



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en médecine sur le tabagisme à l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (Guinée)

Présenté par

Mohamed Lamine FOFANA

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Politiques Nutritionnelles

Soutenu le 14 Avril 2013

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE

Directeur de département santé

Président

Pr Anne Marie MOULIN

Directeur de recherche au CNRS

Examinatrice

Dr Marc KELLER

Directeur des relations internationales, Ligue
de Nationale contre le cancer

Examinateur

Remerciements

Au terme de ce travail je tiens à remercier très sincèrement les personnes suivantes :

Dr Christian MESENGE directeur de département santé pour son appui durant les deux années de master.

Pr Anne Marie MOULIN d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail.

Dr Marc KELLER d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail.

A tous les professeurs qui nous ont enseignés durant ces deux années de master.

Mme Alice Mounir assistante de direction au département santé.

Dr Ibrahima kalil KONE directeur de l'institut de nutrition et de santé de l'enfant de la Guinée, de m'avoir accepté comme stagiaire dans cet institut.

Dr Mamady DAFPE chef de division alimentation et nutrition du ministère de la santé de la Guinée, de m'avoir encadré durant la période de stage de mise en situation professionnelle.

Monsieur Lamine Moussa mon colocataire pour son sens de responsabilité et son rôle de grand frère. qu'il na cessé de jouer durant ces deux années passées avec lui.

Mademoiselle ABDOULAYE ALI Zalika pour ton soutien durant tout mon séjour à Alexandrie, avec toi j'ai toujours formé une équipe gagnante.

A mon beau frère Ibrahima Sory Camara pour ton soutien pendant tout mon séjour à Alexandrie.

Toute la communauté Nigérienne pour leur franche collaboration.

Mes compatriotes de Senghor et ceux d'Egypte.

Je remercie également tous mes camarades de la treizième promotion de l'Université Senghor d'Alexandrie avec qui nous nous sommes mutuellement aidés durant ces deux années.

A vous tous que je ne saurais citer ici de loin ou de près, sachez que je garde pour chacun de vous un profond sentiment d'estime et une immense gratitude pour vos multiples contributions dans le cadre de ma formation à Senghor.

Dédicace

A mes parents : **Almamy Oumar** et **M'mah TOURE** vous vous êtes investi corps et âme depuis mon enfance et jusqu'aujourd'hui pour faire de moi ce que je suis, je ne peux vous le rembourser. Que Dieu vous accorde longévité et beaucoup de bonheur. Je vous aime et pour toujours.

A mes **frères et sœurs** : malgré la distance, vous m'avez toujours soutenu.

A mon oncle **Lamine FOFANA** tu n'as ménagé aucun effort pour la réussite de cette formation. Que Dieu t'accorde la longévité et le bonheur.

A mon Tuteur **Sény SYLLA** et sa femme **Djenaba Camara** : j'ai reçu de vous une éducation qui m'a permis d'être à ce niveau. Que Dieu vous le reconnaisse et vous accorde longévité et beaucoup de bonheurs

A **Inès ZUZA Santacillia** : tu m'as soutenu moralement ainsi que financièrement, je ne t'oublierais jamais.

A tous les membres de ma famille qui m'ont constamment soutenu tout au long de mes études particulièrement ces deux années passées à Senghor

Qu'ils trouvent ici, l'expression de ma profonde gratitude !

Résumé :

Titre : « Etude des connaissances, comportements et attitudes des étudiants en médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry sur le tabagisme. »

Introduction : Le tabagisme reste la principale cause de mortalité évitable dans le monde. Selon l'OMS il tue chaque année plus de 6 millions de personnes dans le monde. 80% de ces décès prématurés touchent les habitants des pays à faible revenu ou moyen. En Guinée, peu de données existent pour le tabagisme en général et celui des professionnels de santé y compris les étudiants en médecine en particulier.

Cette étude se proposait donc d'étudier l'état de connaissances, attitudes et comportements des étudiants en médecine sur le tabac.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude transversale de type descriptive dont les données ont été recueillies par un questionnaire auto administré et elles ont été analysées par le logiciel SPSS 20

Résultats : La prévalence du tabagisme était de 8 % de fumeurs actuels et 12% d'anciens fumeurs. Une frange d'étudiants, soit 13 % avaient une connaissance nulle ou faible sur des effets nocifs du tabac ; 92 % des étudiants en médecine ignoraient l'existence de la loi antitabac. Seuls 53 % des étudiants en médecine mettraient en garde leurs patients fumeurs contre les effets du tabagisme de façon systématique. Ils sont 90% à attribuer au médecin le rôle de convaincre les gens de ne plus fumer.

Conclusion : Les étudiants en médecine ne sont pas bien préparés pour mener des actions dans la lutte antitabac, car leur état de connaissance et leur attitude sur le tabagisme ne font pas d'eux de bons acteurs dans la lutte antitabac. Cela pourrait être amélioré par la formation et l'information sur tabagisme.

Mots clés : Tabagisme. Etudiants en médecine. Connaissances. Attitudes. Comportements. Guinée.

Auteur : FOFANA Mohamed Lamine

Abstract

Title: « Study of knowledge, attitudes and behavior of medical students of Gamal Abdel Nasser University of Conakry on smoking ».

Introduction: Cigarette smoking remains the leading cause of avoidable death in the world. According to WHO it kills more than 6 million people worldwide. 80% of these premature deaths affect people in low and middle income. In Guinea, few data exist for smoking in general and health care professionals including medical students in particular.

Therefore this study proposed to examine the state of knowledge, attitudes and behaviors of medical students about tobacco.

Materials and Methods: This study is a descriptive cross-type which data were collected by a self-administered questionnaire and were analyzed with SPSS 20

Results: The prevalence of smoking was 8% among smokers and 12% among former smokers. A fringe of students, 13% had little or no knowledge about the harmful effects of tobacco. 92% of medical students were unaware of tobacco legislation. Only 53% of medical students would warn their patients against smoking effects of smoking in a systematic way. 90% are to be attributed to the role of the doctor to convince people not to smoke.

Conclusion: Medical students are not well prepared to take action in tobacco control because their state of knowledge and attitudes about smoking does not make them good actors in tobacco control. This could be improved for training and information on smoking.

Keywords: Smoking. Students in medicine. Knowledge. Attitudes. Behavior. Guinea.

Liste des abréviations et acronymes

BPCO :	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CERE :	Centre d'Etude de Recherche Environnementale
CIM-10 :	Classement Internationale des Maladies- 10eme édition
CNT :	Conseil National de Transition
DCEM :	Deuxième Cycle Etude Médicale
DEA :	Diplôme d'Etude Approfondie
DES :	Diplôme d'Etude Spécialisée
FTD :	FAGESTROM Test Dependance
FTQ :	FAGESTROM Test Quiz
GYTS :	Global Youth Tobacco Survey
IUATLD :	International Union Against Tuberculosis and lung Diseas
LMD :	Licence Master Doctorat
MPOWER :	Monitor Protect Offer Wam Enforce Raise
NAST :	Nitrosamines spécifiques au tabac
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORL :	Oto- Rhino Laryngologie
Q-MAT :	Questionnaire sur la Motivation à l'Arrêt du Tabagisme
SPSS :	Statistical Package for the Social Sciences
TCEM :	Troisième Cycle Etude Médicale
TVP :	Thrombose Veineuse Profonde
UGANC :	Université Gamal Abdel Nasser

Liste des figures

Figure 1 : Carte de la Guinée (Source)	24
Figure 2 : Répartition des étudiants en médecine par tranche d'âge	29
Figure 3: répartition des pathologies citées comme effets nocifs du tabac par les étudiants en médecine.	31
Figure 4: répartition des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer.	32
Figure 5: répartition des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de donner le bon exemple en	33
Figure 6 : illustre l'exposition au tabagisme passif selon le niveau d'études	43
Figure 7 : répartition des principaux lieux d'exposition au tabagisme passif cités par les étudiants exposés.....	44

Liste des tableaux

Tableau I: répartition par cycle d'études du niveau de connaissance des effets nocifs du tabac sur la santé.....	30
Tableau II: Raisons du tabagisme chez les étudiants en médecine fumeurs	41
Tableau III: répartition des étudiants fumeurs actuels selon la dépendance à la nicotine.....	41
Tableau IV : répartition des étudiants fumeurs selon la raison d'arrêt du tabac.....	42

Table des matières

Remerciements.....	2
Dédicace	3
Résumé :.....	4
Abstract.....	5
Liste des abréviations et acronymes	6
Liste des figures.....	7
Liste des tableaux.....	7
Table des matières	8
Introduction	11
1. Problématique :.....	12
1.1. Questions de recherche	14
1.2. Hypothèse :.....	14
1.3. Objectifs:.....	15
Général:	15
Spécifiques:	15
2. Cadre théorique	15
2.1. Les différents facteurs prédisposant les jeunes à fumer	15
2.2. Collecte des écrits	16
2.3. Définitions de quelques concepts.....	17
3. Méthodologie	24
3.1. Cadre de l'étude :.....	24
3.2. Type d'étude:.....	25
3.3. Population d'étude	25
3.4. Considérations éthiques:.....	25
3.5. Echantillonnage :	25
3.6. Variables:.....	26
3.7. Définitions opérationnelles des termes	26
3.8. Pré-test :	27
3.9. Validation des outils :	27
3.10. Collecte des données :	27
3.11. Saisie et analyse des données.....	27
3.12. Limite et contraintes	28
4. Résultats	29

4.1.	Données sociodémographiques de la population d'étude	29
4.1.1.	Niveau d'étude.....	29
4.1.2.	Sexe.....	29
4.1.3.	Age.....	29
4.1.4.	Statut matrimonial.....	29
4.2.	Caractéristiques du tabagisme chez les étudiants.....	29
4.3.	Connaissances sur le tabagisme	30
4.3.1.	Connaissances des effets nocifs du tabac sur la santé	30
4.3.1.1.	Opinions des étudiants en médecine sur la nocivité du tabac	30
4.3.1.2.	Niveau de connaissance des effets nocifs	30
4.3.1.3.	Pathologies attribuées au tabac	30
4.3.2.	Connaissances sur la loi antitabac en Guinée.....	31
4.4.	Attitudes des étudiants en médecine face aux fumeurs	31
4.4.1.	Attitudes des étudiants en médecine au cours de leur future carrière professionnelle	31
4.4.2.	Rôle du médecin face au tabagisme	32
4.4.2.1.	Opinions des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer	32
4.4.2.2.	Opinions des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de donner le bon exemple en ne fumant pas.....	32
5.	Discussion.....	34
5.1.	Connaissances des étudiants en médecine sur le tabagisme.....	34
5.2.	Décalage entre les connaissances et les comportements.....	35
5.3.	Insuffisance de la promotion de la santé	35
6.	Suggestions.....	36
	Conclusion	37
7.	Bibliographie :	38
8.	ANNEXES :.....	41
8.1.	D'autres résultats de cette enquête	41
8.1.1.	Les raisons du tabagisme et la consommation journalière de cigarettes	41
8.1.2.	La dépendance à la nicotine et la motivation à l'arrêt des fumeurs.....	41
8.1.3.	Les raisons d'arrêt du tabagisme	42
8.1.4.	Tabagisme Passif.....	43
8.1.4.1.	Exposition des étudiants de médecine au tabagisme passif	43
8.1.4.2.	Les lieux d'exposition au tabagisme passif.....	44
8.2.	Questionnaire de l'enquête.....	45
8.3.	Test de dépendance à la nicotine de FAGERSTRÖM(FTD)	49

9.5. Questionnaire d'évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac : Questionnaire Q-MAT50

Introduction

Le tabagisme reste une des principales causes mondiales de décès évitables. Il tue près de 6 millions de personnes et entraîne des centaines de milliards de dollars de pertes économiques chaque année dans le monde. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen, et cet écart devrait encore s'élargir au cours des prochaines décennies. [17]

Si les tendances actuelles se maintiennent, d'ici 2030 le tabac tuera plus de 8 millions de personnes dans le monde chaque année. 80 % de ces décès prématurés touchent des habitants de pays à revenu faible ou moyen. [17]

Les conséquences sont innombrables sur la santé de nos populations. Le tabac constitue le principal facteur de risque des maladies cardio-vasculaires ; broncho-pulmonaires ; ORL ; digestives ; osseuses ; oculaires ; gynéco-obstétriques ; et cela est connu et il n'est plus à prouver. [25]

Au cours de ces dernières années, la prévalence du tabagisme a diminué dans de nombreux pays industrialisés. Dans les pays en développement, en revanche, le nombre de jeunes adultes commençant à fumer s'est multiplié et la consommation de tabac par habitant a augmenté [21.]

Ainsi, en Afrique subsaharienne, les études rapportent que plus de 27% des jeunes âgés de 15 ans à plus sont des fumeurs [8].

En Guinée une enquête réalisée par l'OMS en novembre 2010 donnait des prévalences diverses. 12.8% des adultes consommaient le tabac dont 23.3% par des hommes et 2.0% par les femmes [19].

Le tabagisme prend de l'ampleur malgré la détermination des politiques pour le combattre. La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (CCLAT) témoigne de la volonté politique mondiale de renforcer la lutte antitabac et de sauver des vies [17].

La Guinée pour sa part s'est inscrite dans cette dynamique. Des efforts sont déployés dans le sens du combat anti tabagique. C'est pourquoi, le CNT (Conseil National de Transition) qui est un organe assurant le rôle de parlement, a adopté la loi interdisant de fumer dans les lieux publics le 15 novembre 2012. La volonté politique aidant, le président de la république a promulgué cette loi L2012/039 le 12 décembre 2012¹.

Cependant cet engagement seul ne suffit pas. Il ne s'agit pas de ratifier ou adopter les lois mais veiller aussi à leur application. Et cela pose de sérieux problèmes.

Un des précieux moyens est la prévention du tabagisme, ce qui représente une priorité de santé publique.

¹ Le CNT assure le rôle de l'Assemblée nationale. Comme son nom l'indique, c'est une institution qui a été mise en place depuis la transition sous l'égide du Général Sékouba Konaté après les accords politiques de Ouagadougou ; il continue sa mission jusqu'à la mise en place d'une nouvelle assemblée nationale au sortir des élections législatives prévues pour cette année 2013. Pour rappel, la Guinée a ratifié depuis 2004 la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac.

La lutte contre le tabac étant multisectorielle, les professionnels de la santé pour leur part peuvent jouer un rôle important. Les étudiants en médecine, futurs médecins constituent une cible privilégiée. Car ils seront des acteurs clés de demain. L'amélioration de leurs connaissances, attitudes et pratiques sur le tabac demeure importante. Pour y parvenir l'une des phases privilégiées, c'est la formation, l'information de ces étudiants en médecine. Ce qui permettrait d'asseoir des politiques de santé efficaces, de lutte contre le tabac.

Pour y parvenir nous avons jugé nécessaire d'apprécier chez les étudiants en médecine les connaissances, attitudes et les pratiques sur le tabagisme.

Ce travail est subdivisé de la façon suivante :

Une première partie qui traite la problématique ; la deuxième partie appelée cadre théorique, suivie de la troisième partie décrivant la démarche méthodologique utilisée pour réaliser cette étude. Ensuite une quatrième partie qui présente les résultats de cette étude ; suivie de la discussion et une proposition de suggestion. Une conclusion clôturera ce travail.

1.Problématique :

Dans ce chapitre, il sera question d'aborder le problème lié aux conséquences du tabagisme sur la santé, suivi des mesures de législation du tabac et des difficultés liés à leur application.

Selon l'OMS le tabagisme est la cause reconnue ou probable d'environ 25 maladies². Et l'on se rend pas vraiment compte des conséquences de ces maladies sur la charge de travail et sur l'économie de nos pays. [15]

Les études rapportent que le tabagisme tue plus de 6 millions de personnes. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen [17].

Sur le milliard de fumeurs dans le monde, près de 200 millions sont des femmes. Environ 1,5 million femmes meurent chaque année à cause du tabagisme [16].

La société paie de lourdes conséquences, avec une perte économique exprimée en de centaines de milliards de dollars.

Les consommateurs de tabac qui décèdent prématurément privent leur famille de revenus, font augmenter les dépenses de santé et freinent le développement économique [18].

Ce phénomène continue à faire des victimes, malgré la volonté et l'engagement des politiques tant sur l'échiquier international que national.

² Ces maladies sont les cancers (de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx ; de l'œsophage, du pancréas ; du larynx, du poumon, de la trachée et des bronches de la vessie, des reins et autres organes urinaires) ; les maladies cardio-vasculaires (hypertension, cardiopathie, cœur pulmonaire, autres cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, athérosclérose, anévrisme de l'aorte, autres maladies des artères) des affections respiratoires (tuberculose, pneumonie, grippe, bronchite et emphysème, asthme, broncho-pneumopathie obstructive chronique) les maladies de l'enfant (faible poids de naissance, détresse respiratoire, affections respiratoires du nouveau né, mort subite) incendies provoquées par des fumeurs

L'OMS est engagée dans la lutte mondiale contre le tabagisme. Depuis son entrée en vigueur en février 2005, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, avec plus de 170 parties représentant 87% de la population mondiale, est l'un des traités les plus largement acceptés de l'histoire des Nations Unies [14].

La Convention-cadre est le principal instrument de l'OMS pour la lutte antitabac et elle marque une étape importante dans la promotion de la santé publique. Il s'agit d'un traité fondé sur des bases factuelles, qui réaffirme le droit de tout être humain à bénéficier du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, qui fournit un cadre juridique pour la coopération sanitaire internationale. Et fixe des normes exigeantes en matière d'application [14].

En 2008, l'OMS a lancé une série de mesures pour avancer dans la lutte contre le tabagisme et aider les pays à mettre en œuvre la Convention-cadre. Mieux connues par leur acronyme MPOWER (Monitor Protect Offer Wam Enforce Raise), celles-ci sont considérées comme autant de «bonnes pratiques» et de «meilleures pratiques» en matière de lutte antitabac. Chacune correspond à au moins une disposition de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [14].

- Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- Protéger la population contre la fumée du tabac
- Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
- Augmenter les taxes sur le tabac

La Guinée pour sa part n'est pas restée à l'écart. Elle a ratifié cette convention en 2007. Elle vient de faire adopter en novembre 2012 une loi interdisant de fumer dans les lieux publics. Elle a l'obligation de la faire respecter.

Malgré ces efforts les industries consacrent des milliards de dollars chaque année à jeter leur filet aussi largement que possible de façon à piéger de nouveaux usagers, en ciblant notamment les jeunes dans les milieux qu'ils fréquentent : cinéma, internet, revues, concerts et manifestations sportives. [16]

Ce qui pose la problématique de respect de cette convention. Et cela montre la limite de nos Etats qui souvent n'ont pas les moyens de leur politique.

Pour freiner le tabagisme, la lutte doit être multisectorielle. Et surtout le secteur de la santé constitue un élément important dans cette lutte antitabac.

Les professionnels de santé, voire les étudiants en médecine peuvent jouer un rôle important dans l'éducation des patients sur les dangers du tabac [25]. Ils peuvent motiver les patients à cesser de fumer en les prodiguant les conseils. Et cela passe par l'amélioration d'un certain nombre de valeurs :

connaissances, attitudes et pratiques avant leur implication dans la mise en œuvre des mesures antitabac.

Ces futurs médecins doivent constituer une priorité dans le cadre de la lutte contre le tabac. Ils devraient servir de bons modèles pour parvenir à l'éducation des patients pour arrêter de fumer. Malheureusement l'usage du tabac reste assez fréquent dans ce groupe. [25]

La prévalence du tabagisme varie d'un pays à un autre. Une étude internationale menée par Smith et Leggat a montré que la prévalence du tabagisme varie entre 3% aux États-Unis à 53% au Japon. [24].

En 1966, Mausner a relevé que près d'un tiers des étudiants américains en médecine utilisaient les produits du tabac [25].

Les données concernant le tabagisme sur le continent africain sont peu disponibles, en dehors de celles que procurent les enquêtes GYTS (Global Youth Tobacco Survey) en milieu scolaire [8,23].

Une étude réalisée par SOLTANI et BCHIR a montré une prévalence de 33% de fumeurs parmi les étudiants en médecine de Monastir en Tunisie [26]

Ndiaye et collaborateurs en 2003 à Dakar ont rapporté un taux de 34.6% chez les étudiants de la faculté de médecine de Dakar [12].

En Guinée une enquête mondiale sur le tabac chez les jeunes de 13 à 15 ans (GYTS) réalisée en 2008 a montré les résultats suivants : 26.1% des élèves consommaient du tabac sous n'importe quelle forme et 7.1% fumaient de la cigarette. [22]

A l'instar des autres pays d'Afrique la Guinée a peu d'études sur le tabagisme en général et particulièrement sur les personnels de santé, voire les étudiants en médecine.

Fort de ce constat, il est nécessaire de réaliser cette étude chez les étudiants en médecine avant de solliciter leur implication dans la mise en œuvre des mesures antitabac existantes. Car ils sont des futurs acteurs clés dans cette lutte antitabac.

Pour y parvenir l'on se pose cette question:

1.1. Questions de recherche : En quoi l'état de connaissance et l'attitude des étudiants en médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry est un facteur favorable à la lutte antitabac ?

1.2. Hypothèse :

Le niveau de connaissances et l'attitude des étudiants en médecine sur le tabagisme font d'eux de mauvais acteurs dans la lutte contre le tabac.

C'est dans le but d'apporter une réponse à cette question que cette étude a été réalisée.

1.3.Objectifs:

Général: Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques sur le tabagisme des étudiants en médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (UGANC)

Spécifiques:

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des étudiants en médecine de l'UGANC.
- Décrire les caractéristiques du tabagisme des étudiants en médecine de l'UGANC
- Apprécier leurs connaissances sur le tabagisme.
- Décrire les attitudes des étudiants en médecine de l'UGANC face au tabagisme.

2. Cadre théorique

Dans ce chapitre il est question pour un premier temps d'énumérer les différents facteurs qui prédisposent les jeunes à fumer. En second, une synthèse des écrits portant sur les études déjà réalisées chez les étudiants en médecine. Une troisième partie qui traite des définitions des concepts relatifs au tabagisme. Et une dernière partie traite sur les conséquences engendrées par le tabac sur l'organisme.

2.1.Les différents facteurs prédisposant les jeunes à fumer

Au regard de la problématique du tabagisme, il faut reconnaître que plusieurs facteurs déterminants interviennent et influencent la consommation du tabac. Ces facteurs qui prédisposent les jeunes au tabagisme sont complexes et interdépendants et ils varient selon les individus et les populations. Des années de recherche ont néanmoins permis d'identifier certains facteurs plus fréquents dans la consommation du tabac. Parmi ceux-ci on peut citer : l'acceptabilité sociale des produits du tabac, l'exposition et la vulnérabilité par rapport à leurs méthodes de commercialisation et leur facilité d'achat par les individus. [15] Tous ceux-ci sont soutenus par certains déterminants majeurs qui ont été rapportés dans l'étude menée par Harbour auprès des étudiants de l'université d'Alexandrie. Parmi ces facteurs il y a :

Environnement individuel : la famille joue un rôle très important dans la lutte contre le tabagisme. Les étudiants qui viennent des familles où un des parents est fumeur, ont de fortes chances pour ces derniers de devenir consommateurs de tabac. Une étude a identifié une forte association entre le tabagisme des jeunes et des normes sociales établies par la fratrie et les adultes des ménages. [3]

Education : elle a une grande importance pour influencer les jeunes face à la consommation du tabac. Il remarque dans son étude que les étudiants vivant dans des auberges de jeunesse de l'Université d'Alexandrie qui fumaient étaient plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats scolaires que de bonnes performances [3].

Médias : ils jouent aussi un rôle important à travers les publicités et la cinématographie. Car souvent ces moyens de communications ont tendance à faire croire à bon nombre de jeunes que fumer pourrait positiver leur personnalité [3].

Culture : Les personnes de sexe féminin consommateurs de tabac sont souvent mal perçues par rapport au sexe opposé [3].

Travail / emploi : Les jeunes qui ont un travail rémunéré ont tendance à plus fumer que ceux qui n'ont pas un travail rémunéré ; et cela pour diverses raisons. Les premiers ont les moyens de s'acheter le tabac et les seconds n'en ont pas, mais aussi l'environnement du travail aussi peut faire que les premiers fument plus que les seconds s'ils ont un environnement fumeur. [3]

2.2. Collecte des écrits

En 1989 Tessier et collaborateurs ont mené une étude dans 14 pays européens. Elle portait sur les habitudes et attitudes de fumer chez les étudiants en médecine. C'est un questionnaire de l'OMS qui a servi à mener cette étude auprès des étudiants à leur première et dernière année d'études. Bien que les résultats soient différents d'un pays à un autre, il ressort que moins de 30% des étudiants à leur dernière année de formation étaient conscients que le tabagisme est une cause de la maladie de l'artère coronaire. A cela s'ajoutent leurs faibles connaissances sur les mesures de santé publique pour la lutte contre le tabagisme. L'étude a conclu que les habitudes et attitudes des étudiants étaient d'ordre socioculturel.

En 2000, Soltani et Bchir ont réalisé une étude descriptive à Monastir. Elle portait sur les comportements tabagiques et les attitudes des étudiants en médecine face au tabac. Le questionnaire qui a servi à mener cette étude a été inspiré de celui de l'IUATLD (International Union Against Tuberculosis and lung Diseases) et de l'OMS pour les professionnels de santé. Bien que les étudiants connaissaient les effets du tabac sur les coronaires et les bronches, 2/3 d'entre eux ignoraient le rôle du tabac sur le cancer de la vessie. Et aussi plus de la moitié des étudiants estimaient ne pas avoir une formation spécifique pour prendre en charge les fumeurs.

En 2003, Ndiaye et collaborateurs ont mené une étude transversale à Dakar. Elle portait sur les habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine. Il a été révélé que 34,6% des étudiants fumaient du tabac.

En 2010 une autre étude transversale a été menée par Ali et collaborateurs à Ryad. Elle a porté sur les connaissances, attitudes et pratiques de la consommation du tabac par les étudiants en médecine. Le questionnaire qui a servi à mener cette étude a été élaboré à partir du modèle de l'enquête sur le tabagisme des adultes. Il ressort que 25% de ces étudiants fumaient. L'influence des amis et la pression des pairs ont été les principaux motifs du tabagisme.

Au regard de ces études, il ressort que: les étudiants avaient peu de connaissances sur les mesures de prévention de santé publique pour la lutte contre le tabagisme. Et cela s'expliquerait par l'absence ou l'insuffisance de formation sur le tabagisme dans ces établissements. Mais aussi le paradoxe entre le

fait que ces étudiants soient conscients des effets nocifs du tabac sur la santé et continuent toujours à fumer.

Cette étude veut évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des étudiants en médecine.

2.3.Définitions de quelques concepts

Le tabac : Plante originaire d'Amérique, à présent cultivée dans le monde entier, le tabac appartient à la famille des Solanacées. Elle est haute, dotée de larges feuilles, qui se fument se pressent ou se mâchent selon la préparation. On parle de tabac brun (séché à l'air et au feu), blond (séché à l'air chaud) ou clair (goût américain) selon le mode de séchage. Il est consommable sous forme de cigarettes, de cigares, en vrac à rouler ou pour la pipe, à chiquer. Enfin, le tabac contient un alcaloïde (substance azotée) toxique : la nicotine. [5]

Tabagisme : est l'intoxication aiguë ou chronique de nature physiologique et psychique provoquée par la consommation du tabac [24]. On distingue :

Le tabagisme actif est l'intoxication d'un individu due à la consommation de tabac par lui-même ; cette forme de tabagisme peut être permanente ou occasionnelle [24] ;

On désigne par l'expression « **tabagisme passif** » le fait pour un non fumeur de respirer, dans les lieux clos tels qu'un restaurant ou un bureau, la fumée dégagée par les cigarettes, les bidis, ou le narguilé consommés par d'autres personnes. Il n'y a pas de seuil au dessus duquel le tabagisme passif est sans danger. [9]

Moins de 11% de la population bénéficient des lois nationales complètes sur l'interdiction de la fumée du tabac. Près de 40% des enfants ont au moins l'un des parents qui fume. 31% de décès attribuables au tabagisme passif en 2004 étaient des décès des enfants. [9].

Fumer : C'est brûler du tabac en aspirant la fumée [14].

Fumeur actuel : toute personne qui fume actuellement n'importe quel produit du tabac, occasionnellement ou quotidiennement [14].

Ancien fumeur ou ex fumeur : toute personne qui a arrêté de fumer depuis au moins 3 mois.

Industrie du tabac : fabricants, grossistes et importateurs de produits du tabac [14].

Sevrage tabagique : arrêt du tabac (pas de consommation de tabac pendant au moins trois mois).

Substances psycho-actives ou psychotropes : Ce sont des substances naturelles ou synthétiques qui agissent sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental.

Elles peuvent entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, le comportement et diverses fonctions psychologiques. Le tabac est riche en un alcaloïde faiblement psycho-actif, la nicotine [24].

Toxicomanie : c'est un état engendré par la prise répétée d'une ou plusieurs substances psycho-actives qui créent une dépendance psychologique et/ou physique.

Elle est également rattachée à la place et au rôle qu'occupe le psychotrope dans la vie de son consommateur. Elle peut ainsi représenter un moyen d'adaptation visant le soulagement temporaire d'une souffrance ou une recherche compulsive du plaisir que procure le psychotrope.

La toxicomanie est l'interaction entre le psychotrope, le consommateur et le contexte socioculturel. C'est donc un problème biopsychosocial complexe relié à des composantes physiques, mentales, et sociologiques.

La toxicomanie engendrée par l'usage du tabac est le Tabagisme [24].

Tolérance : C'est un état d'hypo-réactivité de l'organisme se traduisant par une diminution de la réponse aux psychotropes et par la capacité de supporter sans manifester de symptômes d'intoxication des doses élevées qui habituellement sont toxiques pour le néophyte. Elle se manifeste par une diminution de l'efficacité et de la toxicité du psychotrope (effets moins intenses) : c'est un mécanisme d'adaptation de l'organisme [11].

Pharmacodépendance (terme préféré à celui de toxicomanie)

La dépendance aux psychotropes ou pharmacodépendance est un état d'adaptation résultant de l'usage périodique ou continu d'une ou de plusieurs substances qui créent des besoins physiques ou psychologiques. Elle peut s'accompagner ou non de tolérance [11].

Selon la classification internationale des maladies (CIM-10), six critères permettent de définir la dépendance :

- le désir impératif ou sensation de compulsion pour la prise de la substance ;
- difficultés à contrôler le comportement de prise de la substance en termes de début, de fin, ou de quantité utilisée [13] ;
- présence d'un état de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution de la prise ;
- présence de signes de tolérance ;
- perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités en raison de l'usage de la substance ; temps de plus en plus important passé à se procurer ou à consommer la substance, ou à récupérer de ses effets ;
- poursuite de l'usage de la substance malgré des conséquences manifestement nocives évidentes.

Il faut la présence d'au moins trois de ces signes au cours d'un moment quelconque de l'année précédente pour poser le diagnostic de dépendance.

Ainsi peut-on distinguer deux types de dépendance :

-la dépendance psychologique, qui est un état dans lequel l'arrêt ou la réduction abrupte de la dose d'un psychotrope produit des symptômes psychologiques caractérisés par une préoccupation émotionnelle et mentale (liées aux effets du psychotrope) et par un désir obsédant et persistant de reprendre à nouveau la substance [11] ;

-la dépendance physique qui est un état résultant de l'usage répété et excessif d'un psychotrope, état dans lequel l'organisme s'est adapté physiologiquement à la présence continue de cette substance à une certaine concentration. Lorsque cette concentration diminue en dessous d'un certain seuil, il survient un dysfonctionnement du système nerveux se manifestant par un ensemble de signes appelé syndrome de sevrage [11].

Il existe des échelles pour mesurer le degré de dépendance à la nicotine, mais le plus utilisé actuellement est le test de tolérance à la nicotine de Fagerström(FTQ). Cette échelle a été révisée en test de dépendance à la nicotine de Fagerström(FTD) [4] . (En annexe).

Ce test, dans le cadre du sevrage tabagique permet de poser les indications du traitement par les substituts nicotiniques.

En dehors de la mesure du degré de dépendance à la nicotine, d'autres échelles permettent d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac, notamment le questionnaire Q-MAT (Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du tabac) [2]. (En annexe).

Addiction (accoutumance) : L'addiction inclut toutes les conduites de dépendance : toxicomanie, alcoolisme, boulimie, pharmacomanie, passion du jeu, certaines conduites sexuelles [10].

Syndrome de sevrage : ce terme correspond à l'ensemble des troubles consécutifs à la suppression brusque de la drogue chez un toxicomane en état de dépendance physique.

Les principales manifestations du syndrome de sevrage à la nicotine sont :

-signes centraux : anxiété, irritabilité, impatience, agitation, frustration, hostilité, colère, dépression, diminution de la vigilance, difficultés d'attention et de concentration, besoin intense de fumer, baisse des capacités, fatigue, troubles du sommeil, céphalées, étourdissements, vertiges [10] ;

-signes périphériques : tremblements, sudation, augmentation de l'appétit, gain de poids, nausées, constipation, bradycardie, hypotension [10].

Les différents modes de consommation du tabac

Le tabac est principalement consommé sous deux modes: le tabac « à fumer », et le tabac dit « non fumé » ou « sans fumée ».

Tabac à fumer : Fumer du tabac consiste à brûler des feuilles de la plante de tabac séchées ou fumées et à en inhaler la fumée. La combustion crée, sous l'effet de la chaleur, de nouvelles substances chimiques qui n'existent pas dans le tabac non brûlé, telles que des nitrosamines spécifiques au tabac (NAST) et du benzopyrène, lesquelles substances vont pouvoir être absorbées par les poumons.

Les types de tabac à fumer :

Les cigarettes manufacturées : sont les produits du tabac les plus communément consommés dans le monde. Elles sont composées de tabac haché ou reconstitué, sont traitées avec des centaines de produits chimiques et des arômes variés tels que le menthol, puis roulées dans un cylindre de papier.

Elles ont en général un filtre en acétate de cellulose, elles sont allumées à une extrémité et la fumée est inhalée par l'autre extrémité. Principalement répandues dans le monde. [9]

Les cigarettes à rouler : sont roulées à la main par le fumeur à partir de tabac en vrac finement haché et de papier à cigarette. Les fumeurs de cigarettes à rouler sont exposés à de fortes concentrations de particules de tabac, de goudron, de nicotine et de NAST, et présentent un risque plus élevé de développer des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, des poumons et de l'œsophage. Principalement répandues en Europe et en Nouvelle-Zélande. [9]

Les sticks : sont faits de tabac séché au soleil et enveloppé dans du papier à cigarette, roulé à la main par exemple. Principalement répandus en Papouasie-Nouvelle-Guinée. [9]

Les bidis : consistent en une petite quantité de tabac broyé, emballé à la main dans une feuille de temburni séchée, ou feuille de tendu, puis lié par une ficelle. Malgré leur petite taille, les bidis tendent à délivrer plus de goudron et de monoxyde de carbone que les cigarettes manufacturées, car les consommateurs doivent tirer plus fort sur le bidi pour le maintenir allumé. Principalement répandus en Asie du Sud (ils sont le produit de tabac séché le plus largement consommé en Inde) [9]

Les pipes : sont faites en bruyère, ardoise, argile ou autres matières. Le tabac est placé dans le foyer et la fumée est inhalée par le tuyau. En Asie du Sud-est, les pipes en argile, connues sous le nom de sulpa, chillum et hookli, sont largement utilisées. Répandues dans le monde. [9]

Les pipes à eau : aussi appelées shisha, hookah, narguilé ou hubble-bubble, fonctionnent par filtration à l'eau et chaleur indirecte du tabac aromatisé est brûlé dans un foyer recouvert d'une feuille d'aluminium et de charbon. La fumée est refroidie par filtration à travers un réservoir d'eau, puis consommée par le biais d'un tuyau et d'un embout buccal. Principalement répandues en Afrique du Nord, dans la région méditerranéenne et certaines régions d'Asie, mais se généralisent dans le monde. [9]

Les cigares : sont fabriqués à partir de tabacs séchés à l'air et fermentés, roulés dans une feuille de tabac. Le long processus de fermentation et de vieillissement produit des concentrations élevées de composés cancérigènes qui sont libérés lors de la combustion. Les concentrations de toxines et d'agents irritants sont plus élevées dans les cigares que dans les cigarettes. On trouve les cigares sous de nombreuses différentes formes et tailles, depuis les cigarillos, de la taille d'une cigarette, aux doubles Coronas, Cheroots, Stumpen, chuttas et dhumtis dans le chutta ou le dhumti inversé, on fume en plaçant l'extrémité allumée du cigare dans la bouche. Répandus dans le monde [9]

Les kreteks : sont des cigarettes aromatisées au clou de girofle. Elles peuvent aussi contenir un large éventail d'arômes exotiques et d'eugénol, qui a un effet anesthésiant, permettant une inhalation plus profonde et nocive de la fumée. Principalement répandues : en Indonésie [9]

Tabac sans fumée : le tabac sans fumée est généralement consommé par voie orale ou nasale, sans être brûlé ou sans combustion. Le tabac sans fumée augmente le risque de cancer et conduit à une

dépendance à la nicotine identique à celle produite en fumant des cigarettes. Il existe différents types de tabac sans fumée : le tabac à mâcher, le tabac à priser et le tabac soluble. [9]

Le tabac à mâcher : est un produit du tabac sans fumée qui se place dans la bouche, au niveau de la joue ou l'intérieur de la lèvre, et qui est sucé ou mâché. Il est parfois qualifié de « tabac à cracher », car ses consommateurs ont tendance à recracher l'ensemble formé par le jus de tabac et leur salive. Principalement répandu dans le monde. [9]

Le tabac à chiquer : est composé de tabac en poudre gardée dans la bouche entre la joue et la gencive. De plus en plus, les fabricants emballent le tabac à chiquer dans des petits sachets en papier ou en tissu pour rendre le produit plus pratique à utiliser. Ces produits de tabac à chiquer sont connus sous les noms de snus, khaini, shammaah, nass ou naswa. Les pâtes dentifrices ou les poudres à base de tabac sont utilisées de façon similaire, placées sur les gencives ou les dents. Des fines poudres de tabac mélangées sont généralement inhalées et absorbées par les voies nasales. Principalement répandu : en Scandinavie et aux États-Unis mais il se généralise dans le monde ; interdit dans plusieurs pays. [9]

Le tabac à priser sec : est du tabac sous forme de poudre inhalée par le nez ou absorbée par voie orale. Autrefois très répandue, surtout en Europe, la consommation de tabac à priser décline. Principalement répandu en Europe. [9]

Les produits de tabac sans fumée solubles : se dissolvent dans la bouche sans crachat ; ils contiennent du tabac et de nombreux autres composants qui assurent l'apport de nicotine au consommateur via l'absorption par la muqueuse buccale. Ils sont souvent des produits dérivés de marques de cigarettes très connues, tels que les Camel Sticks, Camel Strips et Camel orbs ; les Marlboro Sticks ; des produits Star Scientific (Ariva, Stonewall) ; et Zerostyle Mint par Japan Tobacco. Ces nouveaux produits oraux de tabac sans fumée sont développés pour être utilisés par les fumeurs lorsqu'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas fumer. Principalement répandus dans les pays à revenu élevé. [9]

2.4. Conséquences du tabagisme sur la santé

Le tabac est le seul facteur de risque commun aux quatre principales maladies non transmissibles (cardiovasculaire, diabète, cancer et respiration chronique) [9]

La consommation de tabac nuit à la santé tout au long de la vie d'une personne et ses effets s'accumulent au cours de la vie adulte avec, pour conséquence, l'apparition d'une maladie évitable et, bien trop souvent, une mort prématurée. Lorsque l'on fume, la nicotine est administrée de la manière la plus efficace, ce qui entraîne le décès de presque la moitié des consommateurs invétérés de tabac. [9]

Le tabagisme est particulièrement nocif pour les femmes enceintes et leurs fœtus. Fumer pendant la grossesse présente des risques pour la mère et peut engendrer des retards de croissance, un poids de naissance faible, voire la mort du fœtus. [9]

Comment le tabac nuit à la santé

Yeux : Cécité (dégénérescence maculaire) ; Cataractes ; brûlure ; larmoiement et clignotement excessifs

Oreilles : Perte auditive ; otite

Nez : Cancer des cavités nasales et des sinus para-nasaux ; dégradation de l'odorat

Reproduction masculine : Infertilité ; malformation du sperme ; perte de la motilité ; réduction du nombre de spermatozoïdes ; impuissance.

Reproduction féminine : Cancer du col de l'utérus ; insuffisance ovarienne prématurée ; ménopause précoce ; réduction de la fertilité ; menstruations douloureuses.

Mains : Maladie vasculaire périphérique ; mauvaise circulation (doigts froids)

Appareil circulatoire : Maladie de Buerger (inflammation des artères, des veines et des nerfs dans les jambes) Leucémie aigüe myéloïde.

Cœur : thrombose coronaire (crise cardiaque) athérosclérose ; lésion et occlusion des vaisseaux coronaires.

Poitrine et abdomen : Risque accru de cancer du sein ; cancer de l'œsophage ; cancer de l'estomac, du côlon et du pancréas, anévrisme de l'aorte abdominale, ulcère peptique (estomac, duodénum et œsophage).

Squelette : Ostéoporose ; fracture de la hanche ; risques de problèmes de dos ; cancer de la moelle osseuse.

Cheveux : Odeur et décoloration.

Cerveau et facultés psychiques : accident vasculaire cérébral ; dépendance/état de manque ; anxiété concernant les effets du tabac sur la santé.

Bouche et gorge : Cancers des lèvres, de la bouche, de la gorge, du larynx et du pharynx ; maux de gorge ; dégradation du goût, halitose (mauvaise haleine).

Poumons : Cancer du poumon, des bronches et de la trachée ; Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ; emphysème ; Bronchite chronique ; Infections respiratoires ; grippe ; pneumonie ; tuberculose ; souffle court ; asthme ; toux chronique ; crachats excessifs.

Peau : Psoriasis ; mauvais teint ; rides ; vieillissement prématuré.

Jambes et pieds : Maladie vasculaire périphérique ; pieds froids ; douleurs dans les jambes ; gangrène ; thrombose veineuse profonde (TVP).

Foie : Cancer du foie.

Reins et vessie : Cancer des reins et de la vessie.

Blessures et chirurgie : Cicatrisation difficile des blessures ; convalescence postopératoire difficile ; brûlures par des cigarettes et ou des incendies provoqués par des cigarettes.

Dents : Maladie parodontale (gencives) ; gingivite ; parodontite ; déchaussement, perte de dents ; caries de la surface radiculaire, plaque dentaire ; décoloration et tâches.

Système immunitaire : Déficit de la résistance à l'infection.

Cette partie nous a permis de comprendre la problématique liée au tabagisme, elle nous conduit au chapitre suivant qui traite la démarche méthodologique adoptée pour réaliser cette étude.

3. Méthodologie

Ce chapitre traite de la démarche suivie pour la réalisation de cette étude, elle se repartie de la façon suivante :

3.1. Cadre de l'étude :



Figure 1 : Carte de la Guinée (Source : [https://www.google.com/eg/carte administrative de la Guinée](https://www.google.com/eg/carte_administrative_de_la_Guinée))

La République de Guinée est un pays côtier qui est situé dans la partie occidentale du continent africain. Couvrant une superficie de 245.857 km², elle est limitée à l'ouest par la Guinée Bissau et l'océan Atlantique, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire et au sud par la Sierra Leone et le Liberia. Conakry est sa capitale.

L'université Gamal Abdel Nasser de Conakry est la première université guinéenne construite en 1962. L'UGANC abritait en 2010 16. 000 étudiants dont 4033 étudiantes, encadrés par 540 enseignants chercheurs. Elle est l'une des 3 grandes universités publiques que connait la Guinée. Elle est structurée en 5 unités de formation : La faculté des sciences, la faculté de pharmacie Odonto-Stomalogie, l'Institut polytechnique, le Centre informatique et le CERE. Elle compte également 19 départements qui abritent neuf programmes de formation du système LMD. Des programmes de formation hors LMD, en

Médecine et Pharmacie Odonto- Stomalogie et 21 programmes d'études avancées DEA, Masters, DES. Elle se situe dans la commune de Dixinn et avoisine le stade du 28 Septembre. C'est le département de médecine qui a constitué notre cadre d'étude.

3.2.Type d'étude:

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif.

3.3.Population d'étude

Notre population d'étude est constituée par les étudiants en médecine de la 3ème année à ceux qui sont en année de thèse de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Ils sont répartis de la façon suivante :

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) regroupant les étudiants de la 3ème année à la 6ème année.

Le troisième cycle des études médicales (TCEM) regroupant les étudiants en année de thèse.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

Les étudiants en médecine de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry régulièrement inscrits ;

Et qui ont accepté de participer à l'étude.

Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude les étudiants en médecine de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry n'ayant pas consenti participer à l'étude.

3.4.Considérations éthiques:

L'étude a été réalisée après l'autorisation de l'encadrement académique; chaque participant était libre de participer à l'enquête et toutes les informations recueillies lors de cette enquête sont strictement confidentielles.

3.5.Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire par strates réparties en DCEM et année de thèse ; ainsi la taille de l'échantillon a été calculée comme suit :

- La prévalence du tabagisme chez les jeunes scolaires en Guinée est de 26.1% ;
P=0.26

- La précision et le seuil de signification seront 5%.

$$n = \frac{t^2 \cdot P(1-P)}{m^2} \quad \text{avec } t = 1.96 ; P = 0.26 ; 1 - P = 1 - 0.26 ; m = 0.05$$

$$N' = 113.7 \sim 114$$

Les différents effectifs :

3ème année = 470 ; 4ème année = 871 ; 5ème année = 929 ; 6ème = 1468 et les étudiants en thèse = 502 ; DCEM = 3748 et TCEM = 502 ; le nombre de strate étant 2.

La taille de l'échantillon par strate sera donc n_1 et n_2

$$n \text{ pour chaque strate est : } n = \frac{N' \cdot \text{effectif de la promotion}}{\text{Effectif total } (n_1 + n_2)}$$

Nous avons obtenu par les calculs $n_1 = \text{DCEM} = 100$ et $n_2 = \text{TCEM} = 14$.

Par une règle de trois on a trouvé le nombre d'étudiant par niveau : 3ème année = 12 ; 4ème année = 21 ; 5ème année = 28 ; 6ème = 39 et 14 pour les étudiants en situation de thèse ;

3.6. Variables:

Dépendantes: Connaissances, attitudes et pratiques liées au tabac

Indépendantes: les caractéristiques sociodémographiques des étudiants de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

3.7. Définitions opérationnelles des termes.

La dépendance à la nicotine

Elle est déterminée au moyen du test de FAGERSTROM (internationalement reconnu) [4]. Les réponses permettront de classer en différents scores la dépendance du fumeur à la nicotine :

- Score 0 à 2 : pas de dépendance à la nicotine ;
- Score 3 à 4 : dépendance faible à la nicotine ;
- Score 5 à 6 : dépendance moyenne à la nicotine ;
- Score 6 à 7 : dépendance forte à la nicotine ;
- Score 9 à 10 : dépendance très forte à la nicotine.

La motivation d'arrêt du tabagisme

Elle est calculée à partir du questionnaire d'évaluation Q-MAT. [2] (questionnaire sur la motivation à l'arrêt du tabagisme) qui est connu aussi à l'échelle internationale. Cela a été intégré dans notre questionnaire. Les différentes réponses ont été cotées en score dont l'interprétation est la suivante :

- score ≤ 6 = motivation insuffisante ;
- score 7 à 13 motivation moyenne ;
- score ≥ 13 = bonne ou très bonne motivation.

La connaissance sur les effets néfastes du tabagisme

Nous avons demandé aux étudiants de citer au moins 5 pathologies induites par le tabac ; Nous avons attribué un point par réponse juste donnée et zéro point par réponse non juste. Cette interprétation a été faite après avoir coté les réponses selon le score suivant :

- Score ≤ 1 = connaissance faible ;
- Score compris entre 2 et 3 = connaissance moyenne
- Score compris entre 4 et 5 = bonne connaissance.

3.8. Pré-test :

Un pré-test a été effectué chez certains étudiants en pharmacie avant le démarrage de l'enquête proprement dite qui a permis de corriger les lacunes.

3.9. Validation des outils :

Le questionnaire a été validé par la division promotion de la santé du ministère de la santé et le décanat de la faculté de médecine.

3.10. Collecte des données :

Après l'autorisation des autorités académiques (rectorat et le décanat), la collecte a été faite à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme et individuel. La collecte s'est déroulée du 15 mai au 30 juin 2012 ; elle s'est faite sur les lieux de cours théoriques des étudiants en médecine et sur leurs lieux de stage dans les différents services des hôpitaux nationaux, conformément au plan d'échantillonnage.

3.11. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies par Epi data 2.1b et ont été analysées par le logiciel SPSS 20 ; Les tableaux et figures ont été obtenus par le logiciel Microsoft Excel et Word.

3.12. Limite et contraintes

- Sous déclaration chez les étudiantes pour raison culturelle
- Biais d'information : par le fait que le questionnaire soit auto administré ;
- Tous les aspects du tabagisme n'ont pas été étudiés, d'autres aspects comme les déterminants liés au tabagisme chez les étudiants en médecine feront l'objet d'études ultérieures.
- Les étudiants du PCEM n'ont pas participé à cette étude. Ils sont à 600 à 1000 km de la capitale Conakry.
- Difficulté de réaliser un tel travail sans les ressources financières disponibles.

Cette démarche nous a permis de collecter les données qui sont présentées dans le chapitre suivant intitulé résultats.

4. Résultats

Ce chapitre nous présente les principaux résultats qui nous permettent de répondre à notre question de recherche. Il est reparti en 4 sous parties qui sont :

4.1. Données sociodémographiques de la population d'étude

4.1.1. Niveau d'étude

Notre étude a concerné 114 étudiants en médecine, dont 88% en deuxième cycle (DCEM), et 12% en troisième cycle (TCEM), conformément à notre plan d'échantillonnage. Nous avons obtenu 100 % de participation.

4.1.2. Sexe

Nous avons retrouvé 69% d'hommes et 31% de femmes, soit un sex ratio de 2.26.

4.1.3. Age

Au sein de notre échantillon, l'âge moyen était de 25.83 ans (± 2.8), avec les extrêmes de 19 et 35ans. La répartition par tranche d'âge est donnée à la figure 2.

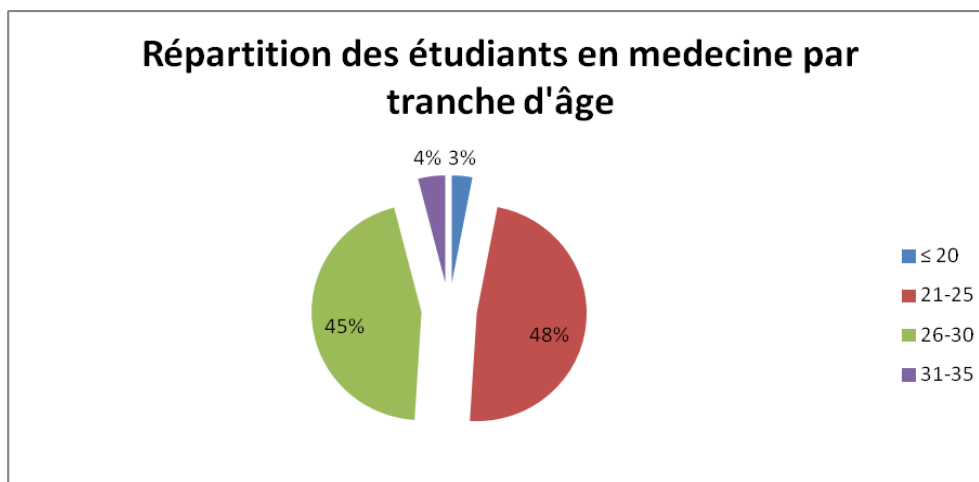


Figure 2 : Répartition des étudiants en médecine par tranche d'âge

4.1.4. Statut matrimonial

Nous avons retrouvé 85% de célibataires et 15% de mariés.

4.2. Caractéristiques du tabagisme chez les étudiants

Dans cette étude, nous avons trouvé 8% de fumeurs actuels et 12% d'anciens fumeurs.

La répartition des fumeurs selon le sexe montre une nette prédominance masculine. Cette population de fumeurs est majoritairement célibataire.

Dans cette étude, au sein de la population des fumeurs, la tranche d'âge la plus représentée est celle de 26 à 30 ans (7 fumeurs) et suivie de 31-35 ans (2 fumeurs).

L'âge moyen d'initiation au tabagisme chez les fumeurs était de 18.44 ans avec des extrêmes de 15 et 25 ans.

4.3. Connaissances sur le tabagisme

4.3.1. Connaissances des effets nocifs du tabac sur la santé

4.3.1.1. Opinions des étudiants en médecine sur la nocivité du tabac

Au sein de notre échantillon, 97% des étudiants pensaient que le tabac était nocif pour la santé ; selon le niveau d'étude, 100 % des étudiants en (TCEM) et 96% des étudiants en (DCEM) trouvaient que le tabac était nocif sur la santé.

4.3.1.2. Niveau de connaissance des effets nocifs

Dans notre étude 13% des étudiants avaient une connaissance faible ou nulle sur les effets nocifs du tabac sur la santé. L'analyse statistique montre qu'il n'existe pas de lien entre les connaissances des effets nocifs du tabac et le niveau d'études avec le test de khi deux ($\chi^2 = 4.52 < 5.99$).

Le niveau de connaissance des effets nocifs du tabac en fonction du cycle d'études est rapporté dans le tableau ci-dessous.

Tableau I: répartition par cycle d'études du niveau de connaissance des effets nocifs du tabac sur la santé.

Connaissances des effets nocifs du tabac	DCEM		TCEM	
	n	(%)	n	(%)
Nulle ou faible	13	(13%)	0	%
Moyenne	37	(37%)	3	(21%)
Bonne	50	(50%)	11	(79%)
Total	100		14	(100 %)

4.3.1.3. Pathologies attribuées au tabac

Les maladies pulmonaires ont été les plus citées comme étant la principale pathologie liée au tabagisme, suivies par les pathologies hépato gastroentérologie et cardiovasculaires ; par contre d'autres pathologies sont très mal connues comme étant associées au tabagisme à savoir : l'impuissance sexuelle, infertilité/stérilité, les maladies de la peau et des phanères, les pathologies oculaires et neurologiques.

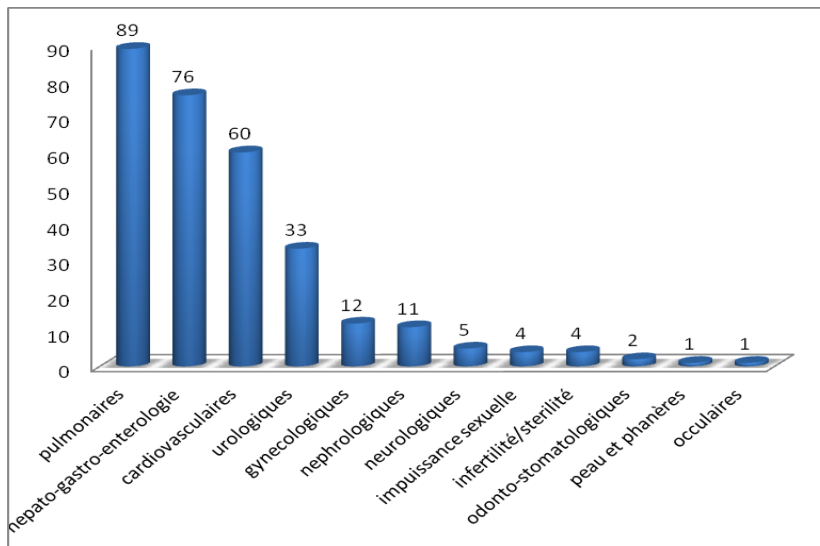


Figure 3: répartition des pathologies citées comme effets nocifs du tabac par les étudiants en médecine.

4.3.2. Connaissances sur la loi antitabac en Guinée

Parmi les étudiants en médecine, 92% ignoraient l'existence de la loi antitabac en Guinée. Sur ceux qui connaissaient l'existence de la loi (9 étudiants) : 2 étudiants affirmaient que cette loi interdisait complètement la publicité sur le tabac ; 8 étudiants pensaient que cette loi interdisait la consommation du tabac dans les lieux publics clos ou fermés et seulement 8 étudiants savaient que cette loi interdisait l'usage et la consommation du tabac dans les hôpitaux.

4.4. Attitudes des étudiants en médecine face aux fumeurs

4.4.1. Attitudes des étudiants en médecine au cours de leur future carrière professionnelle

Au sein de notre étude pour ce qui est de l'attitude des étudiants en médecine face aux fumeurs :

78% des étudiants mettraient systématiquement en garde leurs patients fumeurs contre les méfaits du tabac si ces derniers avaient une pathologie liée au tabac ;

72% conseilleraient leurs patients si ceux-ci posaient eux même des questions sur leur consommation tabagique ;

Seulement 53% des étudiants mettraient en garde leurs patients sur les effets nocifs du tabac même si ces derniers ne présentaient pas de pathologie liée au tabac et ne posaient aucune question sur sa consommation tabagique.

4.4.2. Rôle du médecin face au tabagisme

4.4.2.1. Opinions des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer

Dans notre échantillon 90% des étudiants attribuaient au médecin le rôle de convaincre les gens de ne pas fumer ; La répartition des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer est rapportée à la figure 4.

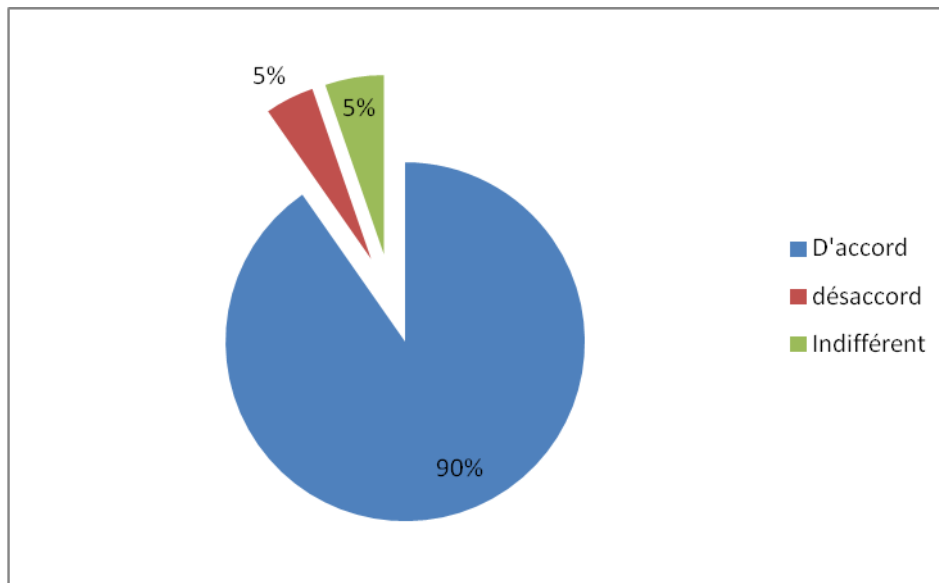


Figure 4: répartition des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de convaincre les gens de ne plus fumer.

4.4.2.2. Opinions des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de donner le bon exemple en ne fumant pas

Parmi les étudiants en médecine, 94% des étudiants attribuaient au médecin le rôle d'un donneur de bon exemple. La répartition des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de donner le bon exemple en ne fumant pas est donnée à la figure 5.

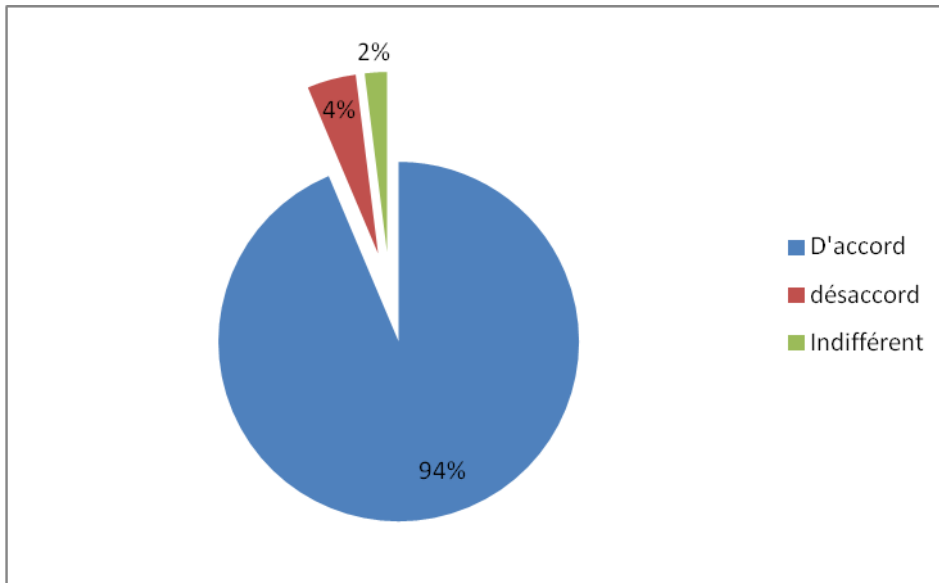


Figure 5: répartition des étudiants en médecine sur le rôle du médecin de donner le bon exemple en

Ces différents résultats présentés ci-dessus nous ont permis de répondre à notre question de recherche posée. Cela va aboutir au chapitre suivant qui traite la discussion.

5. Discussion

Compte tenu de leurs connaissances, attitudes et comportements, je me demande si ces étudiants en médecine peuvent être de bons acteurs dans la lutte antitabac en Guinée.

Pour alimenter cela, cette discussion repose sur 3 points clés : les connaissances sur le tabagisme, le décalage entre les connaissances et les comportements, et l'insuffisance de la promotion de la santé.

5.1. Connaissances des étudiants en médecine sur le tabagisme

Dans notre étude, la quasi-totalité (97%) des enquêtés affirment que le tabac est nocif pour la santé. Ce qui signifie qu'ils sont conscients de la nocivité du tabac, ce qui est un élément important mais seul ne suffit pas pour devenir un bon acteur de santé publique.

Ailleurs, ce résultat similaire a été trouvé par les études de (NDIAYE, 2003) et (SOLTANI, 2000) respectivement 83.2% et 94%. Cela montre qu'indépendamment du lieu, les étudiants en médecine savent que le tabac est nocif pour la santé.

Pour ce qui est du niveau de connaissance de la nocivité du tabac sur la santé, il ya une frange importante soit 13% qui avaient une connaissance faible ou nulle ; ils ont été incapables de citer moins de 2 pathologies associées au tabac.

Il ne s'agit pas d'affirmer seulement que le tabac est nocif pour la santé. Mais ces étudiants en médecine qu'ils sont devraient au moins savoir les pathologies qui sont associées au tabac.

Par rapport à ces pathologies associées au tabac, les maladies pulmonaires ont été les plus citées. Cependant des lacunes persistent sur la connaissance d'autres maladies associées au tabac : l'impuissance sexuelle, infertilité/stérilité, les maladies de la peau et des phanères, les pathologies oculaires et neurologiques. Ce qui est un constat amer pour les étudiants en médecine.

Ailleurs, Ali et collaborateurs en Arabie Saoudite avaient trouvé dans leur étude que le cancer de poumon était le plus cité. Mais environ un tiers de leurs étudiants ignoraient que le tabagisme pourrait provoquer les pathologies comme les dysfonctionnements sexuels. Nos résultats corroborent et démontrent qu'indépendamment du lieu géographique les étudiants en médecine ont des lacunes similaires.

Pour ce qui est de la connaissance des lois antitabac en Guinée, la situation est préoccupante. La quasi-totalité de ses étudiants soit 92% ignorent l'existence de cette loi. Ce qui pose un problème. Si les futurs acteurs qu'ils sont, ignorent cette législation, comment peut-on compter sur eux pour qu'ils deviennent de bons acteurs dans la lutte antitabac ? Ce qui soulève la question sur l'avenir de la lutte

antitabac en Guinée. Nos Etats ratifient les conventions, mais n'en font pas connaître à la population en général, et aux acteurs de cette lutte en particulier.

Ailleurs au Burkina Faso, Oubda dans sa thèse a trouvé que seulement 29 % des étudiants en médecine ignoraient l'existence de la loi anti tabac [20]. Ce résultat, comparé au nôtre est encourageant bien qu'il reste encore à faire des efforts. Cela démontre que nos Etats doivent revoir leur politique antitabac. Il ne suffit pas de ratifier les conventions mais il faut surtout en faire une large diffusion et veiller à leur application.

5.2. Décalage entre les connaissances et les comportements.

Il ya un décalage entre les connaissances sur les effets nocifs du tabac et le fait de fumer.

Dans cette étude, 8% des étudiants en médecine étaient des fumeurs actuels.

Ce taux est plus faible que celui trouvé dans les pays arabes, en Tunisie par Soltani et collaborateurs en 2000 chez les étudiants en médecine de Monastir (33%)[26] ; en Arabie Saoudite par Ali et collaborateurs qui ont trouvé 19 % en 2010 chez les étudiants en médecine de Ryad [1] ; par contre ce taux est supérieur à celui trouvé par Smith et collaborateurs dans son étude internationale sur le tabagisme chez les étudiants en médecine en 2007 où ils ont trouvé chez les étudiants en médecine australiens (3%), chinois (3%), indiens (4%) et américains (3%) [24]; nous remarquons que le taux de prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine varie selon les pays. Bien qu'ils connaissent la nocivité du tabac sur la santé, ils continuent de fumer.

Aussi, la majorité de ses étudiants sont conscients du rôle qu'ils doivent jouer, qui est celui de convaincre les patients de ne pas fumer, mais surtout de servir d'exemple en ne fumant pas. Ce qui est paradoxal à leur comportement de fumeur. Comme on le dit " *Fais ce que je te dis de faire ne fais ce que je fais*".

Ce résultat est similaire à ceux trouvés par Oubda dans son mémoire au Burkina Faso, où 83% attribuaient au médecin la responsabilité de convaincre les gens de ne plus fumer. Soltani est parvenu au même constat avec 72,1% en Tunisie et Ndiaye au Sénégal a trouvé 64%. Ce qui montre les mêmes réalités indépendamment du pays.

5.3. Insuffisance de la promotion de la santé

La majorité de ces étudiants ne mettraient en jeu leurs forces contre le tabagisme que lorsque celui-ci constitue un facteur causal d'une maladie ou la préoccupation de la part du patient. Ce constat dénote une attitude passive de la part des futurs médecins. Ce qui prouve qu'ils ne sont pas préparés à faire de la promotion de la santé par la prévention des risques face au tabac.

Le même constat a été fait dans les études de Ndiaye au Sénégal, et par Oubda au Burkina Faso.

En somme malgré la connaissance de ces étudiants en médecine sur la nocivité du tabac et le fait d'être conscient du rôle que doit jouer un médecin. Certains parmi eux fument, la majorité ne connaissent pas la législation antitabac en Guinée. Ils ne sont pas préparés à faire de la prévention des risques face au tabac de façon systématique. Ainsi nous confirmons que ces étudiants ne sont pas de bons acteurs pour la lutte antitabac.

Pour qu'ils deviennent de bons acteurs pour la lutte antitabac, il reste des efforts à faire dans le sens d'instaurer dans leur cursus de formation des modules sur la tabacologie et sur la convention antitabac de l'OMS sur la lutte antitabac.

6. *Suggestions*

Aux Ministères de la santé, de l'information et de la justice

- Renforcer des capacités des professionnels de santé par des ateliers et séminaires de formations sur la prévention des risques liés au tabagisme à fin qu'ils puissent mettre en œuvre le programme de lutte antitabac en Guinée.
- Vulgariser les lois sur le tabac à toute la population en général et celle des professionnels de santé y compris les étudiants en médecine.
- Publier ces lois dans le journal officiel de la république.
- Prendre des décrets d'application de ses différentes lois.

Aux autorités décanales de la faculté de médecine pharmacie et odontostomatologie

Renforcer des capacités des étudiants par l'instauration des modules de tabacologie dans leur cursus de formation afin qu'ils soient mieux outillés pour la mise en œuvre du programme de lutte antitabac.

Aux étudiants en médecine

- Promouvoir systématiquement la prévention des risques liés au tabac chez tout patient fumeur, ou exposé au tabagisme passif.
- Créer des clubs antitabac dans le campus universitaire.

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et les attitudes des étudiants en médecine sur le tabac. Il est ressorti de cette étude une prévalence relativement faible du tabagisme au sein des étudiants en médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, mais avec une proportion non négligeable d'anciens fumeurs.

Malgré l'existence d'une législation en vigueur, la quasi-totalité des étudiants ignore son existence. La promotion de la santé par la prévention des risques liés au tabac n'est prise en compte par ces futurs médecins que lorsque le patient manifeste un besoin, alors que cela devrait être systématique.

A la lumière de ce qui précède l'hypothèse : les étudiants en médecine ne sont pas de bons acteurs dans la lutte antitabac est confirmée dans cette étude. Car certains d'entre eux fument, malgré la connaissance sur les effets nocifs du tabac. Et la quasi - totalité ignore la législation antitabac. Ce qui dénote qu'en Guinée il reste beaucoup d'efforts pour que les étudiants soient des bons acteurs dans la lutte antitabac. Cela implique donc d'instaurer des formations de base en matière de tabac dans leur cursus de formation, aussi une large diffusion de la loi antitabac, mais surtout veiller à l'application de cette loi. Il faut rappeler quand bien même que notre étude a des limites qui ont été déjà évoquées ; mais elle pourrait servir de base pour d'autres études ultérieures. Tous les aspects du tabagisme n'ont pas été étudiés. D'autres aspects comme les déterminants liés au tabagisme chez les étudiants en médecine peuvent faire l'objet d'une autre étude.

7. Bibliographie

1. Ali IA, Hani T, Ali A. Connaissances, attitudes et pratiques de la consommation de tabac par les étudiants en médecine à Ryad, en Arabie Saoudite. *Journal list, Annals of Thoracic Medicine*. 2010 août; 5,3 : 145-8
2. Aubin HJ, Larque G, Legeron P, Azoulai G, Pelissolo S, Humber R et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). *Alcool Addictol*. 2004; 26:311-6.
3. Harbour C. Smoking and normative influence among Egyptians. A review of the literature in Eastern Mediterranean. 2011; 17,4 : 349-355
4. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagestrom KO. The Fagestrom Test of nicotine dependence: a revision of the Fagestrom tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991 ;86 :1119-27
5. <http://www.tasante.com/lexique/lire/38/>
6. Institut National du Cancer. Prévention. Cancer et tabagisme passif. Disponible sur l'url : <http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/#tabac4>. [consulté le 17/10/2012]
7. JF Tessier, Freour PP, Nejjari C, D Belougne, Crofton J. Le comportement de fumer et les attitudes envers le tabagisme des étudiants en médecine en Australie, au Japon, aux USA, la Russie et l'Estonie. *Tob contrôle*. 1993; 2:24-9.
8. Jha P, Chaloupka F. Tobacco control in developing countries. For the World Bank and WHO. London: Oxford University Press; 2000.
9. Michael E, Judith M, Hana R. Atlas du tabac. Quatrième édition. Atlanta.Géorgie. American cancer society ; 2012.
10. Mohamed BA, Louis L. Les psychotropes : pharmacologie et toxicologie. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal; 2002.
11. Mohamed BA, Nancy L. Le tabac. Dans Louis L, Mohamed BA: Les psychotropes: pharmacologie et toxicologie. Montréal: Les presses de l'université de Montréal; 2000.

12. Ndiaye M, Ndir M, Quantin X, Demoly P, Godard P, Bousquet J. Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Dakar. *Rev Mal Respir.* 2003; 20:701-9.
13. OMS. CIM/ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et du comportement. Description et directives pour le diagnostic. Paris : OMS/MASSON ; 1994.
14. OMS. MPOWER : un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie. Genève: Editions de l'OMS; 2008.
15. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La journée mondiale sans tabac. Grandir sans tabac. Genève.31 Mai 1998 ; 9-11
16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les femmes et le tabac .Disponible à partir de: [http : www.who.int/features/factiles/gender_tobacco/fr/index.html](http://www.who.int/features/factiles/gender_tobacco/fr/index.html). [Consulté le 20 septembre 2012]
17. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2011. Mise en garde au sujet des dangers du tabac. Disponible à partir de: [http : w.w.w.who.int / tobacco / mpower](http://w.w.w.who.int/tobacco/mpower) [Consulté le 09 avril 2012]
18. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Tabagisme .Disponible à partir de: [http : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html). [Consulté le 20 septembre 2012]
19. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).Guinée. Disponible à partir de l'url : <http://www.who.int/countries/gin/fr/>. [Consulté le 29/10/ 2012]
20. OUBDA B A K F. Etude des connaissances, comportements et attitudes des étudiants en médecine de l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou sur le tabagisme. Thèse de doctorat en médecine. 2011.
21. Radhouane F, Mohamed H, Mohsen M, Nourredinne A, Taoufik N. Tabagisme en Tunisie : comportements et connaissances. *Bulletin of the World Health Organization.* 2002; 80(5): 350–356.
22. Rapport de l'enquête nationale sur le tabagisme chez les jeunes scolaires de 13 à 15ans (GYTS).2008.Disponible sur l'url: http://www.afro.who.int/index.php?option=com_doc&task [consulté le 29/10/2012]

23. Ratte S, Slama K. Etat des données et de la recherche en Afrique francophone. *Promot Educ.* 2005; 4: 17-22.
24. Richard D, Senon JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances.* Paris: Larousse ; 1999.
25. Smith DR, Leggat PA. Un examen international du tabagisme chez les étudiants en médecine. *J Med Postgrad.* 2007; 53 :55-6
26. Soltani M S, Bchir A. Comportement tabagique et attitudes des étudiants en médecine à Monastir en regard du tabac (Sahel tunisien). *Rev Mal Respir.* 2000; 17: 77-82
27. Tessier JF, Freour P, Crofton J. Les étudiants en médecine français et le tabac. *Rev Mal Respir.* 1988; 589-92
28. Tessier JF, René L, Nejari C, Belougne D, Moulin J, Freour P. Attitudes and opinion of French cardiologists towards tobacco. *Euro J Epidemiol.* 1995;11:615-20

8. ANNEXES

8.1. D'autres résultats de cette enquête

8.1.1. Les raisons du tabagisme et la consommation journalière de cigarettes

La raison majeure qui poussait les étudiants à fumer du tabac était l'influence des copains fumeurs. La majorité des fumeurs (8) avaient une consommation journalière en cigarette inférieure à 10 cigarettes par jour.

Tableau II: Raisons du tabagisme chez les étudiants en médecine fumeurs

Raisons du tabagisme	Effectif (sur 9 fumeurs)
Un de vos parents fume	1
Stresse	1
Plaisir	4
Vos copains fument	6

8.1.2. La dépendance à la nicotine et la motivation à l'arrêt des fumeurs

Pour ce qui est de la dépendance à la nicotine selon le test FAGERSTRÖM, la majorité des fumeurs (7) n'avaient pas de dépendance à la nicotine. 1 seul fumeur avait une dépendance faible et l'autre une dépendance moyenne.

Tableau III: répartition des étudiants fumeurs actuels selon la dépendance à la nicotine.

Dépendance à la nicotine	Effectif (sur 9 fumeurs)
Pas de dépendance	7
Dépendance faible	1
Dépendance moyenne	1

Concernant la motivation à l'arrêt du tabac, 4 fumeurs avaient une bonne motivation, 3 autres avaient une motivation moyenne et les 2 derniers avaient une motivation insuffisante.

8.1.3. Les raisons d'arrêt du tabagisme

La connaissance des effets nocifs du tabac était la principale raison qui a poussé à l'arrêt chez les anciens fumeurs. Et selon les fumeurs actuels, cette même raison leur pousserait à l'arrêt. La répartition des étudiants fumeurs selon la raison d'arrêt du tabac est rapportée au tableau IV.

Tableau IV : répartition des étudiants fumeurs selon la raison d'arrêt du tabac

Raison d'arrêt du tabac	Fumeurs actuels (sur 9 fumeurs)	Ex-fumeurs (sur 14 ex-fumeurs)
survenue des symptômes	3	5
connaissances des effets nocifs	7	7
économie	2	3
pression de l'entourage	4	1
pour donner un bon exemple	4	5

8.1.4. Tabagisme Passif

8.1.4.1. Exposition des étudiants de médecine au tabagisme passif

Au sein de notre échantillon, 66% des étudiants en médecine étaient exposés au tabagisme passif. La figure 5 illustre l'exposition au tabagisme passif selon le niveau d'études

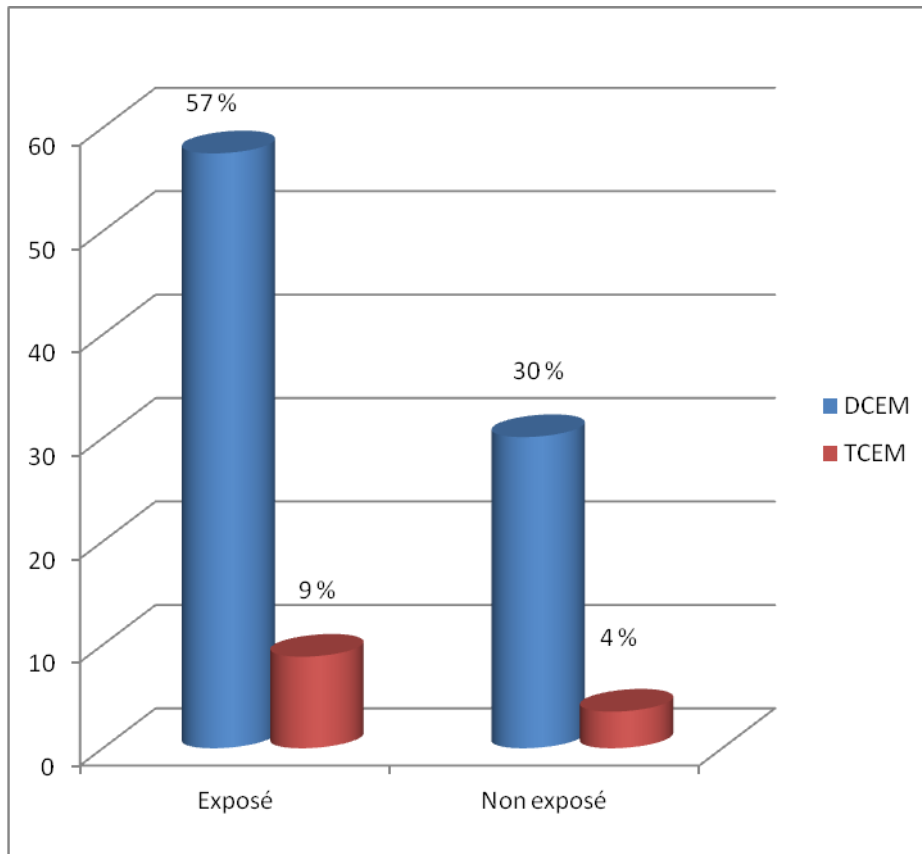


Figure 6 : illustre l'exposition au tabagisme passif selon le niveau d'études

8.1.4.2. Les lieux d'exposition au tabagisme passif

Le domicile était le lieu d'exposition au tabagisme passif le plus cité (35%). La figure 6 illustre la répartition des lieux d'exposition au tabagisme passif.

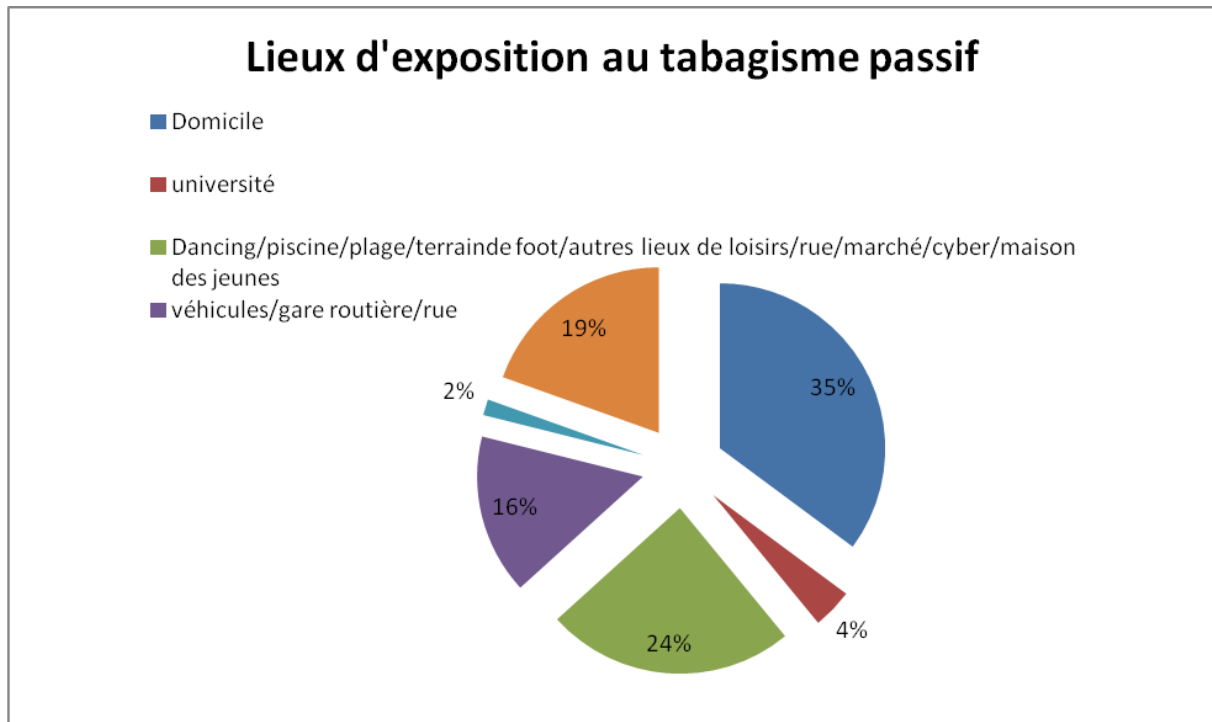


Figure 7 : répartition des principaux lieux d'exposition au tabagisme passif cités par les étudiants exposés.

8.2. Questionnaire de l'enquête

Questionnaire CAP sur le tabagisme chez les étudiants en médecine de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Je consens à participer à cette étude : OUI NON

A. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. Age :ans
2. Sexe : M F
3. Etes-vous : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve)
4. Niveau d'études :
5. Religion : musulman chrétien animiste
6. Provenance : urbaine rurale

B. COMPORTEMENTS TABAGIQUES

1. Avez-vous déjà fumé de la cigarette ?

- Oui Non

-Si oui, continuez dans l'ordre

-Si non, passer à la question 7

2. Actuellement, êtes-vous fumeur ?

- Oui Non

-(Si oui) a quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

.....ans

-(Si oui) Depuis combien de temps fumez-vous des cigarettes ?

.....ans

-(Si oui) quelles raisons vous ont amené à fumer ?

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Un de vos parents fume | <input type="checkbox"/> | Stress | <input type="checkbox"/> |
| Plaisir | <input type="checkbox"/> | Influence de la publicité | <input type="checkbox"/> |
| Effet de mode | <input type="checkbox"/> | Vos copains fument | <input type="checkbox"/> |

Autre (préciser) :

(Si vous êtes fumeur actuel, allez à la question 4.1, et continuez)

3. Si vous avez arrêté de fumer définitivement, quel a été pour vous le degré d'importance des motifs suivants ?

(1 : Importance très forte ; 2 : importance forte ; 3 : importance moyenne ; 4 : importance faible ; 5 importance nulle) répondez et allez à la question 7.

- | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| -Survenue des symptômes : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| -Connaissances des effets nocifs : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| -Economie d'argent : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| -Pression de l'entourage : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| -Pour donner un bon exemple : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| -Autre (préciser) : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

4.1 Dans quel délai (en minutes), après le réveil, fumez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 mn. 6 à 30 mn. 31 à 60 mn après 60 mn

6.2 Quelle cigarette trouvez- vous indispensable ?

- La première une autre

6.3 Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée

- OUI NON

6.4 Combien de cigarette fumer vous par jour ?

- Moins de 10 11 à 20 21 à 30 plus de 31.

6.5 Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où il est interdit de fumer ?

- OUI NON

6.6 Vous arrive-t-il de fumer même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- OUI NON

5.1 Pensez –vous que dans 6 mois :

- Vous fumerez toujours autant
 -Vous aurez diminué un peu
 -Vous aurez diminué beaucoup
 -Vous aurez arrêté de fumer

5.2 Avez-vous actuellement envie de fumer ?

- Pas du tout
 -Un peu
 -Beaucoup
 -Enormément

5.3 Pensez-vous que dans 4 semaines

- Vous fumerez toujours autant
 -Vous aurez diminué un peu
 - Vous aurez diminué beaucoup
 -Vous aurez arrêté de fumer

5.4 Vous arrive-t-il de ne pas être content (e) de fumer ?

- Jamais
 -Quelques fois
 -Souvent
 -Très souvent

6. Si vous décidez de ne pas fumez, quel serait pour vous le degré d'importance des motifs suivants ?

(1 : Importance très forte ; 2 : importance forte ; 3 : importance moyenne ; 4 : importance faible ; 5 importance nulle)

- Survenue des symptômes : 1 2 3 4 5
 -Connaissances des effets nocifs : 1 2 3 4 5
 -Economie d'argent : 1 2 3 4 5
 -Pression de l'entourage : 1 2 3 4 5
 -Pour donner un bon exemple : 1 2 3 4 5
 -Autre (préciser) :..... 1. : 2 3 4 5

7. Des personnes dans votre entourage fument-elles en votre présence ?

- OUI NON

-Si oui, précisez le(s) lieu(x) :.....

.....

C. CONNAISSANCES SUR LE TABAGISME

1. Pensez-vous qu'il ait des bienfaits liés à la consommation de cigarette ?

- OUI NON

- Si oui, pouvez-vous en citer quelques uns ?

.....

.....
.....
.....
.....

2. Pensez-vous que fumer soit nocif pour la santé ?

- OUI NON

-Si oui, quels sont alors pour vous les effets nocifs du tabac sur la santé ? (citer si possible au moins 5 pathologies sur 5 organes différents)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Existe-t-il une loi antitabac en Guinée ?

- OUI NON

(Si non, aller à la question D1, et continuez)

-Si oui, interdit-elle complètement la publicité sur le tabac ?

- OUI NON

Interdit-elle l'usage du tabac dans les lieux publics clos ou fermés (salles de cours, cinéma, réfectoires....) ?

- OUI NON

Interdit-elle- absolument l'usage du tabac dans les hôpitaux ?

- OUI NON

4. Qu'est ce que le tabagisme passif ?

.....
.....
.....
.....

5. Etes- vous exposés au tabagisme passif ?

- Oui Non

D. ATTITUDE FACE AU FUMEUR

1. Au cours de votre future carrière professionnelle, mettriez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac dans les circonstances suivantes :

- Quand les malades ont des symptômes ou un diagnostic de maladie liés au tabac :

- Toujours parfois jamais

-Quand le patient lui-même pose des questions sur sa consommation de tabac :

- Toujours parfois jamais

-Quand le malade n'a pas de symptômes de maladie liés au tabac et ne pose pas de questions sur sa consommation :

Toujours parfois jamais

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

- Est-ce le rôle du médecin de convaincre les gens de ne pas fumer ?

Tout à fait d'accord indifférent tout à fait en désaccord

-Les médecins devraient-ils donner le bon exemple en ne fumant pas ?

Tout à fait d'accord indifférent tout à fait en désaccord

Merci pour votre participation

8.3. Test de dépendance à la nicotine de FAGERSTRÖM(FTD)

Question	Réponse et score
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Moins de 5minutes.....3
	6 à 30minutes.....2
	31 à 60minutes.....1
	Après 60 minutes.....0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui.....1
	Non.....0
Quelle cigarette trouvez-vous-la plus indispensable ?	La première.....1
	Une autre.....0
Combien de cigarettes fumez- vous par jour ?	10 ou moins.....0
	11 à 20.....1
	21 à 30.....2
	31 ou plus3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui.....1
	Non.....0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui.....1
	Non..... 0
	Total.....

Résultats : -Score 0 à 2 : Pas de dépendance à la nicotine

-Score 3 à 4 : Dépendance faible à la nicotine

-Score 5 à 6 : Dépendance moyenne à la nicotine

-Score 7 à 8 : Dépendance forte à la nicotine

9.5. Questionnaire d'évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac : Questionnaire Q-MAT

Question	Score
1 Pensez-vous que dans 6 mois :	
-vous fumerez toujours autant ?.....	0
-vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?.....	2
-vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?.....	4
-vous aurez arrêté de fumer ?.....	8
2 Avez-vous actuellement envie de fumer ?	
-pas du tout.....	0
-un peu.....	1
-beaucoup.....	2
-énormément.....	3
3 Pensez-vous que dans 4 semaines :	
-vous fumerez toujours autant ?.....	0
-vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?.....	2
-vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?.....	4
-vous aurez arrêté de fumer ?.....	6
4 Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?	
-jamais.....	0
-quelques fois	1
-souvent.....	2
-très souvent.....	3
TOTAL (sur 20).....	

Interprétation :

-Score ≤ 6 = motivation insuffisante

-Score 7 à 13 = motivation moyenne

-Score ≥ 13 = bonne ou très bonne motivation