. On constate que la communauté des fumeurs a tendance à augmenter d'une année universitaire à l'autre.

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

Année d'études	Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		Valeur P 0,001
1	3	4,80%	79	23,20%	
2	2	3,20%	43	12,60%	
3	7	11,30%	44	12,90%	
4	12	19,40%	34	10,00%	
5	9	14,50%	36	10,60%	
6	13	21,00%	42	12,30%	
7	16	25,80%	63	18,50%	

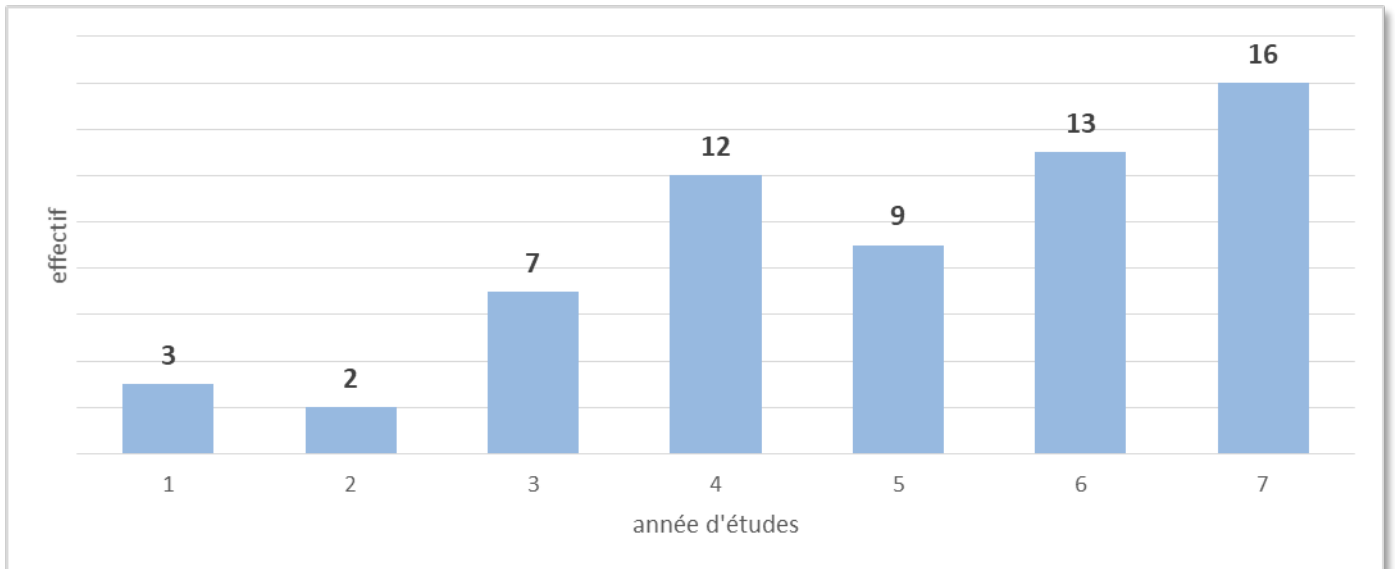


Figure 11 : Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude

5. Répartition selon l'âge du début du tabagisme :

Selon les déclarations des fumeurs et ex fumeurs, une proportion de 32,26% ont commencé à fumer leur première cigarette à un âge inférieur à 18 ans, tandis que 67,74% ont débuté après l'âge de 18 ans. La moyenne d'âge de la première cigarette déclarée était de 18,71 ans (ET=2,53), avec une fourchette allant de 14 ans à 24 ans.

Tableau XI : répartition selon l'âge de la première cigarette

Age	Fréquence	Pourcentage
inf à 18 ans	20	32,26%
18 et plus	42	67,74%
Total	62	100,00%

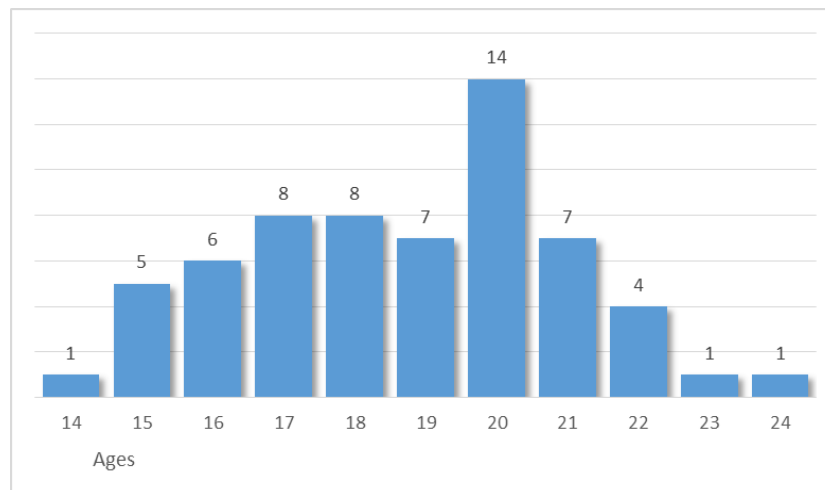


Figure 12: répartition selon l'âge de la première cigarette

Selon les déclarations des fumeurs actifs, occasionnels et ex fumeurs, 6,45% ont affirmé avoir commencé à fumer leur première cigarette durant leur période au collège, tandis que 25,81% ont indiqué avoir débuté au lycée et une proportion plus importante de 67,74% a rapporté avoir commencé durant leur parcours universitaire en médecine.

Tableau XII : répartition selon la période de début du tabagisme

	Fréquence	Pourcentage
À la faculté de médecine	42	67,74%
Collège	4	6,45%
Lycée	16	25,81%
Total	62	100,00%

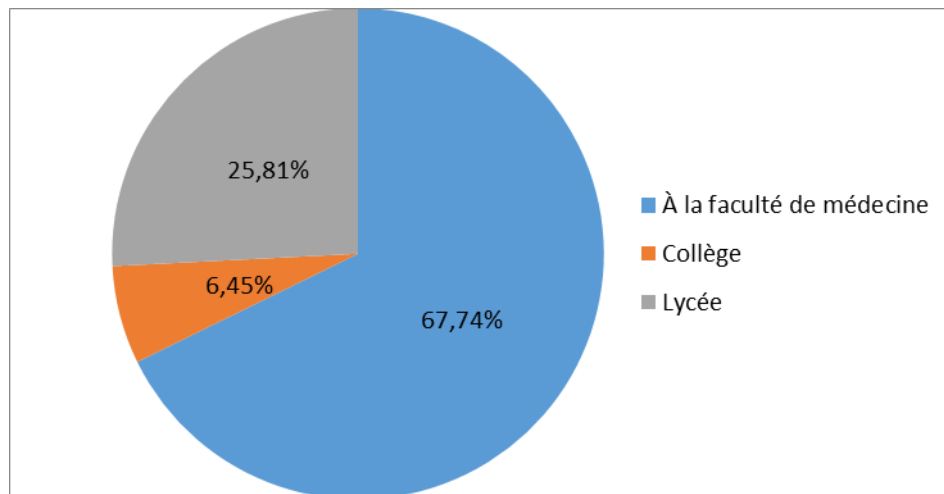


Figure 13 : répartition selon la période de début du tabagisme

Parmi les individus ayant expérimenté leur première cigarette lors de leur parcours universitaire en médecine, 21,4% ont commencé en première année, 19,0% en deuxième année, 31,0% en troisième année, 21,4% en quatrième année et 4,8% en cinquième année. Un faible pourcentage de 2,4% ont rapporté avoir fumé leur première cigarette en 6eme année.

Tableau XIII : répartition de la première cigarette par année d'études

Année d'études	Fréquence	Pourcentage
1 ere	9	21,4%
2eme	8	19,0%
3eme	13	31,0%
4eme	9	21,4%
5eme	2	4,8%
6eme	1	2,4%
Total	42	100,00%

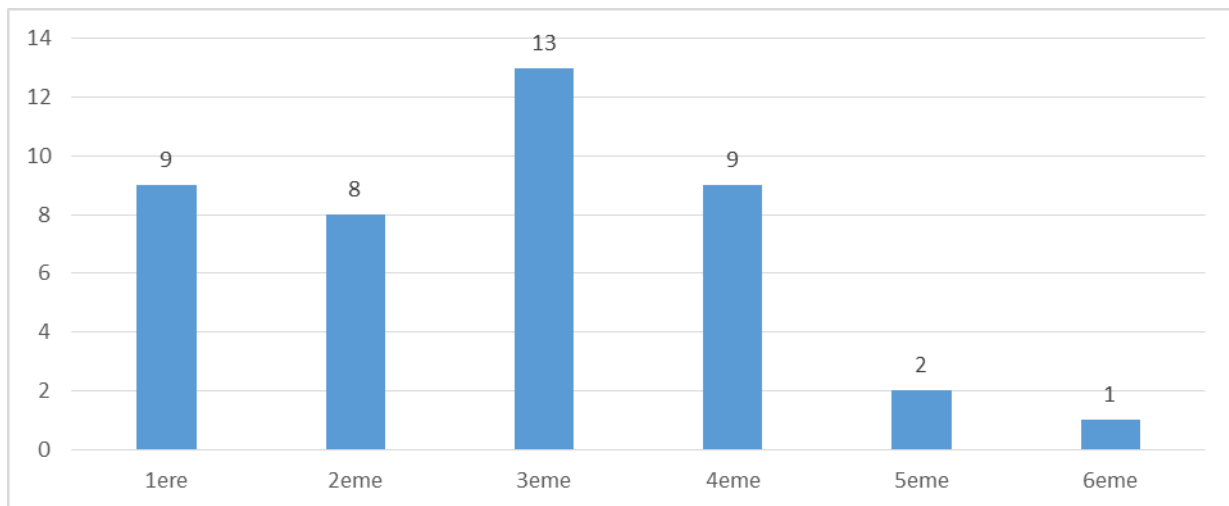


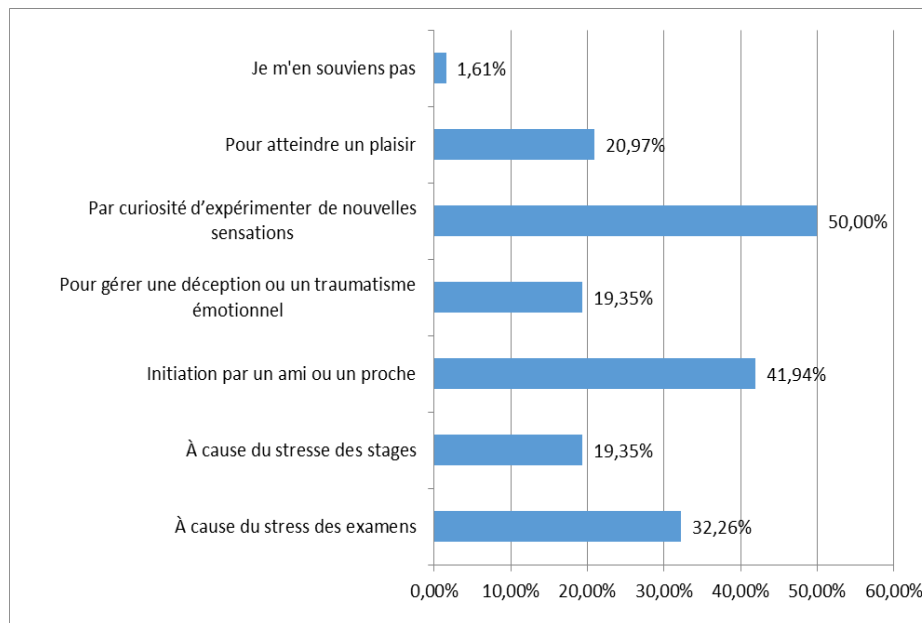
Figure 14: répartition de la première cigarette par année d'études

6. Répartition selon les motivations de début du tabagisme :

La curiosité d'expérimenter de nouvelles sensations est en haut du podium des motivations du début du tabagisme, suivie de près par l'initiation par un ami ou un proche, puis vient le stress des examens suivi par la recherche du plaisir, ainsi que le stress des stages et le choc émotionnel

Tableau XIV : Raisons principales du début du tabagisme

Raison	Fréquence	Pourcentage
À cause du stress des examens	20	32,26%
À cause du stress des stages	12	19,35%
Initiation par un ami ou un proche	26	41,94%
Pour gérer une déception ou un traumatisme émotionnel	12	19,35%
Par curiosité d'expérimenter de nouvelles sensations	31	50,00%
Pour atteindre un plaisir	13	20,97%
Je ne m'en souviens pas	1	1,61%



7. Répartition selon le nombre de cigarettes par jour :

La consommation de cigarettes chez les fumeurs actifs, répartis en trois catégories basées sur le nombre de cigarettes fumées par jour. Parmi les 46 fumeurs actifs, 19,57% ont déclaré fumer entre une et cinq cigarettes par jour, tandis que 34,78% ont affirmé fumer entre six et dix cigarettes par jour. La proportion la plus importante de fumeurs (44,65%) a rapporté fumer entre onze et vingt cigarettes par jour.

Tableau XV : nombre de cigarettes par jour

	Fréquence	Pourcentage
1 à 5 cigarettes	9	19,57%
6 à 10 cigarettes	16	34,78%
11 à 20 cigarette	21	44,65%
Total	46	100,00%

La moyenne de cigarettes consommées par jour était de 10,37 avec des extrêmes allant de 2 et 20 cigarettes.

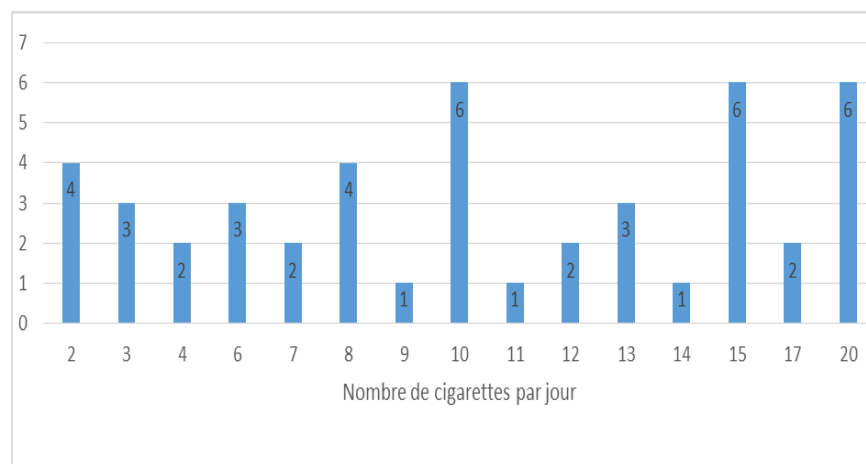


Figure 15: nombre de cigarettes par jour

8. Répartition selon le cout journalier de cigarettes par jour :

Sur les 46 fumeurs actuels, 8,7% ont déclaré que le coût journalier de leur consommation de cigarettes était inférieur à 10 DH. Près de 19,56% des fumeurs ont affirmé que leur consommation quotidienne de cigarettes leur coûtait entre 10 et 19 DH, tandis que 28,26% ont déclaré dépenser entre 20 et 29 DH par jour. Environ 26,08% des fumeurs ont signalé que le coût de leur consommation quotidienne de cigarettes se situait entre 30 et 39 DH, tandis que 17,4% ont déclaré dépenser entre 40 et 50 DH par jour.

Tableau XVI : cout journalier en dirham

	Fréquence	Pourcentage
Moins de 10Dh	4	8,7%
entre 10 et 19Dh	9	19,56%
Entre 20 et 29Dh	13	28,26%
Entre 30 et 39Dh	12	26,08%
Entre 40 et 50Dh	8	17,4%
Total	46	100,00%

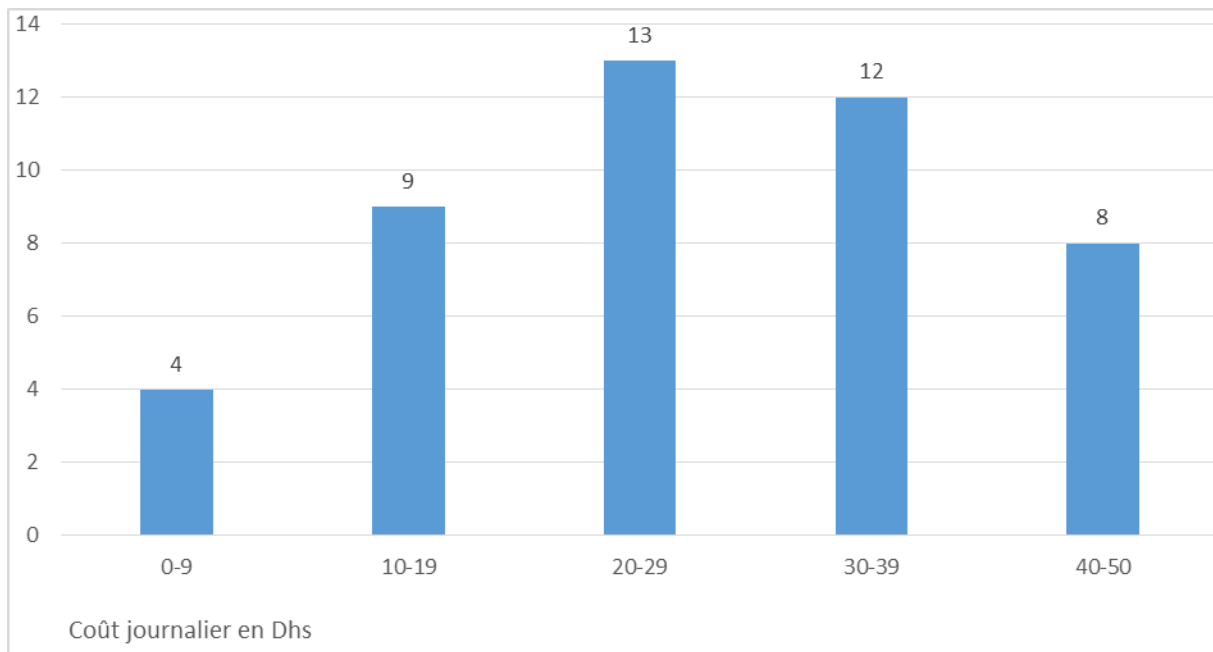


Figure 16 : cout journalier en dirham

9. Symptômes liés au tabac :

La toux et la dyspnée étaient les maîtres symptômes chez nos participants avec un taux de réponses de 54,84% et 53,23% respectivement, suivis par les expectorations (20,97%), Palpitations (14,52%), douleurs thoraciques et altération du goût/ odorat (8,06%) et enfin les infections respiratoires à répétition et la réduction de la libido (4,84%)

Tableau XVII : recensement des symptômes ressentis

Symptôme	Fréquence	Pourcentage
Toux	34	54,84%
Essoufflement à l'effort/ dyspnée	33	53,23%
Réduction de la libido	3	4,84%
Expectorations	13	20,97%
Douleurs thoraciques	5	8,06%
Infections respiratoires à répétition	3	4,84%
Altération du goût, de l'odorat	5	8,06%
Palpitations	9	14,52%
Aucun symptôme	11	17,74%

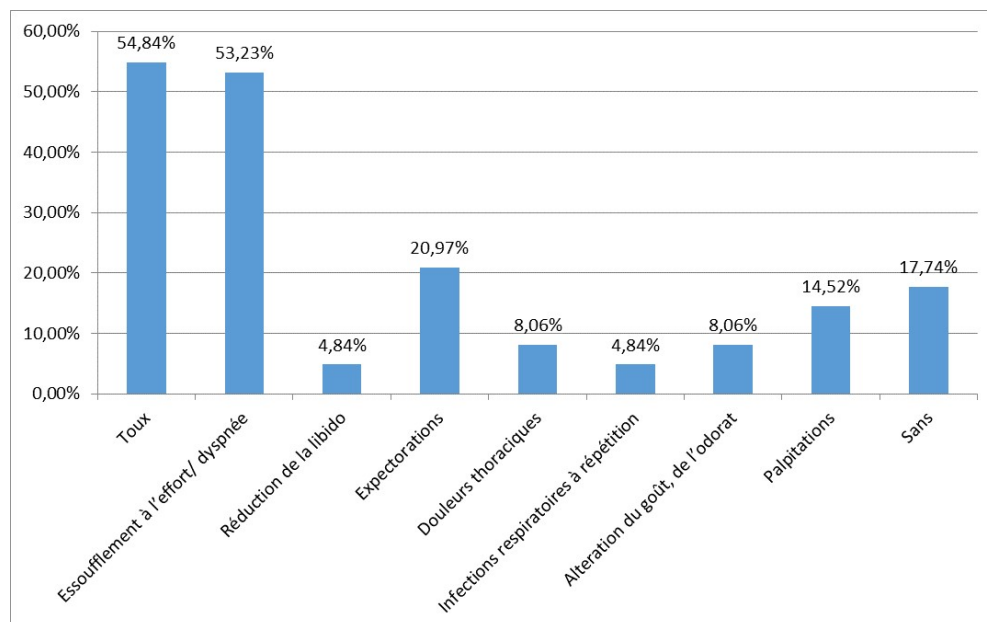


Figure 17 : recensement des symptômes ressentis

10. Tabagisme en période d'examens

Sur un total de 51 fumeurs actuels (46 actifs et 5 occasionnels), 44 d'entre eux soit 86,27% affirment avoir tendance à augmenter leur consommation de cigarettes pendant les périodes d'examens. 6 participants (11,8%) déclarent ne pas changer leurs habitudes tabagiques en cette période, tandis qu'un participant (en 1ere année) n'a pas précisé sa réponse (1,9%) vu le fait d'avoir répondu au questionnaire avant la période des examens.

Tableau XVIII : tabagisme en période d'examens (fumeurs actifs et occasionnels)

	Fréquence	Pourcentage
Non	6 (3 occasionnels)	11,8%
Oui	44 (2 occasionnels)	86,27%
Non précisé	1	1,9%
Total	51	100,00%

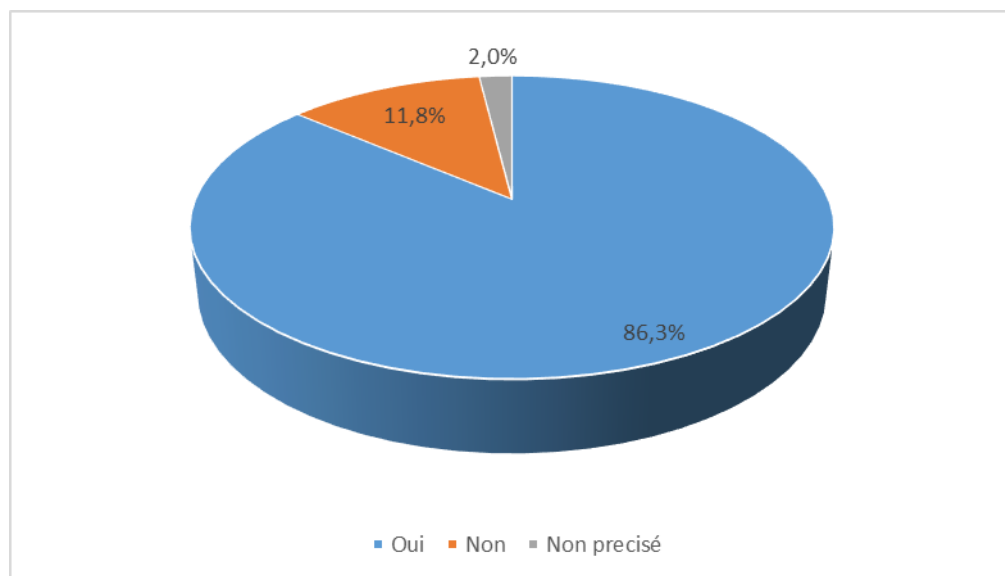


Figure 18: tabagisme en période d'examens (fumeurs actifs et occasionnels)

11. Tabagisme au cours des gardes à l'hôpital

Sur un total de 51 participants, 38 (soit 74,5 %) ont déclaré augmenter leur consommation tabagique au cours des gardes à l'hôpital, 9 (soit 17,6%) ont répondu "non", et 4 n'ont pas précisé leur réponse (participants en 1ere et 2eme année). Cela indique que la majorité des participants ayant répondu à la question fument plus pendant les gardes à l'hôpital.

Tableau XIX : tabagisme au cours des gardes (fumeurs actifs et occasionnels)

	Fréquence	Pourcentage
Non	9 (4 occasionnel)	17,6%
Oui	38 (1 occasionnel)	74,5%
Non précisé	4	7,84%
Total	51	100,00%

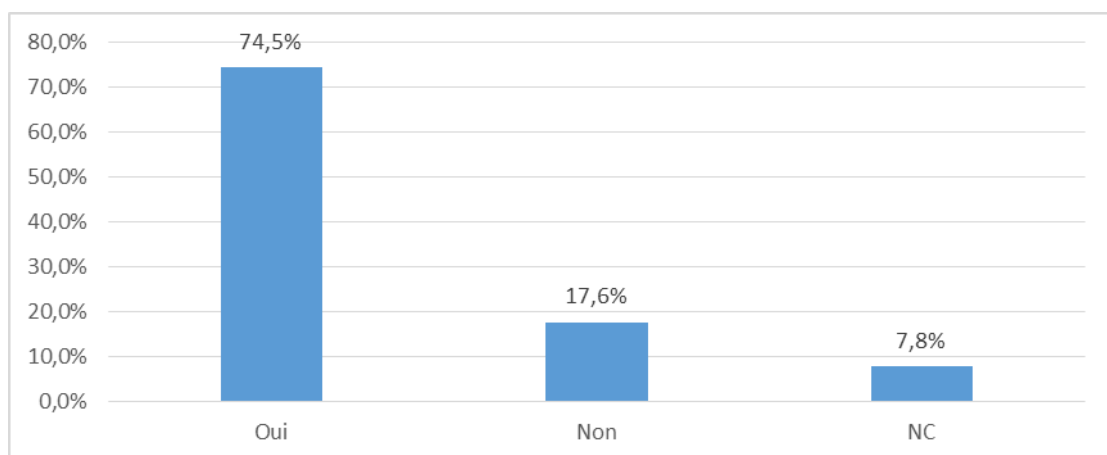


Figure 19 : tabagisme au cours des gardes (fumeurs actifs et occasionnels)

12. Tentatives d'arrêt de tabagisme :

Parmi les 46 fumeurs actifs, 32 ont essayé d'arrêter (69,6%) et 14 n'ont fait aucune tentative (30,4%).

Tableau XX : tentatives d'arrêt de tabagisme :

	Fréquence	Pourcentage
Non	14	30,4%
Oui	32	69,6%
Total	46	100,00%

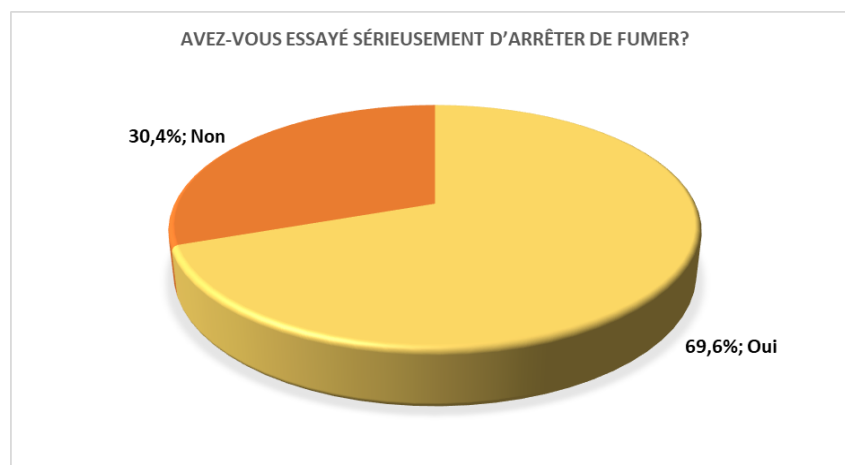
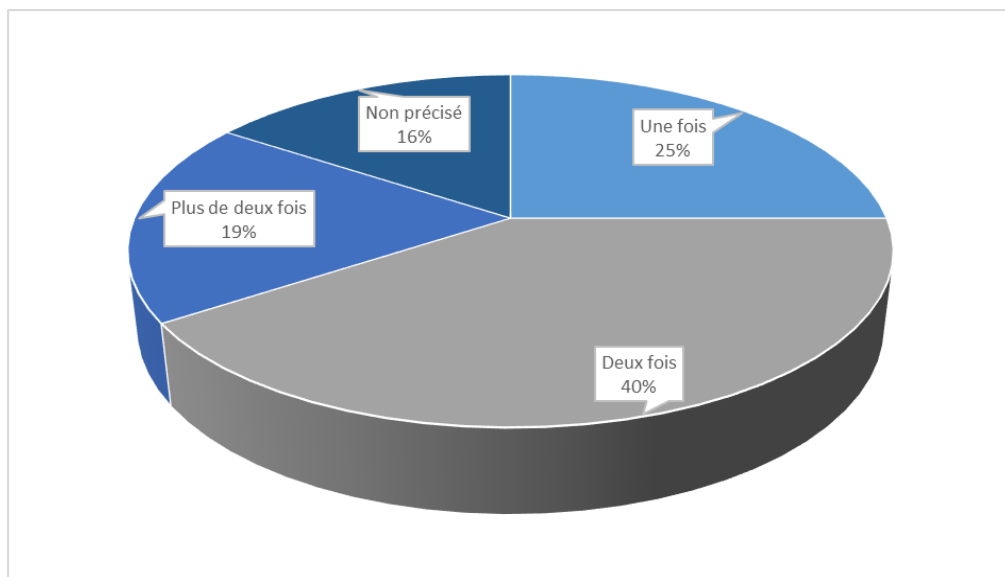


Figure 20 : tentatives d'arrêt de tabagisme :

Parmi ceux qui ont essayé d'arrêter de fumer, 25% (8) l'ont fait une fois, 49,62% (13) l'ont fait deux fois et 18,75% (6) ont essayé plus de deux fois. Les données n'ont pas été précisées pour 5 personnes.

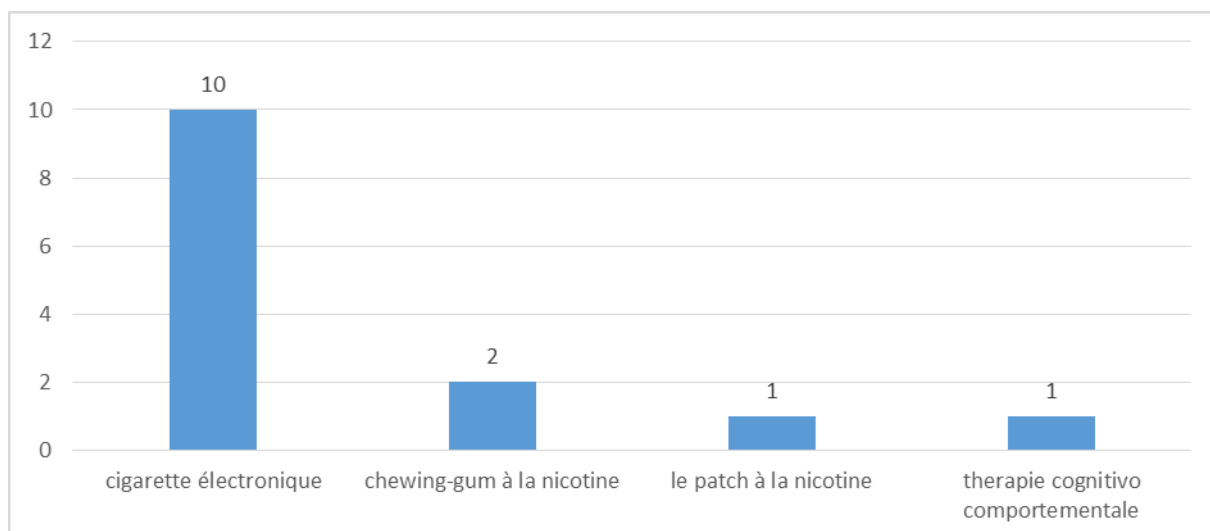
Tableau XXI : Nombre de tentatives d'arrêt :

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Une fois</i>	<i>8</i>	<i>25%</i>
<i>Deux fois</i>	<i>13</i>	<i>49,62%</i>
<i>Plus de deux fois</i>	<i>6</i>	<i>18,75%</i>
<i>Non précisé</i>	<i>5</i>	<i>15,63%</i>
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,00%</i>



13. Autres alternatives au tabac :

Parmi les 14 personnes ayant répondu à cette question, 10 ont utilisé de cigarette électronique, 2 de chewing-gum à la nicotine, une personne a utilisé le patch à la nicotine et une personne a suivi une thérapie cognitivo-comportementale



14. la plus longue durée sans tabac :

Sur un total de 46 participants, 11 n'ont pas répondu à cette question. Parmi ceux qui ont répondu, la majorité (19,35%) ont réussi à rester sans tabac pendant un mois, suivie de près par ceux qui ont réussi à rester sans tabac pendant 6 mois (8,06%). Les durées les plus courtes étaient de 1 jour (3,23%) ou 2 jours (3,23%), tandis que 4,84% ont réussi à rester sans tabac pendant 3 mois.

Tableau XXII : La plus longue période sans tabac :

	Fréquence	Pourcentage
1 jour	4	3,23%
2 jours	2	3,23%
1 semaine	7	11,29%
2 semaines	2	3,23%
1 mois	7	19,35%
2 mois	4	6,45%
4 mois	3	4,84%
5 mois	1	1,61%
6 mois	4	8,06%
7 mois	1	1,61%
Sans réponse	11	20,97%
Total	46	100,00%

15. Répartition selon les motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme :

Sur les 46 participants interrogés, 35,48% ont déclaré vouloir arrêter de fumer pour économiser de l'argent, tandis que 53,23% l'envisagent pour prévenir les maladies liées au tabac. En outre, 30,65% ont affirmé vouloir arrêter pour ne pas gêner leur entourage, tandis que 12,90% ont cité le souhait de donner un bon exemple à leur entourage ou ont cédé à la pression de leur entourage. Enfin, 24,19% ont mentionné une autre motivation pour arrêter de fumer.

Tableau XIII : motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

	Fréquence	Pourcentage
Économie d'argent	22	35,48%
Par prévention ou survenue de maladies liées au tabac	33	53,23%
Pour ne pas gêner votre entourage	19	30,65%
Donner un bon exemple à votre entourage	8	12,90%
Vous avez cédé à la pression de votre entourage	8	12,90%
Autre	15	24,19%

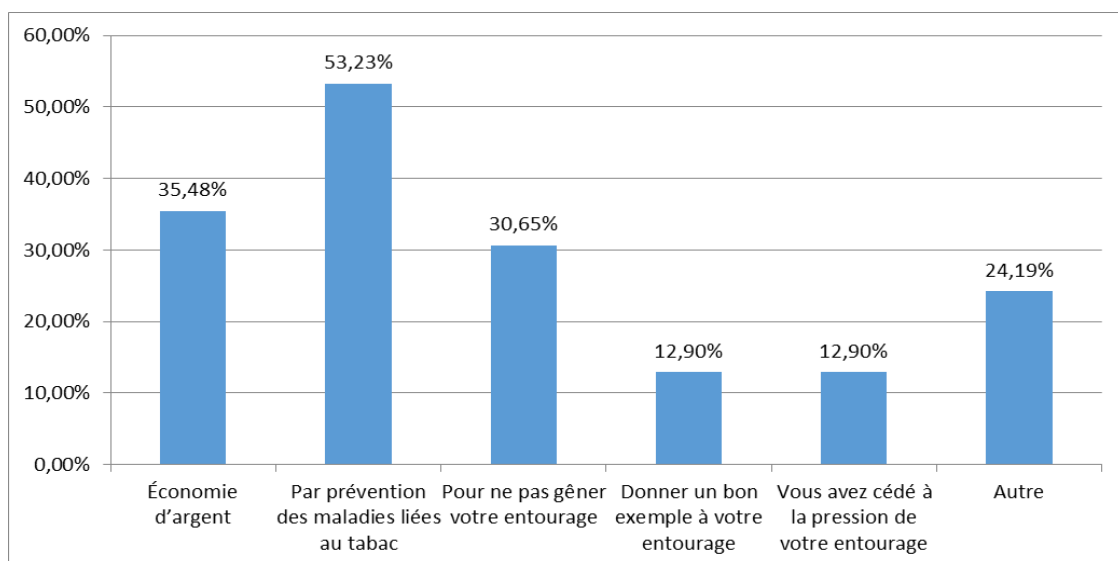


Figure 21 : motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

16. Raisons de ne pas avoir essayé d'arrêter :

Les résultats de l'enquête indiquent que la raison principale invoquée pour ne pas avoir essayé d'arrêter de fumer est la difficulté, avec un pourcentage de 50% des répondants. Ensuite, un pourcentage de 39,1% a mentionné un manque de volonté. Un petit pourcentage de 8,7% a déclaré que les risques liés au tabagisme ne valent pas la peine d'arrêter, tandis que 2,2% ont indiqué qu'ils ne considèrent pas qu'il y a des risques associés à la consommation de tabac.

Tableau XXIV : Raisons qui empêchent les fumeurs d'arrêter de fumer :

	Fréquence	Pourcentage
Je n'ai pas envie d'arrêter	18	39,1%
C'est trop difficile d'arrêter	23	50,0%
Les risques ne valent pas la peine d'arrêter	4	8,7%
J'estime qu'il n'y a pas de risques	1	2,2%

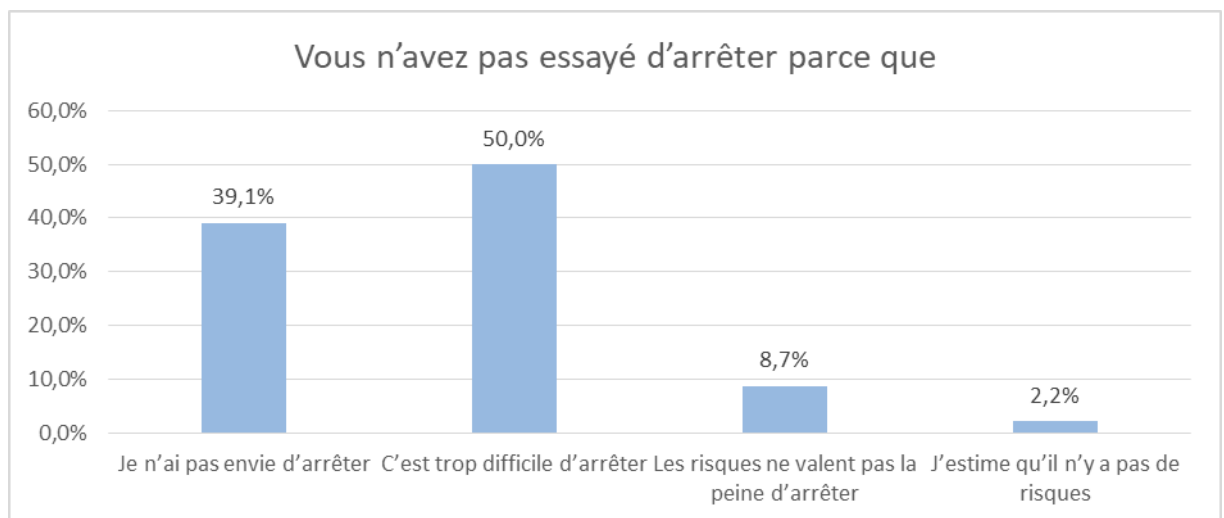


Figure 22 : Raisons qui empêchent les fumeurs d'arrêter de fumer :

IV. Test de fagerström

Le test de Fagerström est un outil utilisé pour mesurer le niveau de dépendance au tabac. Selon les résultats présentés, la majorité des participants (45,61%) ont une dépendance très faible, suivis par ceux qui ont une dépendance faible (22,8%) et moyenne (14,03%). Seulement 15,7% ont une dépendance forte et 1,75% ont une dépendance très forte. Il est à noter que parmi les participants, les 11 ex-fumeurs ont également été inclus dans l'analyse.

Tableau XXV : niveau de dépendance des participants (interprétation du test de Fagerström)

Niveau de dépendance	Fréquence	Pourcentage
très faible	26 (3 Ex fumeurs)	45,61%
faible	13 (4 Ex fumeurs)	22,8%
moyenne	8 (2 Ex fumeurs)	14,03%
forte	9 (2 Ex fumeurs)	15,7%
très forte	1	1,75%
Total	57	100,00%

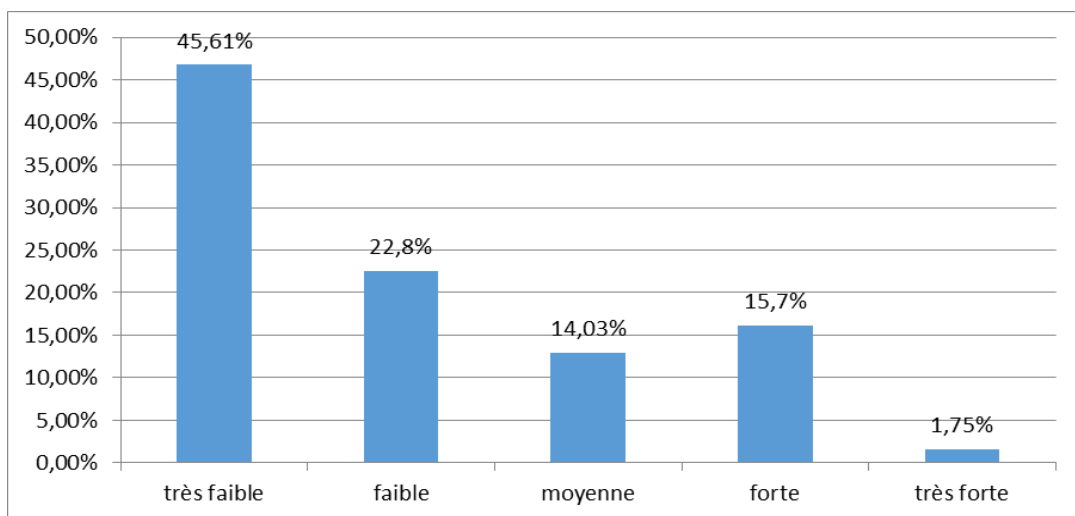


Figure 23 : niveau de dépendance des participants (interprétation du test de Fagerström)

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

Selon les résultats, la majorité des personnes (36,84%) ont déclaré fumer leur première cigarette plus de 60 minutes après s'être réveillées. Environ un tiers des personnes (33,33%) ont déclaré fumer entre 31 et 60 minutes après le réveil. Ensuite, 21,05% ont déclaré fumer entre 6 et 30 minutes après le réveil, tandis que seulement 8,77% ont déclaré fumer dans les 5 premières minutes après le réveil.

Tableau XXVI : Délai de la première cigarette de la journée :

	Fréquence	Pourcentage
Dans les 5 minutes	5	8,77%
6 à 30 minutes	12	21,05%
31 à 60 minutes	19	33,33%
Plus de 60 minutes	21	36,84%
Total	57	100,00%

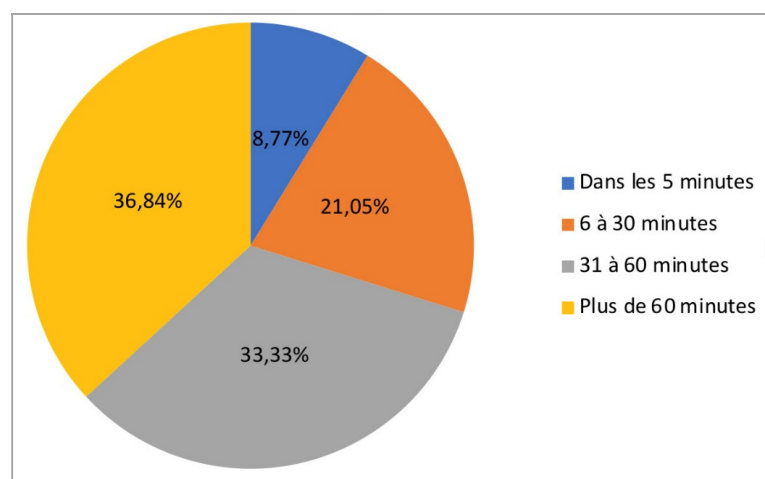


Figure 24: Délai de la première cigarette de la journée :

2. Question 2 : Vous est-il difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinéma, bibliothèque...)?

Les résultats montrent que 49,12% des répondants ont déclaré avoir des difficultés à s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit, tandis que 50,88% ont déclaré ne pas avoir de difficultés

Tableau XXVII : difficulté d'abstention là où c'est interdit :

	Fréquence	Pourcentage
Non	29	50,88%
Oui	28	49,12%
Total	57	100,00%

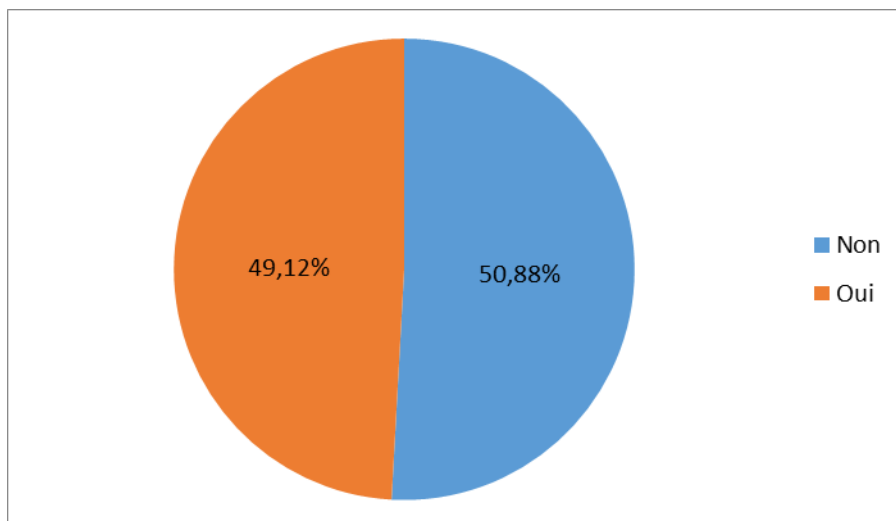


Figure 25: difficulté d'abstention là où c'est interdit :

3. Question 3 : À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

Les résultats montrent que la grande majorité des participants, soit 71,93%, ont indiqué que renoncer à la première cigarette de la journée serait le plus difficile pour eux. Seulement 28,07% ont mentionné une autre cigarette comme étant la plus difficile à abandonner.

Tableau XXVIII: À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement

	Fréquence	Pourcentage
La première de la journée	41	71,93%
Une autre	16	28,07%
Total	57	100,00%

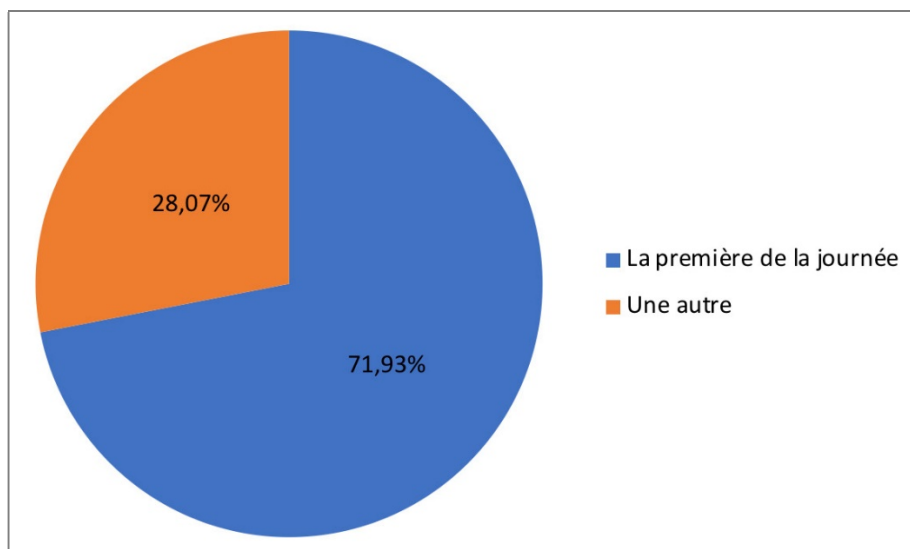


Figure 26: À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement

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

La majorité des personnes interrogées (56,14%) ont déclaré fumer 10 cigarettes ou moins par jour en moyenne, tandis que 43,86% fument entre 11 et 20 cigarettes par jour. Aucun participant n'a indiqué fumer plus de 20 cigarettes par jour.

Tableau XXVIII : Nombre de cigarettes par jour :

	Fréquence	Pourcentage
10 ou moins	32	56,14%
11 à 20	25	43,86%
Total	57	100,00%

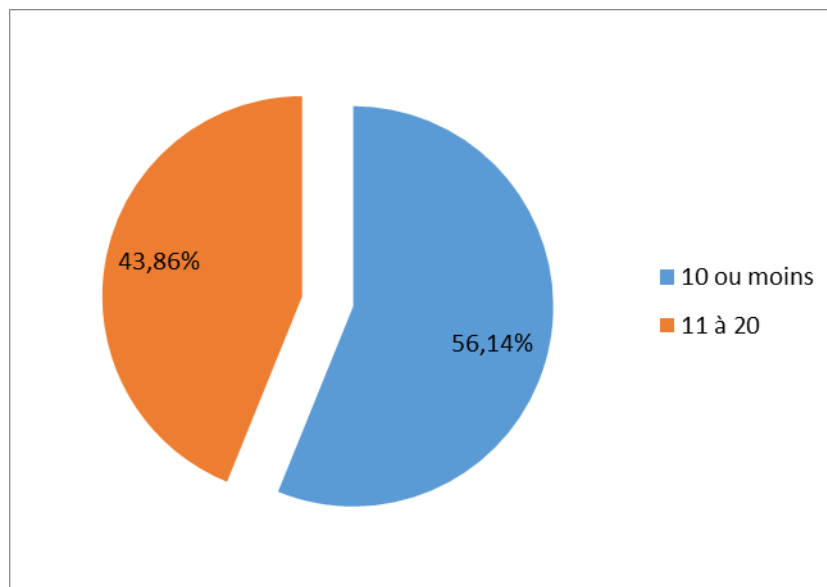
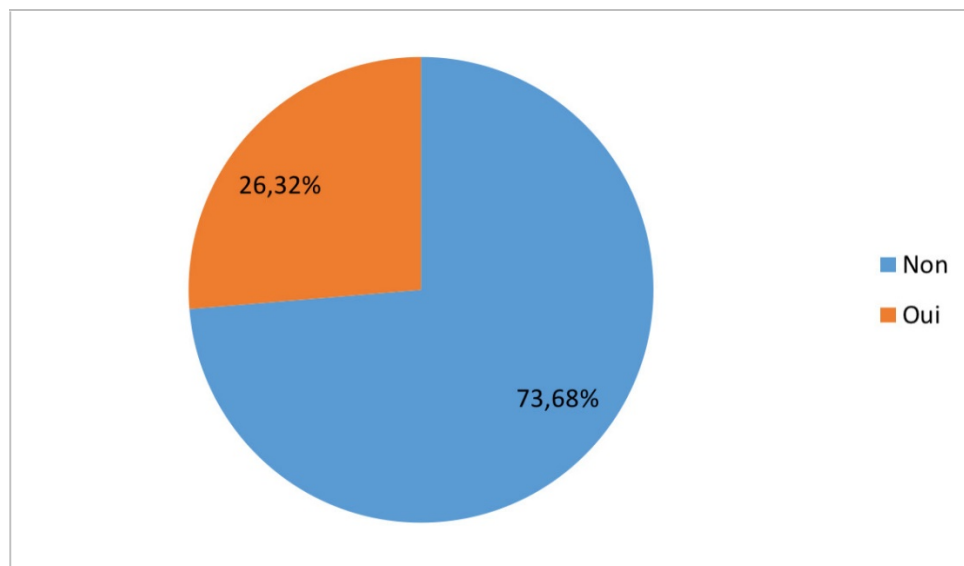


Figure 27 : Nombre de cigarettes par jour

5. Question 5 :Fumez-vous à des intervalles plus rapprochées le matin que durant le reste de la journée ?

73,68% des répondants ont indiqué qu'ils ne fument pas à des intervalles plus rapprochées le matin que durant le reste de la journée, tandis que 26,32% ont déclaré fumer plus souvent le matin

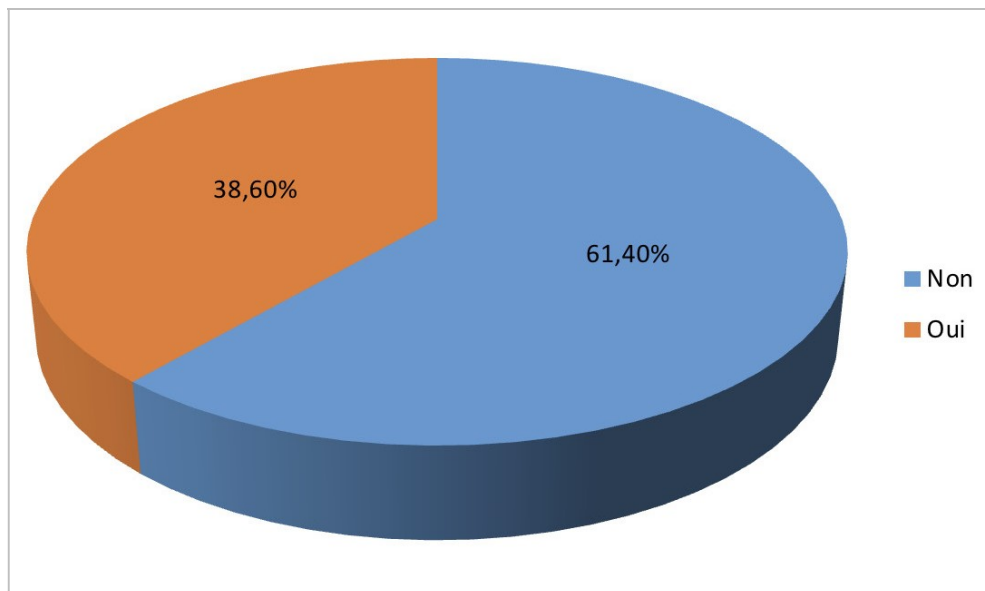
	Fréquence	Pourcentage
Non	42	73,68%
Oui	15	26,32%
Total	57	100,00%



6. Question 6 : Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de ne pas pouvoir vous lever du lit pendant toute la journée ?

61,40% des personnes ont répondu qu'elles ne fumaient pas lorsque leur maladie était si grave qu'elles ne pouvaient pas se lever du lit pendant toute la journée. 38,60% ont déclaré qu'elles fumaient dans de telles conditions.

	Fréquence	Pourcentage
Non	35	61,40%
Oui	22	38,60%
Total	57	100,00%



V. Etude des ex fumeurs : (Arrêt de tabagisme depuis au moins 3 mois) :

1. La durée d'arrêt :

Parmi les 11 personnes interrogées, 18,18% (2) ont arrêté de fumer depuis 4 mois, tandis que 9,09% (1) ont arrêté depuis 3 mois, 9,09% (1) depuis 5 mois, 18,18% (2) depuis 6 mois, 9,09% (1) depuis 9 mois, 9,09% (1) depuis 10 mois, 9,09% (1) depuis 11 mois, et 9,09% (1) depuis 12 mois. Une personne (9,09%) a arrêté de fumer il y a 18 mois.

Tableau XXIX : Durée d'arrêt du tabagisme des participants (n=11)

	Fréquence	Pourcentage
3 mois	1	9,09%
4 mois	2	18,18%
5 mois	1	9,09%
6 mois	2	18,18%
9mois	1	9,09%
10mois	1	9,09%
11 mois	1	9,09%
12 mois	1	9,09%
18 mois	1	9,09%
Total	11	100,00%

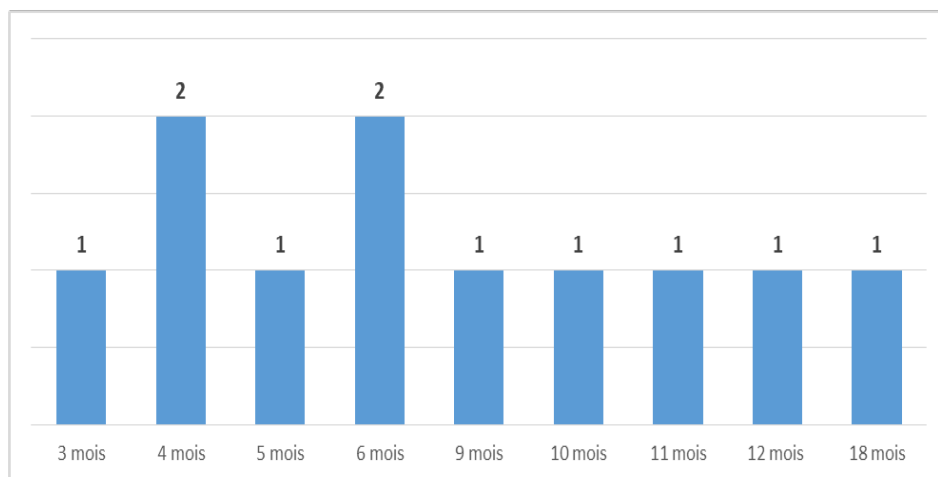


Figure 27 : Durée d'arrêt du tabagisme des participants (n=11)

2. La durée du tabagisme chez les ex fumeurs :

Sur un échantillon de 11 personnes, les résultats montrent que la durée du tabagisme varie de 1 an à 10 ans, avec la majorité des répondants ayant fumé pendant 2 à 3 ans (18,18%). Les durées les moins fréquentes sont de 1 an, 1 an et demi, 2 ans et demi, 4 ans, 6 ans et 10 ans, qui ont toutes un pourcentage de 9,09%.

Tableau XXX : La durée du tabagisme chez les ex fumeurs

	Fréquence	Pourcentage
1 an	1	9,09%
1 an et demi	1	9,09%
2 ans	2	18,18%
2ans et 3 mois	1	9,09%
2ans et demi	1	9,09%
3 ans	2	18,18%
4 ans	1	9,09%
6 ans	1	9,09%
10 ans	1	9,09%
Total	11	100,00%

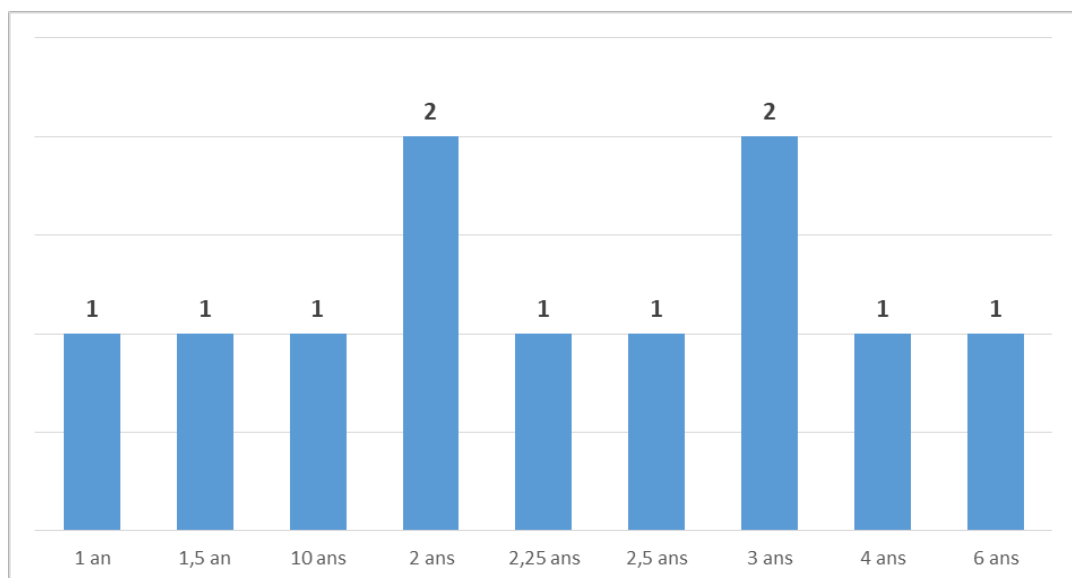


Figure 28: La durée du tabagisme chez les ex fumeurs

3. Nombre de cigarettes fumées par jour avant l'arrêt :

On constate que 18,18% des ex-fumeurs fumaient 8 cigarettes par jour, tout comme 18,18% qui fumaient 10 cigarettes par jour. Ensuite, 9,09% fumaient 2, 5, 9, 11, 13, 16 et 20 cigarettes par jour. La moyenne de cigarettes fumées par jour avant l'arrêt est d'environ 10,18 cigarettes par jour.

Tableau XXX : cigarettes fumées par jour avant l'arrêt :

Nombre	Fréquence	Pourcentage
2	1	9,09%
5	1	9,09%
8	2	18,18%
9	1	9,09%
10	2	18,18%
11	1	9,09%
13	1	9,09%
16	1	9,09%
20	1	9,09%
Total	11	100,00%

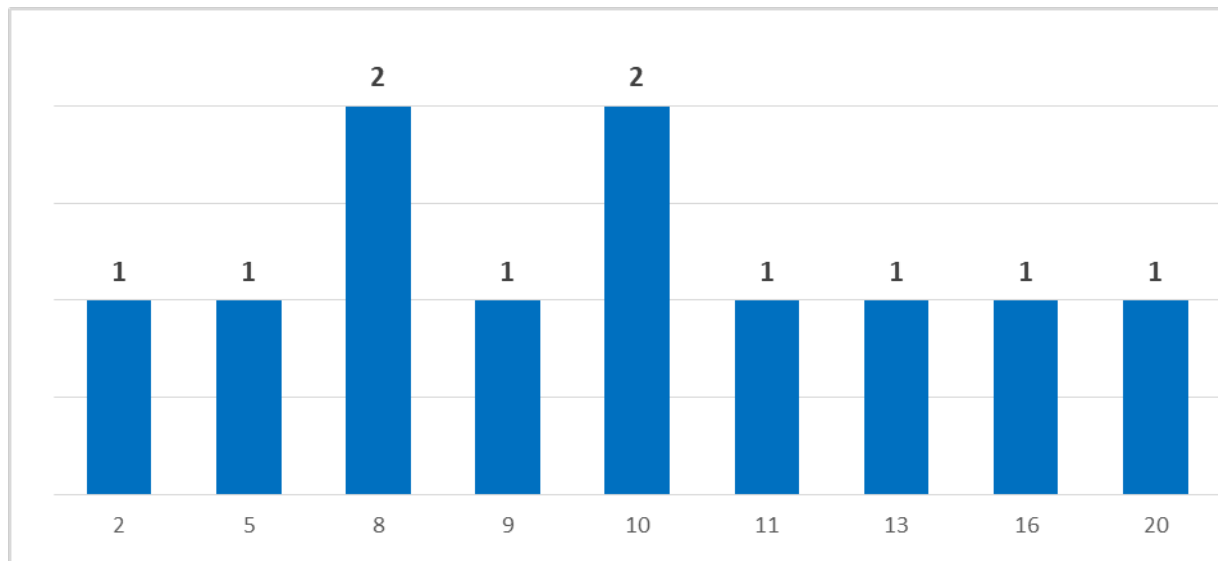


Figure29 :cigarettes fumées par jour avant l'arrêt :

4. Symptômes liés au sevrage :

Les résultats montrent que la plupart des ex-fumeurs ont éprouvé des envies obsessionnelles de fumer (72,73%). La fatigue et l'irritabilité ont été signalées par environ la moitié des participants (45,45%). Les céphalées et l'insomnie ont été signalées par environ un tiers des participants (36,36%). Les vertiges et la toux ont été signalés par un petit nombre de participants (18,18% chacune).

Tableau XXXI : symptômes liés au sevrage

Symptôme	Fréquence	Pourcentage
Céphalées	4	36,36%
Fatigue	5	45,45%
Insomnie	4	36,36%
Irritabilité	5	45,45%
Envies obsessionnelles de fumer	8	72,73%
Vertige	2	18,18%
Toux	2	18,18%

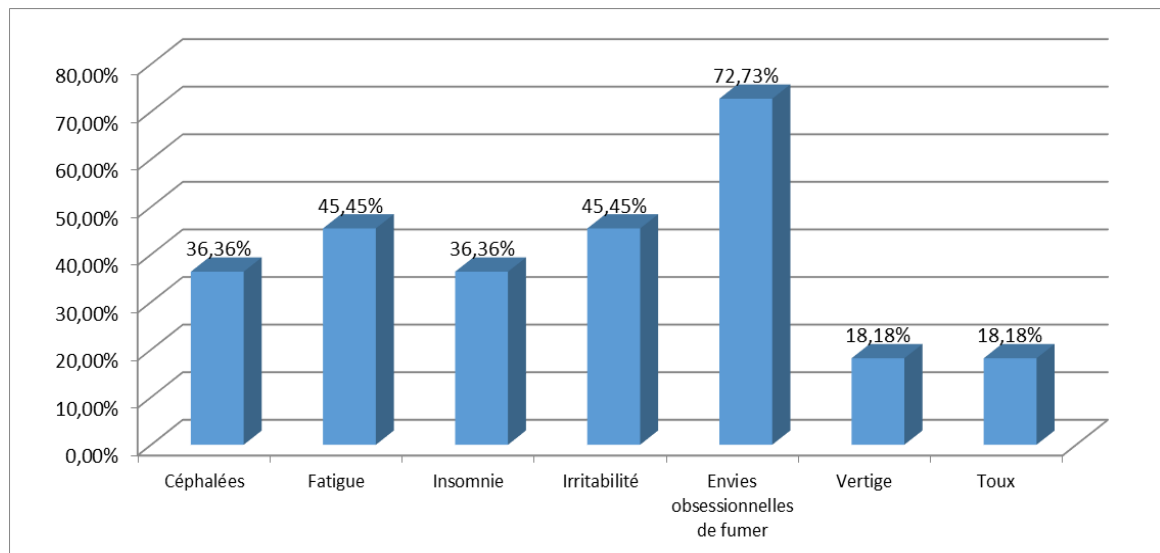


Figure 30 : symptômes liés au sevrage

5. Nombre de tentatives avant le sevrage définitif :

Sur les 11 personnes interrogées, 90,91% ont effectué plusieurs tentatives avant de réussir à arrêter de fumer de façon définitive, tandis que 9,09% ont réussi à arrêter dès leur première tentative.

Tableau XXX II : Nombre de tentatives avant le sevrage définitif

	Fréquence	Pourcentage
Plusieurs	10	90,91%
Une seule	1	9,09%
Total	11	100,00%

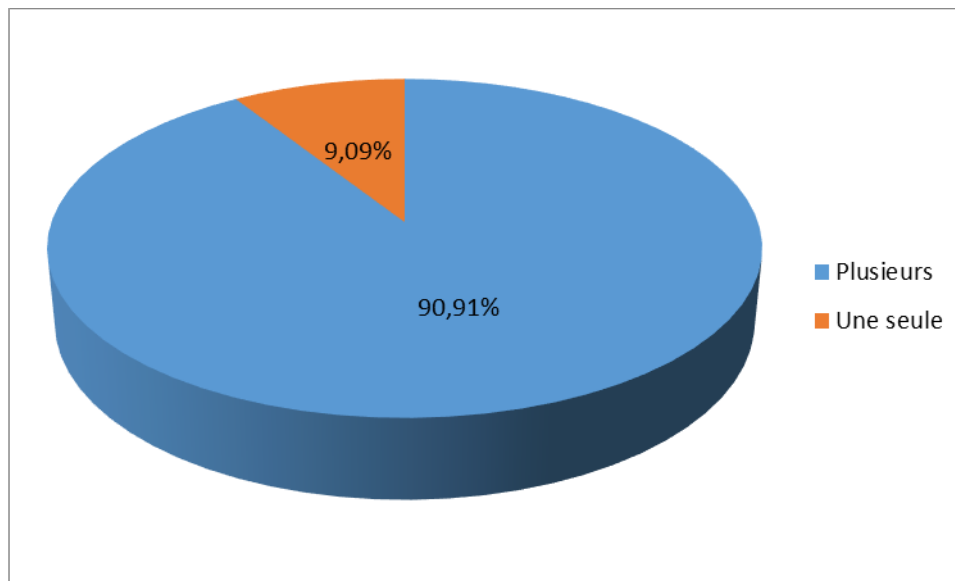


Figure 31 : Nombre de tentatives avant le sevrage définitif

6. Prise de poids après le sevrage :

Sur les 11 personnes interrogées, 7 ont déclaré avoir pris du poids après leur sevrage (soit 63,64%) tandis que 4 n'ont pas pris de poids (soit 36,36%).

Tableau XXXIII : Prise de poids après le sevrage

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	4	36,36%
<i>Oui</i>	7	63,64%
<i>Total</i>	11	100,00%

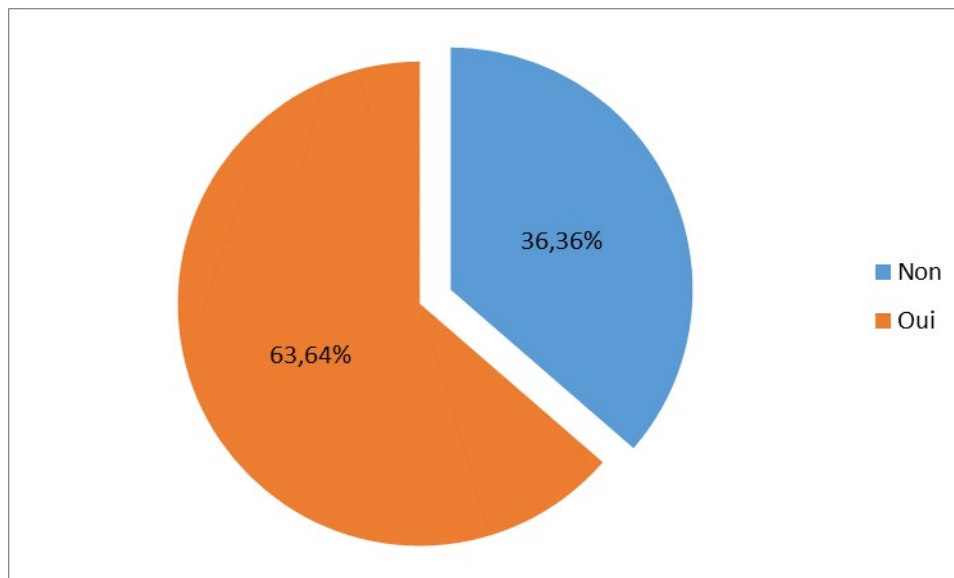


Figure 32 : Prise de poids après le sevrage

VI. Autres habitudes toxiques :

1. Utilisation d'autres substances :

Parmi les 403 participants, 77 ont déclaré avoir utilisé d'autres substances, soit environ 19,11% de l'échantillon, dont 47 fumeurs actuels et anciens soit 75,81% des fumeurs.

Tableau XXXIV : Utilisation d'autres substances :

	Fumeur et Ex fumeur	Non-fumeur	Total
Oui	47	30	77 (19,11%)
Non	15	311	326 (80,89%)

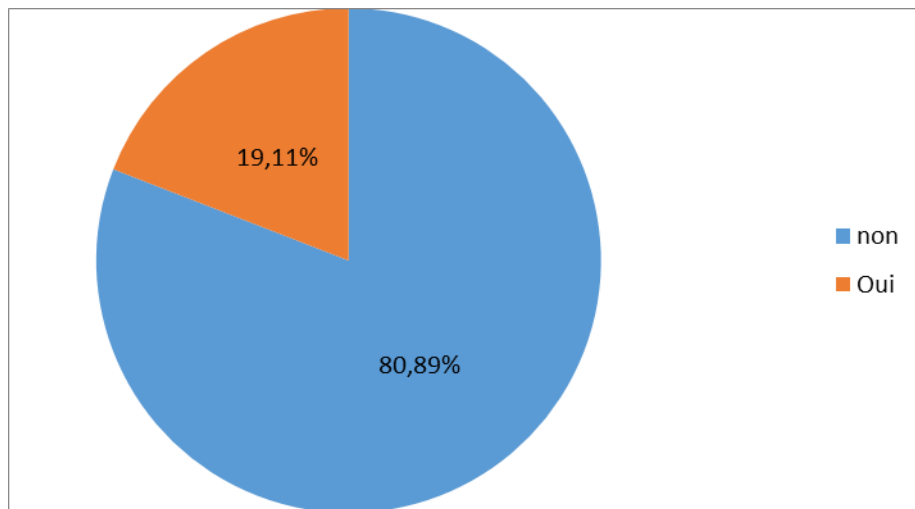


Figure 33 : Utilisation d'autres substances :

2. Les substances utilisées en dehors du tabac :

Parmi les 403 participants, 19,11% ont déclaré avoir utilisé d'autres substances que le tabac. Parmi les substances mentionnées, l'alcool est la plus couramment utilisée avec un pourcentage de 16,38%, suivie de la chicha avec un pourcentage de 9,93%, et du cannabis avec un pourcentage de 12,41%. Les amphétamines et les stupéfiants ont été utilisés par un petit nombre de participants avec respectivement 9 (2,23%) et 14 (3,47%) personnes. Enfin, 17 participants (4,22%) ont déclaré avoir utilisé du kif.

Tableau XXXV : Autres substances utilisées

Substance	Fumeur et Ex fumeur	Non fumeur	Total
Alcool	37	29	66 (16,38%)
Chicha	27	13	40 (9,93%)
Cannabis	19	11	18 (4,46%)
Stupéfiants	6	4	10 (2,48%)
Amphétamines	5	3	8 (1,99%)
Kif	11	3	14 (3,72%)

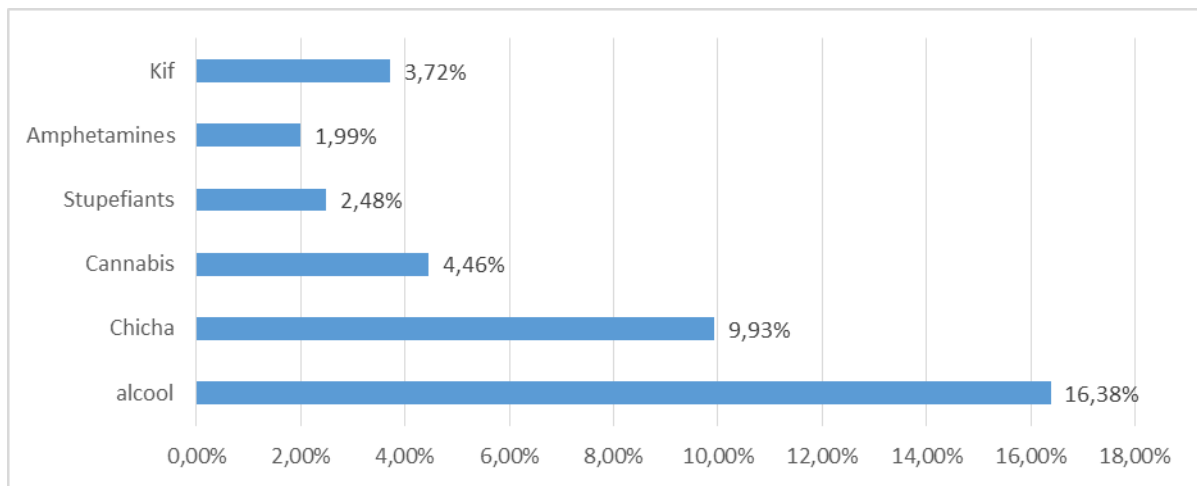


Figure 34 : Autres substances utilisées

3. Fréquence d'utilisation :

Sur les 77 personnes qui ont répondu affirmativement à la question sur l'utilisation d'autres substances, 73 ont indiqué une utilisation occasionnelle et seulement 4 ont indiqué une utilisation quotidienne.

Tableau XXXVI : Fréquence d'utilisation

	Fréquence	Pourcentage
Occasionnellement	73	18,11%
Quotidiennement	4	0,99%
Total	77	100,00%

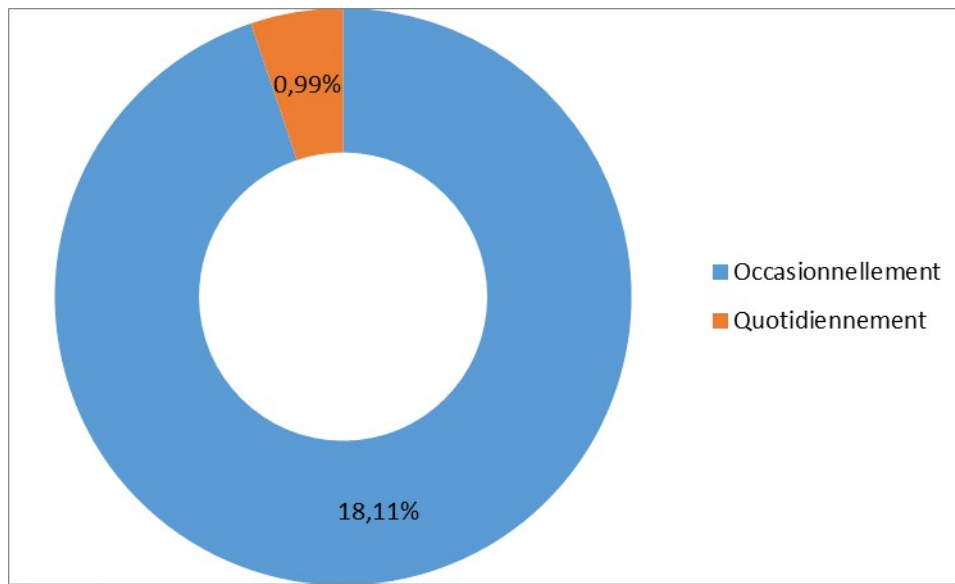


Figure 35 : Fréquence d'utilisation

4. Consommation des substances simultanément :

Parmi les personnes ayant déclaré avoir utilisé d'autres substances, 48% ont en consommé simultanément.

Tableau XXXVII : Consommation des substances simultanément

	Fréquence	Pourcentage
Non	40	52%
Oui	37	48%
Total	77	100,00%

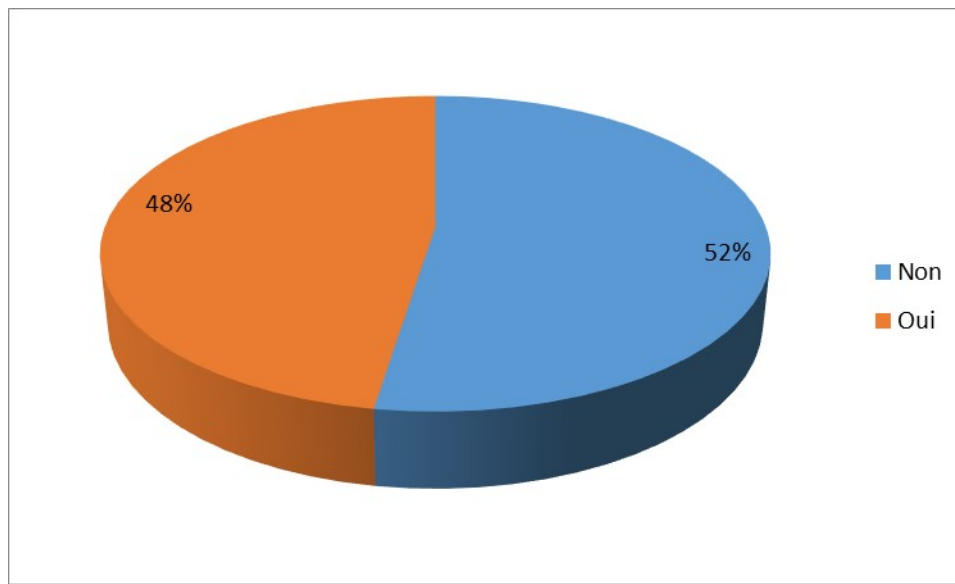


Figure 36 : Consommation des substances simultanément

VII. Connaissances et attitudes vis-à-vis du tabac :

1. Niveau de conscience des étudiants sur les risques du tabagisme sur la santé :

La quasi-totalité des personnes interrogées (98,26%) sont conscientes des risques du tabagisme sur la santé, tandis qu'un petit pourcentage (1,74%) ne l'est pas.

Tableau XXXVIII : Niveau de conscience des étudiants sur les risques du tabagisme

		Fumeurs et Ex fumeurs		Non fumeurs		Valeur P
Êtes-vous conscients des risques du tabagisme sur la santé?	Non	1	(1,6%)	6	(1,8%)	0,935
	Oui	61	(98,4%)	335	(98,2%)	

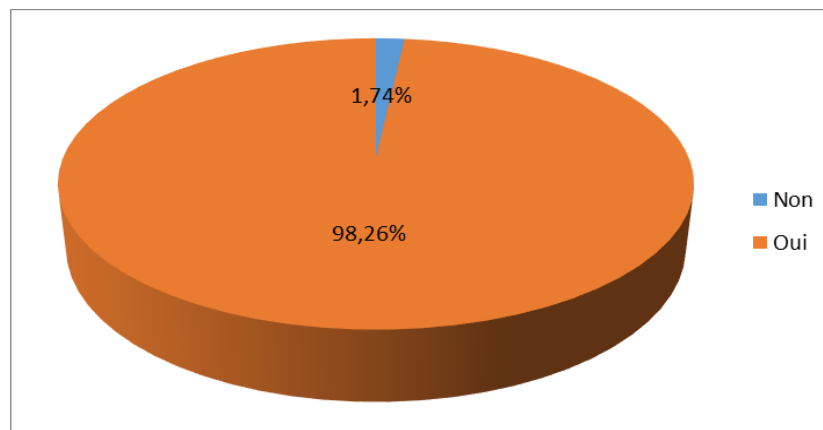


Tableau 37 : Niveau de conscience des étudiants sur les risques du tabagisme

2. Connaissances des étudiants vis-à-vis des méfaits du tabac :

Les résultats montrent que la majorité des étudiants, fumeurs et non-fumeurs, connaissent les risques liés au cancer du poumon, des cancers orl, aux maladies coronaires et à l'infarctus du myocarde, avec des pourcentages supérieurs à 72%. En revanche, les connaissances sur d'autres types de cancer, tels que les cancers digestifs ou de la vessie, ainsi que sur l'impuissance sexuelle et les ulcères, sont moins répandues, avec des pourcentages compris entre 49% et 77%. Les différences entre les deux groupes ne sont cependant pas significatives

Tableau XXXIX : Connaissances des étudiants vis-à-vis des méfaits du tabac

	Fumeur et E « x fumeur		Non fumeur		Valeur P
	N	(%)	N	(%)	
Cancers orl (langue, Bouche, joue, larynx..)	59	(95,2%)	303	(88,9%)	0,131
Cancers du poumon, plèvre, kc bronchique..	59	(95,2%)	335	(98,2%)	0,131
Cancers digestifs (œsophage, estomac, colorectal..)	48	(77,4%)	209	(61,3%)	0,015
Cancer du col de l'utérus et de l'ovaire	0	(0,0%)	1	(0,3%)	0,669
Maladies coronaires	49	(79,0%)	248	(72,7%)	0,3
Cancer de la vessie	40	(64,5%)	166	(48,7%)	0,022
Impuissance sexuelle	47	(75,8%)	214	(62,8%)	0,048
Infarctus du myocarde	51	(82,3%)	248	(72,7%)	0,115
Ulcères	39	(62,9%)	169	(49,6%)	0,053
Autre	4	(6,45%)	15	(4,4%)	0,125

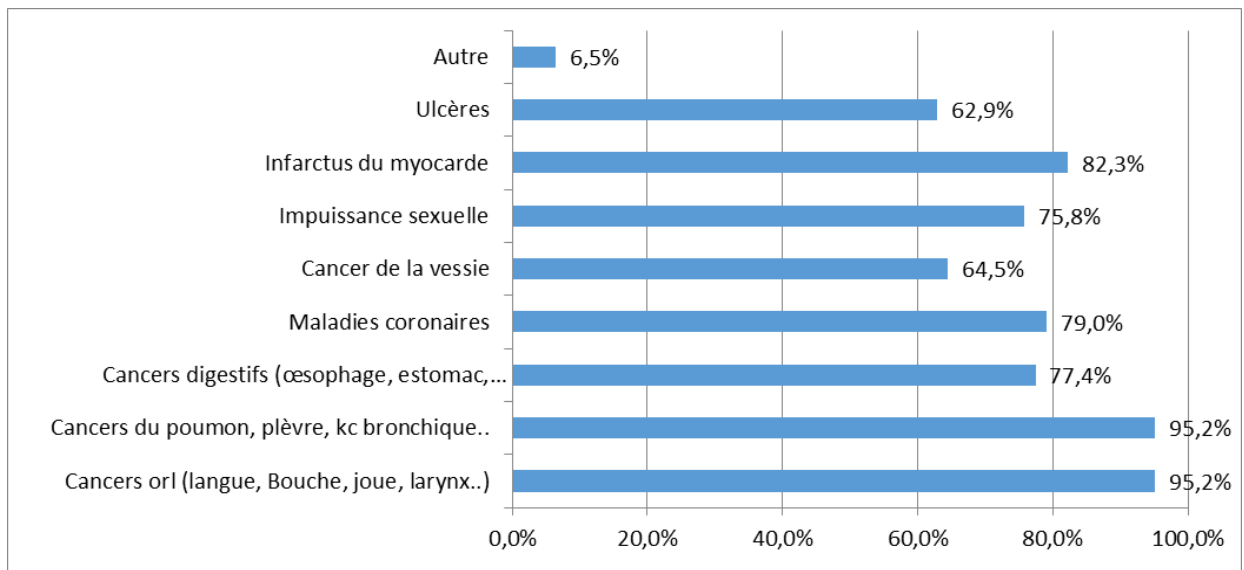


Figure 37 : Connaissances des fumeurs et ex fumeurs vis-à-vis des méfaits du tabac

3. Avis des étudiants concernant quelques affirmations :

- Parmi les fumeurs et ex-fumeurs, 63,5% estiment qu'il est de la responsabilité du médecin de lutter contre le tabagisme, tandis que parmi les non-fumeurs, 66,9% partagent cette opinion.
- 46,8% des fumeurs et ex-fumeurs et 64,2% des non-fumeurs sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle la plupart des fumeurs peuvent arrêter s'ils en ont la volonté.
- Les deux groupes sont d'accord que Les personnes ayant des parents tabagiques sont plus susceptibles de fumer
- 33,9% des fumeurs/ex-fumeurs et 82,1% des non-fumeurs considèrent que le personnel de santé devrait donner un bon exemple en ne fumant pas.
- La plupart des personnes, qu'elles soient fumeuses ou non, ne pensent pas que le conseil du médecin suffise pour arrêter de fumer.
- Les deux groupes sont d'accord que le tabagisme passif expose à un risque plus élevé de maladies liées au tabac et que les non-fumeurs vivant avec des fumeurs ont un risque plus élevé de cancers liés au tabac.

- Enfin, seulement 22,6% des fumeurs/ex-fumeurs et 41,6% des non-fumeurs pensent que le médecin doit dissuader tous les patients de fumer.

Tableau XL: Connaissances des fumeurs et ex fumeurs vis-à-vis des méfaits du tabac

	Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		Valeur P
Il est de la responsabilité du médecin de lutter contre le tabagisme	28	45,2%	228	66,9%	0,001
La plupart des fumeurs peuvent arrêter s'ils en ont la volonté	29	46,8%	219	64,2%	0,009
Avoir des parents tabagiques augmente les chances de fumer	41	66,1%	250	73,3%	0,245
Le personnel de santé devrait donner un bon exemple en ne fumant pas	21	33,9%	280	82,1%	0,000
La plupart des gens ne cesseront pas de fumer même avec conseil de leur médecin	45	72,6%	233	68,3%	0,506
Le tabagisme passif expose à un risque plus élevé au maladies liées au tabagisme	47	75,8%	236	69,2%	0,296
Un non-fumeur vivant avec un fumeur a un risque plus élevé de cancers liés au tabac	44	71,0%	264	77,4%	0,271
Le médecin doit dissuader tous les patients de fumer	14	22,6%	142	41,6%	0,005

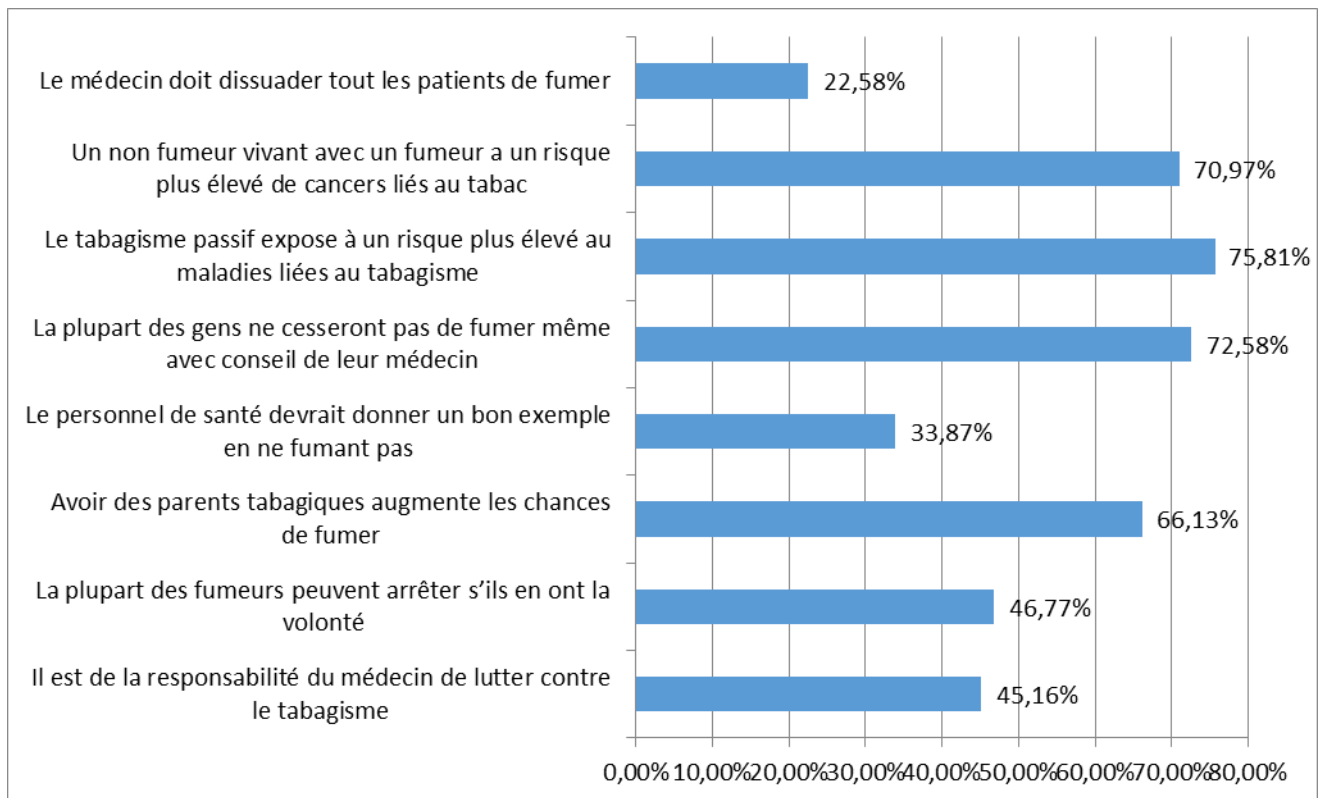
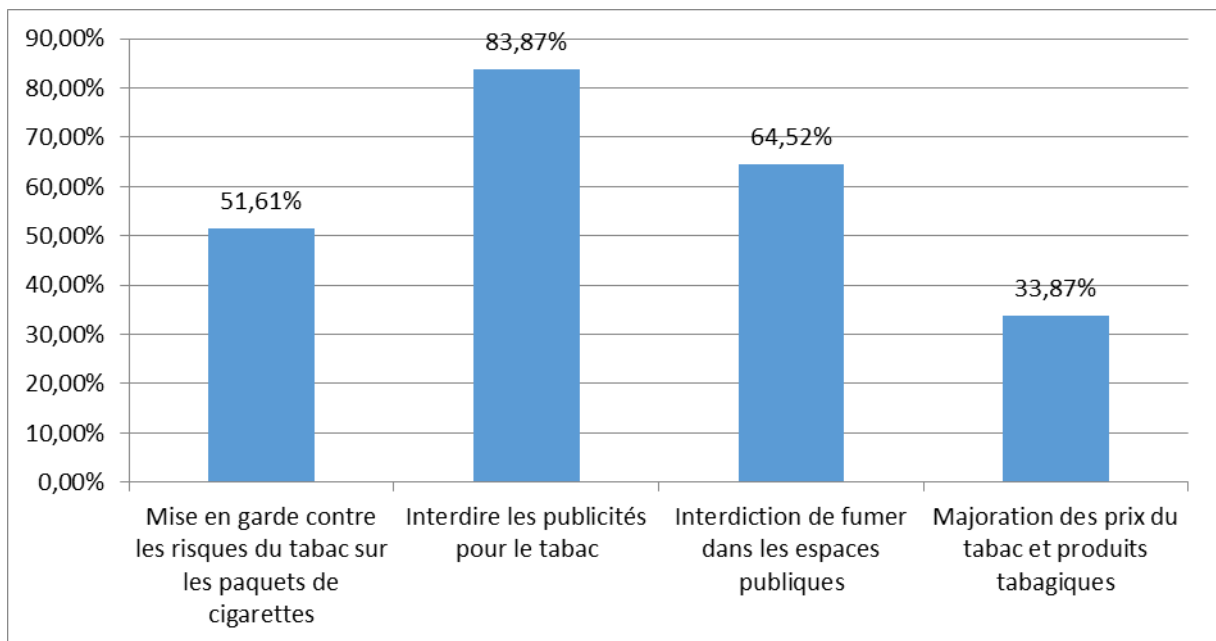


Figure 38 : Connaissances des fumeurs et ex fumeurs vis-à-vis des méfaits du tabac

4. Avis des étudiants de certaines mesures législatives pouvant réduire le tabagisme :

Les résultats montrent que la majorité des fumeurs et anciens fumeurs ainsi que des non-fumeurs sont d'accord avec l'interdiction de fumer dans les espaces publics (64,5% des fumeurs et anciens fumeurs et 84,5% des non-fumeurs) et l'interdiction des publicités pour le tabac (83,9% des fumeurs et anciens fumeurs et 83,3% des non-fumeurs). En revanche, seulement 51,6% des fumeurs et anciens fumeurs et 68,9% des non-fumeurs sont d'accord avec l'apposition de mises en garde sur les paquets de cigarettes. De plus, la majoration des prix du tabac et produits tabagiques n'est soutenue que par 33,9% des fumeurs et anciens fumeurs contre 76% des non-fumeurs.

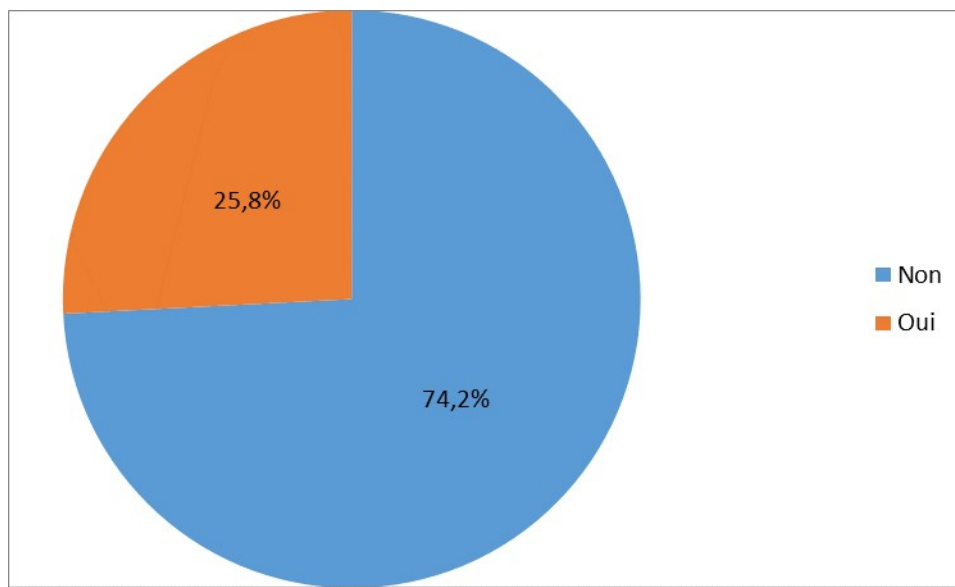
Mesure législative	Fumeur et Ex fumeur		Non-fumeur		Valeur P
Mise en garde contre les risques du tabac sur les paquets de cigarettes	32	51,61%	235	68,90%	0,024
Interdire les publicités pour le tabac	52	83,87%	284	83,30%	0,965
Interdiction de fumer dans les espaces publiques	40	64,52%	288	84,50%	0,000
Majoration des prix du tabac et produits tabagiques	21	33,87%	259	76,00%	0,000



5. Existence d'une loi anti-tabac au Maroc :

Les données indiquent que la majorité des participants, à la fois fumeurs et non-fumeurs, ne sont pas convaincus qu'il y ait une loi anti-tabac en vigueur au Maroc, avec des pourcentages de 74,2% et 78,0%, respectivement. Cependant, un pourcentage relativement important de fumeurs et d'anciens fumeurs (25,8%) et de non-fumeurs (22,0%) ont répondu "oui"

Existe-t-il une loi anti-tabac au Maroc?	Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		Valeur P
Non	46	(74,2%)	266	(78,0%)	0,509
Oui	16	(25,8%)	75	(22,0%)	



6. Participation à une campagne anti-tabac :

Les résultats indiquent que la grande majorité des étudiants, soit 88,7% des fumeurs et anciens fumeurs et 90,9% des non-fumeurs, n'ont jamais participé à une campagne anti-tabac. Seulement 11,3% des fumeurs et anciens fumeurs et 9,1% des non-fumeurs ont déjà participé à une telle campagne. La valeur de p associée à cette question est de 0,586, ce qui indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs en termes de participation à une campagne anti-tabac.

Tableau XLI : Taux de participation à une campagne antitabac

Avez-vous déjà participé à une campagne anti-tabac?	Fumeur et Ex fumeur		Non fumeur		Valeur P
Non	55	(88,7%)	310	(90,9%)	0,586
Oui	7	(11,3%)	31	(9,1%)	

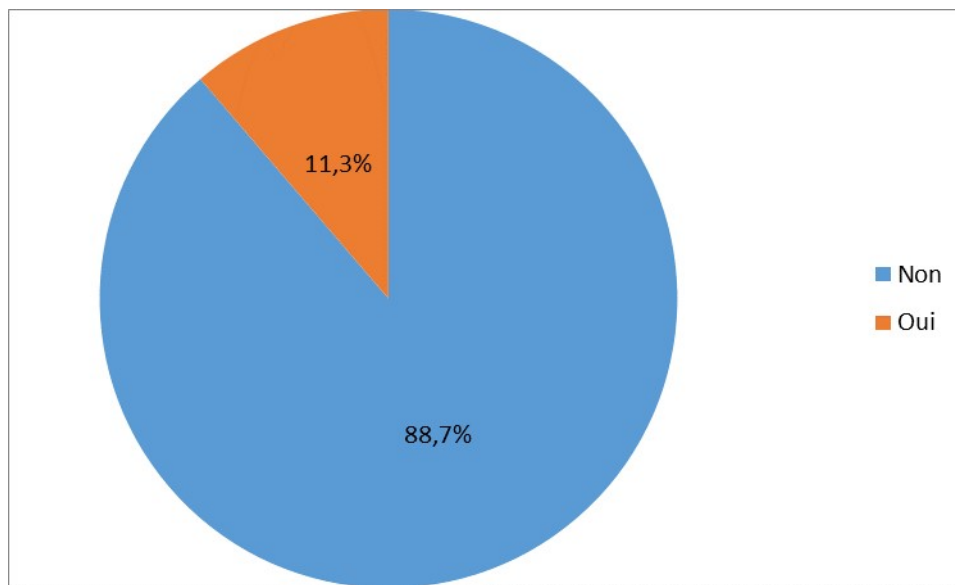


Figure 38 : Taux de participation des fumeurs et ex fumeurs à une campagne antitabac



DISCUSSION



Le tabagisme est un problème de santé publique important, qui se caractérise par une augmentation du nombre de femmes fumeuses et un rajeunissement de l'âge de début de la consommation. [9]

Depuis 1982, de nombreuses études ont été menées à l'échelle nationale pour évaluer l'impact du tabagisme dans différents milieux socioprofessionnels et chez les étudiants en médecine. Ces enquêtes visent à sensibiliser la population aux dangers du tabac [10].

Notre étude s'inscrit dans cette démarche et a pour objectif d'évaluer l'attitude des étudiants en médecine face au tabagisme et de les sensibiliser aux risques liés à la consommation de tabac.

Dans ce chapitre, nous analyserons nos résultats en les comparant avec les données d'enquêtes précédentes menées à l'échelle nationale et internationale.

▪ **RAPPELS :**

I. GÉNÉRALITÉS

1. Constituants du tabac :

Le tabac, appartenant à la famille des solanacées, est principalement représenté par la plante *Nicotiana tabacum*, bien qu'il existe plusieurs autres variétés. Sa teneur en nicotine varie selon les parties de la plante, allant de 0,4% dans les racines à 2% dans les feuilles basses, et pouvant atteindre jusqu'à 4% dans les feuilles supérieures. Après la récolte, le tabac passe par un processus de séchage en trois phases, comprenant le jaunissement, la dessiccation par ventilation, puis la réduction. Ensuite, il subit une fermentation, naturelle ou artificielle, qui lui confère ses caractéristiques spécifiques [71, 72].

La fumée de cigarette est un aérosol composé de gaz et de particules. Elle renferme environ 7000 substances différentes, dont au moins 250 sont reconnues comme toxiques ou cancérigènes. Les quatre principaux composants identifiés sont la nicotine, l'oxyde de carbone, les composés irritants et les goudrons [73, 74].

Le tabac fumé produit trois types de fumées distincts [75] :

- Le courant primaire, inhalé directement par le fumeur.
- Le courant secondaire, qui s'échappe de la cigarette par l'extrémité incandescente (tabagisme passif).
- Le courant tertiaire, qui correspond à la fumée exhalée par le fumeur (tabagisme passif).

1.1. Nicotine :

La nicotine, bien qu'elle ne soit pas directement cancérigène, est le principal composant addictif du tabac [6]. Selon les données physiologiques, la nicotine atteint le cerveau en 9 à 19 secondes après chaque bouffée de tabac, atteignant un pic d'activité après 20 à 30 minutes, soit

plus rapidement qu'après une injection intraveineuse [77]. Ainsi, le tabagisme, en raison de son mode d'absorption, favorise la dépendance à la nicotine. La demi-vie d'élimination de la nicotine est d'environ 2 à 3 heures, mais elle peut diminuer avec des expositions répétées [78].

La nicotine est un alcaloïde amine tertiaire qui se fixe sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques, stimulant ainsi les systèmes de récompense et modulant la libération de nombreux neurotransmetteurs [78, 79].

Il convient également de mentionner que la nicotine peut être absorbée par la peau, et sa toxicité a été documentée chez les travailleurs agricoles exposés au tabac et chez ceux qui sont en contact cutané avec des pesticides contenant de la nicotine.

1.2. Les "goudrons" :

Les goudrons sont les composés principalement responsables de l'apparition des cancers liés à la consommation de cigarettes. Ce terme générique regroupe un large éventail de molécules différentes, notamment des hydrocarbures tels que le benzène et le benzopyrène, qui est connu pour être cancérigène en raison de ses propriétés d'agent intercalant de l'acide désoxyribonucléique (ADN) [77].

1.3. Le monoxyde de carbone (CO) :

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz produit lors de la combustion de la cigarette. Sa toxicité résulte de sa forte affinité avec la molécule d'hémoglobine. Lorsqu'il se fixe sur l'hémoglobine, le CO, ayant une affinité plus élevée que le dioxygène, entraîne une hypoxie en réduisant le transport de l'oxygène. En réponse, le corps peut présenter une augmentation de la fréquence cardiaque (tachycardie) et de la pression artérielle, ce qui accroît le risque de problèmes cardiaques. [77]

1.4. Les substances irritantes :

Les substances irritantes présentes dans la fumée de cigarette, telles que les nitrosamines, sont hautement cancérigènes [115]. L'inhalation d'acroléine provoque des sensations de brûlure,

de toux, de maux de gorge, de nausées, et favorise la production d'un mucus épais. La fumée de tabac contient également des phénols, de l'acide cyanhydrique et d'autres aldéhydes qui peuvent être classés comme des substances irritantes. [77]

1.5. Les métaux lourds :

L'exposition chronique aux métaux lourds tels que le plomb ou le cadmium peut entraîner divers problèmes de santé. Ils peuvent se substituer au calcium dans les cristaux osseux, provoquant des troubles au niveau des os du squelette. De plus, ils sont associés à un risque accru de cancer du poumon et peuvent causer des dommages rénaux connus pour leur toxicité chronique. Ces métaux lourds se trouvent en diverses variétés dans la fumée de cigarette, formant un cocktail toxique qui s'accumule avec le temps. [77]

1.6. Les additifs :

Les fabricants de cigarettes mélangent légalement de nombreux additifs au tabac. Parmi eux, on trouve :

a. Ammoniaque :

L'ammoniaque a été ajoutée aux cigarettes dès les années 1960 en tant que "précurseurs d'arôme". L'ajout de cette substance permet d'augmenter la quantité de nicotine absorbée et renforce son impact. L'ammoniaque améliore également le goût, ce qui intensifie l'exposition à la nicotine et favorise l'initiation au tabagisme [80, 81].

b. Menthol :

L'ajout de menthol aux cigarettes entraîne une anesthésie locale, réduisant ainsi l'irritation des voies respiratoires et augmentant la douceur de la fumée en stimulant les récepteurs sensoriels du froid. Le menthol était largement utilisé dans les cigarettes précédemment appelées "légères" qui nécessitaient de mentionner de faibles taux de nicotine, car il produit un effet synergique sur le système nerveux central, permettant ainsi de réduire la teneur en nicotine sans altérer le potentiel addictif du tabac [82, 83].

c. Sucres :

Les sucres ajoutés aux cigarettes apportent une saveur au tabac et masquent l'amertume et le mauvais goût de la fumée. Ils peuvent également produire un effet addictif en générant des aldéhydes, notamment de l'acétaldéhyde. Des études animales suggèrent que l'acétaldéhyde et la nicotine agissent en synergie pour renforcer la dépendance à la nicotine [84].

d. Cacao, réglisse ou autres arômes :

Le cacao contient plusieurs substances psychoactives et sa consommation dans les cigarettes réduit l'activité de l'enzyme monoamine oxydase (MAO). Cette réaction pourrait avoir un effet antidépresseur et contribuer à la dépendance tabagique [85]. La glycyrrhizine, principal composé de la réglisse, possède des propriétés broncho-dilatatrices qui pourraient faciliter l'inhalation de la fumée et l'exposition à la nicotine [85].

2. Les effets du tabac sur la santé

Le tabac, sous toutes ses formes, est une menace mortelle. L'exposition à la fumée secondaire du tabac est également responsable de conséquences sanitaires négatives, y compris le décès.

Le tabagisme impacte pratiquement tous les organes du corps humain. Les personnes qui fument toute leur vie perdent en moyenne au moins 10 années de vie.

- Le tabac multiplie par 10 le risque de cancer du poumon [86], étant responsable de plus des deux tiers des décès liés à ce cancer dans le monde, soit environ 1,2 million de décès chaque année [88].

2.1. Tabac et cancer du poumon

- Au Maroc, le cancer du poumon est le plus fréquent chez les hommes, où les fumeurs représentent 95,01% des cas masculins et 1,54% des cas féminins [86].

- Les bénéfices de l'arrêt du tabac sont présents quel que soit le stade de la maladie [89, 90].

2.2. Tabac et autres cancers

- D'autres types de cancers sont également causalement liés au tabagisme, tels que le cancer de la vessie [91], du pharynx et du larynx [92].
- Le tabac sans fumée contient 28 substances cancérigènes qui sont responsables de cancers de la cavité buccale, de l'œsophage et du pancréas [93,74].
- Des études publiées fournissent également des preuves solides de l'association causale entre le tabagisme et le cancer colorectal [94], du foie [95], de l'estomac [96], des reins [97], du col de l'utérus [98], et du cancer du sein [99].
- Le tabac peut accroître le risque de leucémie myéloïde chronique de manière dépendante de la dose [100], ainsi que le risque de développer une leucémie aiguë myéloïde [101].

2.3. Tabac et maladies cardiovasculaires :

- Le tabac est responsable de 3 millions de décès liés aux maladies cardiovasculaires dans le monde chaque année [74].
- Il multiplie par 20 le risque de développer une maladie cardiovasculaire [87].
- Le tabac est un facteur de risque indépendant d'insuffisance cardiaque, indépendamment des facteurs de risque traditionnels [87].
- Il est significativement associé à la présence et à l'étendue de l'athérosclérose coronarienne, ainsi qu'à un risque accru de coronaropathie [92, 103].
- Le tabac est également un facteur de risque d'hypertrophie du ventricule gauche et de dysfonctionnement systolique [104].

- Il accélère le vieillissement des artères, entraînant une augmentation significative de la tension artérielle systolique et diastolique, de la résistance vasculaire systémique totale, de la pression artérielle pulmonaire et de la résistance vasculaire pulmonaire [105].
- Il existe une relation dose-réponse entre le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et les accidents vasculaires cérébraux [106].
- Le tabagisme chronique est le principal facteur de risque d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs [107].

2.4. Tabac et pathologies respiratoires :

- Le tabagisme actif et passif favorise les exacerbations de l'asthme et est considéré comme un facteur de mauvais contrôle de la maladie [109].
- Les fumeurs ont 4,01 fois plus de chances de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [108].
- Le tabagisme aggrave la progression de l'infection tuberculeuse latente vers la maladie active, mais l'arrêt du tabac améliore l'évolution de la tuberculose et favorise la guérison [111].
- Plusieurs pneumopathies interstitielles diffuses sont associées à l'intoxication tabagique, notamment l'histiocytose langerhansienne pulmonaire, la fibrose pulmonaire idiopathique, la bronchiolite respiratoire et la pneumopathie interstitielle desquamative [110].
- Le tabagisme augmente la fréquence des infections pulmonaires [108]

2.5. Tabac chez la femme enceinte: [112]

- Le tabac augmente le risque relatif de placenta praevia et de rupture prématurée des membranes, multiplié par 2 à 3.
- Il accroît le risque de fausse couche spontanée.

- Le risque relatif d'accouchement prématuré est multiplié par 3.
- Le risque relatif de grossesse extra-utérine est multiplié par 1,5 si la consommation quotidienne de cigarettes est inférieure à 10, par 3 pour une consommation de 20 à 30 cigarettes, et par 5 pour une consommation de plus de 30 cigarettes.

2.6. Autres atteintes liées au tabac :

- Atteinte oculaire : Le tabagisme est associé à des problèmes oculaires tels que la cécité, la cataracte, l'hyperplasie conjonctivale et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. [113]
- Troubles de l'érection : Le tabagisme peut avoir un effet néfaste sur l'afflux sanguin vers le pénis, ce qui peut entraîner des problèmes d'érection. [114]
- Fertilité : Le tabagisme peut entraîner une diminution de la fertilité chez les hommes et les femmes. Les taux de réussite des techniques de procréation assistée sont également plus faibles chez les fumeurs. [74]
- Diabète : Les fumeurs ont un risque plus élevé de développer un diabète, et ce risque augmente en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour. [74]
- Démence : Le tabagisme est associé à un risque accru de démence, et environ 14 % des cas d'Alzheimer dans le monde peuvent être attribués au tabagisme. [74]
- Perte de l'acuité auditive : Le tabagisme à long terme peut affecter l'irrigation sanguine de l'oreille interne et contribuer à une perte d'acuité auditive. [115]
- Vieillessement : Les fumeurs peuvent présenter des signes de vieillissement prématuré de la peau, tels que des rides et un teint terne. [116]
- Mémoire : Le tabagisme peut entraîner des difficultés de concentration et altérer les fonctions de la mémoire de travail. [117]

3. La loi anti-tabac au Maroc :

La loi marocaine anti-tabac, mise en vigueur en février 1996 [58], comprend trois volets d'action visant la prévention primaire et secondaire :

- **L'interdiction de la propagande et de la publicité en faveur du tabac :**

Cette loi impose une interdiction totale de toute forme de publicité pour le tabac, qu'elle soit directe, indirecte ou sous forme de parrainage (article 7, 8, 9, chapitre III). L'objectif est d'éliminer toute promotion des produits du tabac. Des études menées dans plusieurs pays, tels que la Norvège, la Finlande, le Canada et la Nouvelle-Zélande, ont démontré l'efficacité de cette mesure. Le ministère britannique de la santé a examiné l'impact de l'introduction et de l'application de l'interdiction de la publicité pour le tabac dans ces pays. Les résultats ont montré une diminution significative de la consommation de tabac cinq ans après la mise en place de cette mesure. En Norvège, la consommation a chuté de 26%, en Finlande de 37%, et en Nouvelle-Zélande de 21% [59].

- **L'interdiction de fumer dans les lieux publics :**

Le deuxième volet de la loi concerne l'interdiction de fumer dans les lieux destinés à un usage collectif, tels qu'énumérés à l'article 4, chapitre III. Il est désormais largement reconnu les effets néfastes de l'exposition involontaire à la fumée de cigarette sur la santé des non-fumeurs [58].

La loi vise à protéger la santé des individus en réduisant leur exposition à la fumée secondaire, qui contient de nombreux agents toxiques et cancérigènes. Les études scientifiques ont démontré de manière concluante les effets pathogènes de l'inhalation de la fumée de cigarette passive, et il est donc crucial d'instaurer des mesures pour prévenir cette exposition nocive.

- **Education et information sur la toxicité du tabac :**

Le troisième aspect de la législation concerne la prévention et l'information sur les méfaits du tabac auprès des citoyens. Ainsi, la loi exige l'apposition de l'avertissement "Le tabac est dangereux pour la santé" sur tous les emballages de produits du tabac (article 3, chapitre I), ainsi que la mention de la teneur en nicotine et en goudron conformément aux directives établies par les autorités compétentes (article 2, chapitre I). De plus, la loi marocaine anti-tabac prévoit l'organisation de campagnes de sensibilisation sur le fléau du tabagisme auprès de la population (article 10, chapitre III), ainsi que la promotion de la recherche scientifique dans le domaine de la santé (article 13, chapitre IV).

Il est important de souligner que la faible prévalence (22,6%) des étudiants ayant connaissance de l'existence de la loi marocaine anti-tabac, ainsi que les connaissances approximatives des méfaits du tabac parmi la population étudiée, indiquent la nécessité de fournir davantage d'efforts en matière d'information et d'éducation [58].

- **Prévention primaire :**

Il est essentiel de mettre en place des mesures dissuasives pour décourager ceux qui n'ont pas encore commencé à fumer, en particulier les adolescents, les femmes, les autochtones et les salariés à faible revenu, de s'engager dans cette habitude néfaste. De plus, il est crucial d'apporter un soutien continu aux anciens fumeurs afin de les aider à éviter les rechutes. Pour réduire la prévalence du tabagisme, il est nécessaire d'intervenir sur les facteurs qui favorisent cette pratique chez les enfants et les adolescents.

Parmi ces facteurs, on retrouve les influences environnementales telles que l'influence des parents et des pairs, ainsi que les facteurs liés à la personnalité tels que les connaissances, les attitudes et les croyances. Il est également important de prendre en compte les situations à haut risque, notamment l'attitude positive des parents et des membres de la fratrie à l'égard du

tabagisme. Tous ces éléments doivent être pris en considération dans la conception et la mise en œuvre de programmes de lutte antitabac et de prévention primaire [60].

- **Prévention secondaire :**

La prévention secondaire joue un rôle essentiel dans l'incitation et l'assistance des fumeurs à arrêter de fumer. Plutôt que d'adopter une attitude moralisatrice et stigmatisante envers les échecs, il est important de fournir un soutien encourageant. Dans ce contexte, l'intervention du médecin généraliste est irremplaçable. Même si l'impact individuel du conseil minimal peut sembler faible, plusieurs études randomisées et contrôlées en médecine générale ont démontré son efficacité, avec un taux d'arrêt accru de 2 à 5% [60].

Cependant, cette intervention médicale pourrait être encore plus efficace si des traitements pharmacologiques étaient mis à la disposition des fumeurs dépendants. Les dérivés substitutifs nicotiques ont été les premiers à prouver leur efficacité en tant qu'aide à l'arrêt du tabac, à condition d'être intégrés dans un programme global comprenant un soutien psychologique et un accompagnement du fumeur tout au long de son parcours vers l'arrêt du tabac [60].

▪ DISCUSSION

1. Prévalence du tabagisme :

1.1 Prévalence globale du tabagisme :

Dans notre échantillon d'étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, la prévalence du tabagisme était de 11,41% au moment de l'enquête. Bien que ce chiffre soit légèrement supérieur à celui trouvé dans d'autres études menées auprès d'étudiants des FMP marocaines, il reste dans la fourchette des résultats observés. Ainsi, dans l'étude menée par ZAGHBA et al à la FMP de Casablanca en 2010, la prévalence du tabagisme était de 7,9% [11]. La FMP d'Agadir a également noté un taux de tabagisme de 7,9% [17]. Une valeur similaire a été observée chez les étudiants de la FMP de Marrakech en 2018, avec environ 9,9% de fumeurs [16]. Dans l'étude de Lahlou et al publiée en 2017 sur les étudiants de la FMP de Rabat, la prévalence de consommation de tabac était de 19,7% [15].

L'enquête multicentrique The Morocco Medical Students menée en 2010 dans le cadre de la GLOBAL HEALTH STUDENTS SURVEY (GHPSS) auprès d'étudiants de 3ème année de médecine dans 4 facultés marocaines a révélé que 8,7% des étudiants interrogés étaient fumeurs [12]. Le taux de tabagisme le plus élevé a été observé chez les étudiants de la FMP de Fès dans une enquête menée en 2012, avec une prévalence de 19,9% [13], ce taux a régressé en 2021 pour arriver à 11.61 % comme nous le décrit l'étude menée par BENCHEKROUN et al. [18]. Enfin, l'étude menée par GARTIT auprès d'étudiants de la 1ère à la 5ème année d'étude à la FMP d'Oujda a montré le taux de tabagisme le plus faible, avec une prévalence globale de seulement 6% [15].

Tableau XLII : Prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine dans les facultés marocaines

Etude	Population cible	Année de publication	Effectif	Prévalence du tabagisme
ZAGHBA et al. FMPC [11]	1ère à 6ème année	2013	712	7.9%
Maroc cohorte Med Student GHPSS [12]	3ème année	2012	1107	8.7%
EL OUARDANI FMPF[13]	1ère à 6ème année	2013	458	19.9%
GARTIT FMPO[14]	1ère à 5ème année	2013	407	6%
LAHLOU et al FMPR[15]	1ère à 6ème année	2017	137	19.7%
KAYTOUNI FMPM[16]	1ère à 6ème année	2018	454	9.9%
ERRAMI FMPA [17]	1ère à 5ème année	2021	417	7.9%
BENCHEKROUN FMPF [18]	1ère à 7ème année	2021	370	11.61 %
Notre étude : FMPM	1ère à 7ème année	2023	403	11,41%

En comparant nos résultats avec ceux des études menées dans différentes régions du monde auprès des étudiants en médecine, nous constatons que la prévalence du tabagisme dans notre étude reste inférieure à celle retrouvée dans certains pays d'Afrique, d'Europe et d'Asie. En Tunisie, par exemple, une étude menée en 2018 auprès des étudiants en médecine de 2ème, 4ème et 6ème année a révélé une prévalence du tabagisme de 10,2% [21], tandis qu'au Népal,

une étude menée en 2020 auprès des étudiants en 3ème année de médecine a montré que 30,1% des étudiants sondés fumaient des cigarettes [19]. En Inde, la prévalence du tabagisme dans cinq facultés de médecine à Karnataka était d'environ 17,4% [25].

Dans une étude transversale menée en 2017 auprès des étudiants de six facultés de médecine au Kirghizistan, la prévalence globale du tabagisme chez les étudiants en médecine était de 21% [23]. Une prévalence similaire a été trouvée chez les étudiants en médecine en France (21,9%) [24] et en Argentine (27,3%) [22]. Tandis qu'en Egypte, une étude menée au niveau de quatre facultés de médecine a objectivé un taux de plus bas avec 5,6% de fumeurs [56], ainsi qu'en Algérie avec un taux de 6,1% [57]

En 2019, une étude menée au Niger auprès des étudiants en médecine de la première à la septième année et des étudiants en pharmacie de la première à la troisième année a révélé une prévalence du tabagisme de 10,64% [20].

Tableau XLIII : Prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine dans le monde

Faculté de médecine	Population cible	Année de publication	Effectif	Pourcentage
NEHARIKA et al. NEPAL [19]	3ème année	2020	113	30.1%
KABBACH et al. EGYPT [56]	2ème à 6ème année	2017	1715	5,6%
NEINO et al. NIGER [20]	Etudiants en médecine (1ère à 7ème année) et étudiants en pharmacie (1ère à 3ème année)	2019	601	10.64%
NOUIRA et al. TUNISIE [21]	2ème, 4ème, et 6ème année	2018	285	10.2%
SALGADO ARGENTINE [22]	Etudiants en médecine et jeunes diplômés	2017	1659	27.3%
BRIMKULOV et al. KIRGHIZISTAN [23]	1ère à 6ème année	2017	618	21%
COLOSIO FRANCE [24]	1ère à 6ème année	2017	717	21.9%
MAJRA INDE [25]	-	2017	3288	17.4%
ALKHALLAF et al. ARABIE SAOUDITE [66]	1ère à 5ème année	2021	931	12,4%
ADJIRI et al. BEJAIA ALGERIE [57]	1ère à 6ème année	2021	312	6,1%
AL OTHMAN et al. PALESTINE [26]	Etudiants en médecine	2021	400	27.5%
ALNASSER et al. ARABIE SAOUDITE [62]	Etudiants en médecine	2022	421	25.4%
FERREIRA et al. BRESIL [61]	1ère à 6ème année	2022	67	47.76%
Notre étude : FMPM	1ère à 7ème année	2023	403	11,41%

1.2 Prévalence du tabagisme selon l'âge :

Les résultats de notre étude ont montré que la prévalence du tabagisme augmentait avec l'âge, avec une moyenne d'âge de 22,6 ans chez les fumeurs (ET=2,265) ($p=0,01$). Comparativement, les taux de tabagisme observés dans d'autres études menées auprès d'étudiants de facultés de médecine au Maroc étaient légèrement inférieurs. Par exemple, l'étude d'Elouardani réalisée auprès des étudiants de la FMP de Fès en 2012 avait révélé que la

prévalence du tabagisme était de seulement 15,3% chez les étudiants âgés de moins de 19 ans [13]. De même, l'étude de Zaki menée auprès des étudiants de la FMP de Marrakech en 2009 avait montré que la majorité des fumeurs étaient âgés de plus de 20 ans (65,5%) [27]. Cette même tendance a été observée dans l'étude de Zaghba, avec davantage de fumeurs âgés de 20 ans et plus [11], ainsi que dans l'étude de d'Errami menée auprès des étudiants de la FMP d'Agadir, avec une moyenne d'âge de 20,9 ans chez les fumeurs [17].

En Algérie, une étude au niveau de la faculté de médecine de Bejaia a objectivé que l'âge de début de la consommation du tabac de façon quotidienne a été entre 16 et 19 ans dans 52,6 % des cas [57].

1.3 Prévalence du tabagisme selon le genre :

Concernant la prévalence du tabagisme selon le genre dans notre étude, nous avons observé une nette prédominance masculine, avec 11,91 % d'étudiants fumeurs contre 3,47 % d'étudiantes fumeuses ($p < 0.001$). Cette différence significative s'explique en partie par la féminisation de la population estudiantine. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans des enquêtes antérieures menées auprès d'étudiants en médecine marocains [11,13,27,17,18].

En Tunisie, à l'université de Monastir, NOUIRA et al. ont observé une prévalence de 35.3 % de fumeurs de sexe masculin contre 7.5 % de fumeuses [21]. En Kirghizistan, BRIMKULOV et al. ont trouvé que la prévalence tabagique chez les fumeuses était 4 fois inférieure à celle des fumeurs [23]. En Argentine, SALGADO a constaté une faible différence entre les taux de tabagisme selon le sexe parmi les étudiants en médecine, avec un taux de 26.7 % chez les étudiantes et 29.1 % chez les étudiants [22]. En France, COLOSIO a rapporté des taux de tabagisme similaires chez les étudiantes (21.4 %) et les étudiants (22.8 %) [24].

L'épidémie du tabagisme chez les femmes est en augmentation dans certains pays, ce qui est particulièrement préoccupant. Le rapport de l'OMS indique que la publicité en faveur du tabac cible de plus en plus les jeunes filles. Dans 151 pays, environ 7 % des adolescentes fument,

contre 12 % des adolescents. Les taux de tabagisme féminin sont plus élevés dans certains pays, dont la Bulgarie, le Chili, la Colombie, la Croatie, les Îles Cook, le Mexique, le Nigéria, la Nouvelle-Zélande, la République Tchèque et l'Uruguay [120].

Tableau XLIV : Prévalence du tabagisme selon le genre dans la littérature

Faculté de médecine	Année de publication	Effectif	Tabagisme selon le genre	
			Filles	Garçons
ZAGHBA et al. FMPC [11]	2013	712	3%	15.7%
EL OUARDANI FMPF [13]	2012	458	10.6%	30.5%
ZAKI FMPM [27]	2009	399	0%	14.3%
NOUIRA et al. TUNISIE [21]	2018	285	7.5%	35.3%
BRIMKULOV et al. KIRGHIZISTAN [23]	2017	618	6%	34%
SALGADO ARGENTINE [22]	2017	1659	26.7%	29.1%
COLOSIO France [24]	2017	717	21.4%	22.8%
YANG CHINE [70]	2020	7728	-	12,8%
ADJIRI et al. BEJAIA ALGERIE [57]	2021	312	-	22,5 %
ERRAMI FMPA [17]	2021	417	0.8%	19.6%
BENCHEKROUN FMPF [18]	2021	370	4.44%	22.7%
ALNASSER et al. ARABIE SAOUDITE [62]	2022	421	1,9%	9,79%
Notre étude : FMPM	2023	403	3,47%	11,91%

1.4 Prévalence du tabagisme selon le niveau d'étude :

Dans notre recherche, nous avons constaté une augmentation du taux de fumeurs, allant de 4,80% chez les étudiants de première année à 25,80% chez les étudiants de septième année ($p=0,001$). Ces résultats correspondent à ceux obtenus par ELOUARDANI, qui a effectué une étude similaire auprès d'étudiants de la FMPF et a remarqué que la prévalence du tabagisme passait de 11,4% en première année à 30,3% en sixième année [13]. Des tendances semblables ont été observées chez les étudiants de médecine de la FMPM selon l'étude de ZAKI [27] et chez les étudiants de médecine de la FMPA [17], où le taux de tabagisme augmentait de 18,2% chez

les étudiants de première année à 39,4% chez les étudiants de cinquième année. L'étude menée par Benchekroun auprès des étudiants de la FMPF montre que la prévalence du tabagisme passe de 6,9% à 11,6% de la première à la troisième année, puis elle diminue à 13,9% en quatrième année et augmente à nouveau à 20,93% en septième année [18].

En Tunisie, une enquête menée en 2013 auprès des étudiants en médecine de Monastir a également obtenu des résultats similaires aux nôtres, avec un taux de tabagisme passant de 9,1% en première année à 10,5% en sixième année [121]. Selon MAJRA en Inde [25], la plupart des études menées auprès des étudiants en médecine de cinq facultés à Karnataka ont montré que le taux de tabagisme chez cette population avait augmenté de 2,7 fois après leur inscription en faculté de médecine, et ont conclu que la durée plus longue de leur séjour dans les facultés de médecine était positivement associée au comportement de tabagisme.

Contrairement aux enquêtes précédentes, où la prévalence du tabagisme augmentait en fonction de l'année d'étude [17, 13, 27, 18], une enquête menée au Kirghizistan par BRIMKULOV et al. [119] a indiqué que la prévalence la plus basse de tabagisme était observée chez les étudiants de cinquième année, et a constaté qu'il n'y avait pas d'augmentation de la prévalence quotidienne du tabagisme avec une année d'étude avancée.

Dans l'ensemble, l'éducation sanitaire tardive semble avoir peu d'effets sur le comportement envers le tabac, quels que soient son intensité ou le public cible. Pour cette raison, un programme de prévention basé sur l'éducation sanitaire devrait prioriser les jeunes dont l'âge ne dépasse pas celui du début du tabagisme (Moins de 14ans) [29].

2. L'étude des fumeurs

2.1 L'âge de la première cigarette :

En observant les données recueillies, il ressort que l'âge moyen d'initiation au tabagisme était de 18,71 ans +/- 2,53, avec des valeurs extrêmes allant de 14 à 24 ans ($p=0,01$). Les résultats montrent que 67,74% des fumeurs ont commencé à fumer pendant leurs études de médecine, 25,81% au lycée et 6,45% au collège. Ces résultats mettent en évidence que malgré les lois en vigueur qui interdisent la vente de tabac aux mineurs, une partie des fumeurs actuels a commencé à fumer dès un jeune âge.

Les résultats de l'étude de LAHLOU [15] menée à l'échelle nationale rapportent des résultats similaires à notre étude. L'âge moyen du début du tabagisme chez les étudiants de la FMP de Rabat était de 16,73 ans +/- 2,74. Cependant, les étudiants de la Faculté de Médecine de Limoges ont commencé à fumer à un âge plus précoce, la moyenne d'âge du début étant de 15,1 ans [24].

Les jeunes sous-estiment souvent les risques du tabac pour la santé et le risque de dépendance. Plus les enfants commencent à fumer jeunes, plus ils risquent de devenir des consommateurs réguliers et moins ils sont susceptibles de renoncer au tabac. L'industrie du tabac utilise un arsenal de stratégies pour cibler les jeunes, que ce soit par des moyens publicitaires classiques ou par une promotion et un parrainage indirects. Le tabac est à tort associé à la séduction, à l'aventure, à la vitalité et à la réussite sociale [30]

Tableau XLVI : L'âge de début du tabagisme selon la littérature :

Faculté de médecine	Année de publication	Effectif	Age de la première cigarette Moyenne +/- ET
GARTIT FMPO [24]	2013	407	16,17 +/- 2,2
LAHLOU et al. FMPR [15]	2017	137	16.73 ans +/- 2.74
COLOSIO France [24]	2017	717	15.1 ans
ERRAMI FMPA [17]	2021	417	17.46 ans +/- 1.74
BENCHEKROUN FMPF [18]	2021	370	19,20 ans +/- 2,4.
Notre étude FMPM	2023	403	18,71 ans +/- 2,53

2.2 Le nombre de cigarette fumée par jour :

Dans notre étude, nous avons constaté que nos fumeurs consommaient moins de 20 cigarettes par jour, avec 54,35% qui fumaient 10 cigarettes ou moins par jour et 45,65% qui en fumaient entre 11 et 20. Ces résultats sont cohérents avec ceux de plusieurs autres études menées dans des facultés de médecine au Maroc. En effet, l'étude menée par ERRAMI à la FMPA en 2023 a montré que 56,3% des fumeurs consommaient 10 cigarettes ou moins par jour et 3,1% en consomment plus de 20 par jour [17], tout comme l'étude menée par ZAKI et al. [27] à la FMP de Marrakech qui a montré que 80% des fumeurs consommaient 10 cigarettes ou moins par jour. À Casablanca, ZAGHBA et al. [11] ont également constaté que la plupart des étudiants en médecine fumaient 10 cigarettes ou moins par jour. Selon l'étude menée par Benchekroun à la FMPF [18], une grande majorité de fumeurs actifs consomment 10 cigarettes ou moins par jour, représentant 72% des participants. La tranche de 5 à 10 cigarettes est la plus fréquente avec un pourcentage de 48%. En outre, 14% des fumeurs consomment de 11 à 15 cigarettes par jour, tandis que seulement près de 9,3% d'entre eux en consomment plus de 15 par jour. Cependant, l'étude menée par NOUIRA et al. [21] en Tunisie en 2018 a montré une proportion plus élevée de

gros fumeurs (>20 cigarettes par jour) à 6,9%, tandis que 48,3% étaient des fumeurs moyens (10–20 cigarettes par jour).

Tableau XLVII : le nombre de cigarette fumée par jour dans la littérature

Faculté de médecine	Année de publication	Effectif	<10 c/j	11–20 c/j	>20 c/j
ZAGHBA et al. FMPC [11]	2013	712	82%	16%	2%
ZAKI FMPM [27]	2009	399	80%	20%	0%
NOUIRA et al. TUNISIE [21]	2018	285	44.8%	48.3%	6.9%
ERRAMI FMPA [17]	2021	417	56.3%	40.6%	3.1%
BENCHEKROUN FMPF [18]	2021	370	72%	28%	
Notre étude : FMPM	2023	403	54,35%	45,65%	0%

2.3 Le tabagisme dans l'entourage :

Dans le cadre de notre enquête, nous avons observé que le taux de tabagisme dans l'entourage des participants était plus élevé chez les amis (87,7%), suivi par les pères (36,8%), les frères et sœurs (28,1% et 8,8%, respectivement) et les conjoints (1,8%). Dans l'étude menée par ERRAMLI à la FMPA [17], 48,5% des fumeurs avaient au moins un parent fumeur, contre 14,1% chez les non-fumeurs. Les amis et les frères et sœurs fumeurs représentaient respectivement 33,3% et 15,1%. Dans une étude menée auprès des étudiants de TLEMCEM [32], HADRI et al ont trouvé que 60% des fumeurs actuels avaient un parent fumeur, et 60,1% avaient des amis fumeurs. Selon COLOSIO [24], dans son étude, le fait d'avoir eu au moins un parent fumeur multiplie par 1,75 le risque de devenir fumeur. L'étude menée par LEEUW et al [33] suggère que les enfants ayant des parents fumeurs ont tendance à inciter leurs pairs à fumer. Cependant, selon MCGREE et al [34], le tabagisme chez les frères et sœurs et les amis peut avoir une influence plus marquante sur la vulnérabilité cognitive des enfants au tabagisme que le

tabagisme des parents. En comparant les résultats de ces études, il ressort que le tabagisme dans l'entourage est un facteur déterminant pour commencer à fumer.

2.4 Répartition selon les motivations du début du tabagisme :

Les résultats indiquent que la présence de fumeurs dans l'entourage joue un rôle important dans l'initiation au tabagisme. Dans l'ensemble des fumeurs interrogés, 41,94% ont été initiés par un ami ou un proche, et 50% ont été motivés par le désir d'expérimenter de nouvelles sensations. Environ un tiers des participants (32,26%) ont commencé à fumer à cause du stress des examens, tandis que 19,35% ont commencé à fumer pour faire face au stress des stages ou à des événements émotionnellement difficiles. Seulement 20,97% ont commencé à fumer pour le plaisir.

Dans l'étude menée par ERRAMI à la FMPA [17], 43,8% des fumeurs ont déclaré avoir commencé à fumer à cause de l'influence de leur entourage, 21,9% pour le plaisir, 15,6% à cause du stress et 18,8% pour le snobisme. Des résultats similaires ont été notés chez les étudiants de la FMP de Marrakech en 2009 [27]. Une étude menée auprès des étudiants de la FMP de Rabat en 2017 a montré que l'entourage était à l'origine de l'initiation tabagique dans 35,3% des cas, tandis que le stress représentait 56% [15]. L'étude de BENCHEKROUN [18] au niveau de la FMP de Fès montre que la curiosité et la déception sont les deux motivations essentielles du début du tabagisme avec respectivement 83.7% et 34.8%, tandis que 28% des étudiants fumeurs annoncent que le facteur initiateur de leur addiction au tabac était le stress des examens.

De plus, une nouvelle analyse américaine [35] a montré que les jeunes dont les amis fument sont deux fois plus susceptibles que les autres de commencer à fumer. L'étude de HADRI et al. [32] a révélé que 70,1% des fumeurs avaient commencé à fumer à cause de l'influence des amis, tandis que 28,6% l'avaient fait par curiosité. En revanche, à la faculté de médecine de Limoges, 79,5% des fumeurs ont commencé par curiosité, et 30,1% l'ont fait par suivisme [24]. Tandis qu'une étude menée en Algérie a objectivé que les raisons du tabagisme ont été les problèmes personnels/familiaux et le plaisir en groupe avec des proportions égales de 57,8 %

des cas, et le stress des examens dans 42,1 % des cas [57]. Enfin, une étude menée en Nigéria objective que les principales raisons pour lesquelles les personnes interrogées fumaient étaient la pression sociale (35%), le stress (25%) et la dépression (20%) [65].

Contrairement à la croyance des fumeurs, fumer n'est pas un moyen d'entrer dans le monde des adultes. En réalité, la principale raison de continuer à fumer est le besoin de se calmer. En effet, l'effet apaisant de la fumée agit comme un contrecoup contre la tension et l'irritabilité causées par le syndrome de manque et de sevrage [36].

2.5 Effets du stress sur la fréquence du tabagisme :

Dans notre étude, sur un total de 51 fumeurs actuels (46 actifs et 5 occasionnels), 44 d'entre eux dont 2 occasionnels soit 86,27% affirment avoir tendance à augmenter leur consommation de cigarettes pendant les périodes d'examens et 38 dont un fumeur occasionnel (soit 74,5 %) ont déclaré augmenter leur consommation tabagique au cours des gardes à l'hôpital.

L'étude menée par ERRAMI à la FMPA [17] a révélé que la majorité des fumeurs interrogés (83,8%) avaient tendance à fumer davantage que d'habitude lors des périodes d'examens, reflétant ainsi l'effet du stress sur la consommation de tabac. Cette observation est en ligne avec les résultats de l'étude de ZAKI [27], qui avait montré que 66,7% des étudiants fumaient plus lors des examens. Toutefois, l'étude de NOUIRA [21] a mis en évidence une prévalence plus faible de cette pratique que celle observée dans les études précédentes (18.8%).

Selon CANDIDO et al. [37], la prévalence croissante de la consommation de drogues, en particulier de tabac, chez les étudiants en médecine pourrait s'expliquer par le stress intrinsèque lié aux activités des facultés de médecine. D'autres études de la littérature [38, 39], ont également montré que l'utilisation de tabac augmentait au cours des études médicales. Une étude en Ethiopie objective que la consommation de cigarettes et la consommation d'alcool étaient des pratiques courantes chez les étudiants confrontés au stress [67]. Par conséquent, il

est possible de suggérer que les examens représentent un facteur de stress pour la majorité des étudiants en médecine, qui utilisent le tabac comme mécanisme de fuite.

D'après les études, les étudiants sont considérés comme étant une population vulnérable aux addictions, car l'entrée à l'université peut représenter un nouveau monde de liberté, mais également un stress face aux examens et à l'indépendance. Pour cette raison, certaines universités nationales [39] et internationales [49,41,42] ont lancé des campagnes pour instaurer des "facultés sans tabac" visant à rappeler la législation concernant le tabagisme dans les espaces publics et les lieux d'enseignement, ainsi qu'à sensibiliser les étudiants aux méfaits du tabac, en particulier le tabagisme passif.

2.6 Les symptômes ressentis liés au tabagisme :

Dans notre série, nous avons constaté que 54,84% des participants souffraient de toux et 53,23% d'essoufflement à l'effort, suivis par les expectorations avec un taux de 20,97%.

Dans une étude menée à la FMPA par ERRAMI [17], il a été observé que 18,9% des fumeurs souffraient d'essoufflement à l'effort. De même, les étudiants en médecine de Fès (50%) [13] et de Marrakech (46,4%) [27] ont présenté ce symptôme de manière fréquente. BENCHEKROUN et al. [18] ont retrouvé une prédominance significative de la toux (20.9%) puis la dyspnée (18.6%) parmi les signes cliniques ressentis par les fumeurs. BENTALHA [43] et BADOURI [44] ont également noté une prédominance significative des expectorations matinales et de la dyspnée d'effort chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Dans une autre étude menée par ABOUSAAR [45], 30% des fumeurs avaient des défaillances respiratoires. Enfin, l'étude de MAATOUK et al [46] a révélé que 90,5% des fumeurs souffraient de problèmes respiratoires tels que la toux, la bronchite chronique, l'asthme et la dyspnée.

2.7 Les autres habitudes toxiques des fumeurs :

D'après notre étude à la FMPM, 59,6% des étudiants consomment de l'alcool, 30,06% du cannabis, 43,5% de la chicha et 17,7% du kif. Les résultats entrent dans la fourchette des résultats trouvés dans d'autres études menées auprès d'étudiants des différentes facultés de médecine au Maroc [17,18,27,51,49,15].

Dans l'étude de COLOSIO [24], la consommation de tabac était associée à la consommation d'alcool, plutôt qu'à l'inverse, et la consommation de cannabis était fréquente chez 38,8% des étudiants. Les résultats de l'étude longitudinale menée par MOUTINHO et al [50] montrent que la prévalence de la consommation d'alcool est de 89,9% et celle de la consommation de cannabis est de 34,5%.

Selon l'étude menée par Ayala et al. aux États-Unis en 2017 [64], il a été observé une prévalence de 91,3% de consommation d'alcool et de 26,2% de consommation de cannabis. Une autre étude menée par Alnasser et al. en Arabie saoudite en 2020 [62] a rapporté que 38,3% des étudiants consommaient de la chicha. L'étude réalisée par Ferreira et al. au Brésil en 2022 [61] objective que la consommation d'alcool était présente chez 91,04% des participants, tandis que 35,82% d'entre eux consommaient du cannabis.

Il est important de noter que la consommation d'alcool et de tabac est hautement co-morbide et a des effets interactifs sur les comportements liés à l'alcool et au tabac, ainsi que sur d'autres drogues abusives. VERPLAETSE et MCKEE [52] ont expliqué que l'alcool et le tabac ont des effets interactifs sur la réactivité croisée aux envies d'alcool et de tabac, les sentiments subjectifs de stimulation et de sédation, et l'auto-administration de ces deux produits.

Tableau XLVIII : Les habitudes toxiques des étudiants en médecine selon la littérature

Faculté de Médecine	Année de publication	Effectif	alcool (%)	cannabis (%)	Chicha (%)	Kif (%)	Amphétamines (%)
ZAKI FMPM [27]	2009	399	27.5	13.7	-	10,3	-
HAJJAM FMPM [51]	2008	325	63,6	31,8	-	13,6	-
COLOSIO FRANCE [24]	2017	717	-	38.8	-	-	-
ELYAAKOUBI FMPR [49]	2016	371	63	67	-	-	-
LAHLOU et al FMPR[15]	2017	137	23	24.2	-	-	-
AYALA et al. ETATS UNIS [64]	2017	855	91.3	26.2	-	-	-
MOUTINHO et al BRESIL [50]	2019	327	89.9	34.5	-	-	-
JEBRINI Allemagne [69]	2021	1159	90,3	21,9	-	-	0,5
ALNASSER ARABIE SAOUDITE [62]	2020	421	-	-	38.3	-	-
ERRAMI FMPA [17]	2021	417	45.4	15.2	30,3	9,1	-
BENCHEKROUN FMPF [18]	2021	370	34.8	1	67.4	0.8	-
FERREIRA et al. BRESIL [61]	2022	67	91.04	35.82	-	-	-
Notre étude : FMPM	2023	403	59,6	30,06	43,5	17,7	1,99

3. Sevrage tabagique :

Selon les résultats de notre étude, parmi les 46 fumeurs actifs, 32 ont essayé d'arrêter (69,6%), ce qui est cohérent avec les études nationales qui montrent que plus d'un fumeur sur deux avait tenté d'arrêter de fumer chez les étudiants en médecine au Maroc : 32,6% à la FMPA

[17], 65,2% à Fès en 2021 [18], 58% à Casablanca [11], 52,9% à Rabat [15], 50% à Fès en 2013 [13], et 57,1% à Marrakech en 2008 [27].

En comparant nos résultats à ceux trouvés dans d'autres pays, il est important de noter que les valeurs de notre étude sont inférieures à celles retrouvées dans d'autres pays africains, européens et asiatiques. Par exemple, une étude menée en Tunisie auprès des étudiants en médecine a révélé que 85,6% des fumeurs avaient essayé d'arrêter [47], alors qu'en Algérie, ce taux était de l'ordre de 80% [32]. Le taux le plus élevé de tentative d'arrêt était observé chez les étudiants du Niger (95%) [20]. En France, 56,7% des fumeurs avaient tenté d'arrêter au moins une fois [24].

Malgré les prévalences élevées du tabagisme chez les étudiants en médecine, il est encourageant de constater que le taux de tentative d'arrêt reste considérablement élevé chez les étudiants fumeurs. Cela souligne la nécessité de mettre en œuvre des programmes de prévention du tabagisme et d'adaptation au stress pour tous les étudiants universitaires, afin de les aider à combattre ce fléau et à minimiser les possibilités de consommation de tabac.

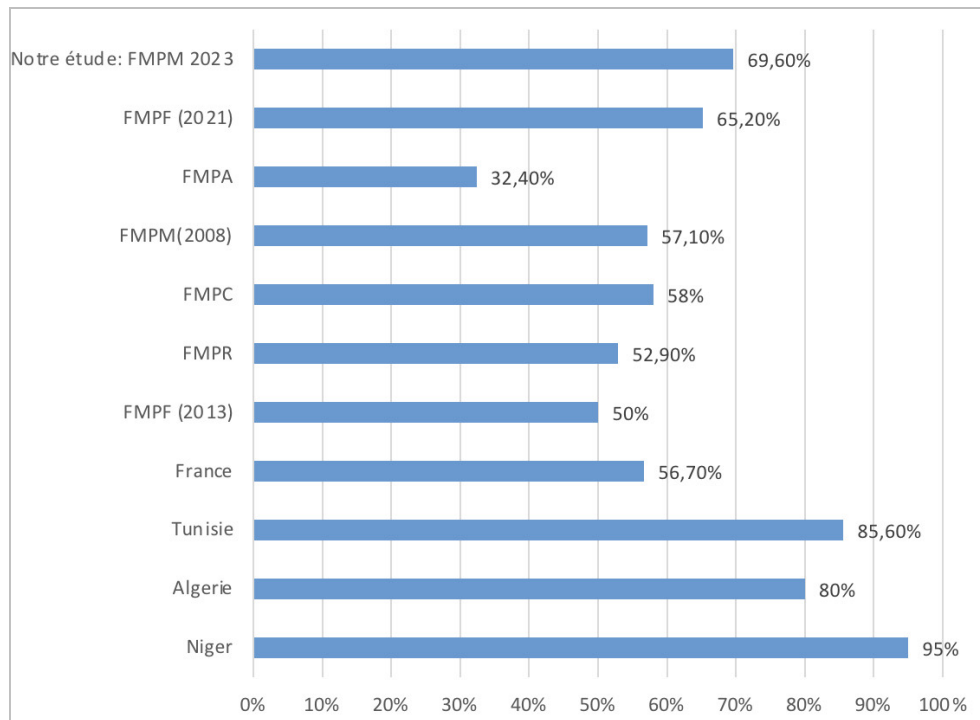


Figure 39 : Pourcentage des tentatives de sevrage selon la littérature

Dans notre étude, une proportion de 35,48% des participants a exprimé le désir d'arrêter de fumer pour économiser de l'argent, tandis que 53,23% l'ont envisagé comme une mesure préventive contre les maladies liées au tabac. En outre, 30,65% ont indiqué qu'ils voulaient arrêter de fumer pour ne pas déranger leur entourage, tandis que 12,90% ont cité la pression exercée par leur entourage ou le souhait de donner un bon exemple à leur entourage comme raison de leur arrêt du tabac. Enfin, 24,19% ont mentionné d'autres motifs pour arrêter de fumer.

Selon l'étude d'ERRAMI menée à la FMPA [17], la discipline personnelle était la principale motivation à l'arrêt du tabac avec 60,6% des cas, suivie de l'économie d'argent (51,5%) et de la survenue de certains symptômes (33,3%). Une étude menée par BENCHEKROUN à la FMPF [18] a également relevé que les raisons personnelles, notamment la "protection de la santé" (90%), la "discipline personnelle" (87%) et la "survenue des symptômes" (69%), étaient les plus fréquemment citées pour arrêter de fumer. D'autres motifs tels que "donner le bon exemple" et "éviter de gêner l'entourage" ont également été évoqués. D'autres études menées auprès

d'étudiants en médecine marocains ont également identifié des motifs similaires, principalement d'ordre personnel [11, 27].

En Tunisie, les étudiants ayant arrêté de fumer ont justifié cet arrêt par leur connaissance des dangers de la cigarette, l'économie d'argent et la motivation personnelle [47]. Au Niger, la religion et la nocivité du tabac étaient les principales raisons ayant motivé les fumeurs actuels à tenter d'arrêter le tabac [20].

Il est important de comprendre les principales motivations d'arrêt du tabagisme pour fournir une prise en charge adéquate aux fumeurs. Toutefois, la mesure préventive la plus efficace pour les principaux méfaits du tabac reste l'arrêt de la consommation de tabac. Les médecins généralistes et spécialistes doivent donc s'impliquer activement dans ce domaine.

4. Etude des ex fumeurs :

Dans notre étude menée à la Faculté de médecine de Marrakech en 2023, nous avons observé que 2,73% des participants étaient des ex-fumeurs. Ce chiffre est plus élevé que celui obtenu dans certaines autres études menées dans d'autres facultés de médecine, telles que celles de ZAKI à la Faculté de médecine de Marrakech en 2009 (1,3%) [142], d'EL OUARDANI à la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès en 2012 (2,8%) [13], de KABBACH et al. En Egypte (1,2%) [56], de NEINO et al. menée au Niger en 2019 (1,7%) [139], ou encore de ERRAMI menée à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir en 2021 (1,2%) [17]. En revanche, il est inférieur à celui de l'étude menée par TOURE et al. à Dakar en 2006 (13,3%) [48]. Une autre étude menée en 2021 par BENCHEKROUN à la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès a rapporté un taux d'ex-fumeurs de 1,8% [18]. Ces résultats montrent que le taux d'ex-fumeurs varie considérablement selon les contextes et les périodes.

Tableau XLIX : Prévalence des ex fumeurs selon la littérature :

Faculté de médecine	Année de publication	Effectif	Ex fumeur (n %)
ZAKI FMPM [27]	2009	399	1.3%
EL OUARDANI FMPF[13]	2012	458	2.8%
CECIL et al. MANCHESTER [68]	2014	365	6,2%
KABBACH et al. EGYPT [56]	2017	1715	1,2%
NEINO et al. NIGER [20]	2019	601	1.7%
TOURE et al DAKAR [48]	2011	662	13.3%
ERRAMI FMPA [17]	2021	417	1.2%
BENCHEKROUN FMPF [18]	2021	370	1.8%
Notre étude : FMPM	2023	403	2,73%

5. Attitudes des étudiants face au tabagisme :

5.1 Avis des étudiants vis-à-vis du tabagisme :

Les résultats montrent que 63,5% des participants considèrent qu'il est de la responsabilité du médecin de lutter contre le tabagisme, 76,4% reconnaissent que les non-fumeurs vivant avec des fumeurs ont un risque accru de cancers pulmonaires. Il est intéressant de noter que 76,5% des participants estiment que le personnel de santé devrait donner l'exemple en ne fumant pas. Cependant, seuls 38,7% pensent que les médecins devraient dissuader tous les patients de fumer. Ces résultats mettent en évidence des variations d'opinions dans notre échantillon, reflétant ainsi la complexité des attitudes envers le tabagisme et le rôle des médecins dans la promotion de la santé.

Nos résultats sont cohérents avec ceux des études nationales menées auprès d'étudiants en médecine [17,18]. À Fès [13], 73% des étudiants estimaient que les médecins devaient être plus actifs en abordant les dangers du tabac avec les groupes de patients à risque. À Marrakech [27], 89,7% des étudiants pensaient que la recommandation d'arrêter de fumer était de la responsabilité du médecin. Au Népal [19], 96,2% des étudiants étaient convaincus que les professionnels de la santé pouvaient jouer un rôle positif en donnant des conseils pour cesser de fumer. Enfin, au Congo [54], 79,3% des étudiants estimaient que les fumeurs pouvaient arrêter s'ils le voulaient et 77,3% pensaient que c'était la responsabilité du médecin de convaincre les gens d'arrêter de fumer. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer l'engagement des professionnels de la santé dans la lutte contre le tabagisme et de sensibiliser davantage les patients aux risques associés à la consommation de tabac.

Tableau XLX : Mise en garde des étudiants vis-à-vis du tabac selon la littérature

L'étude	Affirmations							
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8
ZAKI FMPPM [27]	89,7%	85,7%	-	93,7%	72,6%	57,6%	-	-
BOOPATHIRAJA INDE [53]	97,1%	-	-	75,6%	-	-	-	-
OKOMBI et al CONGO [54]	77,3%	79,3%	-	-	-	-	-	-
NEHARIKA et al. NEPAL [19]	-	-	-	84%	-	97%	-	-
ERRAMI FMPPA [17]	77%	81%	88,5%	75%	89,4%	73,7%	91,6%	-
BENCHEKROUN FMPPF [18]	78,4	63%	70%	92,5%	46,2%	46,5%	84,3%	-
Notre étude : FMPPM	63,5%	61,5%	76,4%	76,5%	69%	38,7%	72,2%	70,2%

A1 : Il est de la responsabilité du médecin de lutter contre le tabagisme.

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

A3 : Un non-fumeur vivant avec un fumeur a un risque plus élevé de cancers pulmonaires.

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

A5 : La plupart des gens ne cesseront pas de fumer même avec conseil de leur médecin.

A6 : Le médecin doit dissuader tous les patients de fumer.

A7 : Avoir des parents tabagiques augmente les risques de maladies respiratoires chez l'enfant.

A8 : Le tabagisme passif expose à un risque plus élevé au maladies liées au tabagisme.

5.2 Connaissances des étudiants sur les méfaits du tabac :

Les résultats indiquent que la grande majorité des étudiants, qu'ils soient fumeurs ou non-fumeurs, sont conscients des risques associés au cancer du poumon, aux cancers ORL, aux maladies coronariennes et à l'infarctus du myocarde, avec des pourcentages dépassant les 72%. Cependant, les connaissances sur d'autres types de cancer tels que les cancers digestifs ou de la vessie, ainsi que sur des problèmes de santé tels que l'impuissance sexuelle et les ulcères, sont moins répandues, avec des pourcentages allant de 49% à 77%. Il convient de noter que les différences entre les deux groupes (fumeurs et non-fumeurs) ne sont pas significatives statistiquement.

La majorité des étudiants, y compris les fumeurs, reconnaissent les effets nocifs du tabac sur la santé. Cette observation est cohérente avec les études nationales menées auprès des étudiants en médecine. À Casablanca [11], les complications respiratoires liées au tabac étaient bien connues des étudiants, notamment le cancer des bronches (90,7%) et le cancer du larynx (86%). À Marrakech [27], parmi les maladies causées par le tabac, les pathologies pulmonaires et cardiovasculaires étaient les mieux connues des étudiants.

Par ailleurs, 74% des étudiants en médecine au Kirghizstan étaient convaincus de l'existence de preuves scientifiques indéniables concernant plusieurs maladies chroniques et cancers liés au tabac [23]. En Argentine, la majorité des étudiants en médecine considéraient que le tabagisme était préjudiciable à la santé [22]. L'enquête menée par Ndiaye à Dakar a révélé que 83,2% des étudiants considéraient le tabac comme nocif pour la santé [29]. Dans une enquête réalisée en Tunisie, 98,6% des personnes interrogées estimaient que le tabac était nocif pour la santé, et 90% d'entre elles attribuaient au tabac l'apparition du cancer du poumon, des maladies respiratoires et cardiaques [46].

Ces résultats confirment la prise de conscience généralisée de la nocivité du tabac pour la santé. Ils soulignent l'importance de sensibiliser et d'informer les individus sur les risques associés à la consommation de tabac.

5.3 Avis des étudiants sur certaines mesures législatives anti-tabac :

En analysant les résultats, on constate que l'accord des étudiants avec les mesures législatives antitabac varie selon les études et les mesures spécifiques. Dans notre étude (FMPPM), les pourcentages d'accord sont relativement plus bas pour toutes les mesures par rapport à l'étude d'ERRAMI FMPPA, où la majorité des étudiants sont en accord avec toutes les mesures législatives. Cependant, il est intéressant de noter que dans notre étude, les étudiants montrent un accord relativement élevé avec l'interdiction de la publicité pour le tabagisme (83,4%) et l'interdiction de fumer dans les lieux publics (81,4%).

En comparaison, l'étude de ZAGHBA et al. FMPC et l'étude d'OKOMBI et al. CONGO présentent des pourcentages d'accord différents pour les différentes mesures législatives antitabac. L'étude de ZAGHBA et al. FMPC montre un accord plus élevé avec la majoration des prix des produits tabagiques (59,4%), tandis que l'étude d'EL OUARDANI menée à la FMP de Fès a révélé que les étudiants étaient tous d'accord pour l'application des mesures législatives visant à réduire le tabagisme [13]. Dans l'étude de BENCHEKROUN à la FMPPF, on observe qu'entre 80% à 90 % sont tout à fait d'accord pour toutes les affirmations [18]. Au Népal [19], les chercheurs ont

observé que les non-fumeurs étaient plus favorables à l'interdiction du tabac que les fumeurs. En Argentine, l'étude de SALGADO et al [22] a révélé que plus de 96% des répondants estimaient que l'exposition au tabagisme passif par des adultes consentants dans des lieux de loisirs pouvait être acceptable. Au Congo [54], 94% des étudiants étaient en faveur de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, 87,3% étaient favorables à une restriction de fumer dans les lieux publics fermés et 75,7% étaient en faveur de l'interdiction de la publicité sur les produits du tabac.

Ces variations entre les études peuvent être attribuées à des facteurs tels que les différences culturelles, les politiques de santé publique en vigueur dans chaque pays, ainsi que les contextes socio-économiques et législatifs spécifiques. Il est important de noter que les mesures législatives antitabac peuvent jouer un rôle crucial dans la prévention et la réduction de la consommation de tabac, ainsi que dans la protection de la santé publique.

Tableau XLXI : Les étudiants en accord avec certaines mesures législatives antitabac selon la littérature :

Étude	Année de publication	Effectif	M1	M2	M3	M4
ZAGHBA et al. FMPC [11]	2013	712	-	-	-	59.4%
OKOMBI et al. CONGO [54]	2019	300	-	75.7%	87.3%	-
ERRAMI FMPC [17]	2021	417	96.7%	100%	100%	88.5%
BENCHEKROUN [18]	2021	370	86,2%	88,9%	94 %	89.1%
Notre étude FMPC	2023	403	66,2%	83,4%	81,4	69,5%

- M1 : mise en garde contre les dangers du tabac sur le paquet de la cigarette
- M2 : interdiction de la publicité pour le tabagisme
- M3 : interdiction de fumer dans les lieux publics
- M4 : majoration des prix des produits tabagiques

Les résultats de cette étude ont mis en évidence une attitude favorable des étudiants en médecine, qu'ils soient fumeurs ou non, vis-à-vis de la lutte contre le tabagisme. Cependant, il est essentiel de souligner qu'un consensus général prévaut quant à l'approche nécessaire pour combattre cette épidémie, à savoir la mise en place d'une stratégie anti-tabac globale, cohérente, durable et suffisamment financée.

La lutte contre le tabagisme doit être menée sur plusieurs fronts : prévenir l'initiation au tabac, encourager le sevrage tabagique, protéger les non-fumeurs contre l'exposition à la fumée secondaire et réglementer les produits du tabac. Il est essentiel de mettre en place des mesures préventives efficaces pour dissuader les individus de commencer à fumer, tout en offrant un soutien adéquat aux fumeurs désireux d'arrêter. De plus, la protection des non-fumeurs contre la fumée secondaire est une priorité, nécessitant des politiques strictes d'interdiction de fumer dans les lieux publics. Enfin, la réglementation des produits du tabac, y compris les avertissements sur les paquets de cigarettes et les restrictions sur la publicité, est essentielle pour réduire la prévalence du tabagisme.

5.4 Connaissance des étudiants sur l'existence d'une loi antitabac au Maroc :

Notre étude a révélé un taux de connaissance de la loi anti-tabac de 22,6%, ce qui est inférieur à la plupart des autres études présentées dans le tableau. Cela indique qu'il y a encore une certaine lacune dans la connaissance de la loi anti-tabac parmi nos étudiants.

Cette constatation est cohérente avec d'autres études nationales et internationales. Par exemple, ZAGHBA et al. ont mené une étude avec un effectif de 712 personnes et ont constaté que seulement 28,4 % des étudiants en médecine étaient au courant de l'existence de la loi antitabac [11]. Une tendance similaire a été observée chez les étudiants de la FMP de Marrakech (35,8 %) en 2009, et chez les étudiants de la FMPF avec un pourcentage de 35,8% et 28,3% respectivement [27,18]. Par contre, l'étude de GARTIT à la FMPO a objectivé un taux particulièrement élevé d'étudiant connaissant l'existence de cette loi (78%) [14].

Dans une étude réalisée par AMAZIAN et al. (2017) avec un effectif de 990 personnes, il a été constaté que 79,3 % des participants connaissaient la loi antitabac [55]. En revanche, NEINO et al. ont mené une étude au Niger avec un effectif de 601 personnes et ont trouvé que seulement 19,3 % des participants étaient conscients de l'existence de la loi antitabac [20]. Il est donc clair que la connaissance de la loi antitabac varie selon les études et les régions étudiées.

Tableau XLXII : Connaissance de la loi antitabac selon la littérature

Étude	Année de publication	Effectif	Connaissance de la loi anti-tabac
ZAGHBA et al. FMPC [11]	2013	712	28.4%
ZAKI FMPPM [27]	2009	399	35.8%
GARTIT FMPO [14]	2013	407	78%
AMAZIAN et al. FMPPF [55]	2017	990	79.3%
NEINO et al. NIGER [20]	2019	601	19.3%
ERRAMI FMPPA [17]	2021	417	30.9%
BENCHEKROUN FMPPF [18]	2021	370	28,3%
Notre étude : FMPPM	2023	403	22,6%

Dans notre série, le taux de participation global était de 9,4%, ce qui reste très faible et décevant. Cependant, il est légèrement supérieur au taux de participation de l'étude de ZAKI à Marrakech, qui était de seulement 7,2% [27]. Cela suggère que la sensibilisation et l'engagement des étudiants en médecine envers les campagnes antitabac doivent être améliorés. En revanche, l'étude d'ERRAMI à la FMPPA a montré un taux de participation plus élevé de 21,9% [17], ce qui est encourageant.

Par ailleurs, une étude menée auprès du personnel médical à Dakar a révélé que 43,5% des fumeurs reconnaissaient l'importance des campagnes de sensibilisation antitabac [48]. Cela souligne l'impact positif de telles campagnes même parmi les fumeurs, en renforçant leur prise

de conscience des effets néfastes du tabac. Enfin, en Algérie, 58,8% des étudiants ont déjà participé à une campagne de lutte contre le tabagisme [32].

Ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer les campagnes de sensibilisation antitabac et d'encourager une participation active de la part des étudiants en médecine et du personnel médical. Il est essentiel de continuer à promouvoir des actions de prévention et de lutte contre le tabagisme pour réduire la prévalence du tabac et ses conséquences néfastes sur la santé.

Tableau XLXIII : Participation à une campagne antitabac selon la littérature :

Étude	Année de publication	Effectif	Participation à une campagne anti-tabac
ZAKI FMPPM [27]	2009	399	7.2%
HADRI et al. ALGERIE [124]	2018	511	58.8%
NEINO et al. NIGER [20]	2019	601	19.3%
ERRAMI FMPPA [17]	2021	417	21.9%
Notre étude : FMPPM	2023	403	9,4%



RECOMMANDATIONS



En résumé, la lutte anti-tabac exige une approche globale et concertée, qui aborde les différentes facettes de cette problématique. Il est crucial de mettre en place des politiques efficaces et de veiller à ce qu'elles soient soutenues par des ressources adéquates pour lutter contre cette épidémie et préserver la santé publique.

A la lumière des résultats affichés préalablement et des données de la littérature, nous suggérons les recommandations suivantes :

1. Sensibilisation et éducation : Organiser des campagnes de sensibilisation sur les dangers du tabac, ses effets sur la santé et les avantages de l'arrêt du tabac qui doit cibler en priorité les jeunes dont l'âge ne dépasse pas celui du début du tabagisme c'est-à-dire entre 12 et 14 ans. Fournir des informations précises et à jour sur les risques associés à la consommation de tabac, ainsi que sur les ressources disponibles pour aider les étudiants à arrêter de fumer.
2. Environnement sans fumée : Mettre en place des politiques et des règlements pour créer des campus sans tabac, interdisant la consommation de tabac dans tous les espaces universitaires, y compris les bâtiments, les cours, les résidences universitaires et les espaces extérieurs.
3. Programmes d'aide à l'arrêt du tabac : Offrir des programmes de soutien et d'aide à l'arrêt du tabac aux étudiants qui souhaitent arrêter de fumer. Ces programmes peuvent inclure des séances de counseling individuel ou de groupe, des ressources en ligne, des lignes d'assistance téléphonique et l'accès à des médicaments de sevrage tabagique.
4. Promotion d'alternatives sans tabac : Encourager l'utilisation d'alternatives sans tabac, telles que les cigarettes électroniques, les produits de nicotine à libération lente ou les substituts de nicotine, comme moyen de réduire la dépendance à la cigarette traditionnelle.
5. Création d'espaces de soutien : Établir des espaces de soutien pour les étudiants qui souhaitent arrêter de fumer ou réduire leur consommation de tabac. Ces espaces peuvent

être des groupes de soutien, des clubs anti-tabac ou des activités axées sur la santé et le bien-être.

6. Collaboration avec des professionnels de la santé : Travailler en partenariat avec des professionnels de la santé, tels que des médecins, des infirmières et des psychologues, pour offrir des services de dépistage, de conseil et de suivi aux étudiants qui souhaitent arrêter de fumer.
7. Promotion d'un mode de vie sain : Mettre en avant l'importance d'un mode de vie sain en encourageant l'activité physique, une alimentation équilibrée et la gestion du stress. Ces éléments peuvent aider les étudiants à adopter des comportements positifs et à réduire leur recours au tabac comme mécanisme de gestion du stress.
8. Collaboration avec des organisations anti-tabac : Travailler en collaboration avec des organisations anti-tabac locales, régionales ou nationales pour renforcer les initiatives de lutte contre le tabac et bénéficier de leur expertise et de leurs ressources.
9. Politiques de prix dissuasives : Mettre en place des politiques de prix dissuasives pour les produits du tabac, telles que l'augmentation des taxes sur le tabac, afin de rendre les produits moins accessibles et moins attractifs pour les étudiants.
10. Évaluation continue : Évaluer régulièrement l'efficacité des programmes et des initiatives de lutte contre le tabac dans les universités, en recueillant des données sur la consommation de tabac des étudiants, l'utilisation des services d'aide à l'arrêt et l'impact des initiatives mises en place.



CONCLUSION



Les praticiens de la santé jouent un rôle essentiel dans la lutte contre le tabagisme en offrant des conseils et un soutien pour aider les individus à se libérer de cette dépendance. Alors que les étudiants en médecine se préparent à devenir les médecins de demain, leurs attitudes et leurs comportements envers le tabagisme ont fait l'objet de multiples études à travers le monde, dans le but de développer de nouvelles stratégies centrées principalement sur la formation. Notre étude s'inscrit dans cette perspective et se concentre spécifiquement sur les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech.

Nos résultats révèlent une prévalence du tabagisme de 11,41% parmi les étudiants en médecine de Marrakech. Cette prévalence est plus élevée chez les hommes (11,91%) que chez les femmes (3,47%). De plus, nous avons constaté une augmentation du taux de fumeurs à mesure que l'âge et les années d'études progressent, ce qui concorde avec les conclusions de nombreuses autres études tant nationales qu'internationales.

Il est intéressant de noter que la grande majorité des étudiants ayant commencé à fumer l'ont fait pendant leur cursus universitaire en médecine. La curiosité d'explorer de nouvelles sensations est en haut du podium des principales motivations pour s'initier au tabagisme. De manière notable, près d'un tiers des fumeurs ont au moins un parent qui fume. En ce qui concerne le comportement des étudiants, une proportion significative (86,27%) déclare fumer davantage pendant les périodes d'examens, tandis que 74,5% augmentent leur consommation de tabac lors des gardes à l'hôpital.

Néanmoins, il est préoccupant de constater que les connaissances des étudiants en médecine concernant les risques liés au tabagisme demeurent incomplètes. Outre les risques respiratoires et les cancers déjà connus, il est important de souligner les atteintes oculaires, les troubles de l'érection, les problèmes de fertilité, le risque accru de diabète, les liens avec la démence, la perte d'acuité auditive et les effets néfastes sur la mémoire et la concentration. En fournissant ces informations dès le début de leur formation, les futurs médecins seront mieux équipés pour conseiller leurs patients sur les conséquences du tabagisme et les encourager à

arrêter. Ceci souligne la nécessité d'intégrer un enseignement précoce sur le tabagisme dès la première année de formation médicale, ainsi que des ateliers et des séminaires au cours des années suivantes.

Pour lutter efficacement contre ce fléau mondial, il est indispensable d'établir une stratégie claire, efficace et durable qui aborde le problème du tabagisme dans tous les milieux, en particulier en ciblant les jeunes qui restent la population la plus vulnérable à l'intoxication tabagique. Il est également crucial de promouvoir des programmes de prévention, d'éducation et de formation pour nos futurs médecins, en les dotant des connaissances nécessaires sur les techniques de sevrage, tout en veillant à l'application rigoureuse de la législation anti-tabac, qui peut apporter un soutien considérable dans la lutte contre le tabagisme.

De plus, il est primordial d'encourager la recherche et le développement de nouvelles méthodes et traitements de sevrage tabagique afin de mieux répondre aux besoins des fumeurs qui souhaitent arrêter. Les futurs médecins doivent être bien préparés pour aider leurs patients à surmonter leur dépendance et à adopter des modes de vie sains.

En conclusion, la lutte contre le tabagisme requiert une approche holistique et globale qui implique les professionnels de la santé, y compris les étudiants en médecine. La prévalence du tabagisme parmi ces étudiants à Marrakech souligne la nécessité de renforcer l'éducation sur les risques du tabac dès les premières années d'études. En formant les futurs médecins à devenir des acteurs clés dans la lutte contre le tabagisme, en les dotant des connaissances et des compétences nécessaires, nous pourrons espérer un avenir où le tabac aura moins d'emprise sur la santé des individus et des communautés.



RESUMES



Résumé :

Le tabagisme demeure la principale cause de décès évitables dans les pays développés et représente le facteur de risque de cancer le plus répandu à l'échelle mondiale. Malheureusement, le Maroc n'est pas épargné par ce problème, et la préoccupation majeure en matière de santé publique réside dans la hausse du nombre de jeunes fumeurs. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence du tabagisme, les attitudes envers le tabagisme et les connaissances des étudiants de la faculté de médecine de Marrakech sur ce sujet.

Cette étude descriptive transversale s'est déroulée à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech entre le 1er décembre 2022 et le 1er avril 2023, en utilisant un questionnaire auto-administré. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS version 23 et Excel 2022.

La prévalence du tabagisme était de 11,41%, avec une prévalence plus élevée chez les garçons (11,91%) que chez les filles (3,47%) ($p < 0,001$). De plus, on a observé une augmentation de la prévalence du tabagisme avec la progression dans les années d'étude, passant de 4,80% chez les étudiants de première année à 25,80% chez ceux de septième année ($p = 0,001$). L'âge moyen du premier contact avec la cigarette était de 18,71 ans ($\pm 2,53$), avec des valeurs extrêmes allant de 14 à 24 ans ($p = 0,01$). La majorité des étudiants ont commencé à fumer pendant leurs études en médecine (67,74%). Parmi les 51 fumeurs actuels (46 réguliers et 5 occasionnels), 44 d'entre eux (86,27%) ont déclaré avoir tendance à augmenter leur consommation de cigarettes pendant les périodes d'examens, tandis que 38 (74,5%) ont affirmé augmenter leur consommation pendant les gardes à l'hôpital. Les principales motivations initiales du tabagisme étaient la curiosité d'explorer de nouvelles sensations (50%) et l'influence d'un ami ou d'un proche (41,94%). Parmi les étudiants, un tiers ont un père fumeur et 87,7% ont au moins un ami fumeur. La toux et la dyspnée étaient les symptômes les plus fréquents chez les

participants, avec des pourcentages respectifs de 54,84% et 53,23%. De plus, 69,6% des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer au moins une fois. En ce qui concerne l'attitude des étudiants face au tabagisme, 63,5% des fumeurs et ex-fumeurs estiment qu'il incombe aux médecins de lutter contre le tabagisme, tandis que parmi les non-fumeurs, 66,9% partagent cette opinion. Seulement 25,8% des fumeurs sont conscients de l'existence de la loi marocaine anti-tabac ($p=0,509$), et seulement 11,3% ont déjà participé à une campagne de sensibilisation. Parmi les 403 participants, 19,11% ont déclaré avoir utilisé d'autres substances que le tabac. Parmi les substances mentionnées, l'alcool est la plus couramment utilisée avec un pourcentage de 16,38%, suivie de la chicha avec un pourcentage de 9,93%, et du cannabis avec un pourcentage de 12,41%.

La prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine de Marrakech reste relativement faible par rapport à d'autres facultés du pays et à l'échelle internationale. Cependant, il est essentiel d'accroître les connaissances des étudiants en médecine sur le tabagisme et de renforcer leur rôle dans la lutte contre le tabac en introduisant dès la première année une éducation précoce sur le tabagisme, ainsi que des ateliers et des séminaires tout au long de leur cursus.

Abstract:

Smoking continues to be the primary cause of avoidable deaths in developed countries and remains the most widespread risk factor for cancer globally. Regrettably, Morocco is not exempt from this issue, and the growing number of young smokers is a significant concern in public health. This study aimed to evaluate the prevalence of smoking, attitudes towards smoking, and the knowledge among students at the Faculty of Medicine in Marrakech concerning this matter.

This descriptive cross-sectional study was conducted at the Faculty of Medicine and Pharmacy in Marrakech between December 1, 2022, and April 1, 2023, using a self-administered questionnaire. The data were analyzed using SPSS version 23 and Excel 2022 software. The prevalence of smoking was 11.41%, with a higher prevalence among boys (11.91%) than girls (3.47%) ($p < 0.001$). Furthermore, an increase in smoking prevalence was observed with the progression in years of study, ranging from 4.80% among first-year students to 25.80% among seventh-year students ($p = 0.001$). The mean age of first contact with cigarettes was 18.71 years ($+/- 2.53$), with extreme values ranging from 14 to 24 years ($p = 0.01$). The majority of students started smoking during their medical studies (67.74%). Among the 51 current smokers (46 regular and 5 occasional), 44 of them (86.27%) reported a tendency to increase their cigarette consumption during exam periods, while 38 (74.5%) stated an increase during hospital shifts. The main initial motivations for smoking were curiosity to explore new sensations (50%) and the influence of a friend or relative (41.94%). Among the students, one-third had a smoking father, and 87.7% had at least one smoking friend. Cough and dyspnea were the most frequent symptoms among the participants, with respective percentages of 54.84% and 53.23%. Moreover, 69.6% of smokers had attempted to quit smoking at least once. Regarding students' attitudes towards smoking, 63.5% of smokers and former smokers believed that it is the responsibility of doctors to combat smoking, while among non-smokers, 66.9% shared this opinion. Only 25.8% of smokers were aware of the existence of the Moroccan anti-tobacco law ($p = 0.509$), and only 11.3% had participated in a awareness campaign. Among the 403 participants, 19.11% reported

using substances other than tobacco. Among the mentioned substances, alcohol was the most commonly used with a percentage of 16.38%, followed by shisha with a percentage of 9.93%, and cannabis with a percentage of 12.41%.

The prevalence of smoking among medical students in Marrakech remains relatively low compared to other faculties in the country and internationally. However, it is essential to increase the knowledge of medical students about smoking and strengthen their role in tobacco control by introducing early education on smoking in the first year, as well as workshops and seminars throughout their curriculum.

ملخص

يدخل التدخين في خانة الاسباب الرئيسية للوفيات التي يمكن تجنبها علناالمستوى العالمي ويظل ع املاً الخطر الأكثر انتشاراً للسرطان على مستوىالعالم. للأسف ، لا يُسلم المغرب من هذه المشكلة ، وزيادة عدد المدخنين الشبابهو مصدر قلق كبير في مجال الصحة العامة. هدفت هذه الدراسة إلى ي تقييمانتشار التدخين و المعلومات والمواقف تجاهه بين طلاب كلية الطب في مراكش .

في هذا الصدد أجريت هذه الدراسة الوصفية في كلية الطب والصيدلةبمراكش بين 1 دجنبر 2022 و1 أبريل 2023 ، باستخدام استبيان أجاب عنهاالطلاب. تم تحليل البيانات باستخدام برام ج SPSSالإصدار 23 و Excel 2022.

وكان انتشار التدخين 11.41% ، مع وجود انتشار أعلى بين الأولاد (11.91%) من بين البنات (3.47%)
($p > 0.001$). وبالإضافة إلى ذلك ، لوحظ زيادة فيانتشار التدخين مع التقدم في سنوات الدراسة ، حيث تراوحت بين 4.80% بينطلاب السنة الأولى و 25.80% بين طلاب السنة السابعة ($p = 0.001$). وكانمتوسط العمر عند أول اتصال مع السجائر هو 18.71 عامًا (+/- 2.53) ، معقيم متطرفة

تتراوح بين 14 و 24 عامًا ($p = 0.01$). وبدأ معظم الطلاب التدخين أثناءدراستهم الطبية (67.74%).

من بين 51 من المدخنين الحاليين (46 منتظمين و 5 غير منتظمين) ، ذكر 44 منهم (86.27%) أنهم يميلون إلى زيادة استهلاك السجائر خلال فتراتالامتحانات ، بينما أفاد 38 شخ صاً (74.5%) بزيادة الاستهلاك خلال وريدياتالمستشفى.

وكانت الدوافع الأولية الرئيسية للتدخين هي الفضول لاستكشاف إحساسجديد (50%) وتأثير صديق أو قريب (41.94%). بين الطلاب ، كان لدى ثلثالطلاب أب يدخن ، وكان 87.7% لديهم صديق واحد على الأقل يدخن. كانتالسعال وضيق التنفس هما الأعراض الأكثر شيوعاً بين المشا ركين ، بنسبمئوية تبلغ 54.84% و 53.23% على التوالي. وعلاوة على ذلك ، حاول 69.6% م ن المدخنين الإقلاع عن التدخين مرة واحدة على الأقل.

فيما يتعلق بمواقف الطلاب تجاه التدخين ، اعتقد 63.5% من المدخنينوالسابقين أنه من مسؤول ية الأطباء مكافحة التدخين ، بينما شارك 66.9% منغير المدخنين هذا الرأي. كانت الوعي بوجود

د قانون مكافحة التدخين المغربي معروفاً فقط لدى 25.8% من المدخنين ($p=0.509$) ، ولم يشار
ك سوى 11.3% منهم في حملة توعية.

بين المشاركين البالغ عددهم 403 ، أفاد 19.11% بأنهم استخدموا مواد أخرى غير التبغ. من ب
ين المواد المذكورة ، كان الكحول هو الأكثر استخداماً بنسبة 16.38% ، تليها الشيشة بنسبة
9.93% ، والقنب بنسبة 12.41%.

يظل انتشار التدخين بين طلاب الطب في مراكش منخفضاً نسبياً مقارنة بكياليات أخرى في البلا
د وعالمياً. ومع ذلك ، فمن الضروري زيادة معرفة طلاب الطب بشأن التدخين وتعزيز دورهم في
مكافحة التبغ من خلال إدراج التعليم المبكر عن التدخين في السنة الأولى ، فضلاً عن ورش العم
ل والندوات طوال المنهج الدراسي الخاص بهم.



ANNEXES



Annexe 1 : Fiche d'exploitation :

Enquête sur le tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech :

Anonyme et confidentiel

I. Consentement : Je certifie être majeur(e) et désire participer à l'étude Oui Non

II. Informations générales : Concerne les fumeurs, non-fumeurs et ex-fumeurs

Question 1 : L'année d'étude :

Question 2 : Le genre :

Féminin

Masculin

Question 3 : L'âge :

Question 4 : Vous êtes :

Fumeur actif

Fumeur occasionnel

Non-fumeur

Ex-fumeur

Question 5 : Y'a-t-il des fumeurs dans votre entourage ?

Père

Amis

Mère

Sœur

Frère

Aucun

Autre :

Question 6 : Souffrez-vous d'une maladie ? Si oui, laquelle ?

Question 7 : Pratiquez-vous du sport ? Oui Non Occasionnellement

III. Partie II : Cette partie concerne les fumeurs actuels (actifs et occasionnels) et les ex-fumeurs.

Question 8 : Âge du début du tabagisme :

Question 9 : Quand avez-vous commencé à fumer ?

Collège

Lycée

À la faculté de médecine

Question 10 : Si vous avez commencé à fumer à la faculté, c'était en quelle année d'études ?

1ere 2eme 3eme 4eme 5eme 6eme
7eme

Autre :

Question 11 : Pour quelles raisons avez-vous fumé votre première cigarette ?

- Initiation par un ami ou un proche
- Par curiosité d'expérimenter de nouvelles sensations
- À cause du stress des examens
- À cause du stress des stages
- Pour gérer une déception ou un traumatisme émotionnel
- Pour atteindre un plaisir
- Autre :

Question 12 : Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Question 13 : Combien d'argent dépensez-vous en moyenne par jour pour fumer ?

Question 14 : Ressentez-vous des symptômes liés au tabac ?

Toux

Essoufflement à l'effort/ dyspnée

Réduction de la libido

Altération du goût, de l'odorat

Douleurs thoraciques

Expectorations

Infections respiratoires à répétition

Palpitations

Autre :

Question 15 : Fumez-vous plus que d'habitude en période d'examens ?

Oui

Non

Question 16 : Fumez-vous plus que d'habitude au cours des gardes à l'hôpital ?

Oui

Non

Question 17 : Avez-vous essayé sérieusement d'arrêter de fumer ?

Oui

Non

Question 18 : Si oui, combien de fois ?

1 fois

2 fois

3 fois

Autre :

Question 19 : Quel est le plus long temps au cours duquel vous êtes resté sans tabac ?

Question 20 : Si vous avez usé de moyens pour arrêter, lesquels ?

Question 21 : Pourquoi avez-vous essayé d'arrêter de fumer ?

-Économie d'argent

-Par prévention des maladies liées au tabac

-Pour ne pas gêner votre entourage

-Survenue de symptôme ou de maladie liée au tabac

-Vous avez cédé à la pression de votre entourage

-Donner un bon exemple à votre entourage

-Autre :

Question 22 : Vous n'avez pas essayé d'arrêter parce que :

-J'estime qu'il n'y a pas de risques

-Les risques ne valent pas la peine d'arrêter

-C'est trop difficile d'arrêter

-Je n'ai pas envie d'arrêter

-Autre :

Test de fagerström

Interprétation : dépendance

0-2 : très faible

3-4 : faible

5 : moyenne

6-7 : forte

8-10 : très forte

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

Dans les 5 minutes (3)

6 à 30 minutes (2)

31 à 60 minutes (1)

Plus de 60 minutes (0)

-Vous est-il difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinéma, bibliothèque...)?

Oui (1)

Non (0)

-À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement?

La première de la journée (1)

Une autre (0)

-Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne?

31 ou plus (3)

21 à 30 (2)

11 à 20 (1)

10 ou moins (0)

-Fumez-vous à des intervalles plus rapprochées le matin que durant le reste de la journée?

Oui (1)

Non (0)

-Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de ne pas pouvoir vous lever du lit pendant toute la journée?

Oui (1)

Non (0)

IV. Partie III : Concerne uniquement les ex-fumeurs (arrêt depuis au moins 3 mois)

Question 23 : Depuis combien de mois avez-vous arrêté de fumer ?

Question 24 : Après combien de mois de tabagisme avez-vous arrêté ?

Question 25 : Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant d'arrêter ?

Question 26 : Avez-vous eu des symptômes liés au sevrage ?

Céphalées

Vertige

Fatigue

Insomnie

Toux

Irritabilité

Envies obsessionnelles de fumer

Autre :

Question 27 : Combien de tentatives avez-vous faites avant d'arrêter définitivement ?

Question 28 : Avez-vous pris du poids après votre sevrage ?

Oui

Non

J'ai perdu du poids

V. Partie IV : Autres habitudes toxiques :

Question 29 : Avez-vous déjà utilisé d'autres substances ?

-Alcool

-Kif

-Cannabis

-Chicha

-Stupéfiants

-Amphétamines

-Autre :

Question 30 : À quelle fréquence ?

-Quotidiennement

-Occasionnellement

Question 31 : Avez-vous déjà consommé plusieurs substances simultanément ?

-Oui

-Non

VI. Partie V : connaissances et attitude vis-à-vis du tabac :

Question 32 : Êtes-vous conscients des risques du tabagisme sur la santé ?

Oui Non

Question 33 : Si oui, lesquelles estimez-vous, sont liées au tabac ?

Cancers orl (langue, Bouche, joue, larynx...)

Cancers du poumon, plèvre, kc bronchique...

Cancers digestifs (œsophage, estomac, colorectal...)

Cancer de la vessie

Maladies coronaires

Infarctus du myocarde

Ulcères

Impuissance sexuelle

Autre

Question 34 : Veuillez cocher les propositions avec lesquelles vous êtes d'accord :

- Il est de la responsabilité du médecin de lutter contre le tabagisme
- Le personnel de santé devrait donner un bon exemple en ne fumant pas
- Le médecin doit dissuader tous les patients de fumer
- La plupart des fumeurs peuvent arrêter s'ils en ont la volonté
- La plupart des gens ne cesseront pas de fumer même avec conseil de leur médecin
- Un non-fumeur vivant avec un fumeur a un risque plus élevé de cancers pulmonaires
- Avoir des parents tabagiques augmente les risques de maladies respiratoires
- Le tabagisme passif expose à un risque plus élevé au maladies liées au tabac

Question 35 : Parmi les propositions suivantes concernant les mesures législatives pour lutter contre le tabagisme, cochez celles avec lesquelles vous êtes d'accord :

- Mise en garde contre les risques du tabac sur les paquets de cigarettes
- Interdiction de fumer dans les espaces publics
- Interdire les publicités pour le tabac
- Majoration des prix du tabac et produits tabagiques

Question 36 : Existe-t-il une loi anti-tabac au Maroc ?

Oui Non

Question 37 : Avez-vous déjà participé à une campagne anti-tabac ?

Oui Non



BIBLIOGRAPHIE



1. **World Health Organization.**
Framework on tobacco control; why is it important 27/5/2020 Geneva.
<https://www.who.int/fr/news-roo/fact-sheets/detail/tobacco>
2. **Mackay J, Eriksen M.**
The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. **Dolwick S, Shafey O, Guindon E.,**
editors, Tobacco control country profiles, 2nd ed., 2013.
4. **Smith DR, Leggat PA.**
An international review of tobacco smoking among medical students. J Postgrad Med
2007;53:55-62.
5. **Fondation lalla salma**
prévention et traitement des cancers Le tabac en chiffre
https://www.contrelecancer.ma/fr/le_tabac_en_chiffres
6. **Zaki Y**
Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du tabagisme chez les étudiants de la faculté de
médecine de Marrakech (1ère, 2ème et 3ème année) Thèse de médecine, Marrakech N27/2009
7. **Université sans tabac 2007** Université Toulouse
https://www.univtlse3.fr/medias/fichier/charte_du_reseau_20071_def_apres_ca1_universite_sans_tabac__1169048123679.pdf
8. **Tabac Info Service.**
Risques du tabagisme. www.tabac-info-service.fr
9. **BOUVIER-COLLE M H, LE GOASTER C, COT M, JOUGLA E.**
Resp. Informations. Epidémiologie et santé publique 2000 ; 48 : 305-19.
5. **BARTAL M, BOUAYAD Z, BAHLAOUI A, NACIRI A, EL MEZIANE A**
. Le tabagisme au Maroc ébauche de lutte anti-tabac. Hyg 1988 ; 7 : 30-2.
6. **Zaghba, N. Yassine, N. Sghier, Z., Bakhatar A, Bennani O, Bahlaoui**
Comportement des étudiants en médecine de Casablanca vis-à-vis du tabac en 2010, Rev Mal
Respir 2013 ;30,5 :367-373
10. **OMS, Organisation Mondiale de la Santé Morocco**
Medical Students 2010 (3rd Year Students Only) Global Health Professions Student Survey
(GHPSS) FACT SHEET, 2012
11. **ELOUARDANI**
Tabagisme chez les étudiants en médecine de Fès, Thèse à l'Université Sidi Mohammed Ben
Abdallah, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, 2013
12. **Gartit M.**
Tabagisme chez les étudiants en médecine d'Oujda, Thèse à la faculté de médecine et de
pharmacie de Fès, 2013 ; N°73

13. Lahlou. Razine et al.

Tabagisme et conduites addictives chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat Maroc Saint-Etienne, 17-19 mai 2017 / Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 65S (2017) S69-S89

14. Kaitouni Z.

La santé de l'étudiant en médecine à la FMPM de la première à la sixième année d'étude Thèse à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2018 ; N°31

15. Errami N.

Tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir, 2021 ; N°091

16. Benchekroun K.

PRÉVALENCE DE TABAGISME CHEZ LES ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE FES, 2021 ; N°174

17. Neharika Shrestha, Nikhil Shrestha, Suzit Bhusal,

e4244 Nita L. Arpan P. Prevalence of Smoking among Medical Students in a Tertiary Care Teaching Hospital Mandeep K. et al. JNMA J Med Assoc. 2020 Jun; 58(226): 366-371.

18. Assao Neino, I. Alkassoum Salifou,

Knowledge and attitudes of the students of the Niamey Faculty of Health Sciences on tobacco J Func Vent Pulm 2019; 31(10): 1-53

19. Noura H, Ben Abdelaziz A, Rouis S,

Comportement tabagique des étudiants en sciences de la santé à l'université de Monastir La Tunisie Médicale – 2018 ; Vol 96 (n ° 010) : 557 à 570

20. M. Victoria Salgado, MD, Raúl M. Mejía, Celia P. Kaplan,

Smoking-Related Attitudes and Knowledge Among Medical Students and Recent Graduates in Argentina: A Cross-Sectional Study J Gen Intern Med. 2017 May; 32(5): 549-555

21. Nurlan Brimkulov, Denis Vinnikov, Zhamilia Dzhilkiadarova, Aigerim

Tobacco use among Kyrgyzstan medical students: an 11-year follow-up cross-sectional study BMC Public Health. 2017 Jul 4 ;17(1) :625.

22. Alexis Colosio

2018 Mai ; 64 (5) : 462-468. Le tabac et la cigarette électronique chez les étudiants en médecine de Limoges. 2016. HAL Id : hal-01575131 <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01575131>

23. P Majra et KM Akshaya.

Is There an Association between the Duration of Stay in the Medical Colleges and the Smoking Behavior among Medical Students? A Cross-sectional Study Indian J Community Med. 2017 octobre-décembre; 42 (4): 193- 196.

24. Al-Othman N, Ghanim M, Alqaraleh M.

Comparison between Smoking and Nonsmoking Palestinian Medical Students in the Health-Promoting Behaviors and Lifestyle Characteristics. Ghose B, éditeur. BioMed Research International. 16 mars 2021;2021:1-7.

25. Zaki Y

Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech (1ère, 2ème et 3ème année) Thèse de médecine, Marrakech N27/2009

26. 28. Organisation mondiale de la santé.

Journée mondiale sans tabac 2010 : tabac et appartenance sexuelle : la question du marketing auprès des femmes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010.

27. Ndiaye M, Ndir M, Quantin X,

Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Dakar, Sénégal. Rev Mal Resp 2003 ;20 :701—9.

28. Les jeunes et le tabac

<https://www.who.int/tobacco/control/populations/youth/fr>

29. C.Goumhen.

Comportement tabagique des étudiants en médecine de la faculté de Brest
Thèse Médecine, Brest, 2003 ; N°29

30. HADRI, LOURMIL

Evaluation de l'état de connaissance des étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine de Tlemcen de l'effet du tabac sur la cavité buccale
Thèse de médecine dentaire, TLEMCEM- Algérie, 2018

31. Rebecca NH de Leeuw, Maaïke Verhagen, Cindy de Wit, Ron HJ Scholte,

Une cigarette pour vous et une pour moi : des enfants de parents fumeurs et non-fumeurs pendant un jeu de simulation
Contrôle Tob 2011 sept ; 20 (5) : 344–8

32. Ciara E McGee, Joanne Trigwell, Stuart J Fairclough, Rebecca C Murphy, Lorna Porcellato,

Influence du tabagisme de la famille et des amis sur les intentions de fumer et les attitudes liées au tabagisme et l'auto-efficacité du refus chez les enfants de 9 à 10 ans de quartiers défavorisés : une étude transversale
Santé publique BMC. 2015 ; 15 : 225.

33. Raymond Desmarteau

Tabagisme : l'influence des pairs chez les jeunes est toujours aussi puissante
www.rcinet.ca/fr/2017/08/21/tabagisme-influence-des-pairs-chez-les-jeunes-est-toujours-aussi-puissant

34. Lebargy F.La

dépendance nicotinique. Rev, Pneum. Clin, 2000; 56,3 : 177–83.

35. Fernando José Candido, Rodrigo Souza, Matheo Augusto Stumpf,

L'usage de drogues et les étudiants en médecine : une revue de la littérature Rev Assoc Med Bras (1992)
Luiz Gustavo . Mai ; 64 (5) : 462–468.

- 36. Carvalho KA, Sant'Anna MJ, Coates V, Omar HA.**
Étudiants en médecine : abus de substances psychoactives et aspects de la sexualité.
Int J Adolesc Med Health. 2008 ; 20 (3) : 321–8.
- 37. Faculté sans tabac**
Université CADI AYYAD, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
<http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/f2018/5.5.pdf>
- 38. Université sans tabac 2007**
Université Toulouse 3
https://www.univtlse3.fr/medias/fichier/charte_du_reseau_20071_def_apres_ca1_universite_sans_tabac__1169048123679.pdf
- 39. Université sans tabac** Université Toulouse 1 Sciences Sociales
<https://www.ut-capitole.fr/reseau-universites-sans-tabac--106691.kjsp>
- 40. Lemos KM, Neves NMBC, Kuwano AY, Tedesqui G, Bitencourt AGV,**
Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). Rebello A et al.
Rev Psiq Clín. 2007 ; 34 (3) : 118–24.
- 41. BENTALHA I.**
Tabagisme en milieu universitaire à El Jadida (étudiants et enseignants).
Thèse Médecine Casablanca 2001, n° 242.
- 42. BADOURI R.**
Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda.
Thèse de Médecine Rabat 1996, n° 192.
- 43. M Abou SARR**
La prévalence du tabagisme à l'INSEPS et ses effets sur l'attitude physique et la fonction ventilatoire
Mémoire de maîtrise en sciences et techniques de l'activité physiques et du sport, université cheikh Anta DIOP de DAKAR 2008/2009
- 44. .F. Maatouk, M. Barkallah et W. May.**
Le tabagisme chez les étudiants de médecine dentaire à Monastir
EMHJ · Vol. 19 Supplément 3 2013
- 45. Ezzaouia A, Ghazzai M, Smadhi H, Moussa H, Kchouk H, HASSEN H et al.**
Comportements et attitudes tabagiques chez les médecins et étudiants en médecine tunisiens
Revue des Maladies Respiratoires Volume 12, Issue 1, January 2020, Page 134
- 46. Touré NO, Thiam K, Diatta A, Dia Kane Y, Ndiaye EM, HANE AA et al.**
Le tabagisme chez le personnel médical et paramédical dans quatre grands hôpitaux de Dakar
Revue des Maladies Respiratoires (2011) 28, 1095—1103
- 47. EL YAAKOUBI**
Toxicophilie, Enquête auprès des étudiants de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
Thèse en médecine, Rabat–MAROC n 47/2016

- 48. Moutinho ILD, Lucchetti ALG, Ezequiel ODS, Lucchetti G.**
Prevalence, Incidence, and Factors Associated With Substance Use Among Medical Students: A 2-Year Longitudinal Study.
J Addict Med. 2019;13(4):295–299.
- 49. HAJJAM Othman.**
Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech (4ème, 5ème et 6ème année)
Thèse de médecine, Marrakech N27/2008
- 50. Terril L. Verplaetse, Sherry A. Mckee**
An overview of alcohol and tobacco/nicotine interactions in the human laboratory
Am J Drug Alcohol Abuse. 2017 Mar; 43(2): 186–196.
- 51. Ramkumar Boopathirajan and Logaraj Muthunarayanan**
Awareness, Attitude and Use of Tobacco among Medical Students in Chennai
J Lifestyle Med. 2017 Jan; 7(1): 27–34.
- 52. F.H. Okemba Okombi, B. Akiera, E.L.P. Bemba,**
Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en médecine de la faculté des sciences de la santé de Brazzaville vis-à-vis du tabagisme
Revue des Maladies Respiratoires Actualités Volume 12, Issue1, January 2020, Page 131
- 53. K. Amazian, N. Mouhoute, M. Elbiaze, A. Oudidi,**
Prévalence du tabagisme, connaissances et attitudes chez le personnel d'un centre Hospitalier au Maroc
EPICLIN 2017 Saint-Etienne, 17–19 mai 2017
- 54. Kabbash IA, Sarsik SM, Kabbash MI, Hagar AAR, Othman NM, Ismail MF, et al.**
Perception and practices of tobacco smoking among medical students in the Nile Delta, Egypt.
Environ Sci Pollut Res. nov 2018;25(31):30839-46.
- 55. Adjiri D**
Le tabagisme chez les étudiants en médecine. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. 1 janv 2021;13(1):158.
- 56. Abdelhak Elmoumni**
Textes législatifs et réglementaires.
Dahir N° 1-91-112 du 27 muharram 1416(26 juin 1995) portant promulgation de la loi n°15-91 relatives à l'interdiction de fumer et de faire la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux.
- 57. Harlem B.**
Rapport annuel de l'Initiative pour un Monde sans tabac de l'OMS.
Organisation Mondiale de la Santé, 14 Novembre 1999.

58. Skama K.

L'aide non médicamenteuse au sevrage tabagique.
Rev, Prat, 1993; 43,10 :1245-51

59. Ferreira PM, Alves RJR, Zantut-Wittmann DE.

Impact of the use of illicit and licit substances and anxiety disorders on the academic performance of medical students: a pilot study. BMC Med Educ. 19 sept 2022;22(1):684.

60. Alnasser A, Al-Tawfiq J, Kheimi R, Alibrahim R, Albanawi N, Almeshal A, et al.

Gender Differences in Smoking Attitude among Saudi Medical Students. Asian Pac J Cancer Prev. 1 juin 2022;23(6):2089-93.

61. Poyrazoğlu S, Şarli Ş, Gencer Z, Günay O.

Waterpipe (narghile) smoking among medical and non-medical university students in Turkey. Upsala Journal of Medical Sciences. août 2010;115(3):210-6.

62. Ayala EE, Roseman D, Winseman JS, Mason HRC.

Prevalence, perceptions, and consequences of substance use in medical students. Medical Education Online. janv 2017;22(1):1392824.

63. Ufoaroh CU, Anyabolu AE, Enemuoh EH, Aneke SP, Onwurah CA, Chinweuba SI, et al.

Prevalence and Pattern of Smoking among Health Science Students in Nnamdi Azikiwe University Nigeria. West Afr J Med. 30 sept 2021;38(9):871-6.

64. Alkhaaf M, Suwyadi A, AlShamakhi E, Oribi H, Theyab Z, Sumayli I, et al.

Determinants and Prevalence of Tobacco Smoking among Medical Students at Jazan University, Saudi Arabia. J Smok Cessat. 3 févr 2021;2021:6632379.

65. Melaku L, Mossie A, Negash A.

Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance. Journal of Biomedical Education. 2 déc 2015;2015:1-9.

66. Cecil J, McHale C, Hart J, Laidlaw A.

Behaviour and burnout in medical students. Medical Education Online. 1 janv 2014;19(1):25209.

67. Jebrini T, Manz K, Koller G, Krause D, Soyka M, Franke AG.

Psychiatric Comorbidity and Stress in Medical Students Using Neuroenhancers. Front Psychiatry. 2021;12:771126.

68. Yang X, Chen W, Peng X, Wei C, Xin J, Tang J, et al.

The prevalence of smoking in male medical students from 16 Chinese medical colleges and the associated factors. Ann Palliat Med. nov 2020;9(6):4054-65.

69. Tela Botanica Nicotiana tabacum

L. 2013. www.tela-botanica.org/bdtfx-nn-44086

70. Benowitz NL, Hall SM, Herring RI, Osman A

Smokers of low-yield cigarettes do not consume less nicotine.
N Engl J Med. 1983;309(3):139-142pmid:

71. Comité national contre le tabagisme (CNCT).

686601 La composition de la fumée de tabac.
www.cnct.fr/impact-sur-la-sante-72/la-composition-de-la-fumeede-tabac-1-17.html

72. Organisation mondiale de la Santé.

Le tabac et le corps humain (2019)

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/324849>

73. Tabac Info Service. Risques du tabagisme.

www.tabac-info-service.fr

74. Rose J.E.

Multiple brain pathways and receptors underlying tobacco addiction.

Biochem. Pharmacol. 2007;74

75. Catherine CHEVALIER, André NGUYEN.

(8):1263-1270. Actualités Pharmaceutiques 55(560) :22-25, Nov2016

Composition et nocivité du tabac.

76. Lorena M. Siqueira.

Nicotine and Tobacco as Substances of Abuse in Children and Adolescents Pediatrics January

2017, 139 (1)

77. Taly A., Corringer P.J., Guedin D., Lestage P., Changeux J.P.

Nicotinic receptors: allosteric transitions and therapeutic targets in the nervous system. Nat. Rev.

Drug Discov. 2009;8 10. (9):733-750.

78. Semira Gonseth, Jacques Cornuz

Modification de la composition des cigarettes durant le XXe siècle : rôle de l'industrie du tabac et effet sur la dépendance tabagique Rev Med Suisse 2009 ; volume 5. 1468-1471

79. Hurt RD,

Robertson CR Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: The Minnesota tobacco trial. JAMA 1998; 280:1173-81.

80. Ferris Wayne G, Connolly GN

Application, function, and effects of menthol in cigarettes: A survey of tobacco industry documents. Nicotine Tob Res 2004;6(Suppl. 1): S43-54.

81. Ahijevych K, Garrett BE

Menthol pharmacology and its potential impact on cigarette smoking behavior. Nicotine Tob Res 2004;6(Suppl. 1): S17-28

82. Talhout R, Opperhuizen A, van Amsterdam JG

Sugars as tobacco ingredient: Effects on mainstream smoke composition.

Food Chem Toxicol 2006; 44:1789-98.

83. Merckel C PF

Analyse des additifs ajoutés aux cigarettes.

Berlin : Office fédéral de la santé publique (Suisse) ; août 2005

84. Belmokhtar K, Tajir M, Boulouiz R, Bennani A, Brahmi SA, Alloubi I, et al.

Cancer du poumon au Maroc oriental : où sommes-nous ?

Pan Afr Med J. 2019 ; 34 : 177

- 85. Collège des Enseignants de Pneumologie**
- 2018, Addiction au tabac.
- 86. Youlden DR, Cramb SM, Baade PD.**
The International Epidemiology of Lung Cancer: geographical distribution and secular trends. *Journal of thoracic oncology*. 2008;31
- 87. Riveraa C, Rivera S, Fabrec E, Pricopi C, Le Pimpec-Barthes F, Riquet M**
Consequences of tobacco smoking on lung cancer treatments. *Rev Pneumol Clin*. 2016 Avr; 72 (2): 136–41
- 88. Jihyou J, Theodore RH, David TL, Eric JF, Cao P, Tam J, et al.**
Smoking and Lung Cancer Mortality in the United States From 2015 to 2065: A Comparative Modeling Approach. *Ann Intern Med*. 20 novembre 2018; 169 (10): 684–693.
- 89. André L, Sita HV, Katja K Aben , Anne J Grotenhuis, Alina Vrieling**
Smoking intensity and bladder cancer aggressiveness at diagnosis. *PLoS One* 23 mars 2018; 13 (3): e0194039.
- 90. Ashok R Jethwa, Samir S Khariwala**
Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev*. 2017 sept; 36 (3): 411–423
- 91. Yixin Zhang, Jinxiu He, Bing He, Ruijie Huang, Mingyun Li**
Effect of tobacco on periodontal disease and oral cancer *Tob Induc. Dis* 9 mai 2019; 17:40.
- 92. Evelien D, Pieter JT, Jasper LV, Pashtoon MK, Michael BW.**
Colorectal Cancer. *Lancette* 19 octobre 2019 ; 394 (10207) : 1467–1480.
- 93. Aileen B, Xing L Carlo LV, Zuo-Feng Z**
Worldwide incidence of hepatocellular carcinoma cases attributable to major risk factors. *Eur J Cancer Prev*. 2018 mai; 27 (3): 205–212.
- 94. Delphine P, Matteo R, Claudio P, Paola B, Tiziana R, Mu L, et al.**
Cigarette smoking and gastric cancer in the Stomach Cancer Pooling (StoP) Project. *Eur J Cancer Prev* 2018 Mar;27(2):124–133
- 95. Xiaoqiu Liu, Giulia Peveri, Cristina Bosetti, Vincenzo Bagnardi**
Dose-response relationships between cigarette smoking and kidney cancer: A systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2019 Oct; 142:86–93
- 96. Y Sugawara, I Tsuji, T Mizoue, M Inoue, N Sawada**
Cigarette smoking and cervical cancer risk: an evaluation based on a systematic review and meta-analysis among Japanese women. *Jpn J Clin Oncol*. 2019 Jan 1;49(1):77–86.
- 97. Macacu, Alina et Autier, Philippe et Boniol, Mathieu et Boyle, Peter.**
Tabagisme actif et passif et risque de cancer du sein : une méta-analyse. *Recherche et traitement du cancer du sein*, 154 (2). 213–224. ISSN 0167–6806
- 98. Ling Qin, Hui-Yang Deng, Sheng-Jiang Chen, Wei Wei.**
Relationship between cigarette smoking and risk of chronic myeloid leukaemia: a metaanalysis of epidemiological studies. *Hematology* . 2017 May;22(4):193–200.

99. **H Shi, X Shao, Y Hong**
Association between cigarette smoking and the susceptibility of acute myeloid leukemia: a systematic review and meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* . 2019 Nov;23(22):10049–10057.
100. **Eva Prescott.**
Smoking and heart failure: A call for action. *Eur J Prev Cardiol*. 2019 Feb;26(3):277–278.
101. **Michael KC, Alexander Ki, Marcio SB, David K, Alexander N, Thomas DM et al.**
Association of tobacco use and cessation with coronary atherosclerosis. *Atherosclerosis*. 2017 Feb; 257: 201–207.
102. **Daisuke K, Loretta RC, Robert J.M, Wendy BW, Michael JB, Robertson RM, et al.**
Cigarette smoking and incident heart failure: Insights from the Jackson Heart Study *Circulation*. 2018 Jun 12; 137(24): 2572–2582.
103. **Anne-Laure Madika, Claire Mounier-Vehier.**
Tabac et pression artérielle : une relation complexe à mieux connaître. *Presse Med*. Juil. Août 2017 ; 46 (7–8 Pt 1) : 697–702.
104. **Janina M, John W, Carolyn AC, Jose GM, Michael P, Kittner SJ, et al.**
Smoking and Risk of Ischemic Stroke in Young Men. *Stroke*. 2018 May; 49(5): 1276–1278.
105. **Vinko Boc, Mojca Božič Mijovski, Maja Pohar Perme, Alès Blinc**
Le diabète et le tabagisme sont plus importants pour le pronostic des patients atteints de maladie artérielle périphérique que certains polymorphismes génétiques. *Vasa* .2019 mai ; 48 (3) : 229–235
106. **G. Peiffer a, M. Underner b, J. Perriot c.**
The respiratory effects of smoking *Rev Pneumol Clin*. 2018 Jun;74(3):133–144.
107. **.So Young Kim, Songyong Sim, Hyo Geun Choi.**
Active, passive, and electronic cigarette smoking is associated with asthma in adolescents. *Sci Rep*. 2017; 7: 17789.
108. **Marchand-Adam S, Carmier D, Crestani B.**
Diagnostic des pneumopathies infiltrantes diffuses chroniques. *EMC – Pneumologie* 2015 ;12 :1–13 [Article 6-039-K-60].
109. **J Perriot, M Underner, G Peiffer,**
Stratégie et interventions d'arrêt du tabagisme chez les fumeurs atteints de tuberculose. *Rev Med Liège V Flaudias* . 2020 Fév ; 75 (2) : 100–104.
110. **M. Underner, O. Pourrat, J. Perriot, G. Peiffer, N. Jaafari.**
Sevrage tabagique et grossesse. *Gynécol Obstet Fertil Senol*. 45. 2017 octobre ; 45 (10) : 552–557.
111. **Julie Brûlé, Benoît Tousignant, Stéphanie Marcotte, Marie-Christelle Moreau**
Smoking and the eye: what Québec teenagers know and fear. *Clin Exp Optom* . 2018 Jan;101(1):73–76.

112. **Li Ming Wen, Chris Rissel, Yan Cheng, Juliet Richters, Richard O de Visser**
Tobacco smoking and sexual difficulties among Australian adults: a cross-sectional study. *Sex Health* . 2017 Aug;14(4):313–319.
113. **Jia Y Wan, Christina Cataby, Andrew Liem, Emily Jeffrey**
Evidence for gene-smoking interactions for hearing loss and deafness in Japanese American families *Hear Res*. 2020 Mar 1 ;387 :107875.
114. **Yuliana Astuti, Ardyan Wardhana, Johnathan Watkins, Wahyu Wulaningsih**
Cigarette smoking and telomere length: A systematic review of 84 studies and metaanalysis. *Environ Res* , 2017 Oct; 158:480–489
115. **Gerald Valentine, Mehmet Sofuogl**
Cognitive Effects of Nicotine: Recent Progress. *Curr Neuropharmacol*. 2018 May; 16(4): 403–414.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

الاطروحة رقم 280

السنة 2023

التدخين والعادات السامة الأخرى في صفوف طلاب كلية الطب والصيدلة بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/06/20
من طرف

الوزاني ياسمين

المزداة في 04 يناير 1998 ب آسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

التدخين - طلبة الطب - انتشار - سلوكيات

اللجنة

الرئيس

م. بروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

س. آيت باطاهر

السيدة

المشرف

أستاذة في أمراض الرئة و الجهاز التنفسي

م. والي إدريسي

السيدة

الحكام

أستاذة في طب الأشعة

ل. أدرموش

السيدة

أستاذة في طب المجتمع