

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Ibn KHALDOUN–Tiaret

Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie

Département de Nutrition et Technologie Agroalimentaire



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du diplôme de Master académique

Domaine : Sciences de la Nature et de la Vie (D04)

Filière : Sciences alimentaires

Spécialité : Agroalimentaire et contrôle de qualité

Présenté par :

DJILALI Amine

HAMMOU Asma

TAYBI Bahia

Thème

**Evaluation de la consommation du tabac et son effet sur le
Comportement nutritionnel chez les étudiants de la faculté SNV,
Université Ibn KHALDOUN de Tiaret**

Soutenu publiquement le

Jury:

Président: M^r BERRAYAH Mohammed

Encadreur: M^{lle} MEZOUAR Djamila

Examinatrice: M^{lle} NEHILA AFAF

Grade

Maitre de Conférences A

Maitre de Conférences B

Maitre de Conférences B

Année universitaire 2018-2019

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout d'abord « ALLAH » le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force, la patience et la passion d'accomplir ce modeste travail.

Nous tenons à remercier chaleureusement Notre encadreur « Madame MEZOUAR D », enseignante à l'Université IBN KHALDOUN de Tiaret, pour nous avoir dirigé et guidé tout le long de ce travail. Ses conseils et ses remarques constructifs étaient très bénéfiques pour notre travail. Son soutien permanent ainsi que sa disponibilité pour l'achèvement de cette étude, nous ont été très favorables. Nous lui témoignons notre gratitude et reconnaissance pour sa patience et son soutien. Nous adressons nos plus sincères et profonds remerciements à « Mr BERRAYAH M », Maître de conférences A à l'Université IBN KHALDOUN de Tiaret, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de jury. Nous aimerions lui manifester notre profonde gratitude.

Nous adressons aussi nos remerciements à notre examinatrice de ce mémoire, « Madame NEHILA A », Maître de conférences B à l'université IBN KHALDOUN de Tiaret, pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Les recherches qui font l'objet de ce mémoire ont été réalisées au sein de la Faculté SNV, Université IBN KHALDOUN de Tiaret, Complexe de KARMAN.

*Nous remercions profondément tous les étudiants participants à cette enquête pour leur patience, leur disponibilité et leur esprit scientifique. **Merci du fond du cœur.***

Ce travail n'aurait pu aboutir sans l'aide de nombreuses personnes. Que me pardonnent celles que nous oublions ici. Nous exprimons toute notre sympathie à l'ensemble des étudiants master 2 Agroalimentaire et Contrôle de Qualité pour tous les moments qu'on a passé ensemble tout au long de notre cursus universitaire.

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à tous les enseignants qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenu dans la poursuite de nos études.

Enfin, nous remercions tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

DÉDICACES

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour et respect que nous vous portons, ni la profonde gratitude que nous vous témoignons pour tous les efforts et les sacrifices que vous ne nous avez jamais cessé de consentir pour notre instruction et notre bien-être.

Je dédie ce modeste travail à :

Je remercie « ALLAH » le tout puissant qui m'a donné l'énergie, la concentration et le succès nécessaires pour compléter cette mémoire.

Dédicace à mes chers parents pour leur amour, leur affection, leur soutien moral et leurs encouragements.

Dédicace à mon professeur Mezouar Djamila pour son éducation, ses conseils, son soutien et son assistance.

À mes chers frères Mohamed Amine et Marouan pour leur amour, leur compréhension, leur aide et leur soutien.

À toutes mes tantes et mes oncles, Dédicace spéciale à mon neveu Nadjib

Je remercie « ALLAH » le tout puissant qui m'a donné l'énergie, la concentration et le succès nécessaires pour compléter cette mémoire.

Asma

DÉDICACES

Je remercie tout d'abord « Allah » le tout puissant, qui m'a donné la force et la patience pour accomplir ce travail.

Je voudrais remercier ma chère enseignante MAZOUAR DJAMILA et tous mes remerciements ; Ce qui m'a aidé et guidé et m'a donné confiance et patience pour accomplir cette réalisation.

Je dédie ce travail à mes chers parents, Qui m'a aidé et m'a fourni tout ce dont j'avais besoin pour accomplir cette réalisation, Ainsi que ma chère sœur AHLEM et Fatiha et sa petite fille Iman, Aicha et Amina et Mes chers frères et aussi mes amies Fatima Zohra et fatma et Fatima.

A toutes les amies à l'université d'Université Ibn KHALDOUN – Tiaret
—

En fin de compte, Vous m'acceptez avec beaucoup de respect et Merci.

Bahia

DÉDICACE

*Au nom du dieu le clément et le miséricordieux louange à **ALLAH** le tout puissant. Nous dédions ce modeste travail en signe de respect, reconnaissance et de remerciement :*

A nos chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de nos études,

A nos chères frères et amis : Khaled et Abdelkader et Akram, Kamel, Mouatez et Farouk et Rabah pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral.

A ma femme : Sarah pour leur appui et leur encouragement, Merci d'être toujours là pour nous.

A toute notre famille pour leur soutien tout au long de notre parcours universitaire, Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infaillible,

A toutes les amies à l'université d'Université Ibn KHALDOUN – Tiaret – A mes camarades de 2eme Master Agro-alimentaire et control de qualité Années promotion 2017-2019.

Amine

Liste des abréviations

AVC : Accidents Vasculaires Cérébrales

CBP : Cirrhose Biliaire Primitive

CO: Monoxyde de Carbone

GBD: Global Burden Diseases

HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children

HDL : High Density Lipoproteins (Lipoprotéines de Haute Densité)

IMC : Indice de Masse Corporelle

MPOWER: Monitor Protect of Ferwarnenforceraise

NAFLD : Stéatose Hépatique non Alcoolique

NH₃ : Ammoniac

NH₄OH : Hydroxyde D'ammonium

OMS: Organisation Mondiale de Santé Publique

RGO: Reflux Gastro-Œsophagien

USHHS: US Department of Health and Human Services

Résumé

Le tabagisme constitue un risque pour la santé, il tue environ 5 millions de personnes chaque année en raison des maladies qu'il provoque comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux et les troubles alimentaires (anorexie mentale et boulimie)

Notre objectif est d'évaluer la consommation du tabac par les étudiants de la faculté SNV de l'université IBN-KHALDOUN, Tiaret. Le questionnaire comporte des questions permettant d'interroger les étudiants sur leur statut tabagique, leurs connaissances et leurs opinions par rapport au tabac. De plus, d'autres questions sur le niveau socio-économique et le comportement alimentaire.

D'après notre étude le taux général de consommation de tabac est de 40,46%. L'enquête a révélé que 55% des consommateurs hommes de tabac fument 14 cigarettes par jour. La plupart des filles fument occasionnellement et raisonnablement. La majorité des hommes ont commencé à fumer à l'âge de 16 ans et les filles à l'âge de 18 ans

L'enquête a également révélé que la partie la plus importante des étudiants dépendait de l'un ou des deux parents pour leurs revenus. En plus, la plupart des étudiants vivent dans des conditions de vie acceptables en bon état de résidence. Nous avons également remarqué que le diabète, les maladies cardiaques et les maladies vasculaires sont présents chez certains consommateurs de tabac. En ce qui concerne le régime alimentaire, les étudiants consomment en grande partie des aliments riches en sucre et une faible proportion des aliments riches en matières grasses avec une petite quantité de produits laitiers. En ce qui concerne l'eau, la plupart des consommateurs boivent environ 500 ml par jour. D'autre part, la plupart des étudiants consomment environ une tasse de café par jour. De plus, la plupart des fumeurs veulent arrêter de fumer parce que c'est dangereux pour la santé.

En conclusion : il faut combattre le tabagisme par tous les moyens afin de réduire sa propagation en sensibilisant les étudiants de ses dangers sur la santé. En plus, augmenter la taxation sur la vente de tabac et faire contribuer les médias à la lutte contre le tabagisme en diffusant des programmes sur les dangers du tabagisme sur la télévision et sur la radio.

Mots clés : tabagisme, santé, étudiants, faculté SNV, niveau socio-économique, comportement alimentaire.

Abstract

Smoking is a health risk; it kills about 5 million people every year because of the diseases it causes such as cancer, cardiovascular disease, stroke and eating disorders (anorexia nervosa and bulimia)

The objective of our study is to evaluate tobacco consumption by students at the SNV faculty of Ibn-Khaldoun University tiaret. The questionnaire includes questions to ask students about their smoking status, knowledge and opinions about tobacco. In addition, other questions about socio-economic level and eating behavior.

According to our study, the overall smoking rate is 40.46%. The survey found that 55% of male tobacco users smoke 14 cigarettes per day. Most girls smoke occasionally and reasonably. The majority of men started smoking at the age of 16 and girls at the age of 18

The survey also found that the largest portion of students depended on one or both parents for their income. In addition, most students live in acceptable living conditions in good state of residence. We have also noticed that diabetes, heart disease and vascular disease are present in some tobacco users. In terms of diet, students consume largely foods rich in sugar and a low proportion of high-fat foods with a small amount of milk products. With regard to water, most consumers drink about 500 ml per day. On the other hand, most students consume about a cup of coffee per day. In addition, most smokers want to quit because it is dangerous for the health.

In conclusion: we must fight smoking by all means to reduce its spread by educating students about its health hazards. In addition, increase taxation on the sale of tobacco and make the media contribute to the fight against smoking by broadcasting programs on the dangers of smoking on television and radio.

Key words: smoking, health, students, SNV faculty, socio-economic level, eating behavior.

الملخص

السرطان ، يشكل التدخين خطر على الصحة، بحيث يقضي على حوالي 5 ملايين سنويا بسبب الأمراض التي يسببها مثل أمراض القلب و الأوعية الدموية ، السكتة الدماغية و اضطرابات الطعام (فقدان الشهية العصبي و الشره المرضي)

هدفنا هو تقييم استهلاك التبغ من طرف طلبة كلية العلوم الطبيعية و الحياة لجامعة ابن خلدون ولاية تيارت .

يتضمن الاستبيان أسئلة مطروحة على الطلاب حول وضعهم للتدخين، معرفتهم ووجهة نظرهم حول التدخين، إضافة إلى أسئلة أخرى حول مستواهم الاجتماعي الاقتصادي و سلوك الطعام.

من خلال دراستنا وجدنا ان المعدل العام لاستهلاك التبغ 40.46. كشف التحقيق أن 55% من المستهلكين رجال، يدخنون حوالي 14 سيجارة يوميا معظم البنات يدخنون من حين لآخر وبصفة معقولة.

معظم يبدؤون التدخين في سن 16 سنة أما البنات في سن 18 .

إضافة كما أسفر التحقيق على أن الأغلبية الكبرى للطلاب يعتمدون على احد الأبوين أو كلاهما في الحصول على مدخولهم. إلى أن أغلبية الطلاب يعيشون في ظروف معيشية مقبولة و مكان إقامتهم في حالة جيدة.

لاحظنا أيضا وجود مرض السكري و أمراض القلب و الأوعية الدموية عند بعض المستهلكين للتبغ. اما فيما يخص النظام الغذائي يستهلك الطلبة نسبة كبيرة من المواد الغنية بالسكريات و نسبة قليلة من المواد الغنية بالدهن مع كمية قليلة من منتجات الألبان .

أما فيما يخص الماء فمعظم المستهلكون يشربون 500 مل يوميا. من جهة أخرى معظم الطلبة يستهلكون كاس من القهوة يوميا. يرغب معظم المدخنون في التوقف عن التدخين لأنه خطير على الصحة

في النهاية يجب علينا محاربة التدخين بكل الوسائل للحد من انتشاره، عن طريق تثقيف الطلاب بمخاطره الصحية، زيادة الضرائب المفروضة على بيع التبغ مشاركة وسائل الإعلام في مكافحة التدخين من خلال بث برامج على التلفزيون و الإذاعة تتحدث عن مخاطر التبغ.

الكلمات المفتاحية : التدخين الصحة ، الطلاب ، كلية العلوم الطبيعية و الحياة،المستوى الاجتماعي - الاقتصادي ، سلوك الأكل.

Liste des abréviations

AVC : Accidents Vasculaires Cérébrales

CBP : Cirrhose Biliaire Primitive

CO: Monoxyde de Carbone

GBD: Global Burden Diseases

HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children

HDL : High Density Lipoproteins (Lipoprotéines de Haute Densité)

IMC : Indice de Masse Corporelle

MPOWER: Monitor Protect of Ferwarnenforceraise

NAFLD : Stéatose Hépatique non Alcoolique

NH₃ : Ammoniac

NH₄OH : Hydroxyde D'ammonium

OMS: Organisation Mondiale de Santé Publique

RGO: Reflux Gastro-Œsophagien

USHHS: US Department of Health and Human Services

Liste des figures

Figure 1. Répartition de la consommation de tabac selon le sexe	16
Figure 2. Répartition de la consommation selon le niveau d'étude chez les hommes et les filles.	16
Figure 3. Répartition de Types de tabac fumé consommé par les étudiants selon le sexe.	17
Figure 4. Manière de la consommation de tabac par les filles et les hommes.....	17
Figure 5. Source de revenus des étudiants consommateurs et non consommateurs.....	22
Figure 6. Etat de résidence des étudiants consommateurs et non consommateurs.....	22
Figure 7. Maladies retrouvées chez les consommateurs et les non consommateurs	24
Figure 8. Jugement du déjeuner et du dîner par les consommateurs et les non consommateurs.....	26
Figure 9. Nombre de portions produits laitiers consommés par jour par les consommateurs et les non consommateurs	28
Figure 10. Teneurs des collations matinales et après-midi chez les consommateurs et les non consommateurs.....	28

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristique de la population étudiée.....	14
Tableau 2. Répartition du tabac non fumé selon le sexe	18
Tableau 3. Age de début de consommation, le nombre de cigarette/jour et durée de consommation chez les hommes et les filles consommateurs.....	18
Tableau 4. Jugement de la consommation de tabac par les filles et les hommes	18
Tableau 5. Temps de la première cigarette au réveil.....	19
Tableau 6. Cause influençant le début de consommation	20
Tableau 7. Etudiants qui ont envie d'arrêter le tabac	20
Tableau 8. Argent d'achat de tabac	20
Tableau 9. Etat de santé des consommateurs et des non consommateurs	25
Tableau 10. Classification des étudiants consommateurs et non consommateurs selon l'échelon salarial familial	25
Tableau 11. Manière de consommation du petit déjeuner.....	29
Tableau 12. Nombre de tasse de café consommé par jour chez les hommes et les filles.	29
Tableau 13. Volume journalier d'eau consommé par les consommateurs et les non consommateurs.....	29
Tableau 14. Encadrement du régime alimentaire	30

Liste des abréviations.....	
Liste des figures	
Liste des tableaux	

Sommaire

Introduction	3
--------------------	---

Partie expérimentale

Matériel et méthodes

1. Population étudiée	11
1.1. Partie 1 : Informations générales sur l'étudiant participant.....	11
1.2. Partie 2 : Niveau socio-économique des étudiants	11
1.3. Partie 3 : Consommation de tabac (tabagisme)	11
1.4. Comportement nutritionnel.....	12
1.5. Etude statistique.....	12

Résultats et interprétation

I .Consommation de tabac.	14
II. Tabac et niveau socio-économique	22
III. Tabac et comportement nutritionnel.....	26
Discussion	32
Conclusion	40
Références bibliographiques.....	43

Annexes

Introduction

Introduction

Le tabagisme est nocif pour la sante car il est considéré comme l'une des causes majeurs de décès dans le monde. Selon l'OMS, le tabac tue environ 5 millions de personnes chaque année, ce chiffre pourrait atteindre 8 millions de personnes à la fin des années 2020, dont 80% dans les pays en développement (**OMS, 2008**). En Algérie, environ 15 000 personnes meurent des suites du tabagisme, dont 95% sont des hommes (**NAFTI, 2009**).

Le nombre de fumeurs dans le monde est environ 1.1 milliard de personnes (**OMS, 1997**), dont 7 millions sont des algériens (**OMS, 2010**), la plupart de ces fumeurs ont commencé à fumer à un âge précoce avant l'âge de 18 ans (**USHHS, 1994**).

Le tabagisme est beaucoup plus répandu chez les adolescents et les jeunes, chaque jour environ 80 000 et 100 000 de jeunes toxicomanes au tabac sont enregistrés (**The World Bank, 1999**) dont 9,5% sont des étudiants (**Warren et al., 2008**).

L'OMS en 2018 a publié un rapport sur l'épidémie mondiale de tabac. Selon ce rapport, 9 % des jeunes algériens âgés entre 13 et 15 ans, utilisent le tabac (dont 17,4% sont des hommes et 2,6 % sont des femmes) et 5,7 % consomment de la cigarette (dont 12,2% sont des hommes et 0,8% sont des femmes). En ce qui concerne les adultes, 15,3% âgés plus que 15 ans, fument actuellement (dont 27,1% sont des hommes et 1,7% sont des femmes) et 10,5% fument tous les jours (dont 17,6 % sont des hommes et 0,9% sont des femmes) (**OMS, 2018**).

La consommation de tabac augmente de plus en plus chez les femmes surtout les jeunes femmes âgées de 14 à 19 ans que les jeunes hommes de même âge (**Nakano, 1999**). En 2007, la consommation variée de tabac est de l'ordre de 18000 tonnes de cigarette en Algérie, la prévalence de tabagisme chez les femmes va augmenter par rapport au tabagisme masculin. On estime 19.5 % des femmes qui fument. L'inhalation de la fumée soit d'une façon active ou passive cause des maladies (**Talis, 2014**).

D'autre part, les Nations Unies ont déclaré que le tabac constituait la plus grande menace pour le développement social et économique, en particulier pour les pays à faible revenu (**Geist et al., 2009**). La consommation de tabac diffère d'un pays à l'autre en fonction du groupe socio-économique, les pauvres sont les plus gros consommateurs de tabac dans le monde, 84% des fumeurs vivent dans des pays en développement (**Guindonet Boisclair, 2003**).

Au Maroc, l'argent qui est dépensé en tabac équivaut à l'argent dépensé en éducation. En Egypte, 10% du revenu est dépensé en tabac (**OMS, 2004**).

Introduction générale

D'après l'OMS, 22% des décès par cancer dans le monde sont causés par le tabagisme, dont 71% par cancer du poumon (OMS, 2009). 3 000 à 4 000 cas de cancer du poumon sont enregistrés en Algérie chaque année (Nafti, 2009). Environ un tiers de la population mondiale meurt des suites d'une maladie cardiovasculaire due au tabagisme, dont 70 000 en Algérie, l'année 2009 (Nafti, 2009).

Le tabagisme augmente le risque de cancer du système digestif comme le cancer de la bouche, l'œsophage, l'estomac et le pancréas (Office of the Surgeon General (US) et Office on Smoking and Health (US), 2004). Il est aussi un facteur majeur dans le développement du dysfonctionnement olfactif (Frye et al., 1990) et les maladies des gencives et le changement et la chute des dents (Rad et al., 2010).

Le tabac affaiblit également le sens du goût, car les produits chimiques toxiques contenus dans les cigarettes interagissent avec la langue, ce qui entraîne une perte de goût (Jacob et al., 2014).

Des études ont été menées sur le lien entre l'usage de la cigarette et les troubles de l'alimentation, notamment chez des personnes présentant divers troubles de l'alimentation, tels que l'anorexie mentale et la boulimie, l'hyperphagie boulimique, etc., entraînent une augmentation du taux de tabagisme et de dépendance à la nicotine (Anzengruber et al., 2006).

La nicotine, le composant principal de la cigarette, libère des substances neurochimiques dans le cerveau telles que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline, qui agissent pour supprimer l'appétit et faciliter la perte de poids (Audrain-McGovern et Benowitz, 2011).

Les produits de tabac sont utilisés sous deux formes différentes, y compris le tabac fumé, il peut être consommé sous forme de cigarette, pipe, narguilé, cigare, cigarillo et bidi, (Smith et al., 2003) et d'autre part le tabac sans fumée qui se consomme selon deux formes, le tabac à priser (aspire par le nez) et le tabac à mâcher (consommation orale), l'utilisation de ces modes engendre des effets nocifs pour la santé (Warnakulasuriya, 2004).

La plupart des fumeurs ont cherché des méthodes pour arrêter de tabac, parmi celles-ci l'utilisation de la cigarette électronique comme un tabagisme alternatif, (les inhalateurs électronique de nicotine), l'e-cigarette n'est pas utilisée pour renormalisation de tabac; sous le coup de l'interdiction de la publicité indirecte pour les produits de tabac, la cigarette électronique n'est pas utilisée dans les lieux qui interdisent de fumer.

Elle a des points positifs; aider les fumeurs à quitter le tabac peu à peu. Par contre la cigarette classique, elle ne contient pas des combustibles pour les poumons, et avec un prix moins cher, et d'autre part elle a des inconvénients, l'arrêt de tabac est très difficile, il y a des

Introduction générale

différents types de cigarettes électroniques et les e- liquides sur le marché qui ont rendu le choix difficile par les consommateurs de tabac, parmi les types on a les cigalikes et le tube mod pour les débutants et les box mods et les pods pour les fumeurs avertis, et chaque de ces modèles a un usage associé (**Burstyn, 2014**).

L'OMS participe activement à la lutte contre l'épidémie mondiale de tabagisme par différentes stratégies; en 2008 a lancé une démarche à titre MPOWER qui suit les bonnes pratiques destinées à réduire la consommation de tabac, ce démarche se résume par 6 mesures principales ; elle surveillera la consommation de tabac et mis au point les politique de prévention, protéger les catégories de société contre la fumée de tabac, aider les personnes qui veulent arrêter le tabac, mettre en garde les dangers de tabagisme, l'interdiction de la promotion des produits de tabac et de la prévention du marketing et en dernier faire augmenter les taxes sur le tabac (**OMS, 2018**).

La consommation de tabac entraine des maladies, ces dernières sont causées par des substances toxiques. La fumée de cigarette contient plus de 7000 substances chimiques, inhalées par le fumeur. Elles touchent tous les organes du corps humain (**A Report of Surgeon General, 2010**).

Les feuilles de tabac séchées renferment la nicotine, C'est la plante *Nicotiana tabacum* de la famille des Solanacée, elle contient environ 4000 composés chimiques dont 50 reconnus cancérigènes.

Une cigarette se compose d'une phase gazeuse et d'une phase formée de particules très fines ; qui sont dangereuses pour le corps humain (les alvéoles pulmonaires). Parmi ces substances nocives qui sont considérés les principaux composants de la fumée de tabac, on note :

- **La nicotine**

Sa formule brute est $C_{10}H_{14}N_2$, c'est un alcaloïde, une substance organique d'origine végétale, son nom décrit par un chimiste français Jean Nicot. Elle se trouve dans la feuille de tabac, sa fonction est de protéger les feuilles contre les insectes. Elle est considérée comme une véritable drogue. La nicotine est inhalée lors de la consommation d'une cigarette, c'est une substance psychoactive parce qu'elle agit directement sur le système nerveux. A partir des poumons, la nicotine parvient au sang pour atteindre le cerveau en 9 à 19 secondes, le corps de fumeur a besoin de consommer plus d'oxygène pour assurer la circulation sanguine et à fonctionner à haut rythme, car la nicotine augmente la fréquence cardiaque et la pression artérielle. Elle entraine une dépendance comparable à celle de l'héroïne ou de la cocaïne. La nicotine est responsable de deux types de dépendance :

Introduction générale

✓ **la dépendance physique**

La nicotine inhalée lors de la fumée entraîne la libération de neurotransmetteurs, ce qui déclenche des sensations agréables. La baisse instantanée du taux de nicotine dans le sang traduit par une sensation de manque, qui peut être disparut pendant la consommation de substances nicotiques.

✓ **La dépendance psychique**

Elle varie selon les fumeurs avec une durée plus longue par rapport à la dépendance physique. Quand l'individu fume, la nicotine arrive au cerveau, elle cause la libération de la dopamine. Une faible dose de nicotine provoque l'augmentation de rythme cardiaque et la pression sanguine (**Enquête HBSC, 2011**).

• **Les irritants**

Sont des substances toxiques nombreuses et variées; l'acétone, l'acide cyanhydrique et les phénols ; ces derniers considérés comme les principaux irritants, à l'origine d'irritation des parois des branches lors de l'inhalation de la fumée.

Elles ont un effet sur le système respiratoire, une seule cigarette suffit à bloquer les cils vibratiles de la muqueuse respiratoire, pendant 4 jours. Qui peuvent provoquer à long terme une bronchite chronique.

La consommation de tabac produit plusieurs substances toxiques, très nocives pour la santé :

✓ **Le monoxyde de carbone**

Sa formule brute CO, c'est un gaz toxique pour l'homme. Il est produit par l'oxydation du méthane dans l'atmosphère, le CO passe dans le sang et se fixe rapidement sur les alvéoles pulmonaires, avec une forte affinité plus que celle de l'oxygène pour les hématies. Il empêche le transport de l'oxygène vers les tissus. Il cause aussi des lésions vasculaires.

✓ **L'acide cyanhydrique**

Après une courte exposition, Il cause des maux de tête, des vertiges, des vomissements.

✓ **L'oxyde d'azote**

Il a un effet sur le système respiratoire, il irrite les poumons et rend la respiration très difficile.

✓ **L'ammoniaque**

L'ammonium augmente l'impact de la dépendance aux cigarettes, il augmente aussi le pH de la fumée. Une faible dose d'ammoniaque cause l'irritation des yeux du fumeur et les vois respiratoires.

Introduction générale

✓ **Le formaldéhyde**

C'est un gaz cancérigène et très toxique car il cause la leucémie. Il est utilisé dans la préservation de cadavres.

• **Les goudrons**

Sont des composés de l'hydrocarbure (3-4 benzopyrène, nitrosamines), du phénol et de divers métaux lourds telle que :

✓ **Le cadmium**

Cancérigène et nocif cause de sérieux dommage aux poumons. Il cause aussi le jaunissement des dents et la perte d'odorat et du goût. À l'état d'exposition durable, il devient très nocif pour les reins.

✓ **Le plomb**

C'est un métal lourd cancérigène, très toxique pour le système nerveux, les globules rouges et les reins, dangereux pour les femmes enceintes et leurs fœtus.

✓ **Le nickel**

Il est aussi cancérigène, il provoque des irritations des voies respiratoires et des pneumonies.

La quantité de goudrons dans une cigarette est égale à 10 mg. Ils sont des causes majeures de maladies graves telles que le cancer du poumon, du larynx, de l'œsophage et du pancréas. Ils se collent sur la bouche, la langue, les lèvres, la gorge et aussi sur le système respiratoire (poumons, larynx, pharynx). Ils peuvent boucher les alvéoles pulmonaires et donc empêcher les échanges gazeux avec le sang.

• **Les additifs**

Les additifs sont des substances ajoutées par les fabricants pour améliorer le produit. Lorsque les personnes fument, la combustion transforme ces additifs en substances toxiques et cancérigènes. Ils sont très nombreux, pour expliquer l'impact des additifs sur la phase particulaire, une étude a été réalisée à partir d'une cigarette, contenant des mélanges couvrant 333 additifs (**Rustemeier et al., 2002**). D'après cette expérience, il y a une augmentation de substances toxiques de la phase particulaire de la fumée dans certains mélanges d'additifs (**Bates et al., 1999**), ces additifs participent à renforcer la dépendance ; parmi eux on note :

✓ **Humectants**

Une cigarette contient 5% d'humectants telles que le glycérol, le propylène-glycol, le diéthylène-glycol, l'éthylène-glycol et le sorbitol.

Introduction générale

✓ Les aromatisants

L'ammoniac de formule brute NH_3 représente la substance gazeuse. Par contre, l'ammoniaque désigne l'hydroxyde d'ammonium (NH_4OH). L'ammoniac se forme au cours de la fermentation du tabac et aussi pendant la combustion de la cigarette, et la formation de l'anhydride carbonique. Les composés d'ammonium augmentent activement l'absorption de la nicotine et parviennent au cerveau, ce qui renforce la dépendance. L'ammoniac joue le rôle d'aromatisant par le biais de la réaction de Maillard.

Il ya d'autres aromatisants tels que les terpènes, le menthol, l'eugénol, les pyrroles, les pyrazines, le cacao, le réglisse, l'acide lévulinique, les miels et les sucres.

✓ Les agents de combustion

Les principaux agents sont les nitrates, qui ont un rôle important. Ces agents sont utilisés pour favoriser la combustion de cigarette lors de la fumée. Les nitrates utilisés, forment les nitrosamines ; ces dernières sont générées pendant la fermentation du tabac.

Le tabagisme affecte le système respiratoire et peut entraîner la mort en raison de maladies telles que l'asthme (Embolie pulmonaire), le cancer du poumon, les infections respiratoires bactériennes et virales, le tabac cause aussi la tuberculose.

Il existe de fortes preuves d'accident vasculaire cérébral et d'hémorragie cérébrale dans les deux cas, d'une part en raison de l'exposition à la fumée de tabac ambiante (tabagisme passif) et d'autre part du fait de fumer (tabagisme actif) (**Shah et al., 2010**).

L'accident vasculaire cérébral est un début rapide d'impuissance neurale focale pendant 24 heures ou plus ou entraîne la mort (**Shah et al., 2010**).

Le risque d'accident vasculaire cérébral chez les toxicomanes augmente de 4 fois par rapport aux non-fumeurs ou aux personnes qui arrêtent de fumer depuis plus de 10 ans (Bonita et al., 1999). Le risque est multiplié par six chez les toxicomanes par rapport aux non-fumeurs n'ayant jamais été exposés à la fumée de tabac ambiante (tabagisme passif) (**Bonita et al., 1999**).

L'exposition à la fumée de tabac ambiante provoque l'athérosclérose et des lésions artérielles précoces, ce qui permet de conclure que la sclérose en phase avancée a augmenté le risque d'accident vasculaire cérébral chez les populations exposées à la fumée de cigarette (tabagisme passif) (**Bonita et al., 1999**). Fumer provoque aussi une augmentation de la concentration en fibrinogène, une diminution de l'activité fibrinolytique, une augmentation de l'agrégabilité plaquettaire et une polycythémie. Fumer réduit également le flux sanguin cérébral, entraînant le risque de formation de caillots et d'accident vasculaire cérébral (**Bonita et al., 1999**).

Introduction générale

Le tabagisme augmente le risque de plusieurs maladies au niveau du système digestif, y compris le risque de brûlures d'estomac et de reflux gastro-œsophagien (RGO) (**Festi et al., 2009**) et d'ulcère gastroduodéal (**Garrow et al., 2010**) et peut aggraver certaines maladies du foie telles que la cirrhose biliaire primitive (CBP) (**Prince et al., 2010**) et la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) (**Azzalini et al., 2010 ; Zein et al., 2011**). Fumer provoque également une pancréatite et augmente le risque d'infection (**Tolstrup et al., 2009**).

L'objectif de notre étude est d'évaluer la consommation de tabac par les étudiants de la faculté SNV de l'université IBN-KHALDOUN, Tiaret. Le questionnaire comporte des questions permettant d'interroger les étudiants sur leur statut tabagique, leurs connaissances et leurs opinions par rapport au tabac. De plus, d'autres questions sur le niveau socio-économique et le comportement nutritionnel sont posées.

Partie expérimentale

Matériel et méthodes

1. Population étudiée

Notre protocole expérimental est de type enquête, porte sur la consommation du tabac, le comportement nutritionnel et le niveau socio-économique des étudiants de la faculté SNV, université Ibn khaldoun de Tiaret. Cette enquête est anonyme, multithématiques composés de questions dont une cinquantaine concernant le tabac partagées en quatre catégories (vous consommez le tabac, vous ne fumez pas, vous avez arrêté de fumer, tabac et entourage). Elle est réalisée entre février et mars 2019. Les copies d'enquête sont distribuées aléatoirement sur les différents endroits universitaires (bibliothèque, laboratoires, foyer) (Fiche d'enquête en annexe). Le nombre total des exemplaires d'enquête égale à 152 copies. Dont 10 ont été exclus (absence du sexe) et 11 ont été rendu vides par les étudiants.

1.1. Partie 1 : Informations générale sur l'étudiant participant

Cette partie permet de relever les données suivantes :

- Age de l'étudiant ;
- Sexe de l'étudiant ;
- Lieu de la réalisation de l'enquête ;
- Date de la réalisation de l'enquête ;
- Poids de l'étudiant;
- Taille de l'étudiant;
- Niveau d'étude de l'étudiant.

1.2. Partie 2 : Niveau socio-économique des étudiants

Les étudiants sont interrogés sur leur niveau socio-économique (Santé, éducation, habitation, échelon salarial de la famille, source de revenu...etc).

1.3. Partie 3 : Consommation de tabac (tabagisme)

La consommation de tabac a été abordée à travers les indicateurs suivants: tabagisme (les consommateurs du tabac, les non consommateurs du tabac, les personnes qui ont arrêté la consommation du tabac, la fréquence de la consommation, le nombre moyen de cigarettes par jour, la durée de la consommation, l'âge de début de consommation, l'envie d'arrêter le tabac, attitudes des parents.

1.4. Comportement nutritionnel

Cette partie a pour objectif d'évaluer le comportement nutritionnel des étudiants consommateurs et non consommateurs du tabac. Elle s'intéresse à la composition et la qualité (petit déjeuner, déjeuner, diner), le nombre de produits laitiers par jour, la consommation des légumes, fruits, poissons, viandes œufs, le volume d'eau consommé par jour (ml).

1.5. Etude statistique

Les résultats sont présentés sous forme de moyenne écart type (Tableau 1 des caractéristiques de la population). Après analyse de la variance, la comparaison des moyennes entre témoins et cas est réalisée par le test « t » de Student pour les différents paramètres. Les différences sont considérées significatives à * $P < 0,05$, très significatives à ** $P < 0,01$ et hautement significatives à *** $P < 0,001$.

Tous les calculs sont réalisés grâce au logiciel Excel.

Résultats et interprétation

Résultats et interprétation

I. Consommation de tabac

Tableau 1. Caractéristique de la population étudiée

Paramètres	Etudiants consommateurs	Etudiants non consommateurs
Age (ans)	23 ± 2	22 ± 2
Poids (Kg)	66,75 ± 11,03	69,43 ± 10,71
Taille (m)	1,76 ± 0,07	1,77 ± 0,07
Indice de Masse Corporelle (Kg/m²)	21,69 ± 3,25	21,92 ± 2,21

Chaque valeur représente la moyenne ± Écart type. La comparaison des moyennes entre les deux groupes d'étudiants est effectuée par le test « t » de Student :

Aucune modification n'est remarquée entre les deux groupes.

Résultats et interprétation

L'analyse des caractéristiques de la population étudiée montre que l'âge, le poids, la taille et l'IMC ne montrent aucune modification significative entre les consommateurs et les non consommateurs (**Tableau 1**).

Notre échantillon d'étudiants est constitué de 131 participants, nous avons constaté que le taux de participation des hommes à l'enquête est de 61% et le taux de participation des filles est de 39%. D'après notre étude le taux général de consommation de tabac est de 40,46%. Nous avons remarqué que le pourcentage de fumeurs hommes (55%) est beaucoup plus élevé que les fumeurs filles (17,65%) (**Figure 1 et tableau A1**).

Chez les filles, nous avons observé que le pourcentage le plus élevé de consommation de tabac est enregistré parmi les étudiants de deuxième année, avec 33,33% (Figure 2 et tableau A2). Les filles en troisième année, master 1 et master 2 présentent des taux de consommation de tabac égaux à 22,22%. Par contre, aucun cas de fumeurs filles n'est observé en première année (Figure 2 et tableau A2). D'autre part, les hommes présentent des niveaux un peu plus élevés en troisième, master 1 et master 2 (15,91%) comparés aux hommes fumeurs en première et deuxième année (11,36%) (Figure 2 et tableau A2).

Nous avons noté que la cigarette est le type de tabac fumé le plus consommé par les hommes (79,45%), suivie par le chicha (72,72%) et la cigarette électronique (29,45%). Le type de tabac fumé le plus faible consommé chez les hommes est la pipe (13,63), cigare et cigarillo (11,36%). Nous avons constaté que le chicha était le type de tabac fumé le plus consommé par les filles (77,78%), suivie par la cigarette (44,44%). La cigarette électronique présente la proportion la plus faible chez les filles (11,11%). Quant à le cigare et cigarillo, nous n'avons enregistré aucun pourcentage de consommation chez les filles (**figure 3 et tableau A3**).

Nos résultats montrent que 44,44% des hommes et des filles consomment le tabac occasionnellement. La consommation quotidienne de tabac était de 40,91% chez les hommes et 25% chez les filles (**Figure 4 et tableau A4**).

Résultats et interprétation

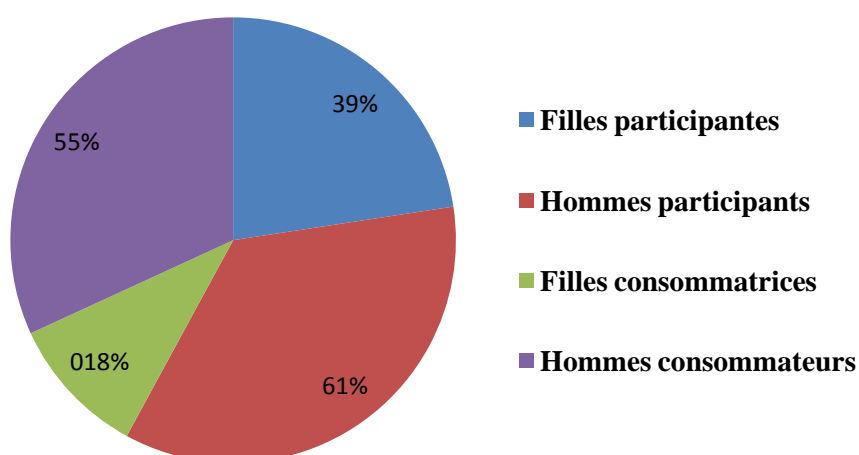


Figure 1. Répartition de la consommation de tabac selon le sexe

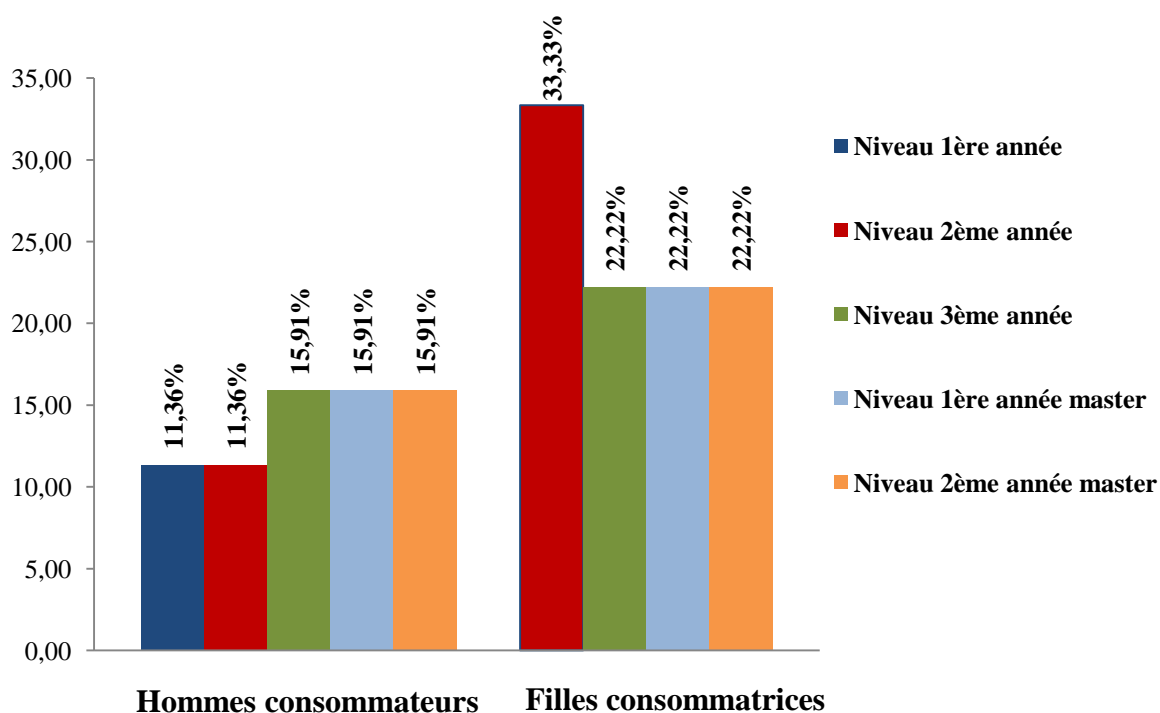


Figure 2. Répartition de la consommation selon le niveau d'étude chez les hommes et les filles.

Résultats et interprétation

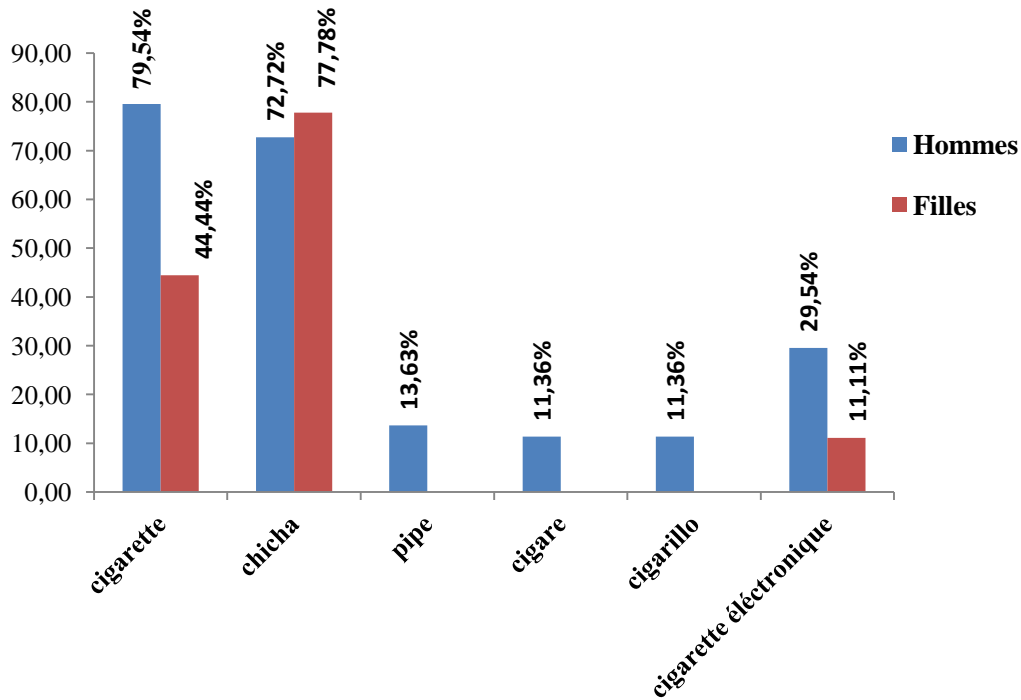


Figure 3. Répartition de Types de tabac fumé consommé par les étudiants selon le sexe.

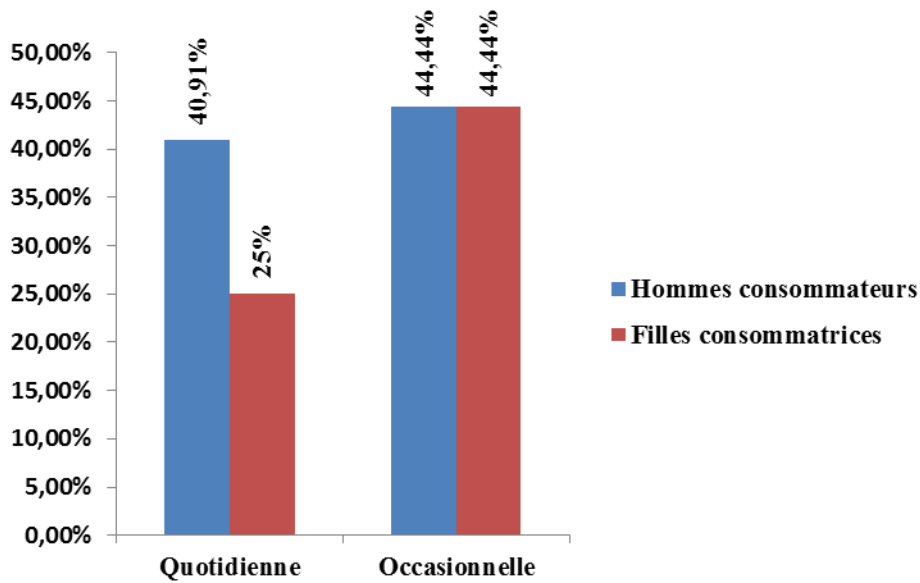


Figure 4. Manière de la consommation de tabac par les filles et les hommes

Résultats et interprétation

Tableau 2. Répartition du tabac non fumé selon le sexe

	Hommes	Filles
Tabac à chiquer	20,45%	44,44%
Tabac à priser	18,18%	/

Tableau 3. Age de début de consommation, le nombre de cigarette/jour et durée de consommation chez les hommes et les filles consommateurs.

	Hommes	Filles (seulement deux filles)
Age de début de consommation (ans)	16	18
Nombre de cigarettes/jour	14	3
Durée de consommation (ans)	6	3

Tableau 4. Jugement de la consommation de tabac par les filles et les hommes

	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Excessive	34,09%	/
Raisnable	40,91%	55,56%
Faible	27,27%	44,44%

Notre résultat montre que la plupart des hommes consomment le tabac non fumé sous forme de tabac à chiquer à une valeur égale à 20,45% plus que le taux des hommes qui consomment le tabac à briser (18,18%). Les filles consommatrices utilisent seulement le tabac à chiquer (44,44%) (**Tableau 2**).

L'analyse du tableau 3 montre que l'âge de début de consommation de tabac est de 16 ans chez les hommes et de 18 chez les filles. Le nombre de cigarette/jour est de 14 cigarettes chez les hommes et 3 cigarettes chez les filles. La durée de consommation de tabac chez les étudiants est variée selon le sexe, elle est de 6 ans chez les hommes et de 3 ans chez les filles (**Tableau 3**).

La consommation de tabac est excessive chez 34,09% des hommes. Les filles n'ont pas enregistré aucune proportion. 40,91% des hommes et 55,56% des filles considèrent leur

Résultats et interprétation

consommation comme raisonnable. D'autre part, 44,44% des filles jugent leur consommation comme faible contre 27,27% des hommes (**Tableau 4**).

Nos résultats montrent que la plupart des hommes et des filles consommateurs de tabac dépassent les 60 minutes pour fumer la première cigarette (30,23% contre 33,33% respectivement). 23,25% des hommes contre 11,11% des filles fument la première cigarette dans les 5 minutes après le réveil. Tandis que, 18,60% des hommes et 11,11% des filles consomment la première cigarette durant les 6 à 30 minutes qui suivent le réveil. 27,90% des hommes consommateurs participants à l'étude, fument la première cigarette dans les 31 à 60 minutes après le réveil (**Tableau 5**).

Le tableau 6 explique les principales causes qui a un impact pour débiter de fumer. On observe que la plupart des hommes consommateurs débutent de fumer sous l'influence leur entourage parents (23,07%). La curiosité et les frictions avec des amis fumeurs étaient des motivations pour que les hommes (21,15%) et les filles (44,44%) commencent à fumer. Alors que, l'influence des frères/sœurs, du statut cool et des clubs auprès des consommateurs présentent des valeurs faibles (Tableau 6). Chez les filles consommatrices, l'entourage des parents, frères / sœurs, club et la relation avec d'autres substances présentent des taux d'influence égaux à 11,11% (**Tableau 6**).

Tableau 5. Temps de la première cigarette au réveil

temps/ Sexe	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Dans les 5 minutes	23,25%	11,11%
6 à 30 minutes	18,60%	11,11%
31 à 60 minutes	27,90%	/
Plus de 60 minutes	30,23%	33,33%

Résultats et interprétation

Tableau 6. Cause influençant le début de consommation

Cause influençant	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Entourage parents	23,07%	11,11%
Frères/sœurs	1,92%	11,11%
Statut/cool	9,61%	/
Curiosité	21,15%	44,44%
Club	9,61%	11,11%
Relation avec d'autres substances (cannabis, etc.)	13,46%	11,11%
Autre (amis fumeurs)	21,15%	/

Tableau 7. Etudiants qui ont envie d'arrêter le tabac

Envie d'arrêter	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
C'est une habitude dont j'ai envie de me libérer	20,96 %	11,11%
Cela me coûte cher	25,8%	11,11%
Pour ma santé	43,54%	11,11%
Je suis obligé car c'est interdit de fumer	6,45%	22,22%
Autres	3,22%	/

Tableau 8. Argent d'achat de tabac

Sources	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Job	45,45%	11,11%
Economies	9,09%	22,22%
Argent de poche	47,73%	33,33%
Autre	11,36%	11,11%

Résultats et interprétation

La plupart des fumeurs veulent arrêter de fumer pour se maintenir en bonne santé et éviter les maladies (43,54%). Le taux d'hommes consommateurs qui veulent arrêter parce que le coût de tabac est cher est égal à 25,8%. D'autres consommateurs (20,96%) disent que le tabac c'est une habitude dont ils ont envie d'arrêter. Certaines participants déclarent qu'ils veulent arrêter de fumer pour d'autres raisons ; ils disent que le tabac c'est interdit donc ils veulent l'arrêter (6,45%). 3,22% des consommateurs ont envie d'arrêter le tabac mais ils n'ont pas précisé la cause. 22,22% des filles consommatrices sont obligées d'arrêter de fumer à cause de l'interdiction de fumer. 11,11% des filles ont décidé d'arrêter, parce qu'elles le considèrent comme une mauvaise habitude ou à cause du coût cher des produits de tabac ou à cause de son effet néfaste sur la santé (**Tableau 7**).

D'après le tableau 8, on observe que 47,73% des hommes consommateurs et 33,33% des filles consommatrices achètent le tabac par leurs argents de poche. D'autre part, 47,45% des hommes consommateurs et 11,11% des filles consommatrices achètent le tabac par l'argent des jobs. Le taux des fumeurs qui utilisent leurs économies pour acquérir le tabac est 9,09% pour les hommes et 22,22% pour les filles. Les fumeurs qui ont utilisé d'autres sources d'argent sans les préciser, pour acheter le produit de tabac sont 11,36% pour les hommes et 11,11% pour les filles (**Tableau 8**).

Résultats et interprétation

I. Tabac et niveau socio-économique

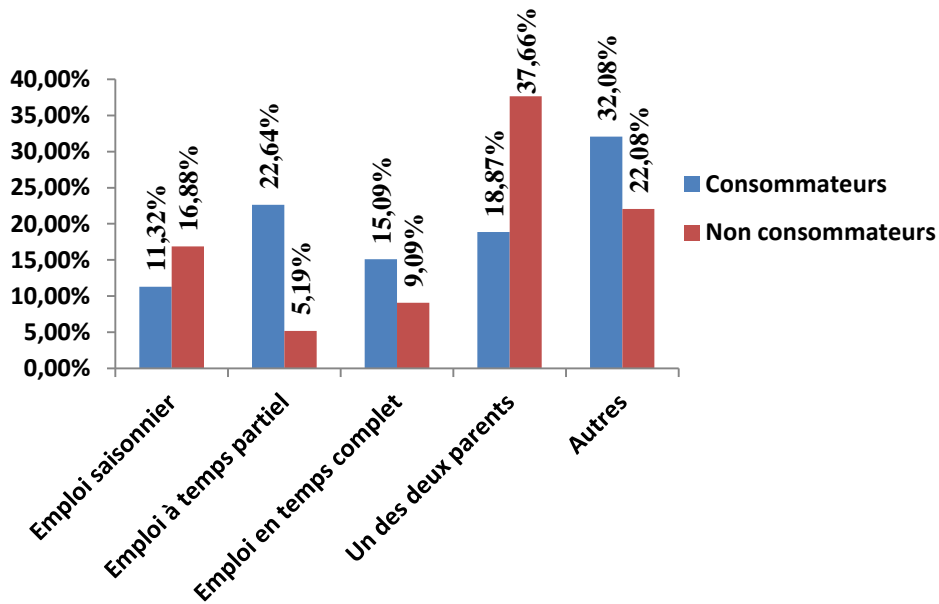


Figure 5. Source de revenus des étudiants consommateurs et non consommateurs

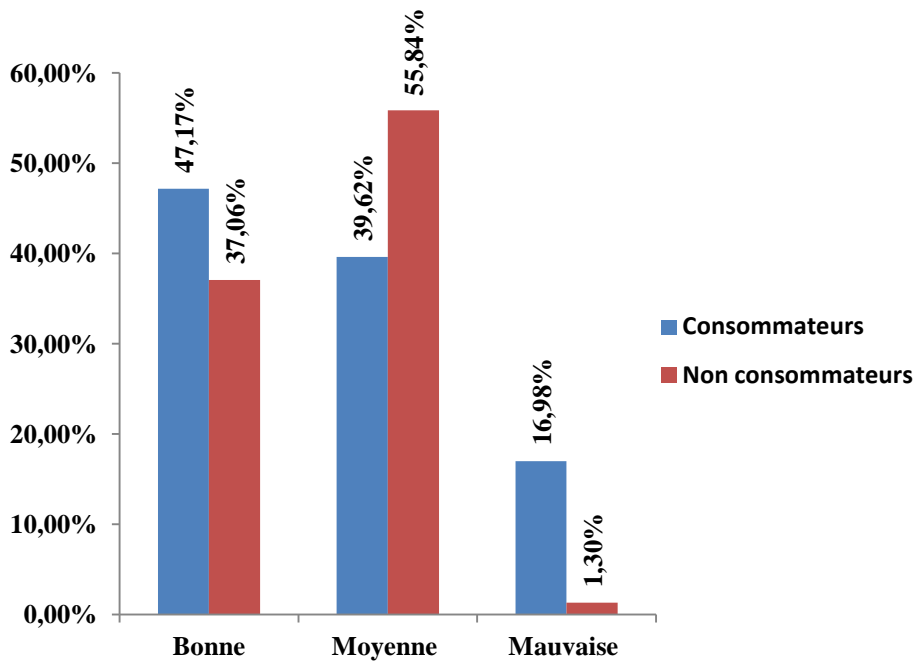


Figure 6. Etat de résidence des étudiants consommateurs et non consommateurs

Résultats et interprétation

Nos résultats montrèrent que les sources de revenus des consommateurs de tabac et les non-consommateurs diffèrent selon le type d'emploi, 11,32% des consommateurs et 16,88% des non-consommateurs obtiennent de l'argent à partir d'emploi saisonnier. 22,64% des consommateurs et 5,19% des non-consommateurs tirent leur revenu d'un emploi à temps partiel. 15,09% des consommateurs et 9,09% des non-consommateurs, leur source de revenus est un emploi à temps complet. D'autre part, 18,87% des consommateurs, la source de leur argent provient d'un ou des deux parents. 22,08% des non consommateurs, leur source d'argent provient d'autres emplois comme le commerce. La majorité des consommateurs de tabac (32,08%) leur source de revenus provenant d'autres emplois. La plus forte proportion de non-consommateurs 37,66% dont la source de revenus provient de l'un des deux parents (**Figure 5 et tableau A5**).

Environ 47,17% des étudiants consommateurs de tabac et 37,06% des non-consommateurs ont déclaré que l'état de résidence est bon. Par contre, 16,98% des consommateurs et 1,30% des non-consommateurs ont déclaré que l'état de résidence est mauvais. Nous avons enregistré 39,62% cas d'étudiants consommateurs de tabac et 55,84% des étudiants non consommateurs vivent dans des résidences en état moyen (**Figure 6 et tableau A6**).

Nous avons remarqué que le diabète est présent chez 3,77% des consommateurs de tabac et les maladies cardiovasculaires sont rencontrées chez 1,89% des consommateurs de tabac. En ce qui concerne les étudiants non consommateurs de tabac, nous avons enregistré la présence de plusieurs maladies, dont sept pathologies avec des taux identiques égaux à 1,28% (maladies cardiaque, hypersensibilité, eczéma, calculs rénales, rhumatisme, maladies gastriques et anémie). Par contre, l'allergie est présente chez 3,85% des non consommateurs de tabac (**Figure 7 et tableau A7**).

D'après nos résultats, on a remarqué que les deux catégories de groupes consommateurs (58,49%) et non consommateurs (50%) sont en bonne santé. Nous avons remarqué des pourcentages similaires chez les consommateurs et les non consommateurs qui ont déclaré qu'ils sont en état de santé acceptable. On remarque un taux faible des consommateurs (7,55%) et des non consommateurs (3,85%) qui sont dans un mauvais état de santé (**Tableau 9**).

Résultats et interprétation

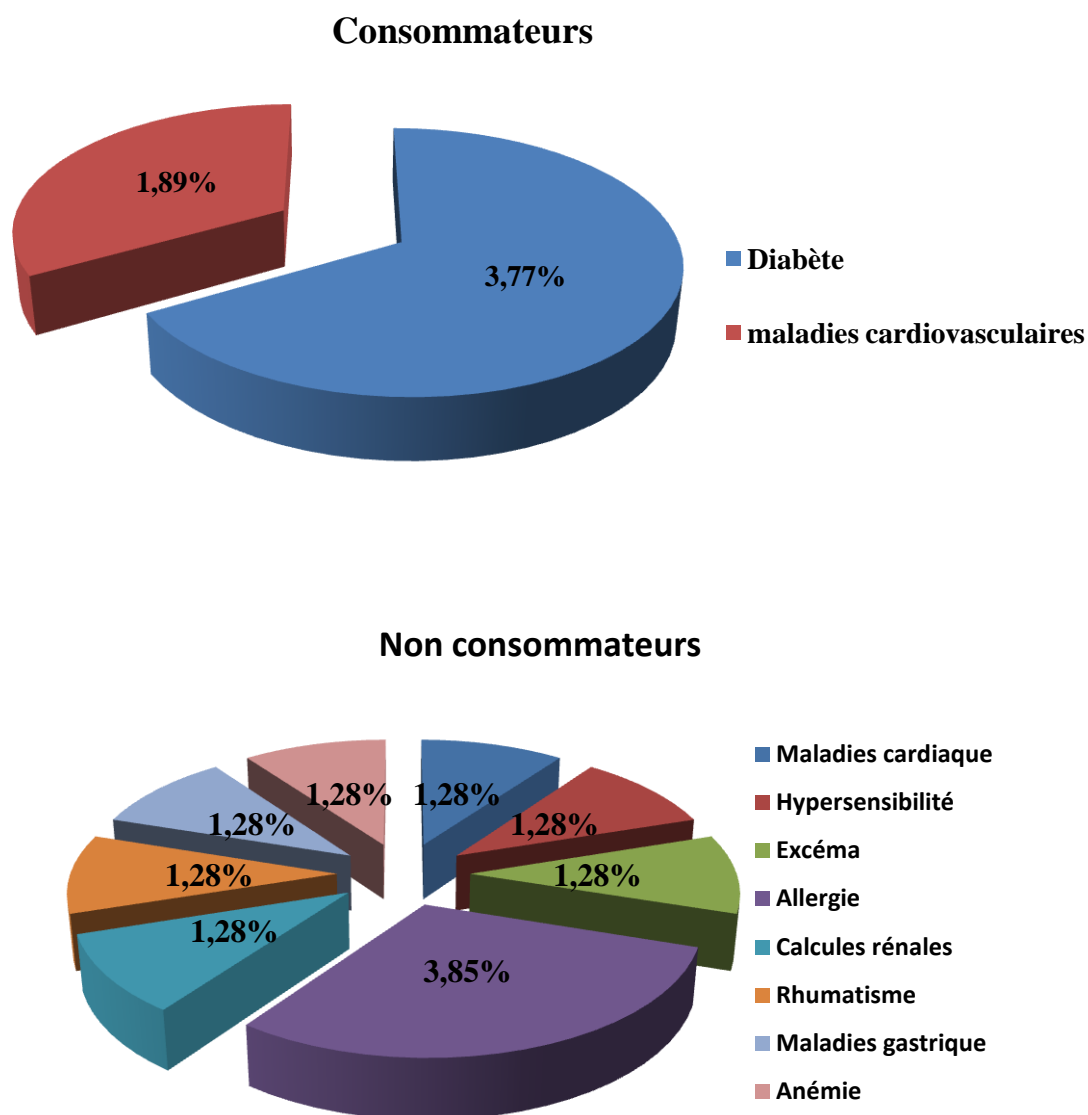


Figure 7. Maladies retrouvées chez les consommateurs et les non consommateurs

Résultats et interprétation

Tableau 9. Etat de santé des consommateurs et des non consommateurs

Etat de santé	Consommateurs	Non consommateurs
Bon	58,49%	50,00%
Acceptable	35,85%	35,90%
Mauvais	7,55%	3,85%

11,69% des filles consommatrices ont déclaré que l'échelon salarial de leurs familles soit >15000 Da soit de 25000 Da à 35000Da. L'échelon salarial familial est de l'ordre de 15000 Da à 25000 Da chez 13,21% des hommes consommateurs et 11,69% des filles consommatrices. Il est de l'ordre 35000 Da à 45000 Da, 55000 Da à 65000 Da et plus chez 18,87% consommateurs hommes. 45000 Da à 55000 Da est l'échelon salarial familial chez 9,43% des hommes consommateurs et 7,79% des filles consommatrices. 18,18% et 12,99% des filles consommatrices ont confirmé que l'échelon salarial de leurs familles est de 35000 Da à 45000 Da et de 55000 Da à 65000 Da respectivement. 3,09% des filles consommatrices ont déclaré que l'échelon salarial familial est supérieur à 65000 Da (**Tableau 10**).

Tableau 10. Classification des étudiants consommateurs et non consommateurs selon l'échelon salarial familial

Echelon salarial familial	Consommateurs	Non consommateurs
>15000 da	/	11,69%
Entre 15000 da et 25000 da	1,89%	9,09%
Entre 25000 da et 35000 da	13,21%	11,69%
Entre 35000 da et 45000 da	18,87%	18,18%
Entre 45000 da et 55000 da	9,43%	7,79%
Entre 55000 da et 65000 da	18,87%	12,99%
>65000 da	18,87%	3,90%

Résultats et interprétation

II. Tabac et comportement nutritionnel

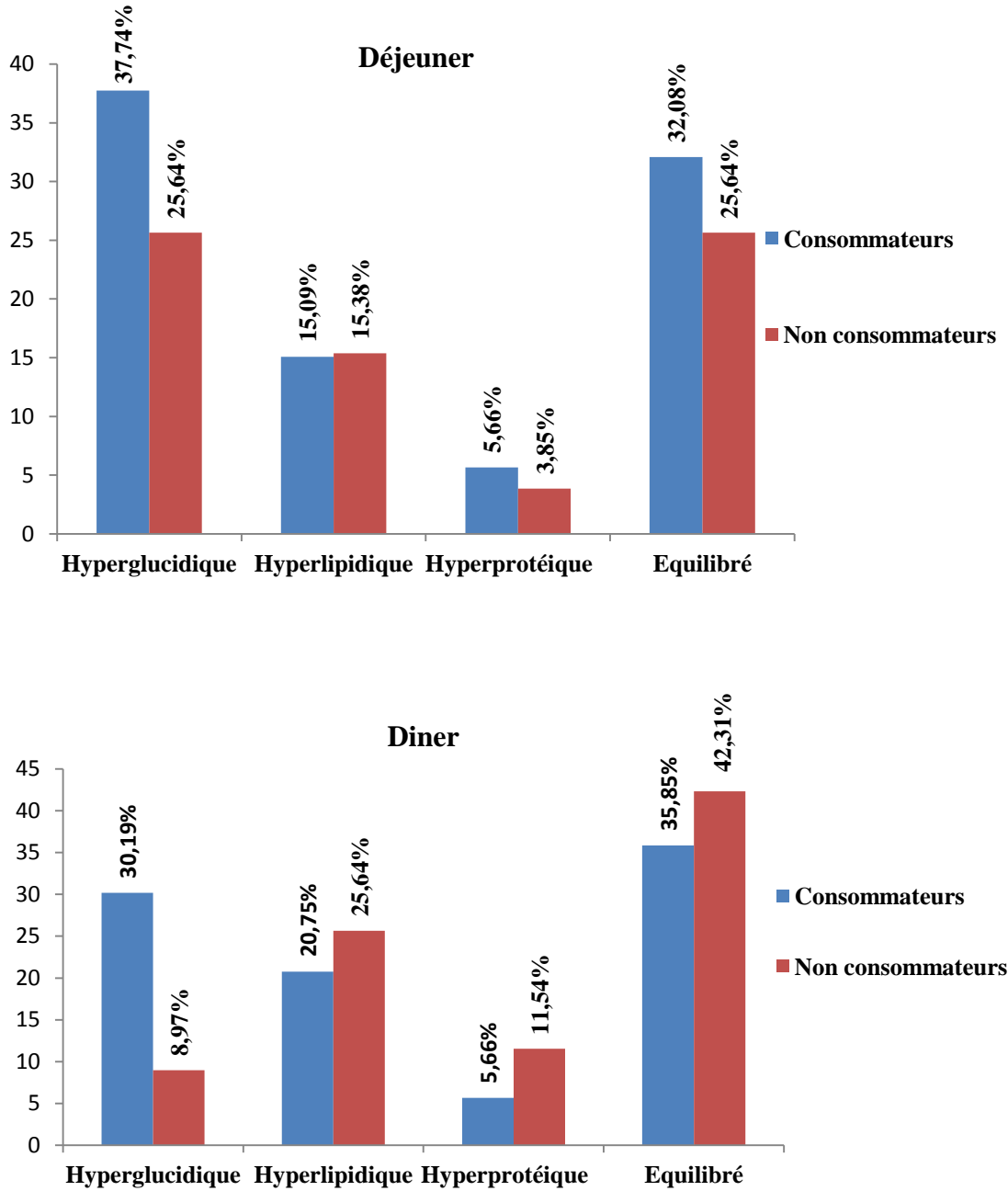


Figure 8. Jugement du déjeuner et du dîner par les consommateurs et les non consommateurs

Résultats et interprétation

D'après notre étude, on a remarqué des taux semblables des consommateurs (15,09%) et des non consommateurs (15,38%) qui pensent que le déjeuner est hyperlipidique. Par contre, seulement 5,66% des consommateurs et 3,85% des non consommateurs jugent le déjeuner comme hyperprotéique. 32,08% des consommateurs et 25,64% des non consommateurs pensent que le déjeuner est équilibré. D'autre part, 37,74% des consommateurs et 25,64% des non consommateurs jugent le déjeuner comme hyperglucidique (**Figure 8 et tableau A8**).

Nos résultats montrent que la plupart des étudiants, 35,85% des consommateurs et 42,31% et des non consommateurs pensent que le dîner est équilibré. D'un autre coté, 20,75% des consommateurs et 25,64% des non consommateurs jugent le dîner comme hyperlipidique. Un faible taux d'étudiants, 5,66% des consommateurs et 11,54% des non consommateurs pensent que le dîner est hyperprotéique. Tandis que, 30,19% des consommateurs contre 8,97% des non consommateurs jugent le dîner comme hyperglucidique (**Figure 8 et tableau A9**).

Environ 39,62% des consommateurs de tabac et 32,05% des non consommateurs consomment un seul produit laitier par jour. En plus, 33,96% des consommateurs consomment deux produits laitiers par jour, 13,21% consomment plus de deux produits laitiers par jour et 5% ne consomment aucun produit laitier par jour (Figure 9 et tableau A10). En ce qui concerne, les étudiants non consommateurs, environ 30,77%, consomment deux produits laitiers, 12,8% consomment plus de deux produits laitiers par jours et 12,82%.ne consomment aucun produit laitiers (**Figure 9 et tableau A10**).

Nous notons une similitude dans la teneur en sucres des collations matinales et de l'après-midi chez les étudiants consommateurs de tabac et les non consommateurs (39,62%) (Figure 10 et tableau A11). Les consommateurs de tabac consomment des collations dont la teneur en graisses et en sodas est un peu plus que celles consommées par les non consommateurs (13,21% contre 11,54% pour les graisses et 13,21% contre 6,41% pour les sodas) (**Figure 10 et tableau A11**).

73,58% des consommateurs et 53,82% des non consommateurs prennent le petit déjeuner chaque jour. Par contre, 15,09% des consommateurs et 23,08% des non consommateurs prennent le petit déjeuner occasionnellement (**Tableau 11**).

Résultats et interprétation

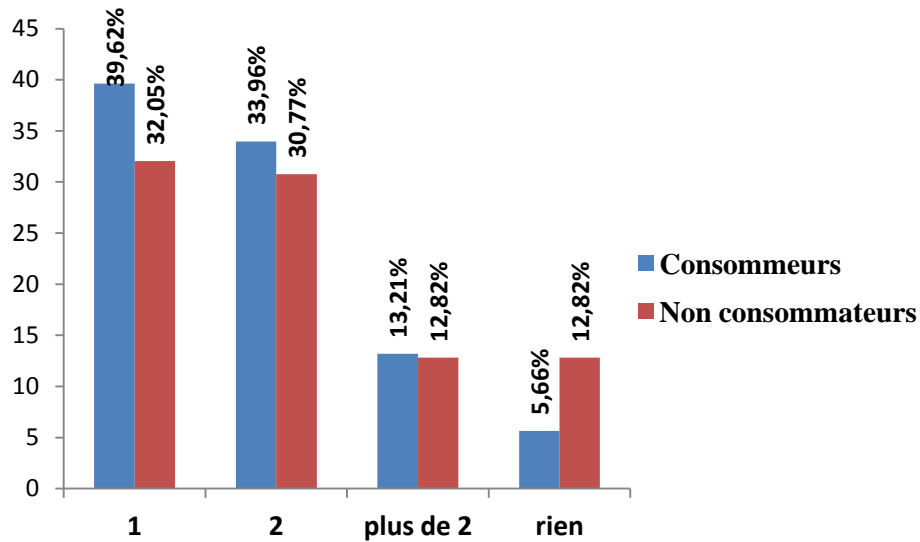


Figure 9. Nombre de portions produits laitiers consommés par jour par les consommateurs et les non consommateurs

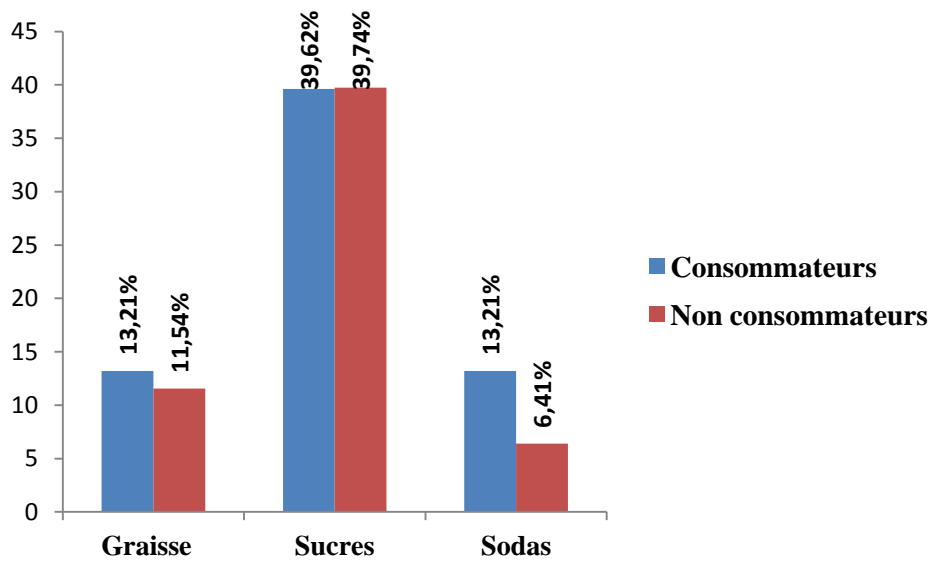


Figure 10. Teneurs des collations matinales et après-midi chez les consommateurs et les non consommateurs

Résultats et interprétation

Tableau 11. Rythme de consommation du petit déjeuner

Petit déjeuner	Quotidiennement	Occasionnellement
Consommateurs	73,58%	15,09%
Non consommateurs	53,85%	23,08%

Tableau 12. Nombre de tasse de café consommé par jour chez les hommes et les filles

Nombre de tasse	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Une tasse	45,45%	44,44%
Deux tasses	22,73%	/
Plus	18,18%	33,33%

Tableau 13. Volume journalier d'eau consommé par les consommateurs et les non consommateurs

Quantité d'eau (ml)	Consommateurs	Non consommateurs
500 ml (équivalent de deux verres)	20,75%	16,67%
Entre 500 ml et 1L	18,87%	21,79
Entre 1L et 1L et demi (1500 ml)	22,64%	19,23%
Entre 1L et demi et 2L (2000 ml)	7,55%	16,67%
Entre 2L et 2L et demi (2500 ml)	16,98%	11,54%

Résultats et interprétation

Tableau 14. Encadrement du régime alimentaire

	Vous-même	Par un professionnel
Consommateurs	39,62%	9,43%
Non consommateurs	15,38%	3,85%

Nos résultats montrent que la plupart des hommes consommateurs (45,45%) et des filles consommatrices (44,44%) boivent une tasse de café par jour. D'autre part, 22,73% des fumeurs hommes consomment deux tasses de café par jour et aucun pourcentage n'est enregistré chez les filles consommatrices pour cette catégorie. Environ 18,18% des consommateurs hommes et 33,33% des filles consommatrices boivent plus de tasse de café par jour (**Tableau 12**).

Notre étude montre que 20,75% des consommateurs et 16,67% des non consommateurs boivent 500 ml d'eau (l'équivalent de deux verres) par jour. Alors que, la plupart des non consommateurs (21,79%) boivent entre 500 ml et 1L d'eau par jour contre 18,87% des consommateurs. Tandis que, 22,64% des consommateurs et 19,23% des non consommateurs boivent entre 1L et 1L et demi (1500 ml) par jour. D'autre part, 7,55% des consommateurs et 16,67% des non consommateurs boivent entre 1L et demi et 2L par jour. La quantité d'eau de 2L à 2L et demi est consommée par 16,98% des consommateurs et 11,54% des non consommateurs (**Tableau 13**).

On observe que les deux catégories; les consommateurs (39,62%) et les non consommateurs (15,38%) encadrent leurs régimes alimentaires par eux-mêmes. Par contre, seulement 9,43% des consommateurs et 3,85% des non consommateurs suivent les conseils d'un professionnel en diététique pour encadrer leurs régimes alimentaires (**Tableau 14**).

Discussion

Discussion

Toutes les six secondes, une personne meurt à cause du tabagisme (OMS, 2013), selon l'OMS, le tabac tue approximativement la moitié de ses utilisateurs (OMS, 2018).

La consommation de tabac peut se faire selon deux modes soit le tabagisme actif qui se définit par une toxicomanie due à la consommation volontaire de la fumée. Par contre, le tabagisme passif est l'inhalation involontaire de la fumée lors de la combustion de la cigarette. Selon l'OMS, plus de 6 millions de décès sont le résultat de la consommation directe de produits de tabac. Tandis que, 890 000 de personnes non-fumeurs, meurent suite à l'exposition à la fumée (tabagisme passif) (OMS, 2018). Il est estimé qu'environ 1,1 milliard, dans la vie quotidienne soit à la maison ou bien dans l'entourage sont exposés au tabagisme passif. Ce qui provoque les maladies cardiovasculaires, qui causent environ 60% des 890000 décès chez les adultes (GBD, 2017; Oberg et al., 2011). La fumée pendant la grossesse provoque la mortalité natale (Flenady et al., 2011). D'autre part, elle augmente le risque de la prématurité, du retard de la croissance intra-utérine, du faible poids de naissance du nouveau-né et parfois les malformations congénitales (Wisborg et al., 2001).

L'analyse des caractéristiques de la population étudiée montre que l'âge, le poids, la taille et l'IMC ne montrent aucune modification significative entre les consommateurs et les non consommateurs. Des travaux ont montré que le tabagisme contrôle le poids et l'arrêt de tabac augmente le poids (Audrain-McGovern et Benowitz, 2011). De plus, le tabagisme et la nicotine réduisent le poids en augmentant les dépenses énergétiques et supprimant l'appétit (Audrain-McGovern et Benowitz, 2011; Tian et al., 2015). Piirtola et al., (2018) ont observé que les fumeurs actuels avaient un IMC inférieur à ceux des non-fumeurs ou des anciens fumeurs. Une autre étude a montré que les adolescents fumeurs ont généralement un IMC égal ou supérieur à celui des non-fumeurs. Par contre, les fumeurs de tabac adultes ont tendance à avoir un IMC inférieur et des régimes moins sains que les non-fumeurs. De plus, l'arrêt du tabac est associé à un gain de poids corporel moyen de 4,67 kg après 12 mois d'abstinence, bien qu'il existe une variabilité importante (Chao et al., 2019). Les mécanismes neuronaux responsables de ce gain de poids induit par le tabagisme sont mal connus (Chao et al., 2019). Toutefois, les facteurs démographiques tels que le niveau d'éducation et le sexe peuvent influencer sur cette relation entre l'IMC et le tabagisme. Il a été observé que dans les populations du nord de l'Europe, il semble que le tabagisme soit inversement corrélé à l'IMC lorsque le niveau d'instruction est bas (Laaksonen et al., 1998; Molarius et al., 1997) et en Chine, la relation inverse n'a été observée que chez l'homme (Hou et al., 2008).

Discussion

Notre échantillon d'étudiants est constitué de 131 participants, nous avons constaté que le taux de participation des hommes à l'enquête est de 61% et le taux de participation des filles est de 39%. D'après notre étude le taux général de consommation de tabac est de 40,46%. En revanche, **Zaghba et al., (2010)** ont trouvé un taux de consommation de tabac beaucoup plus faible (7.9%) que notre résultat. **Sieminska et al., (2009)** et **Nafti et al., (2005)** ont observé que la consommation générale de tabac est élevée chez les étudiants en médecine.

Nous avons remarqué que le pourcentage de fumeurs hommes (55%) est beaucoup plus élevé que les fumeurs filles (17,65%). Ce résultat concorde avec les travaux de **Zaghba et al., (2010)** qui ont montré que le taux de consommation de tabac chez les étudiants hommes en médecine à Casablanca, Maroc est plus élevé (16%) par rapport aux filles (3%).

Nos résultats montrent que la fréquence de consommation de tabac augmente légèrement en troisième puis se stabilise. Chez les filles le taux de consommation le plus important est remarqué en 1^{ère} année puis elle diminue et devient stables durant les autres niveaux. **Maatouk et al., (2013)** ont montré que la progression des étudiants dans les études ne semblait pas influencer la prévalence du tabagisme. D'autre part, **Fakhfakh et al., (1996)** ont trouvé que la prévalence du tabagisme augmente avec le niveau d'étude chez les étudiants tunisiens en médecine. Puisque la consommation de tabac est occasionnelle chez les filles, la seule explication de l'augmentation légère de la prévalence de tabac avec la progression de niveau d'étude et que les étudiants entrent à l'université avec un comportement d'adolescence et ils sortent avec un caractère plus adulte (**Harrabi et al., 2006; Richmond, 1999**).

Nous avons noté que la cigarette est le type de tabac fumé le plus consommé par les hommes (79,45%), suivie par le chicha (72,72%) et la cigarette électronique (29,45%). Le type de tabac fumé le plus faible consommé chez les hommes est la pipe (13,63), le cigare et le cigarillo (11,36%). Le type de tabac fumé le plus faible consommé chez les hommes est la pipe (13,63), cigare et cigarillo (11,36%). Nous avons constaté que le chicha était le type de tabac fumé le plus consommé par les filles (77,78%), suivie par la cigarette (44,44%). D'après **Zaghba et al., (2010)** la majorité des étudiants fumeurs en médecine consomment la cigarette avec filtre (70%) par contre, 22% consomment la cigarette roulée à la main.

Notre résultat montre que la plupart des hommes consomment le tabac non fumée sous forme de tabac à chiquer à une valeur égale à 20,45% plus que le taux des hommes qui consomment le tabac à briser (18,18%). Les filles consommatrices utilisent seulement le tabac à chiquer (44,44%). L'étude de **Fakhfakh et al., (2002)** ont montré que 24,6% des fumeurs consomment la cigarette et 5,8% consomment le tabac sous forme de tabac à priser ou tabac à chiquer /ou narguilé.

Discussion

Nos résultats montrent que 44,44% des hommes et des filles consomment le tabac occasionnellement. La consommation quotidienne de tabac était de 40,91% chez les hommes et 25% chez les filles. Une étude réalisée chez les étudiants irlandais a montré que sur 739 des participants, 12% sont des fumeurs occasionnels et 7% sont des fumeurs quotidiens. Dans cette étude, les fumeurs quotidiens étaient plus âgés, de plus ils avaient de grandes difficultés à gérer le stress s'ils arrêtent de fumer (**McKee et al., 2017**).

Nos chiffres montrent que l'âge moyen de début de consommation de tabac est de 17 ans (16 ans chez les hommes et de 18 chez les filles.). Cette observation est semblable au résultat montré par **Maatouk et al., (2013)**. Ces auteurs ont montré que l'âge de début de consommation dans leur étude est de 16 ans.

Dans notre travail, le nombre de cigarette/jour est de 14 cigarettes chez les hommes par contre la majorité des filles fument occasionnellement. Un seul homme dans notre étude fume plus de 20 cigarttes/ jour. Au Brésil, **Stramari et al., (2009)** ont trouvé que 70,6% des étudiants en médecine fument moins de 10 cigarette/jour et 29,4% fument entre 11 et 20 cigarettes/jour. Touré et al. (2009) ont montré que les élèves de l'école de développement sanitaire et social et de l'institut santé service sont des gros fumeurs (> 20 cigarettes/j) (57,7 %), la même constatation a été remarquée par **Ndiaye et al., (2003)** et **de Carrion-Valero et al., (1998)**.

Nos résultats montrent que la plupart des hommes et des filles consommateurs de tabac dépassent les 60 minutes pour fumer la première cigarette (30,23% contre 33,33% respectivement). 23,25% des hommes contre 11,11% des filles fument la première cigarette dans les 5 minutes après le réveil. Tandis que, 18,60% des hommes et 11,11% des filles consomment la première cigarette durant les 6 à 30 minutes qui suivent le réveil. 27,90% des hommes consommateurs participants à l'étude, fument la première cigarette dans les 31 à 60 minutes après le réveil. Sung. 2019 a montré qu'aux Etats Unis les fumeurs avec un temps court avant la première cigarette ont un risque accru de la mauvaise santé. D'autre part, **Bae et al., 2019** ont prouvé que le temps court avant la première cigarette est associé à un risque accru de l'hypertension artérielle, particulièrement un temps inférieur à cinq minutes avant la première cigarette.

Dans notre étude, on observe que 47,73% des hommes consommateurs et 33,33% des filles consommatrices achètent le tabac par leurs argents de poche. D'autre part, 47,45% des hommes consommateurs et 11,11% des filles consommatrices achètent le tabac par l'argent des jobs. Le taux des fumeurs qui utilisent leurs économies pour acquérir le tabac est 9,09% pour les hommes et 22,22% pour les filles. Les fumeurs qui ont utilisé d'autres sources

Discussion

d'argent sans les préciser, pour acheter le produit de tabac sont 11.36% pour les hommes et 11,11% pour les filles. Une étude a montré que les parents et les amis constituent les principales sources de tabac pour les nouveaux fumeurs (**DiFranza et Coleman, 2001**). De plus, les adolescents demandent à des inconnus de leur acheter du tabac (**DiFranza et Coleman, 2001**).

On observe dans notre étude que la plupart des hommes consommateurs débutent de fumer sous l'influence leur entourage parents (23,07%). La curiosité et les frictions avec des amis fumeurs étaient des motivations pour que les hommes (21,15%) et les filles (44,44%) commencent à fumer. L'étude faite par **Fakhfakh et al., (2002)** a montré que la majorité des consommateurs avaient un père ou une mère qui fument. L'étude de **Maatouk et al., (2013)**, a prouvé que la plupart des étudiants (66%) commencent à fumer à cause de la curiosité.

Notre étude montre que la plupart des fumeurs veulent arrêter de fumer pour se maintenir en bonne santé et éviter les maladies (43,54%). Dans l'étude de **Zaghba et al., (2013)** 58% avaient tenté arrêter de fumer. Parmi les causes principales d'arrêter de fumer est l'apparition de certains symptômes (66,1%) et d'autre part pour protéger leurs santés contre les maladies liées au tabac (64,3%). Dans une autre étude en Algérie, **Nafti et al., (2005)** ont dit que les étudiants qui avaient arrêté de fumer, avaient remarqué l'effet nocif de tabac sur la santé (la cigarette) dans 23,6% des cas, 16,1% sont influencés par l'entourage, 11.4% ils avaient arrêté à cause des maladies liées au tabac.

Dans notre étude, nous avons remarqué que le diabète est présent chez 3,77% des consommateurs de tabac. Tandis que, les maladies cardiovasculaires sont rencontrées chez 1,89% des consommateurs de tabac. D'après plusieurs études, les consommateurs de tabac augmentent les dépenses de santé et démunissent le développement économique. Parmi les effets de la consommation de tabac les plus enregistrées chez les fumeurs ; on note les complications cardiovasculaires, respiratoires et le cancer de poumon. La nicotine est responsable de la dépendance est associée à une augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la contractilité du myocarde. D'autre part, le goudron provoque le dysfonctionnement de l'endothélium (la couche interne des vaisseaux sanguins). Il peut aussi augmenter la formation de caillots sanguins et réduit le niveau de HDL. De plus, le CO qui est l'une des particules de la phase gazeuse, est toxique, il passe à travers le sang et se substitue à l'oxygène, et réduit la disponibilité de l'oxygène vers le cœur et les tissus de l'organisme. La consommation de produit de tabac sans fumée peut aussi toucher le système cardiaque, les études montrent qu'il y a une relation forte entre la consommation de tabac sans fumée et l'infarctus du myocarde mortel et l'AVC (**Boffetta et Straif, 2009; Vidyasagan et al.,**

Discussion

2016). Le tabac cause aussi la mort subite de nourrisson et la diminution de poids de la naissance; parce que la plupart des enfants respirant l'air pollué par la fumée de tabac soit dans l'enterrage (les lieux public) ou bien dans la maison lorsque l'un ou les deux parents fument. Entre 2002 et 2015, le tabagisme a causé plusieurs maladies parmi celles-ci; l'augmentation de l'incidence de l'infarctus du myocarde chez les femmes moins de 65 ans par un facteur de 50% (**Lamprecht B et al., 2015**). Il est responsable aussi des accidents vasculaires cérébraux (AVC) de moins de 55 ans (**Bejot Y et al., 2016**). Le durcissement des artères et les lésions artérielles indiquent que fumer provoque un accident vasculaire cérébral. Une fibrinolyse endogène avec facultés affaiblies et une réduction du flux sanguin dans le cerveau dues au tabagisme entraînent un rétrécissement des vaisseaux sanguins et donc un accident vasculaire cérébral (**Bonita et al., 1999**). Toutes les maladies liées aux AVC, liées au tabagisme sont provoquées par la fumée de tabac contenant plus de 4000 produits chimiques, y compris des métaux lourds et des toxines, provoquant un dysfonctionnement de la muqueuse des vaisseaux sanguins et une inflammation, entraînant l'athérosclérose (**Bonita et al., 1999**). D'autre part, le tabagisme actif est considéré comme facteur de risque de l'hypertension avec un taux de 37%, de l'hypercholestérolémie avec un pourcentage de 28%, et le diabète avec un taux de 9%.

D'après nos résultats, on a remarqué que les sources de revenus des consommateurs de tabac et les non-consommateurs diffèrent selon le type d'emploi, 11,32% des consommateurs obtiennent de l'argent à partir d'emploi saisonnier. 22,64% des consommateurs tirent leur revenu d'un emploi à temps partiel. Par contre, 15,09% des consommateurs, leur source de revenus est un emploi à temps complet. D'autre part, 18,87% des consommateurs, la source de leur argent provient d'un ou des deux parents. Tandis que, la majorité des consommateurs de tabac (32,08%), leur source de revenus provenant d'autres emplois comme le commerce. En ce qui concerne l'état de résidence, environ 47,17% des étudiants consommateurs de tabac ont déclaré que l'état de résidence est bon. Par contre, 16,98% des consommateurs ont mentionné que l'état de résidence est mauvais. De plus, nous avons enregistré que 39,62% cas d'étudiants consommateurs de tabac vivent dans des résidences en état moyen. D'après l'organisation mondiale de la santé, les pourcentages de tabagisme sont différents d'un pays à l'autre selon l'état socio-économique (**OMS, 1999**). Une étude a montré que la prévalence de tabagisme est plus élevée chez les groupes défavorisés, de plus les tentatives d'arrêt ont moins de chance de réussir chez les consommateurs à statut économique faible. Cela pourrait être la conséquence de la réduction du soutien social et de motivation (**Hitchman et al., 2014**).

Discussion

D'après nos résultats, on remarque que les étudiants avec échelon salarial familial élevé ont tendance à fumer beaucoup plus. L'étude **d'Abdalla et al., (2009)** a montré que les étudiants de faible niveau socio-économique fument un peu plus. En revanche, l'étude de **Maatouk et al., 2013** a prouvé que les étudiants d'un échelon salarial familial élevé ont tendance à fumer plus, Peut-être parce qu'ils ont beaucoup plus d'argent de poche.

Notre recherche indique que les consommateurs de tabac consomment des collations dont la teneur en graisses et en sodas est un peu plus que celles consommées par les non consommateurs (13,21% contre 11,54% pour les graisses et 13,21% contre 6,41% pour les sodas). D'après notre étude, on a remarqué des taux semblables des consommateurs (15,09%) et des non consommateurs (15,38%) qui pensent que le déjeuner est hyperlipidique. D'un autre côté, 20,75% des consommateurs et 25,64% des non consommateurs jugent le dîner comme hyperlipidique. Chao et al. (2017) ont montré que les fumeurs actuels présentent des envies de fringale plus fréquentes pour les aliments gras et les graisses de fast-food comparés à ceux qui n'ont jamais fumé après prise en compte de la dépression, du stress, de l'IMC et de facteurs démographiques. Dans cette étude, les fumeurs actuels ont déclaré consommer davantage d'aliments riches en graisses et les graisses de fast-food (**Chao et al., 2017**). Les hormones qui régulent la prise alimentaire (la ghréline, la leptine) pourraient également jouer un rôle important dans les comportements liés au tabagisme (**Chao et al., 2019**). D'autre part, des études d'imagerie cérébrale ont montré que les signaux de tabagisme et d'alimentation se chevauchent dans plusieurs régions cérébrales associées à l'apprentissage, à la mémoire, à la motivation et à la récompense chez les fumeurs. Les traitements comportementaux et pharmacologiques ont donné des résultats à court terme pour limiter la prise de poids après le sevrage. Cependant, leur efficacité à long terme est limitée (**Chao et al., 2019**). Il a été montré aussi que les mamans qui sont dépendantes à la nicotine pourraient donner naissance à des enfants à risque de comportements alimentaires obésogènes fondés sur les récompenses (**Cummings et al., 2019**).

D'après notre enquête on a remarqué que 73,58% des consommateurs et 53,82% des non consommateurs prennent le petit déjeuner chaque jour. Par contre, 15,09% des consommateurs et 23,08% des non consommateurs prennent le petit déjeuner occasionnellement. Par contre, **Watanabe et al., (2013)** ont montré que la prévalence de tabagisme était plus élevée chez les élèves de lycée qui ne prenaient pas le petit déjeuner.

Nos résultats indiquent qu'environ 39,62% des consommateurs de tabac et 32,05% des non consommateurs consomment un seul produit laitier par jour. En plus, 33,96% des

Discussion

consommateurs consomment deux produits laitiers par jour, 13,21% consomment plus de deux produits laitiers par jour et 5% ne consomment aucun produit laitier par jour.

Une étude était réalisée en Université de Bihać (Bosnie-Herzégovine) dont le but est d'évaluer l'état nutritionnel et la qualité de l'alimentation en fonction de l'apport en nutriments recommandés, et de déterminer les habitudes alimentaires de la population étudiante. Les résultats de cet enquête ont indiqué que les deux sexes, en ce qui concerne la part d'énergie quotidienne, consomment plus de matières grasses (29,49% hommes et 28,50% filles) que les recommandations. Le petit-déjeuner est un repas régulier de plus de la moitié des étudiants (67,4%). 94,96% de la population étudiante déjeunent régulièrement et 80,96% des étudiants dînent. Le régime le plus commun est le "fast food". La viande et les préparations de viande sont consommées quotidiennement par 54,67% des étudiants. Les fruits frais faisaient partie de l'alimentation quotidienne de 34,2% et les légumes frais de 31,14% du corps étudiant. Le lait et les produits laitiers ont été consommés par 26,30% des étudiants (**Alibabić et al., 2014**).

Nos résultats montrent que la plupart des hommes consommateurs (45,45%) et des filles consommatrices (44,44%) boivent une tasse de café par jour. Une étude réalisée aux Pays-Bas et aux États-Unis a montré que le tabagisme est liée positivement avec la consommation de caféine (**Treur et al., 2016**).

Conclusion

Conclusion

Fumer est l'une des sources de danger qui menacent la vie de l'humanité de notre époque, qu'il s'agisse de la fumée passive inhalée de produits du tabac utilisés par d'autres personnes ou du tabagisme actif résultant de la consommation directe de tabac au moyen de cigarettes, de cigarettes électroniques, de chicha, etc.

Le tabac contient environ 4000 substances, dont 400 nocives et 200 cancérigènes, la plus importante étant la nicotine, responsable de la dépendance au tabac.

Le tabac est responsable d'un grand nombre de maladies les plus importantes, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'asthme, les maladies cardiaques et le durcissement des artères, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies des gencives et les maladies de troubles du comportement alimentaire tel que l'anorexie mentale et la boulimie, le cancer tels que le cancer du poumon, de la bouche et de la gorge, le cancer de l'estomac et etc. Il provoque également une perte de poids, un manque d'appétit, une dépression et de l'anxiété.

En raison du danger de tabac et de sa propagation dans les sociétés, en particulier chez les adolescents et les jeunes, nous avons évalué la consommation de tabac auprès des étudiants de la Faculté SNV de l'Université Ibn Khaldoun de Tiaret.

L'enquête a révélé que 55% des consommateurs hommes de tabac fument 14 cigarettes par jour et 17,65% des filles fument 3 cigarettes par jour. La plupart des filles fument occasionnellement et raisonnablement. La majorité des hommes ont commencé à fumer à l'âge de 16 ans et les filles à l'âge de 18 ans. La plus importante des étudiants dépendait de l'un ou des deux parents pour leurs revenus et les autres, ils s'appuient sur eux-mêmes. La plupart des étudiants vivent dans des conditions de vie acceptables en bon état de résidence.

Nous avons également remarqué que le diabète, les maladies cardiaques et les maladies vasculaires sont présents chez certains consommateurs de tabac. Nous avons également enregistré certaines maladies chez les non consommateurs, notamment les allergies et l'anémie.

Les étudiants consomment en grande partie des aliments riches en sucre et une faible proportion des aliments riches en matières grasses avec une petite quantité de produits laitiers. Ils consomment généralement un produit laitier par jour. En ce qui concerne l'eau, la plupart des consommateurs boivent environ 500 ml par jour, et environ 500 ml à 1 pour les non-consommateurs. D'autre part, la plupart des étudiants consomment environ une tasse de café par jour.

En termes de régime, la majorité suit un régime encadré par eux-mêmes et un petit groupe suit un régime encadré par un professionnel. De plus, la plupart des fumeurs veulent arrêter de fumer parce que c'est dangereux pour la santé

Conclusion

Il faut combattre le tabagisme par tous les moyens afin de réduire sa propagation en sensibilisant les étudiants de ses dangers sur la santé et en prévenant le tabagisme dans les lieux publics et dans les lieux de travail. De plus, il faut interdire la culture et diminuer l'importation de tabac, augmenter la taxation sur la vente de tabac, placer des publicités pour clarifier le sérieux des produits de tabac et faire contribuer les médias à la lutte contre le tabagisme en diffusant des programmes sur les dangers du tabagisme sur la télévision et sur la radio.

En perspectives, nous souhaitons améliorer cette étude par les points suivants :

-Réaliser une enquête avec un effectif beaucoup plus élevé pour que l'échantillon soit représentatif du nombre des étudiants de la Faculté SNV ;

-Réaliser une enquête nutritionnelle détaillée chez les étudiants (rappel des 24h ou hebdomadaire) ;

-Réaliser des dosages de paramètres biochimiques chez les étudiants pour évaluer l'impact du tabagisme sur l'état de santé surtout chez les grands fumeurs ;

-Evaluer le statut oxydant/antioxydant chez les étudiants par le dosage de certains marqueurs comme le MDA, les protéines carbonylées, la vitamine C, la superoxyde dismutase, la catalase et la glutathion peroxydase et réductase.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- **A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US) (2010).** How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease.

https://whyquit.com/CDC/SGR_2010_How_Tobacco_Smoke_Causes_Disease.pdf
- **Alibabić V, Mujić I, Rudić D, Golob M, Šertović E, Bajramović M, Jokić S (2014).** Assessment of Diet Quality and Nutritional Risks Representation of University of Bihać. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 116: 2137-2140.
- **Abdalla AM et al (2009).** Correlates of ever-smoking habit among adolescents in Tabuk, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 15: 983-992.
- **Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, LaVia M, Mitchell J, Strober M, Woodside DB, Rotondo A, Berrettini WH, Kaye WH, Bulik CM (2006).** Smoking in eating disorders. *Eat Behav*. 7(4): 291-299.
- **Audrain-McGovern J, Benowitz N (2011).** Cigarette Smoking, Nicotine, and Body Weight. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 90(1): 164-168.
- **Azzalini L, Ferrer E, Ramalho LN, et al (2010).** Cigarette smoking exacerbates nonalcoholic fatty liver disease in obese rats. *Hepatology*. 51(5):1567-1576.
- **Bae J, Yi YH, Kim YJ, Lee JG, Tak YJ, Lee SH, Hwang HR, Lee SY, Cho YH, Ro EJ (2019).** Time to First Cigarette and the Risk of Hypertension: A Nationwide Representative Study in Korea. *Am J Hypertens*. 32(2): 202-208.
- **Bates C, Jarvis M, Connolly G (1999).** ASH UK Report. Tobacco Additives: Cigarette Engineering and Nicotine Addiction: p20
- **Béjot Y, Legris N, Daumas A, Sensenbrenner B, Daubail B, Durier J, et al (2016).** Les accidents vasculaires cérébraux de la personne jeune : une pathologie émergente chez la femme comme chez l'homme. Apports du Registre dijonnais des AVC (1985-2011). *Bull Epidémiol Hebd*. (7-8): 118-125.

Références bibliographiques

- **Boffetta P, Straif K (2009)**. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *British Medical Journal*. 339: 1-6.
- **Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson R, Beaglehole R (1999)**. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control*.8: 156-160.
- **Burstyn I (2014)**. Peering through the mist: systematic review of what the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks. *BMC Public Health*. 2014: 14:18.
- **Carrion-Valero F, Hernandez-Lopis J, Blazavalia P (1998)**. Smoking in health care workers. Identification of related factors. *Arch Bronchopneumol*. 34: 379-383.
- **Chao AM, Wadden TA, Ashare RL, Loughhead J, Schmidt HD (2019)**. Tobacco Smoking, Eating Behaviors, and Body Weight: a Review. *Current Addiction Reports*: 1-9.
- **Chao AM, White MA, Grilo CM, Sinha R (2017)**. Examining the effects of cigarette smoking on food cravings and intake, depressive symptoms, and stress. *Eat Behav*. 24: 61-65.
- **Cummings JR, Gearhardt AN, Miller AL, Hyde LW, Lumeng JC (2019)**. Maternal nicotine dependence is associated with longitudinal increases in child obesogenic eating behaviors. *Pediatr Obes*. doi: 10.1111/ijpo.12541
- **DiFranza JR, Coleman M (2001)**. Sources of tobacco for youths in communities with strong enforcement of youth access laws. *Tobacco Control*.10: 323-328.
- **Fakhfakh R et al (1996)**. Le tabagisme des étudiants en médecine en Tunisie : tendances des comportements et des attitudes [Tobacco use among medical students in Tunisia. Trends in behaviour and attitudes]. *Santé*. 6(1): 37-42.
- **Fakhfakh R et al (2002)**. Tobacco use in Tunisia: behaviour and awareness. *Bulletin of the World Health Organization*. 80: 350-356.

Références bibliographiques

- **Festi D, Scaioli E, Baldi F, et al (2009)**. Body weight, lifestyle, dietary habits, and gastroesophageal reflux disease. *World Journal of Gastroenterology*. 15(14):1690-1701.
- **Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Froen JF, Smith GC, Gibbons K, et al (2011)**. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*. England. 377(9774): 1331-1340.
- **Frye RE, Schwartz BS, Doty RL (1990)**. Dose-related effects of cigarette smoking on olfactory function. *JAMA*. 263(9): 1233-1236.
- **Garrow D, Delege MH (2010)**. Risk factors for gastrointestinal ulcer disease in the U.S. population. *Digestive Diseases and Sciences*. 55(1):66-72.
- **Geist HJ, Chang KT, Etges V and Abdallah JM (2009)**. Tobacco growers at the crossroads: towards a comparison of diversification and ecosystem impacts. *Land Use Policy*. 26: 1066-1079.
- **Global Burden of Disease Study 2016 (GBD) (2017)**. Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 390(10100): 1345-1422.
- **Guindon GE and Boisclair D (2003)**. Past, Current and Future Trends in Tobacco Use. Health, Nutrition and population (HNP) Discussion paper, Economics of Tobacco Control Paper. 6: p 13.
- **Harrabi I et al (2006)**. Medical students and tobacco in 2004: a survey in Sousse, Tunisia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 10(3): 328-332.
- **Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (2011)**. Consommation de substances psychoactives des adolescents en Suisse – évolution récente et situation actuelle – Résultats de l'étude.
- **Hitchman SC, Fong GT, Zanna MP, Thrasher JF, Chung-Hall J, Siahpush M (2014)**. Socioeconomic Status and Smokers' Number of Smoking Friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug Alcohol Depend*. 143: 158-166.

Références bibliographiques

- **Hou X, Jia W, Bao Y, Lu H, Jiang S, Zuo Y (2008)**. Risk factors for overweight and obesity, and changes in body mass index of Chinese adults in Shanghai. *BMC Public Health*. 8(1): 389.
- **Jacob N, Golmard JL, Berlin I (2014)**. Differential Perception of Caffeine Bitter Taste Depending on Smoking Status. *Chemosensory Perception*. 7(Issue 2): 47-55.
- **Laaksonen M, Rahkonen O, Prättälä R (1998)**. Smoking status and relative weight by educational level in Finland, 1978–1995. *Preventive Medicine*. 27(3): 431-437.
- **Lamprecht B, Soriano JB, Studnicka M, Kaiser B, Vanfleteren LE, Gnatiuc L, et al (2015)**. Determinants of underdiagnosis of COPD in national and international surveys. *Chest*. 148(4): 971-985.
- **Maatouk F, Barkallah M, May W (2013)**. Le tabagisme chez les étudiants de médecine dentaire à Monastir (Tunisie). *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 19 (Supplément 3): S32-S37.
- **McKee G, Barry J, Mullin M, Allwright S, Hayes C (2017)**. Predictors of Daily and Occasional Smoking and Quitting in Irish University Students. *Health*. 9: 435-450.
- **Molarius A, Seidell JC, Kuulasmaa K, Dobson AJ, Sans S (1997)**. Smoking and relative body weight. An international perspective from the WHO MONICA Project. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 51(3): 252-260.
- **Nafti S (2009)**. Entre 3000 à 4000 Cancers du Poumon par An en Algérie Suite au Tabagisme. Publié dans *Le Midi Libre* le 21 octobre 2009.
- **Nafti S, Bakir A, Chibane A (2005)**. Le tabagisme chez les étudiants en médecine d'Alger. *Rev Mal Respir*. 22: 98.
- **Nakano N (1999)**. Report from Japan. Paper presented at an expert group meeting in preparation for the WHO International Conference on Tobacco and Health- Kobe. Tokyo.
- **Ndiaye M, Ndir M, Quantin X, et al (2003)**. Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie de Dakar, Sénégal. *Rev Mal Respir*. 20: 701-709.

Références bibliographiques

- **Oberg M, Woodward A, Jaakkola MS, Peruga A, Pruss-Ustun A (2011).** Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 377(9760): 139-146.
- **Office of the Surgeon General (US), Office on Smoking and Health (US). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US) (2004).** The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General.
- **OMS (1997).** Tobacco or health: a global status report. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- **OMS (1999).** Framework Convention on Tobacco Control. Technical Briefing Series WHO/NCD/TFI/99. Geneva: World Health Organization.
- **OMS (2004).** Tabac et Pauvreté. Un Cercle Vicieux: p 4.
- **OMS (2008).** Mpower : un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- **OMS (2010).** « WHO's Framework Convention on Tobacco Control: a Response to the Global Epidemic », © World Health Organization, August 2010. WHOEM/TFI/057/E.In:www.emro.who.int/tfi/tfi.htm, Page consultée le : mardi 23 février 2016.
- **OMS (2013).** WHO Report on the Global Tobacco Epidemic.
- **OMS (2018).** Tobacco. 9 March 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- **Piirtola M, Jelenkovic A, Latvala A, Sund R, Honda C, Inui F, Watanabe M, Tomizawa R, Iwatani Y, Ordoñana JR (2018).** Association of current and former smoking with body mass index: A study of smoking discordant twin pairs from 21 twin cohorts. *PLoS One*. 13(7): 1-17.
- **Prince MI, Ducker SJ, James OFW (2010).** Case-control studies of risk factors for primary biliary cirrhosis in two United Kingdom populations. *Gut*. 59(4): 508-512.
- **Rad M, Kakoie S, Niliye Brojeni F, Pourdamghan N (2010).** Effect of Long-term Smoking on Whole-mouth Salivary Flow Rate and Oral Health. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 4(4): 110-114.

Références bibliographiques

- **Richmond R (1999)**. Teaching medical students about tobacco. *Thorax*. 54: 70-78.
- **Rustemeier K, Stabbert R, Haussmann HJ, Roemer E, Armines EL (2002)**. Evaluation of the Potential Effects of Ingredients Added to Cigarettes. Part 2: Chemical Composition of Mainstream Smoke. *Food Chem Toxicol*.40: 93-104.
- **Shah R, Cole J (2010)**. Smoking and stroke: the more you smoke the more you strok. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 8(7): 917-932.
- **Sieminska A, Jassem-Bobowicz JM, Uherek M, et al (2009)**. Medical students' attitudes towards tobacco smoking at the first and sixth year of their studies 2002-2008. *Pneumonol Alergol Pol*. 77: 371-379.
- **Smith CJ, Perfettia TA, Gargb R et Hansch C (2003)**. « IARC carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and their calculated log P values », *Food and Chemical Toxicology*. 41(Issue 6): 807-817.
- **Sung B (2019)**. Time to First Cigarette and Self-Reported Health Among US Adult Smokers. *Tobacco Use Insights*.12: 1-7.
- **Stramari LM, Kurtz M, Correa Da Silva LC (2009)**. Prevalence of and variables related to smoking among medical students at a university in the city of Passo Fundo, Brazil. *J Bras Pneumol*. 35: 442-448.
- **Talis K (2014)**. Tizi-Ouzou : Célébration de la Journée mondiale sans tabac au CHU, La consommation du tabac a triplé en Algérie.
- **The World Bank (1999)**. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC: World Bank Publications. <http://www1.worldbank.org/tobacco/book/html/cover2a.hmt>.
- **Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S (2015)**. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev*. 16(10): 883-901.
- **Treur JL, Taylor AE, Ware JJ, McMahon G, Hottenga JJ, Baselmans BM, Willemsen G, Boomsma DI, Munafò MR, Vink JM (2016)**. Associations between smoking and caffeine consumption in two European cohorts. *Addiction*. 111(6): 1059-1068.

Références bibliographiques

- **Tolstrup JS, Kristiansen L, Becker U, Grønbaek M (2009)**. Smoking and risk of acute and chronic pancreatitis among women and men: a population-based cohort study. *Archives of Internal Medicine*.169(6): 603-609.
- **US department of Health and Human Services (USHHS) (1994)**. Preventing tobacco use among young people. A Report of the Surgeon General. 43(RR-4): p 8.
- **Vidyasagaran AL, Siddiqi K, Kanaan M (2016)**. Use of smokeless tobacco and risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 23(18): 1970-1981.
- **Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Costa de Silva V, el Awa F, Tsouros A, Rahman K, Fishburn B, Bettcher DW, Asma S (2008)**. Global Youth Tobacco Surveillance, 2000-2007. *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*. MMWR Surveill Summ. 57(1): 1-28.
- **Watanabe I, Shigeta M, Inoue K, Matsui D, Ozaki E, Kuriyama N, Ozasa K, Yamamoto T, Kanamura N, Watanabe Y (2013)**. Personal factors associated with smoking among marginalized and disadvantaged youth in Japan. A strong relationship between smoking and convenience store use. *Int J Behav Med*. 20(4): 504-513.
- **Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ (2001)**. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol*. United States. 154(4): 322-327.
- **Zaghba N, Yassine N, Sghier Z, Hayat L, Elfadi K, Rahibi I, Hilali S, Echcherrate A, Mounaji F, Benjelloun H, Bakhatar A, Bennani Othmani A, Bahlaoui A (2013)**. *Revue des Maladies Respiratoires*. 30: 367-373.
- **Zein CO, Unalp A, Colvin R, Liu YC, McCullough AJ (2011)**. Smoking and severity of hepatic fibrosis in nonalcoholic fatty liver disease. *Journal of Hepatology*. 54(4):753-759.

Annexes

Annexe 1

Tableau A1. Répartition de la consommation selon le sexe

Taux	Filles participantes	Hommes participants	Filles consommatrices	Hommes consommateurs
%	39	61	17,65	55

Tableau A2. Répartition de la consommation selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Niveau 1^{ère} année	11,36%	/
Niveau 2^{ème} année	11,36%	33,33%
Niveau 3^{ème} année	15,91%	22,22%
Niveau 1^{ère} année master	15,91%	22,22%
Niveau 2^{ème} année master	15,91%	22,22%

Tableau A3. Types de tabac fumé consommé par les étudiants

Types de tabac fumé	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Cigarette	79,54%	44,44%
Chicha	72,72%	77,78%
Pipe	13,63%	/
Cigare	11,36%	/
Cigarillo	11,36%	/
Cigarette électronique	29,54%	11,11%

Tableau A4. Manière de la consommation de tabac par les filles et les hommes

Manière de consommation	Hommes consommateurs	Filles Consommatrices
Quotidienne	40,91%	44,44%
Occasionnelle	25 %	44,44%

Annexes

Tableau A5. Source de revenus des étudiants consommateurs et non consommateurs

Source de revenus	Consommateurs	Non consommateurs
Emploi saisonnier	11,32%	16,88%
Emploi à temps Partiel	22,64%	5,19%
Emploi en temps Complet	15,09%	9,09%
Un des deux parents	18,87%	37,66%
Autres	32,08%	22,08%

Tableau A6. Etat de résidence des étudiants consommateurs et non consommateurs

Etat de résidence	Consommateurs	Non consommateurs
Bon	47,17%	37,06 %
Moyen	39,62%	55,84%
Mauvais	16,98%	1,30%

Tableau A7. Maladies retrouvées chez les consommateurs et les non consommateurs

Maladies	Consommateurs	Non consommateurs
Diabète	3,77%	/
Maladies cardiovasculaires	1,89%	1,28%
Hypersensibilité	/	1,28%
Eczéma	/	1,28%
Allergie	/	3,85%
Calculs rénales	/	1,28%
Rhumatisme	/	1,28%
Maladies gastriques	/	1,28%

Annexes

Anémie	/	1,28%
---------------	---	-------

Tableau A8. Jugement du déjeuner par les consommateurs et les non consommateurs

	Consommateurs	Non consommateurs
Hyperglucidique	37,74%	25,64%
Hyperlipidique	15,09%	15,38%
Hyperprotéique	5,66%	3,85%
Equilibré	32,08%	25,64%

Tableau A9. Jugement du diner par les consommateurs et les non consommateurs

	Consommateurs	Non Consommateurs
Hyperglucidique	30,19%	8,97%
Hyperlipidique	20,75%	25,64%
Hyperprotéique	5,66%	11,54%
Equilibré	35,85%	42,31%

Tableau A10. Nombre de portions produits laitiers consommés par jour par les consommateurs et les non consommateurs

	Consommateurs	Non consommateurs
1	39,62%	32,05%
2	33,96%	30,77%
Plus de 2	13,21%	12,82%
rien	5,66%	12,82%

Annexes

Tableau A11. Teneurs des collations matinales et après-midi chez les consommateurs et les non consommateurs

	Consommateurs	Non consommateurs
Graisse	13,21%	11,54%
Sucres	39,62%	39,74%
Sodas	13,21%	6,41%

Annexe 2

Tableau 1. Marque de tabac consommés par les hommes et les filles

Marque/sexe	Hommes consommateurs	Filles consommatrices
Marlboro	28,26%	11,11%
LM	26,08%	/
RYM	17,39%	/
Afraz	2,17%	/
Gauloise	10,86%	/
Hogger	2,17%	/
Fakher	2,17%	11,11%
BR	2,17%	/
Philips morris	2,17%	/
Chamma assila	4,34%	/
Monde	2,17%	/

Tableau 2.A partir de quand fumer du tabac devient-il dangereux pour la santé?

Questions	Consommateurs	Non Consommateurs
Dès qu'on essaye?	16,98%	6,41%
A partir du moment où on en fume de temps en temps?	26,42%	3,85%
A partir du moment où	47,17%	8,97%

Annexes

on en fume tous les jours?		
A partir du moment où on en fume tous les jours?	9,43%	/

Tableau 3. Maladies liées au tabac d'après les connaissances des étudiants

Maladies	Consommateurs	Non Consommateurs
Cancer de la bouche	/	1,28%
Maladies de la gencive	/	1.28%
Maladies des dents	/	7.55%
Infections buccodentaires	/	1.28
cancer du larynx	3,77	/
Hypertensions	1.89 %	2.56%
Maladies pneumonies	/	1.28%
Stress	1.89%	/
Toux	1.89%	/
Cancer de poumons	35.85%	26.92%
Maladies cardiaques	13.21%	10.26%
Cancer de colon	1.89%	2.56%
Cancer d'estomac	1.89%	1.28%
maladie de l'estomac	3,77	1,28
Cancer de l'œsophage	1.89%	1.28%
Tuberculose	3.77%	3.85%
Asthme	5.66%	23.08%
Maladies respiratoires	11.32%	7.69%
Cancer de foie	1.89%	1.28%
Cancer de la gorge	1.89%	2.56%
Cancer de prostate	/	1.28%
cancer du sang	/	1,28

Annexes

maladie de nerf	/	1,28
maladies chroniques	/	1,28
Allergie	/	1,28
cancer os	/	1,28
faiblesse sexuelle	1,89	2,56
Cancers	24.13%	29.49%

Tableau 4. Prix du produit de tabac

	Hommes consommateurs	Filles Consommatrices
Trop cher	36,36%	22,22%
Approprié	40,91%	66,67%
Pas assez cher	13,64%	/

Tableau 5.Lieu d'achat du produit de tabac

Lieu	Hommes consommateurs	Filles Consommatrices
Kiosque ou table	54,55%	11,11%
Grandes surfaces	20,45%	11,11%
Parents	6,82%	11,11%
Amis	43,18%	33,33%
Autre	2,27%	/

Tableau 6.Nombre de tasse de café consommé par jour chez les hommes et les filles

Nombre	Hommes Consommateurs	Filles consommatrices
Une tasse	45,45%	44,44%
Deux tasses	22,73%	/
Plus	18,18%	33,33%

Annexes

Tableau 7.Lieu de fumer chez les hommes et les filles

Lieu	Hommes Consommateurs	Filles consommatrices
Maison	31,82%	11,11%
Café	70,45%	11,11%
Université	70,45%	33,33%
Dehors	61,36%	22,22%

Tableau 8.Fumer avec qui

	Hommes Consommateurs	Filles consommatrices
Amis	88,64%	44,44%
Frères	11,36%	11,11%
Père, beau-père, grand-père	2,27%	11,11%
Seul	43,18%	22,22%

Tableau 9.Avez-vous vu des publicités des marques de cigarette ?

Chaines	Hommes Consommateurs	Filles consommatrices
Chaines nationales	20,45%	11,11%
Chaines internationales	25%	22,22%
Journaux	22,73%	11,11%

Tableau 10.Que pensez-vous des campagnes de prévention en général ?

	Hommes Consommateurs	Filles consommatrices
Ennuyeux	4,55%	/
Inutile	20,45%	33,33%
Utile	18,18%	11,11%
Nécessaire	27,27%	22,22%
Autre	/	/

Enquête

Enquête sur le tabagisme, comportement alimentaire et les conditions socio-économiques chez les étudiants de la faculté SNV, Université ibn Khaldoun de Tiaret

-Age :

N° :

Date : / / 2019

-Sexe :

Lieu :

Cochez devant votre réponse

• **Niveau socio-économique**

A) Education

1) À quel niveau, vous situez-vous?

1^{ère} année

2^{ème} année

3^{ème} année

Spécialité :

1^{ère} année master

Spécialité :

2^{ème} année master

Spécialité :

2) Aimeriez-vous continuer ou finir vos études?

Oui •

Non

3) Si "oui", dans quelle spécialité aimeriez-vous étudier? (préciser)

.....

4) Avez-vous des besoins particuliers au niveau de la formation? •

Oui •

Non

5) Si "oui", décrivez les?

.....

B) Emploi

1) Avez-vous un emploi présentement? •

Oui •

Non

2) Si "oui", quel genre de travail / métier exercez-vous? (préciser)

.....

3) Si "non" quel genre de travail / métier occupiez-vous antérieurement? (préciser)

.....

4) Est-ce qu'il y a plus d'un revenu dans votre famille? •

Oui •

Non

5) Dans quel échelon salarial votre famille se situe-t-elle?

Entre 15000 Da et 25000 Da

Entre 25000 Da et 35000 Da

Entre 35000 Da et 45000 Da

Entre 45000 Da et 55000 Da

Entre 55000 Da et 65000 Da

>65000 Da (préciser, si vous êtes au courant : Da)

6) Quel est votre source de revenu?

- Emploi saisonnier
- Emploi à temps partiel
- Emploi à temps complet
- L'un des deux parents, préciser :
- Autres :

C) Habitation

1) Êtes-vous propriétaire de votre lieu de résidence actuel? (maison de la famille)

- Oui • Non

2) Si "oui" depuis combien de temps occupez-vous ce lieu de résidence?an(s)

3) Dans quelle condition, estimez-vous votre lieu de résidence actuel? •

- Bonne • Moyenne • Mauvaise

4) Votre maison a-t-elle besoin de rénovations? •

- Oui • Non

5) Êtes-vous locataires? •

- Oui • Non

6) Si oui quel pourcentage de vos revenus mensuels est consacré à votre loyer? •

- 0 à 10% • 11 à 20% • 21 à 30% • 31 à 40% • 41% et plus •

7) Avez-vous un handicap physique qui nécessite des besoins d'adaptation particuliers? •

- Oui • Non

8) Si "oui" précisez?

.....

d) Santé

1) Comment vous juger votre état de santé ?

- Bonne • Acceptable • Mauvaise

2) Souffrez-vous d'une maladie particulière? •

- Oui • Non

3) Si oui, préciser :

4) Êtes-vous handicapé? •

- Oui • Non

5) Si oui, préciser :

6) Croyez-vous qu'il existe un besoin pour des programmes de traitement contre la dépendance au tabagisme, l'alcool, la drogue

- Oui • Non

• **Tabagisme**

A) Vous Consommez le tabac :

- **Tabac fumé** (cigarette, chicha, pipe...)

• **Fumez-vous ?**

- Cigarette
- Chicha
- Pipe
- Cigare
- Cigarillo
- Cigarette électronique

• **Tabac non fumé**

• **Quel type?**

- Tabac à Chiquer (Chamma)
- Tabac à priser

1)-Fumez-vous d'une manière :

- Occasionnelle
- Quotidienne

2)-Comment jugez-vous votre consommation de tabac :

- Excessive
- Raisonnable
- Faible

3) Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée

- Oui
- Non

4) Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes
- 6 à 30 minutes
- 31 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

5) Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (ex: cinéma, bibliothèque, hôpital...)

- Non
- Oui

6) A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- La première de la journée
- Une autre

7) Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- Oui
- Non

8)-À quel âge avez-vous commencé ?

9)-Depuis combien de temps fumez-vous ?

10)-Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour :

11)-Quelle marque vous fumez ?

- Marlboro
- Gauloise
- AFRAS
- RYM
- NASSIM

Autres marques, précisez :

12)-Avez-vous déjà changé de marque :

Non

Oui,

pourquoi :

13) Pourquoi avez-vous débuté :

Entourage parents

Frères/sœurs

Statut/cool

Curiosité

Club de sport

Relation avec d'autres substances (cannabis, etc.)

Autre (préciser) :

14)- Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

Oui

Non

15)-Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

C'est une habitude dont j'ai envie de me libérer

Cela me coûte cher

Pour ma santé

Je suis obligé car c'est interdit de fumer

Autres (préciser) :

16)-Si non, pourquoi ?

Je n'ai pas envie

C'est trop difficile

Fumer facilite ta relation avec les autres Autres (préciser) :

17)-Craignez-vous pour vous-même les maladies dues au tabac?

Pas du tout,

Peu, pas mal

Beaucoup

18)-A partir de quand fumer du tabac devient-il dangereux pour la santé?

Dès qu'on essaye?

A partir du moment où on en fume de temps en temps?

A partir du moment où on en fume tous les jours?

Ce n'est jamais dangereux. »

19)-Pouvez-vous citer 3 maladies liées au tabac :

1-.....

2-.....

3-.....

20) Croyez-vous que le tabac peut réellement tuer :

Oui

Non

21) Connaissez-vous dans votre entourage une personne qui souffre d'une maladie liée au tabac :

Oui Non

22) Y a-t-il un âge légal pour acheter du tabac :

Non Oui lequel :

23) Prix du paquet de cigarette :

Trop cher Approprié Pas assez cher

24) Où vous procurez-vous votre tabac :

Kiosque
 Grande surfaces
 Parents
 Amis
 Autre (préciser) :

25) Avec quel argent achetez-vous votre tabac :

argent de poche

Job Economies Autre (préciser) :

26)-Quand vous fumez, vous consommez du café

Oui Non

27)-Combien de tasse

Une tasse Deux tasses Plus (préciser) :

28)-Vous fumez où ?

Maison Café Université Dehors

29)-Vous fumez avec qui ?

Amis Frères Père, beau-père, grand-père Seule

30) Etes-vous sensible aux campagnes de prévention :

Oui Non

31) Avez-vous vu des publicités des marques de cigarette

Chaines nationales précisez la chaine si vous vous rappelez :
 Chaines internationales précisez la chaine si vous vous rappelez :
 Journaux précisez le journal si vous vous rappelez :

32) Pensez-vous que les textes sur les paquets de cigarettes ont un impact :

Oui Non

33) Pensez-vous que des images seraient plus efficaces :

Oui Non

34) Que pensez-vous des campagnes de prévention en général

Ennuyeux Inutile Utile Nécessaire

Autre

B) Vous ne fumez pas :

1)-Pour quelle(s) raison(s) est-ce que tu ne fumes pas ?

C'est mauvais pour la santé Ça coûte cher C'est difficile de s'arrêter Ça donne mauvaise haleine C'est gênant pour les autres Tu penses que cela n'apporte rien de fumer

Parce que tu as eu une information sur le tabac pendant ta scolarité Tu n'as jamais eu envie Je suis fille et c'est interdit (Haram)

Autres

2)-Est-ce que l'on t'a déjà proposé une cigarette ?

Oui Non

C)-Vous avez arrêté de fumer :

1)-Combien de cigarettes fumais-tu ?

Moins d'une cigarette par semaine
 Moins d'une cigarette par jour
 1 à 10 cigarettes par jour
 11 à 20 cigarettes par jour Plus de 20 cigarettes par jour

2)-A quel âge avez-vous arrêté ? ans

3)-Date de votre arrêt :

Moins de 1 mois 1 mois à 1 an Plus de 1 an

4)-Pendant combien de temps as-tu été fumeur ?

Plusieurs mois et moins
 Environ une année
 Entre 2 à 4 ans
 Plus de 5 ans

5)-Pour quelle(s) raison(s) est-ce que tu ne fumes plus ? (Plusieurs réponses possibles)

C'est mauvais pour la santé Ça coûte cher Tes parents t'ont obligé A cause de la loi sur le tabac Ça donne mauvaise haleine C'est gênant pour les autres

Parce que tu as eu une information sur le tabac pendant ta scolarité

Autres (préciser) :

D)-Le tabac et ton entourage :

1)-Y a-t-il des personnes de ton entourage qui fument ?

Oui Non

2)-Si oui, qui ? (Plusieurs réponses possibles)

Père / beau-père
 Mère / belle-mère

- Copains
- Frères / sœurs
- Autres proches

3)-Si oui, fument-ils en ta présence ?

- Oui Non

4)-Où ?

- Uniquement dehors Dans la maison Dans la voiture
 Autre endroit Partout

5)-Est-ce que cela te dérange ?

- Oui, beaucoup Oui, un peu Non, pas du tout

6)-Avez-vous déjà parlé du tabac avec tes parents ?

- Oui Non

7)- Quelle est l'attitude de tes parents ? (une seule réponse possible)

- Ils t'interdisent de fumer Ils te déconseillent de fumer Ils t'autorisent à fumer Ils sont indifférents au fait que tu fumes
 Tu ne connais pas leur avis sur le sujet

Comportement alimentaire

• **Savez-vous votre poids actuel?**

- Non Oui, combien (en kg) :

• **Votre taille (en m) :**

• **Pratiquez-vous une activité sportive ?**

- Non Oui, laquelle :

4) Vous pratiquez cette activité d'une manière

- Régulière Irrégulière

5) Vous résidez où ?

- Avec vos parents Cité universitaire Seul
 Avec les grands-parents Avec des cousins

6) Temps de trajet quotidien domicile/université, combien (en minutes ou en heures) :

.....

7) Pour aller à la fac vous :

- Utilisez les transports en commun (bus privés)
 Utilisez les bus universitaires
 Vous êtes véhiculés
 Vous rendez à la fac à pieds
 Vous utilisez le vélo

8) Prenez- vous le petit déjeuner

- Quotidiennement Occasionnellement

9) Pensez-vous que votre petit déjeuner est équilibré ?

- Oui Non

Si non, Pourquoi ?

10) Votre petit déjeuner est constitué de (préciser) :

11) Prenez- vous votre déjeuner à :

- Domicile avec la famille
- Chez vous dans la chambre de la cité universitaire
- Restaurant universités
- Fast food (Sandwitch)
- Préparé à l'avance
- Je mange seulement des sucreries (biscuits, millefeuilles...)
- Restaurant
- Chips
- Autres, préciser :
- Je ne mange rien

12) Vous jugez votre déjeuner comme :

- Hyperglucidique
- Hyperlipidique
- Hyperprotéique

13) Vous prenez votre diner où ?

- Domicile avec la famille
- Restaurant universités
- Sanswitch (Fast food)
- Prépare par vous-même dans la chambre de la cite universitaire
- Je ne mange rien

14) Vous jugez votre diner comme :

- Hyperglucidique
- Hyperlipidique
- Hyperprotéique
- Equilibré

15) Vous consommez combien de produits laitiers par jour ? (ex : yaourt, lait, fromage, lait écaillé,

elben, Raib...

- Un seul produit
- Deux produits laitiers par jour
- Plus de deux produits laitiers par jour
- Je ne consomme pas des produits laitiers durant la journée

16) Consommez-vous des légumes durant la journée ?

- Oui
- Non

17) Consommez-vous des œufs, des poissons, des viandes durant la journée ?

- Oui
- Non

18) Consommez-vous des fruits durant la journée ?

- Oui
- Non

19) Consommez-vous des produits sucrés durant la journée en dehors du petit déjeuner ?

20) Prenez- vous une collation matinale ?

- Non
- Oui

Si oui combien de fois par semaine :

21) Prenez- vous une collation l'après-midi ?

Non Oui

Si oui combien de fois par semaine :

22) Ces collations contiennent un apport excessif en :

Graisse Sucres Sodas

23) vous buvez combien d'eau chaque jour ?

- 500 ml par jour (équivalent de 2 verres)
 Entre 500 ml et 1L par jours
 Entre 1L et 1L et demi (1500 ml) par jours
 Entre 1 L et demi et 2 L par jour
 Entre 2 L et 2 L et demi (2500 ml) par jour

24) Quand vous êtes à la fac buvez- vous de l'eau ?

Oui Combien en ml :
 Non Pourquoi :

25) Est-ce vos habitudes alimentaires ont changé depuis que vous avez entré à la fac

Oui Non

26) Est-ce votre poids a été changé depuis cette rentrée universitaire (2018-2019)

Oui Non

27) Avez-vous déjà suivi un régime ?

Oui Non

28) Ce régime était encadré par

- Vous-même
 Par un professionnel

