

L'université Senghor à Alexandrie: une université sans tabac?

[Senghor University in Alexandria: a university without smoking?]

Guillaume OKOUBO¹, Nicaise Aya N'GUESSAN², P. Abel NANEMA³, and Christian MESENGE³

¹UFR Sciences Médicales,
Université Félix Houphouët-Boigny,
08 BP 2746 Abidjan 08, Côte d'Ivoire

²UFR Biosciences, Laboratoire de Zoologie et Biologie Animale,
Université Félix Houphouët-Boigny,
22 BP 582 Abidjan 22, Côte d'Ivoire

³Département Santé,
Université Senghor d'Alexandrie,
1, Place Ahmed Orabi, El Mancheya Alexandria, Egypt

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: OBJECTIVE: This survey aims to identify the determinants of smoking and compare their effects on smoking behavior of students and staff of the Université Senghor of Alexandria. METHOD: Descriptive and analytical cross-sectional study was done on 151 adults (students and staff) of the Université Senghor in 2012. Logistic regression models were used to test the association between smoking behavior and socio-demographic, socio-economic variables and knowledge of smoking. RESULTS: The overall prevalence of smoking in the Université Senghor was 10% with a prevalence of 3% and 32% among students and administrative staff respectively. Factors strongly associated with smoking behavior of the population of the Université Senghor are: age, employment status, level of education and exposure to passive smoking. In the association of the four co-variables "age", "professional status", "level of education" and "exposure to passive smoking," the professional status is the most important determinant in the choice of smoking ($\chi^2 = 24.16$, $df = 3$, $Prob < 0.00001$). CONCLUSION Smoking in Université Senghor is especially practiced by male administrative personnel. Compliance with the smoke free law seems to follow a gradient according to the occupational status. The fight against smoking in Université Senghor should necessarily be directed to the male administrative staff with non-university education.

KEYWORDS: Determinants, Smoking, Students and Staff, Université Senghor of Alexandria, Egypt.

RÉSUMÉ: OBJECTIF: L'objectif de cet article vise à identifier les déterminants du tabagisme, analyser et comparer leurs effets sur le comportement tabagique des étudiants et du personnel de l'Université Senghor d'Alexandrie. METHODES: Etude transversale descriptive et analytique portant sur 151 personnes (étudiants et personnel) de l'Université Senghor d'Alexandrie en 2012. Des modèles de régression logistique ont permis de tester l'association entre le comportement tabagique et les variables sociodémographiques, socioéconomiques et la connaissance du tabagisme. RESULTATS: La prévalence globale du tabagisme au sein de l'USA était de 10% avec une prévalence de 3% chez les étudiants et 32% chez le personnel administratif. Les facteurs fortement associés au comportement tabagique de la population étudiée sont l'âge, le statut socioprofessionnel, le niveau d'étude et l'exposition au tabagisme passif. Dans l'association des quatre co-variables « âge », « statut professionnel », « niveau d'étude » et « exposition au tabagisme passif », c'est le statut professionnel qui est le déterminant majeur dans le choix de fumer ($\chi^2 = 24,16$; $ddl = 3$; $Prob < 0,00001$). CONCLUSION: Le tabagisme au sein de

l'Université Senghor d'Alexandrie est surtout le fait du personnel administratif masculin. Le respect de la loi antitabac semble suivre un gradient selon le statut socioprofessionnel. La lutte contre le tabagisme à l'Université devrait principalement être dirigée vers le personnel administratif masculin de niveau non universitaire.

MOTS-CLEFS: Déterminants, Tabagisme, Etudiants et Personnel, Université Senghor d'Alexandrie, Egypte.

1 INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considérait en 2014 que la consommation de tabac était responsable de plus de 6 millions de décès par an dans le monde. Plus de cinq millions de ces décès sont le résultat de l'usage direct du tabac tandis que plus de 600 000 sont le résultat de l'exposition au tabagisme passif [1]. Ce chiffre devrait s'élever à plus de huit millions en 2030 si la tendance actuelle se poursuit [2]. L'épidémie du tabagisme mettra ainsi en danger la vie d'un milliard d'hommes, de femmes et d'enfants au cours de ce 21^{ème} siècle [1].

Près de 80% des décès prématurés liés au tabac se produiront dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et un tiers concernera les enfants [1]. La morbidité et la mortalité associées au tabagisme se déplacent du monde industrialisé vers les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire [3]. La consommation de tabac progresse dans ces pays du fait de l'action des industries du tabac et de l'absence ou l'insuffisance de législation antitabac. En Afrique, le nombre annuel de décès lié aux conséquences du tabagisme s'élève à deux millions et ce sont les jeunes de moins de 18 ans qui sont le plus touchés par ce phénomène [4].

Alors que le tabagisme est aujourd'hui la première cause de décès évitable dans le monde, seule une faible proportion (16%) de la population mondiale est protégée par une législation non-fumeur complète [1].

L'Égypte est l'un des pays à revenu intermédiaire où le tabagisme quotidien¹ est estimé à 36% [5] avec un taux particulièrement élevé (44,3%) chez les hommes alors que les femmes sont peu nombreuses à fumer (0,3%) [6]. Comme de nombreux pays², l'Égypte a adhéré à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) qu'elle a signé le 17 juin 2003 et ratifié le 25 février 2005 [7]. En application de cette convention, l'Etat égyptien a pris de nombreuses mesures dont l'instauration d'espaces non-fumeurs pour faire face à la forte prévalence du tabagisme [6].

Cette mesure destinée à protéger les populations contre les effets nocifs du tabagisme passif concerne les établissements de santé, les établissements d'enseignement, les universités, les services publics et les bureaux. L'Université Senghor d'Alexandrie (USA), dont les étudiants proviennent essentiellement de pays francophones avec des réalités socioéconomiques et culturelles différentes de celles du personnel administratif originaire d'Égypte, semble échapper à cette mesure. Pourtant les pays de la Francophonie (France, Canada, Belgique, Suisse) qui sont les principaux financeurs de cette université ont des lois très claires concernant l'interdiction du tabagisme dans les établissements d'enseignement. Un pays d'accueil qui recommande de ne pas fumer dans les locaux universitaires et des pays financeurs qui ont une législation rigoureuse en matière de tabagisme, il semble légitime de se poser la question de savoir pourquoi ces lois ne s'appliquent pas à l'USA ? En effet, le tabagisme est très frappant dès que l'on pénètre dans les locaux de cette université. Pour comprendre pourquoi la législation anti-tabac n'y est pas appliquée, il apparaît nécessaire d'en identifier les raisons profondes.

Les facteurs sociaux et individuels sont des déterminants importants de la santé d'une population. Les styles de vie, tels que la manière de se nourrir, l'activité physique, la consommation d'alcool et le tabagisme sont souvent considérés comme des comportements « individuels » alors qu'ils sont en grande partie déterminés par l'environnement dans lequel les personnes vivent : la famille, les milieux de vie ou de travail, la société en général [8]. Fumer est beaucoup plus qu'un simple comportement individuel, il constitue une partie de la culture à l'intérieur d'une communauté. Au sein d'une même communauté, on peut constater qu'il existe des disparités dans la prévalence du tabagisme qu'on pourrait lier aux facteurs socioéconomiques et aux normes sociales [9].

¹ Le tabagisme quotidien ou « régulier » est le fait de fumer tous les jours ou de fumer au moins une (01) cigarette par jour

² Jusqu'au 3 mars 2015, 168 pays étaient signataires de la convention et 180 Parties à la convention.

L'usage du tabac a été associé à diverses caractéristiques sociales, économiques et individuelles chez les adultes et adolescents [10]. Ainsi, les déterminants sociaux et individuels tels que l'éducation, la classe sociale, le type d'emploi, la situation économique et le statut matrimonial ont été associés au tabagisme. Il en résulte que les classes défavorisées, les célibataires, séparés ou divorcés ont des taux de tabagisme plus élevés que les classes socio-économiques supérieures et les mariés [11], [12].

Parmi le faible nombre de travaux réalisés sur le tabagisme en Egypte [13], très peu portent sur les déterminants du tabagisme au sein d'un groupe spécifique d'adultes. L'étude des interactions entre les facteurs individuels dans une communauté spécifique et le tabagisme est indispensable pour définir une stratégie susceptible de faire respecter la législation antitabac dans les universités. Ce constat amène à faire le point sur l'application de la loi égyptienne antitabac à l'intérieur de l'USA. Autrement dit, en quoi le statut socioprofessionnel influence-t-il le respect de la loi antitabac à l'USA ? Pour répondre à cette question, il paraît pertinent d'analyser les facteurs sociodémographiques, socioéconomiques et les habitudes qui déterminent le comportement tabagique (fumeur) au sein de la population de l'USA. L'hypothèse de ce travail est que les attitudes des individus vis-à-vis des addictions restent profondément liées à leur statut socioéconomique et culturel.

Afin de mieux comprendre la réalité du tabagisme à l'USA, une enquête a été menée en 2012 auprès des étudiants et du personnel de l'université. Cette étude avait pour objectifs (i) d'identifier les fumeurs chez les étudiants et chez le personnel, (ii) identifier les déterminants du tabagisme chez les étudiants et le personnel de l'USA et (iii) analyser la relation avec le fait de fumer chez les étudiants et le personnel dans l'enceinte de l'USA.

2 METHODES

La population étudiée était constituée des étudiants inscrits à l'USA au titre de l'année académique 2011-2012 et du personnel travaillant à l'université au cours de la même année, soit 250 personnes comprenant 180 étudiants et 70 membres du personnel. Les étudiants de l'USA sont des travailleurs en formation continue, avec un niveau d'étude minimum de Licence et un âge maximum de 36 ans. Ils proviennent essentiellement de pays francophones et regroupent 22 nationalités. Les membres du personnel sont quasiment originaires d'Egypte. Les participants sont ceux qui ont donné leur accord verbal. Après l'autorisation de réaliser l'étude par l'administration de l'université, les objectifs de l'enquête et les modalités de participation ont été expliqués à l'ensemble des interviewés.

L'enquête s'est déroulée en trois phases. La première étape a consisté à distribuer un questionnaire auto-administré en français à chaque étudiant et au personnel administratif parlant le français. Puis, le même questionnaire traduit en arabe a été administré au personnel parlant exclusivement l'arabe. La seconde phase a consisté à faire une observation directe des étudiants et du personnel fumeur pendant plus de deux semaines au sein de l'université. Le choix de cette méthode de recueil de données s'est imposé en raison du refus des fumeurs de participer à un focus groupe. Les observations ont été réalisées de manière inopinée dans toute l'université et à différents moments de la journée. Elles visaient à observer les sujets fumeurs en situation réelle dans l'enceinte de l'USA. Pour rappel, les locaux de l'USA sont essentiellement constitués par des espaces clos situés dans un immeuble de plus de dix étages. L'université n'occupe que le rez-de-chaussée, les paliers du 4^{ième} et du 5^{ième} étage. Les informations à collecter étaient les endroits où les personnes observées fumaient, si les fumeurs fumaient en présence d'autres personnes ou pas, le statut professionnel des fumeurs observés et celui des non-fumeurs. Avec le concours d'un agent du service intérieur de l'université, les individus fumeurs dénombrés ont fait l'objet d'une identification pour éviter de les comptabiliser à chaque nouvelle observation. A l'issue de l'observation directe, une phase supplémentaire d'entretien avec quelques étudiants fumeurs a été envisagée. Pour ce faire, un appel a été lancé de manière anonyme et sur une base volontaire, auprès des étudiants fumeurs de l'USA en vue de réaliser un focus group. Toutefois, compte tenu des difficultés à organiser la rencontre en groupe de tous les volontaires, l'entretien individuel a finalement été privilégié.

Les informations à collecter portaient sur le sexe et les réponses aux questions suivantes : « Fumez-vous dans l'enceinte de l'USA ? Si oui, dans quel (s) endroit (s) exactement ? Si non où fumez-vous ? Ensuite « Quelles sont les raisons pour lesquelles on ne vous voit jamais avec une cigarette dans l'enceinte de l'USA ? » ; « Que pensez-vous du fait de fumer dans l'enceinte de l'USA ? » ; « Que pensez-vous de l'idée de faire de l'USA une université sans tabac et que proposez-vous pour atteindre cet objectif ? ».

Les variables retenues pour étudier les facteurs déterminants du tabagisme à l'USA ont été : (i) les caractéristiques sociodémographiques de la population à l'étude : l'âge, le sexe, niveau d'étude et la situation matrimoniale; (ii) les caractéristiques socioéconomiques telles que le statut professionnel des enquêtés et la fonction occupée par les membres du personnel (employé, technicien, cadre, cadre supérieur, enseignant, direction); (iii) les variables relatives à la connaissance

du tabagisme : bienfaits liés au tabagisme, nocivité de la fumée pour la santé, existence d'une loi antitabac, définition et exposition au tabagisme passif, etc. Enfin, (iv) les variables liées aux habitudes tabagiques : avoir déjà fumé au moins une fois un produit tabagique ou autre, actuellement fumeur, etc.

La catégorie « fumeur » a été définie comme tout participant qui au moment de l'étude a déclaré consommer un produit tabagique quelconque de manière occasionnelle ou régulière. Par contre la catégorie « non-fumeur » comprend "ceux n'ayant jamais fumé" ainsi que "les anciens fumeurs". Le participant « n'ayant jamais fumé » est celui qui déclare n'avoir jamais consommé de produit tabagique de manière volontaire. L'« ancien fumeur » est tout participant ayant fumé antérieurement et qui déclare ne plus fumer au moment de l'enquête.

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel puis importées et analysées par le logiciel STATA, version 9 (Stata Cooperation ; College Station, Tx, USA). Le test Chi2 et le test de Fisher (effectif inférieur à 5) ont été utilisés pour la comparaison des pourcentages avec un seuil de signification statistique fixé à 5%. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour identifier les facteurs associés au comportement tabagique avec une analyse d'abord bivariée puis multivariée.

3 RESULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Sur un effectif total d'environ deux cent cinquante (250) personnes que comptait l'USA au cours de l'année académique 2011-2012 dont 180 étudiants et 70 membres du personnel, cent cinquante et une (151) personnes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse globale de 60%. Sur l'ensemble des personnes interrogées (113 étudiants et 38 membres du personnel), il a été relevé que quinze personnes entraient dans la catégorie des "fumeurs", soit une prévalence de tabagisme de 10% (Tableau 1). Ce taux est relativement inférieur au 17% obtenu par observation directe (Tableau 2).

Tableau 1. Répartition des participants en fonction des caractéristiques sociodémographiques, Socioéconomiques et de l'habitude tabagique à l'Université Senghor (Alexandrie, Egypte, 2012)

	Habitude tabagique					
	Fumeurs			Non-Fumeurs		
	Effectif	%	IC95%	Effectif	%	IC95%
Age	n= 15			n=135*		
[20à30 ans]	4	26,67	[01,32 - 52,01]	46	34,07	[25,98 - 42,17]
[31à40 ans]	4	26,67	[01,32 - 52,02]	80	59,26	[50,86 - 67,65]
[41à50 ans]	5	33,3	[06,31 - 60,36]	8	5,93	[01,89 - 09,96]
Plus de 50 ans	2	13,33	[-06,52 - 32,82]	1	0,74	[- 0,72 - 02,21]
Sexe	n=15			n=136		
Femme	1	6,67	[-07,63 - 20,97]	42	30,88	[23,02 - 38,75]
Homme	14	93,33	[79,03 - 107,63]	94	69,12	[61,25 - 76,98]
Statut professionnel	n=15			n=136		
Etudiant	3	20	[-02,93 - 42,93]	110	80,88	[74,19 - 87,58]
Personnel	12	80	[57,07 - 102,93]	26	19,12	[12,42 - 25,81]
Niveau d'étude	n=15			n=132*		
Doctorat	3	20	[-02,93 - 42,93]	20	15,15	[08,95 - 21,35]
Maîtrise	1	6,67	[-07,63 - 20,97]	82	62,12	[53,74 - 70,50]
License	2	13,33	[-06,15 - 32,82]	21	15,91	[9,59 - 22,23]
Secondaire	8	53,33	[24,74 - 81,93]	7	5,3	[01,43 - 09,18]
Primaire	1	6,67	[-07,63 - 20,97]	2	1,52	[-0,60 - 03,63]
Situation Matrimoniale	n=15			n=135*		
Célibataire	7	46,67	[18,07 - 75,26]	71	52,59	[44,06 - 61,01]
Marié	6	40	[11,91 - 68,08]	62	45,93	[37,41 - 54,44]
Divorcé	2	13,33	[-06,15 - 32,82]	0	0	0
Veuf	0	0	0	2	1,48	[-0,58 - 3,54]

* Données manquantes dues à des questions sans réponse

Tableau 2. Résultats de l'observation directe du comportement tabagique à l'Université Senghor (Alexandrie, Egypte, 2012)

Lieu	Nombre de Personnes Observées			Nombre de Fumeurs Observés			Nombre de Non Fumeurs Observés		
	Etudiant	Personnel	Total	Etudiant	Personnel	Total	Etudiant	Personnel	Total
Ascenseur	1	3	4	0	1	1	1	2	3
Cafétéria	14	6	20	0	4	4	14	2	16
Couloir	25	11	36	0	4	4	25	7	32
Hall d'entrée	4	2	6	0	1	1	4	1	6
Reprographie	6	2	8	0	2	2	6	0	6
Restaurant	33	12	45	0	5	5	33	7	40
Salle de loisir	24	9	33	0	6	6	24	3	27
Salle de repos du restaurant	26	8	34	0	4	4	26	4	30
Salle de repos du personnel	0	8	8	0	6	6	0	2	2
Service intérieur	12	2	14	0	2	2	12	0	12
Effectif (%)	145 (69,71)	63 (30,2)	208 (100)	0	35 (16,8)	35 (16,83)	145 (69,71)	28 (13,46)	173 (83,17)

L'âge moyen de la population d'étude était de 33,27 ans alors qu'il est plus élevé (37,9 ans) chez les fumeurs. La répartition selon le sexe a montré que 28% des participants à l'étude étaient des femmes et 72% des hommes. Cependant, la consommation du tabac au sein de l'USA est essentiellement le fait de la population masculine. En effet, sur les quinze fumeurs relevés lors de l'enquête par le questionnaire, quatorze sont des hommes, de même que la totalité des fumeurs enregistrés par observation directe (Tableau 2).

La population ayant participé à l'étude était constituée de 113 (63%) étudiants et 38 (54%) membres du personnel administratif. Il y a donc eu proportionnellement plus de non-répondants dans le personnel administratif que chez les étudiants. Par ailleurs, l'enquête par questionnaire a montré une prévalence du tabagisme de 3% chez les étudiants et de 32% dans le personnel administratif alors qu'à l'observation directe, les fumeurs étaient à 100% membres du personnel administratif. Il apparaît donc que la proportion de fumeurs chez le personnel est relativement plus importante que chez les étudiants.

L'évaluation du niveau d'étude a montré que 12% des personnes interrogées avaient un niveau primaire ou secondaire tandis que 87% d'entre elles avaient un niveau d'étude universitaire.

3.2 CONNAISSANCE DU TABAGISME ET HABITUDES TABAGIQUES

Plus de 90% des enquêtés déclarent qu'il n'y a aucun bienfait à consommer du tabac et pensent que le tabagisme est nocif pour la santé. Ils connaissent le tabagisme passif et affirment qu'il est dangereux pour la santé d'y être exposé. Toutefois, ils sont plus de 65% à ignorer l'existence de la loi antitabac dans leur pays respectif.

La quasi-totalité des personnes interrogées reconnaît être exposée en permanence au tabagisme passif au sein de l'USA. Les résultats de l'observation directe confirment bien cette situation avec 83% de personnes exposées (Tableau 2). De plus, la consommation de tabac a été observée dans tous les locaux de l'université à l'exception des salles de cours, de la bibliothèque et de l'infirmerie. Le tabagisme dans les locaux de l'USA est essentiellement le fait du personnel administratif. Aucun étudiant n'a été observé en train de fumer dans l'enceinte de l'université. Aussi, pour comprendre cette situation, il a été envisagé d'interroger les étudiants fumeurs sur leurs comportements. Quatre étudiants de sexe masculin ont accepté volontairement de participer à ces entretiens individuels.

A la question de savoir pourquoi on ne les voyait pas avec une cigarette à l'USA, seul un étudiant a déclaré fumer dans l'enceinte de l'USA. Mais il ajoute qu'il fumait précisément dans les escaliers à l'abri du regard des autres étudiants. Quant aux trois autres, ils ont déclaré fumer principalement à la maison. Par contre, lorsque le besoin se faisait pressant pour deux d'entre eux pendant qu'ils se trouvaient à l'USA, ils sortaient de l'université pour aller fumer dans le parking ou dans le jardin public. Les quatre étudiants ont expliqué qu'ils ne voulaient pas gêner les autres et craignaient leur regard pour le fait d'être les seuls à fumer quand la grande majorité ne le faisait pas. Enfin, un seul a mentionné en plus qu'il était interdit dans son pays (le Cameroun) de fumer dans les lieux publics. Ayant intégré cela, il a continué à observer cette restriction à l'USA.

3.3 FACTEURS CORRELES AU COMPORTEMENT TABAGIQUE DE LA POPULATION DE L'UNIVERSITE SENGHOR D'ALEXANDRIE

L'analyse multivariée a permis d'identifier les facteurs déterminants du comportement tabagique dans la population d'étude. Il s'agit de :

- L'âge : le pourcentage de fumeurs varie significativement suivant la tranche d'âge (Fisher, $P < 0,0001$). Chaque augmentation de l'âge de dix années triple le risque d'être fumeur et le taux le plus élevé de fumeurs (33,3%) a été enregistré chez les 41 à 50 ans.
- Le statut professionnel : la proportion de fumeurs varie significativement suivant le statut professionnel (Fisher, $P < 0,0001$) et la proportion de personnel chez les fumeurs est la plus élevée (80%). Il y a dix-sept fois plus de risque d'être fumeur lorsqu'on est membre du personnel.
- Le niveau d'étude : Le pourcentage de fumeurs diminue de 0,3 fois avec le niveau d'étude (Fisher, $P < 0,0001$). C'est parmi les membres du personnel qui ont un niveau d'éducation secondaire que l'on trouve le taux le plus élevé de fumeurs (53,3%).
- L'exposition au tabagisme passif : augmente d'environ 0,2 fois le risque d'être fumeur.

Dans l'association des quatre co-variables « âge », « statut professionnel », « niveau d'étude » et « exposition au tabagisme passif », c'est le statut professionnel, surtout du Personnel qui est le plus déterminant dans le choix de fumer ($\chi^2 = 24,16$; ddl = 3 ; Prob < 0,00001).

Hormis ces quatre facteurs, toutes les autres variables étudiées au cours de cette enquête n'ont pas d'influence significative sur le comportement tabagique de la population d'étude.

4 DISCUSSION

4.1 LA PREVALENCE DU TABAGISME A L'UNIVERSITE SENGHOR D'ALEXANDRIE

Le taux de participation à l'enquête de 60% indique une proportion importante de non- répondants. Du fait de l'auto-déclaration, il n'a pas été possible d'avoir plus d'informations sur les 99 non-répondants qui comprenaient 67 (37%) étudiants et 32 (46%) membres du personnel. Le taux de participation a été corrigé par l'observation directe qui a donné une prévalence de fumeurs de 17% significativement plus élevée que les 10% déclarés. Au regard des 3% et 32% déclarés respectivement chez les étudiants et le personnel administratif alors qu'à l'observation directe, les fumeurs étaient à 100% membres du personnel administratif, la prévalence du tabagisme à l'USA pourrait avoir été sous estimée du fait de la sous déclaration et du biais de désirabilité sociale [14], [15]. La proportion de personnel relativement plus importante que celle des étudiants chez les fumeurs montre que les étudiants, lorsqu'ils sont fumeurs respectent mieux l'interdiction de fumer dans l'enceinte universitaire. On peut donc se demander si la sous-déclaration observée n'est pas essentiellement le fait de fumeurs membres du personnel administratif? La prévalence de 17% observée est néanmoins significativement en deçà de la moyenne nationale (36%) de l'Egypte [5], l'une des plus élevées en Afrique du nord et dans le Moyen Orient [16], [17]. Les résultats de questionnaire rapportés par Abdalla (18%) chez des étudiants en médecine en Arabie saoudite et Ouédraogo (27%) chez des enseignants du secondaire au Burkina Faso sont plus élevés que les taux déclarés à l'USA [15], [18], [19].

4.2 FACTEURS INFLUENÇANT LE COMPORTEMENT TABAGIQUE DANS L'ENCEINTE DE L'UNIVERSITE SENGHOR D'ALEXANDRIE

Deux groupes de facteurs ont été mis en évidence par l'enquête. Le premier groupe comprend les facteurs ayant une forte corrélation avec le comportement tabagique et le second ceux ayant peu ou aucune corrélation avec le fait de fumer dans l'enceinte de l'université. Les facteurs fortement corrélés au comportement tabagique (fumeur) sont par ordre d'importance le « statut professionnel », « l'âge », « le niveau d'étude » et « l'exposition au tabagisme passif » (Tableau 3). Ces facteurs ont été également identifiés par de nombreux auteurs comme ayant un lien avec la consommation du tabac [9], [11], [15].

Tableau 3. Analyse multivariée des facteurs déterminant le comportement tabagique de la population de l'Université Senghor (Alexandrie, Egypte, 2012)

Variables	Odds Ratio	p > z	IC95%
Age (par 10 ans)	3,24	0,002	1,51 - 6,95
Statut professionnel	16,92	0,0001	4,45 - 64,33
Niveau d'étude	0,34	0,0001	0,20 - 0,60
Situation matrimoniale	1,54	0,31	0,67 - 3,56
Exposition au tabagisme passif à l'USA	0,2	0,02	0,05 - 0,76

4.2.1 FACTEURS FORTEMENT CORRELES AU COMPORTEMENT TABAGIQUE DANS L'ENCEINTE DE L'USA

Le taux de tabagisme chez les étudiants de l'USA n'est pas très éloigné des 3,6% enregistrés chez les médecins de l'hôpital général de Douala au Cameroun par Ngahane [20]. Par contre, la prévalence de 27,3% relevée par Ouédraogo chez des enseignants du secondaire au Burkina Faso, est plus élevée que celle des étudiants de l'USA [19]. La proximité de la prévalence du tabagisme à l'USA d'avec celle de l'Hôpital de Douala et sa relative faiblesse par rapport à celle des enseignants du Burkina peut s'expliquer par la différence du niveau d'étude. Comme les étudiants de l'USA, les médecins de Douala ont un niveau d'étude universitaire élevé tandis que les enseignants du secondaire du Burkina ont un niveau d'éducation moindre. Le fait que sur un total de quinze fumeurs enregistrés, douze appartenaient à la catégorie "niveau d'étude primaire ou secondaire" confirme la notion de gradient social du tabagisme décrite par l'Organisation mondiale de la Santé [21]. C'est également les résultats auxquels aboutissent des études réalisées dans des pays industrialisés comme le Canada et l'Italie. En effet, les travaux de Reid et al. au Canada montrent l'existence d'un gradient social du tabagisme lié à l'éducation. Les Canadiens les moins éduqués avaient une consommation de tabac deux fois plus élevée que ceux ayant un diplôme universitaire [22]. En Italie, les travaux de Sardu et al. montrent une probabilité plus faible d'initiation au tabagisme et une plus grande probabilité de cesser de fumer chez les femmes et chez les hommes ayant un niveau d'instruction élevé. Par contre, les hommes ayant un faible niveau d'éducation présentent la plus forte probabilité d'initiation au tabagisme et la faible probabilité de cesser de fumer tôt. Ces auteurs notaient que depuis les années 1960, l'habitude de fumer était devenue de plus en plus une « maladie liée à la pauvreté ». Ainsi, le tabagisme apparaît comme l'une des causes de décès la plus fortement corrélée avec les inégalités sociales et un gradient similaire est observé pour la morbidité [23].

Le faible tabagisme des étudiants par rapport au tabagisme élevé du personnel administratif de l'USA est confirmé par l'observation directe. En effet, aucun étudiant n'a été observé en train de fumer dans l'enceinte de l'université. Pour comprendre cette attitude, il a été envisagé d'interroger les étudiants fumeurs sur leurs motivations. Il ressort des interviews que les étudiants fumeurs de l'USA ne fument pas à l'université parce qu'ils savent qu'on ne fume pas dans les lieux publics. Ils l'ont si bien intégré que les rares fumeurs parmi eux fument en cachette ou chez eux. Leurs attitudes laissent à penser qu'ils ont intégré le point de vue négatif de la communauté des étudiants sur les fumeurs. Le regard de la communauté est suffisamment influent pour que certains étudiants fumeurs tentent d'arrêter de fumer. Comme le montrent les données épidémiologiques de l'Observatoire régional de la Santé dans la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur en France, il existe également un lien fort entre diplôme, emploi, revenu et statut tabagique. Les moins diplômés sont en moyenne 45% à fumer alors que cette proportion est limitée à 26 % pour les personnes ayant un diplôme universitaire et celles-ci fument de moins en moins [24]. Aussi, l'on peut aisément imaginer pourquoi les personnes de niveau socio-économique élevé comme les étudiants de l'USA dissimulent leur tabagisme comme une tare qu'ils doivent assumer jusqu'à ce qu'ils parviennent à s'en débarrasser [25].

4.2.2 LE TABAGISME, UN MARQUEUR SOCIAL

Les travaux réalisés par le Health related behavior au Royaume-Uni et Baron-Epel et al. en Israël conduisent également à des résultats similaires. Leurs travaux montrent que le faible taux déclaré de tabagisme pourrait avoir un lien avec un niveau d'étude élevé [9], [11]. Baron explique par ailleurs que cette différence de prévalence du tabagisme entre les moins instruits et les plus éduqués est accentuée par des facteurs socioculturels [9]. Aux Etats Unis, des travaux réalisés dans un échantillon de population comprenant les Afro-américains, des Latinos et des Blancs, ont montré qu'il y avait une forte association entre le tabagisme et le niveau d'instruction dans presque tous les sous-groupes ethniques. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation avaient un taux de tabagisme plus élevé [26].

La prévalence de la consommation du tabac pour le personnel administratif de l'USA en majorité d'origine égyptienne à l'issue du questionnaire, était de 32%. C'est une prévalence certes moindre mais relativement significative qui a été enregistrée par l'observation directe (17%). Dans les deux cas, la prévalence du tabagisme du personnel égyptien est plus

élevée que celle de 9,4% du personnel administratif de l'Hôpital Général de Douala au Cameroun [20]. Au vu de ces prévalences chez le personnel et chez les étudiants, on peut suggérer qu'à l'USA comme ailleurs, la consommation de tabac apparaît comme un marqueur social des catégories socioprofessionnelles [25]. De plus en plus, elle apparaît comme un symptôme de l'inégalité sociale et de la pauvreté. En effet, les personnes issues de catégories socioprofessionnelles moins favorisées sont plus nombreuses à fumer et sont moins nombreuses à parvenir à arrêter. Les plus gros fumeurs sont les plus pauvres [27]. En France, alors que la prévalence moyenne est de 30 %, la prévalence chez les ouvriers et les chômeurs est respectivement de 43 et 49 %. Le tabagisme constitue l'un des facteurs majeurs des inégalités sociales et de santé. Il est directement responsable d'une partie importante de la différence d'espérance de vie selon les catégories sociales [24].

4.2.3 L'IMPORTANCE DU TABAGISME PASSIF

Que ce soit par questionnaire ou par observation directe, les résultats de cette enquête mettent en évidence un tabagisme passif important au sein de l'université. En effet, la quasi-totalité des personnes interrogées, soit plus de 97%, connaît le tabagisme passif et affirme qu'il est dangereux pour la santé. Elles sont 89%, y compris les fumeurs, qui déclarent être victimes du tabagisme passif au sein de l'université. Cette forte exposition exprimée par les enquêtés est d'ailleurs confirmée par l'observation directe qui montre que la consommation tabagique se fait en présence d'autres personnes. Ainsi, aussi bien les étudiants que le personnel, les non-fumeurs comme les fumeurs, reconnaissent être exposés au tabagisme passif de façon permanente et sont conscients des effets nocifs de la fumée sur l'entourage. Pourtant le nombre de personnes qui fument au sein de l'université est relativement faible. On peut donc imaginer que la consommation de tabac de ce groupe de fumeur doit être suffisamment importante pour engendrer une telle exposition au tabagisme passif de la quasi-totalité des personnes interrogées. Comme le montrent les observations directes, l'explication est que la consommation de tabac a lieu généralement dans les espaces communs à tout le monde, notamment les bureaux du service intérieur, la reprographie, la salle de loisir, la salle de repos du restaurant, le restaurant, la salle de repos du personnel, les couloirs et le hall d'entrée. Cette situation résulterait d'une grande dépendance vis-à-vis de la nicotine et/ou de l'ignorance de la loi interdisant l'usage du tabac dans les établissements publics comme l'université [20].

4.2.4 FACTEURS INFLUENÇANT PEU OU PAS LE COMPORTEMENT TABAGIQUE A L'USA

Dans le groupe de déterminants ayant peu ou pas de corrélation avec le fait de fumer, la variable « sexe » semble se rapprocher des déterminants corrélés au tabagisme. La très faible proportion de femmes fumeuses à l'USA par rapport aux hommes, montre que le tabagisme est essentiellement le fait de la population masculine. Cette situation est conforme à la situation nationale en Egypte avec (44,3%) d'hommes et (0,3%) de femmes fumeurs [6]. De plus, elle est proche de celle rapportée par les études réalisées par Nassar en Egypte, Ouédraogo au Burkina, Awotedu en Afrique du sud [17], [19], [28]. En effet, les hommes égyptiens sont exposés à un risque plus élevé de fumer à cause des facteurs socioculturels qui font du tabagisme un comportement socialement acceptable, voire désirable pour les hommes [17]. Ces facteurs socioculturels inciteraient les hommes à éviter tous les caractères féminins et à manifester leur virilité. Parmi les caractères idéalisés et valorisés dans cette culture égyptienne, il y aurait la croyance selon laquelle le tabagisme contribue à promouvoir l'image de la maturité, de la bravoure, de la ténacité et de la masculinité [29]. Par contre, le tabagisme est considéré comme un tabou culturel pour les femmes. Il y a un fort sentiment dans la société musulmane patriarcale comme celle de l'Egypte, que fumer n'est pas approprié pour les filles et peut ruiner leur réputation et les perspectives pour le mariage [17], [29]. Ainsi, le taux de tabagisme relativement faible peut être le reflet d'un tabou culturel qui pousserait les jeunes femmes à ne pas fumer et pour celles qui fument, à ne pas toujours déclarer leur tabagisme [17]. Ce qui est confirmé par le fait que la seule femme qui a déclaré son tabagisme est une étudiante.

Au regard de l'ensemble des résultats, il a été possible de dresser le profil type du fumeur au sein de l'USA. En résumé, c'est un homme de 37 ans environ, membre du personnel administratif avec un niveau d'éducation secondaire et qui est relativement informé sur les effets nocifs du tabac. C'est vers ce profil que doit se diriger les efforts de sensibilisation pour faire baisser le tabagisme au sein de l'université, voire l'éradiquer définitivement.

4.3 LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette enquête comporte cependant des limites. Les données collectées et étudiées ont été acquises à la suite d'auto-déclaration des personnes interrogées, ce qui laisse la possibilité d'une sous déclaration ou d'un refus de participer qui semblent avoir été largement utilisés. A cause de la réticence des fumeurs à participer à des entretiens en face à face, les enquêteurs ont été amenés à procéder à des observations directes dans les lieux où traditionnellement se réunissent les fumeurs à l'intérieur de l'université. Le concours d'un agent du service intérieur de l'université a été sollicité lors de ces

observations. Ainsi, les individus fumeurs dénombrés ont fait l'objet d'une identification pour éviter de les comptabiliser à chaque nouvelle observation. Bien que cette méthode ait permis de mettre en évidence une possible sous-déclaration des fumeurs, il aurait été intéressant de compléter la phase de collecte des données avec le questionnaire auto-administré par des séances de focus group réunissant l'ensemble des fumeurs déclarés. Toutefois, des entretiens individuels ont été réalisés ultérieurement avec quelques étudiants fumeurs. Ils ont permis de collecter des informations supplémentaires à savoir que les étudiants fumeurs interviewés sont tous de sexe masculin, fument principalement à domicile et dissimulent leur consommation de tabac au sein de l'université Senghor parce qu'ils sont gênés par le regard négatif de leurs collègues sur les fumeurs.

Malgré les efforts des enquêteurs pour collecter le maximum de données sur la réalité du tabagisme à l'USA, il n'a pas été possible d'interroger de manière exhaustive, l'ensemble des étudiants et du personnel administratif. Il persiste donc des zones d'ombre concernant la prévalence du tabagisme à l'université et les motivations du comportement tabagique des fumeurs qu'il n'a pas été possible d'interviewer sous une forme ou une autre.

Les résultats de cette enquête concernent la population d'une université, qui a la particularité d'être composée d'étudiants provenant de 22 pays situés pour la plupart en Afrique au sud du Sahara et par un personnel administratif principalement égyptien. Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ne sont donc généralisables ni aux autres universités d'Alexandrie et encore moins aux autres universités égyptiennes.

5 CONCLUSION

Cette enquête a permis de montrer que le tabagisme au sein de l'USA est surtout le fait du personnel administratif masculin. Les résultats suggèrent que le fait de fumer dans l'enceinte de l'université malgré la loi égyptienne qui promeut des universités sans tabac est lié à la question plus globale des inégalités socioéconomiques, de niveau d'éducation et également culturelles qui traverse l'institution. Ceci expliquerait le fait que le respect de la loi antitabac semble suivre un gradient selon le statut socioprofessionnel. La lutte contre le tabagisme à l'USA devrait nécessairement être dirigée vers le personnel administratif masculin de niveau non universitaire. Cela pourrait se traduire par des campagnes d'affichages, l'organisation de séminaires de formation et d'information sur les effets nocifs du tabac et sur les dispositifs législatifs interdisant l'usage du tabac dans les établissements universitaires. La création d'espaces dédiés aux fumeurs pourrait constituer une phase transitoire et protégerait l'ensemble de la communauté des effets du tabagisme passif, ce qui est conforme à la loi et serait un pas majeur dans la direction qui ferait de l'USA une université sans tabac.

REMERCIEMENTS

Les auteurs de cette étude voudraient exprimer leur profonde reconnaissance et leurs remerciements au Professeur Jean-Daniel RAINHORN et au Dr Amadou DIOP de l'Institut de hautes études internationales et du développement (IHEID) de Genève, pour leurs conseils scientifiques, l'analyse critique de la méthode et la correction des manuscrits;

Ils remercient le Dr Marc R. KELLER, de l'Alliance des Liges Francophones Africaines et Méditerranéennes contre le Cancer (ALIAM), qui a bien voulu corriger le protocole et le questionnaire.

Ils expriment également leur gratitude à Mlle Irane BELKHEDIM, auditrice au département Culture de l'Université Senghor, qui a accepté de traduire le questionnaire du français à l'arabe et les réponses du personnel de l'université parlant exclusivement l'arabe en français.

La réalisation de cette enquête a bénéficié des critiques et de la contribution du groupe de recherche de la Promotion 2011-2013, du département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie, Egypte.

Toutefois, les auteurs demeurent seuls responsables des erreurs.

REFERENCES

- [1] OMS, « Tabagisme Aide- mémoire n°339 », *WHO*, juin-2014.
[En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>. [Consulté le: 17-juin-2015].
- [2] D. Satcher, « Why we need an international agreement on tobacco control », *Am J Public Health*, vol. 91, n° 2, p. 191-193, févr. 2001.
- [3] P. Jha et F. J. Chaloupka, « The economics of global tobacco control », *BMJ*, vol. 321, n° 7257, p. 358-361, août 2000.

- [4] A. Lachance, « L'Afrique cendrier de l'Occident ? », *Education Santé.*, n° n° 175, p. 6, déc. 2002.
- [5] CDC Foundation, World Health Organization, et Lung Foundation, « The GATS Atlas Global Adult Tobacco Survey », *WHO*, 2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/gatstlas/en/>. [Consulté le: 15-juin-2015].
- [6] WHO, « Report on the Global Tobacco Epidemic_Country profile Egypt », *WHO*, 2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/egy/en/>. [Consulté le: 15-juin-2015].
- [7] OMS, « Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac », *WHO*, 2003. [En ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/fctc/text_download/fr/. [Consulté le: 17-juin-2015].
- [8] A. Leclerc, M. Kaminski, et T. Lang, « Comblent le fossé en une génération : le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 57, n° 4, p. 227-230, août 2009.
- [9] O. Baron-Epel, A. Haviv-Messika, D. Tamir, D. Nitzan-Kaluski, et M. Green, « Multiethnic differences in smoking in Israel: pooled analysis from three national surveys », *Eur J Public Health*, vol. 14, n° 4, p. 384-389, déc. 2004.
- [10] A. D. Roux, S. S. Merkin, P. Hannan, D. R. Jacobs, et C. I. Kiefe, « Area Characteristics, Individual-Level Socioeconomic Indicators, and Smoking in Young Adults The Coronary Artery Disease Risk Development in Young Adults Study », *American journal of epidemiology*, vol. 157, n° 4, p. 315-326, 2003.
- [11] Great Britain. Central Health Monitoring Unit, Great Britain. Department of Health, et Great Britain. Office of Population Censuses and Surveys, *Health related behaviour : an epidemiological overview*. London: HMSO, 1996.
- [12] S. A. Reijneveld, « The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking », *Int J Epidemiol*, vol. 27, n° 1, p. 33-40, févr. 1998.
- [13] R. M. Youssef, S. A. Abou Khatwa, et H. M. Fouad, « Tobacco cessation in a population over age 15 years: a community-based survey in Alexandria », *East. Mediterr. Health J.*, vol. 11, n° 3, p. 287-299, mai 2005.
- [14] A. Alamian et G. Paradis, « Individual and social determinants of multiple chronic disease behavioral risk factors among youth », *BMC Public Health*, vol. 12, p. 224, 2012.
- [15] I. Harrabi, J. M. Maatoug, M. Belkacem, R. Gaha, F. Lazreg, A. Boussaadia, et H. Ghannem, « [Profile of tobacco use among the teachers of Sousse, Tunisia] », *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*, vol. 60, n° 2, p. 92-96, avr. 2011.
- [16] M. A. Corrao, G. E. Guindon, V. Cokkinides, et N. Sharma, « Building the evidence base for global tobacco control », *Bull. World Health Organ.*, vol. 78, n° 7, p. 884-890, 2000.
- [17] H. Nassar, « The Economics of Tobacco in Egypt: A New Analysis of Demand », *Tobacco Control*, mars 2003.
- [18] A. F. Al-Kaabba, A. A. Saeed, A. M. Abdalla, H. A. Hassan, et A. A. Mustafa, « Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia », *J Family Community Med*, vol. 18, n° 1, p. 8-12, 2011.
- [19] T. L. Ouédraogo, V. Ouédraogo, M. Kéré, A. Ouédraogo, D. Traoré, A. Traoré, et B. Sondo, « Le tabagisme chez les enseignants du secondaire de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso », *Santé Publique*, vol. Vol. 16, n° 3, p. 427-434, sept. 2004.
- [20] B. H. M. Ngahane, H. Luma, M. Ndiaye, Y. M. Njankouo, S. Mbahe, A. Wandji, E. Temfack, A. M. Sone, et B. Dautzenberg, « Prévalence du tabagisme chez le personnel de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun », *Pan African Medical Journal*, vol. 11, n° 1, 2012.
- [21] C. des D. sociaux de la S. WHO, « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé », *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health*, 2009.
- [22] J. L. Reid, D. Hammond, et P. Driezen, « Socio-economic status and smoking in Canada, 1999-2006: has there been any progress on disparities in tobacco use? », *Can J Public Health*, vol. 101, n° 1, p. 73-78, févr. 2010.
- [23] C. Sardu, A. Mereu, L. Minerba, et P. Contu, « The Italian national trends in smoking initiation and cessation according to gender and education », *J Prev Med Hyg*, vol. 50, n° 3, p. 191-195, sept. 2009.
- [24] Observatoire régional de la santé(ORS) Provence-Alpes-Côte, « Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés - Veille documentaire sur les inégalités sociales de santé », 2009. [En ligne]. Disponible sur: <http://inegalitescreshn.canalblog.com/archives/2009/11/23/15900318.html>. [Consulté le: 18-juin-2015].
- [25] A. Kunst, K. Giskes, et J. Mackenbach, « Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. » 2004.
- [26] D. Siegel et B. Faigeles, « Smoking and socioeconomic status in a population-based inner city sample of African-Americans, Latinos and whites », *J Cardiovasc Risk*, vol. 3, n° 3, p. 295-300, juin 1996.
- [27] M. Suhrcke, R. A. Nugent, D. Stuckler, et L. Rocco, « Chronic Disease: An Economic Perspective, Confronting the epidemic of chronic diseases, London: Oxford Health Alliance, 2006 », *London: Oxford Health Alliance*, 2006.

- [28] A. A. Awotedu, E. R. Jordaan, O. Z. B. Ndukwana, N. O. Fipaza, K. O. Awotedu, J. Martinez, H. Foyaca-Sibat, et M. K. Mashiyi, « The Smoking Habits, Attitudes Towards Smoking And Knowledge Regarding Anti-Smoking Legislation Of Students In Institutions Of Higher Learning In The Eastern Cape Province Of South Africa », *South African Family Practice*, vol. 48, n^o 9, p. 14, déc. 2006.
- [29] S. M. S. Islam et C. A. Johnson, « Correlates of smoking behavior among Muslim Arab-American adolescents », *Ethn Health*, vol. 8, n^o 4, p. 319-337, nov. 2003.