

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Année 2012

Thèse N° 11-/12

**COMPORTEMENTS, CONNAISSANCES ET ATTITUDES
DU PERSONNEL MEDICAL DU CHU HASSAN II DE FES
VIS-A-VIS DU TABAGISME
(A propos de 416 cas)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/06/2012

PAR

M. BOULMAKOUL SALAH EDDINE

Né le 04 Août 1985 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

connaissances - comportements - attitudes - tabagisme
personnel médical - CHU

JURY

M. BENJELLOUN MOHAMED CHAKIB.....	PRESIDENT
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
M. EL BIAZE MOHAMMED.....	RAPPORTEUR
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
Mme. EL RHAZI KARIMA.....	} JUGES
Professeur agrégé de Médecine communautaire	
M. EL MESBAHI OMAR.....	
Professeur agrégé d'Oncologie médicale	

PLAN

INTRODUCTION	7
GENERALITES.....	9
I. Définition du tabagisme.	10
1. Tabac comme plante	10
2. Les addictifs.....	11
3. Les modes de consommation de tabac.....	12
A. Tabac fumé	14
B. Tabac non fumé.....	16
C. Tabac en rouleaux	16
II. HISTORIQUE DU TABAGISME	17
1. Dans le Monde	17
2. En Afrique	18
3. Au Maroc.....	19
III. Epidémiologie de tabagisme.....	19
1. A l'échelle internationale	19
2. Au Maroc.....	19
IV. les constituants du tabac	20
V. Conséquences du tabagisme sur l'organisme	21
1. Tabac et maladies respiratoires	21
2. Tabac et maladies cardio-vasculaires.....	22
A. Un risque majeur d'infarctus du myocarde	22
B. Un rôle également déterminant dans les autres territoires artériels.....	23
3. Tabac et grossesse	23
A. Retentissement de la consommation de tabac sur la grossesse.....	23
B. Retentissement du tabac sur le fœtus et le nouveau-né.....	24
4. Tabagisme et cancers	24
A. Cancer bronchique	24
B. Autres cancers.....	25
5. Autres conséquences du tabagisme	25
A. Tabagisme, peau et parodonte.....	25
B. Tabagisme et sphère digestive.....	25
C. Autres atteintes	26
D. Tabagisme et interaction médicamenteuse.....	26
VI. La dépendance tabagique.....	27
1. Définition de la dépendance	27
2. Dépendance comportementale	27
3. Dépendance psychique	28
VII. Le sevrage tabagique	28
1. Les bénéfices à l'arrêt.....	28

2. Facteurs pronostiques de sevrage tabagique.....	31
A. La motivation:.....	31
B. La dépendance	33
C. Les facteurs socio-économiques	33
D. La durée du tabagisme	34
E. L'âge d'initiation	34
3. Aspects pratiques d'aide à l'arrêt	34
4. Les moyens thérapeutiques de sevrage tabagique	37
A. Les thérapeutiques médicamenteuses	37
B. Les thérapeutiques non-médicamenteuses.....	38
VIII. Lutte anti-tabac	39
1. Historique	39
2. loi anti-tabac au Maroc.....	43
CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE	45
1. Enoncé du problème	46
2. Objectif principal	46
3. Objectifs spécifiques	46
MATERIELS ET METHODES.....	48
1. La population.....	49
2. Aspect éthique de l'enquête	49
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	50
4. Recueil des données.....	50
5. Analyse des données.....	51
6. La durée de l'enquête	52
RESULTATS.....	53
I. Description de la population étudiée.....	54
1. Sexe	54
2. Age	55
3. Les caractéristiques staturo-pondérales	55
4. Statut matrimonial	56
5. Nombre d'enfants.....	57
6. La profession :.....	57
7. La nationalité.....	58
II. PREVALENCE GLOBALE DU TABAGISME :	58
III. Etude de prévalence du tabagisme.....	59
1. Prévalence du tabagisme selon le sexe :.....	59
2. Prévalence du tabagisme selon l'âge	60
3. Prévalence du tabagisme selon la profession :.....	61
4. Prévalence du tabagisme selon les spécialités	62

5. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale :.....	64
6. Prévalence du tabagisme selon le nombre d'enfants :.....	64
7. Prévalence du tabagisme selon la nationalité :.....	65
8. L'indice de masse corporelle et le statut tabagique :.....	65
IV. Etudes des fumeurs:.....	66
1. Age du début du tabagisme :.....	66
2. Répartition des fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour :	66
3. Répartition des fumeurs selon la durée du tabagisme:.....	67
4. Répartition des fumeurs selon la marque de la cigarette consommée	67
5. Prévalence de consommation des autres produits de tabac.....	69
6. Motivation du début du tabagisme.....	71
7. Le coût journalier des cigarettes :	71
8. Evaluation de la dépendance à la nicotine :.....	72
9. Les symptômes ressentis par les fumeurs	76
10. Tabagisme sur le lieu du travail :.....	78
11. Tabagisme dans les zones non fumeurs.....	79
12. Personnes qui fument sous le même toit.....	79
13. Sevrage tabagique	81
14. Motivation d'un éventuel arrêt du tabagisme :.....	83
15. La motivation à l'arrêt du tabac:.....	83
V. Etude des ex-fumeurs.....	87
1. Répartition des ex-fumeurs selon l'ancienneté d'arrêt du tabagisme :	87
2. Répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début du tabagisme :.....	87
3. Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique :	88
4. Répartition des ex-fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour :	89
5. Les motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme :.....	90
6. Nombre de tentatives d'arrêt du tabagisme avant le sevrage définitif :....	91
7. Usage d'artifice pour le sevrage:	91
8. Etat de santé après sevrage :.....	91
9. Participation à une activité anti-tabac	92
VI. Les attitudes et les connaissances des médecins.....	92
1. Importance du rôle de tabagisme dans certaines maladies.....	92
2. Mise en garde vis-à-vis du tabac :	93
3. Interdiction de fumer :	93
4. Attitude des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant les professionnels de santé	94

5. Attitudes des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant la lutte anti-tabac.....	95
6. Connaissance de la loi anti-tabac.....	96
7. Les formations reçues sur l'aide à l'arrêt de tabagisme.....	97
8. Les besoins des médecins en matière de sevrage tabagique :	98
9. Les obstacles rencontrés dans l'aide au sevrage tabagique	98
VII. Les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population	100
DISCUSSION	104
I. Prévalence globale du tabagisme	105
II. Etude de la prévalence:.....	107
1. Prévalence du tabagisme selon l'âge :	107
2. Prévalence du tabagisme selon le sexe :.....	108
3. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale :.....	110
4. Prévalence d tabagisme selon le nombre d'enfants :.....	111
5. Prévalence du tabagisme selon la profession.....	111
1) Chez les internes et les résidents.....	111
2) Chez les professeurs	112
3) Chez les spécialistes.....	112
4) Chez les généralistes.....	113
III. Etude des fumeurs	113
1. Age de début du tabagisme	113
2. Ancienneté du tabagisme.....	115
3. Répartition des fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour:	116
4. Motivation du début du tabagisme :.....	117
5. Dépendance à la nicotine :	118
6. Symptôme ressentis.....	119
7. Tabagisme sur le lieu de travail :.....	119
8. Tentatives d'arrêt du tabagisme.....	120
IV. Etude des ex-fumeurs :	123
1. Répartition globale des ex-fumeurs	123
2. Répartition des ex-fumeurs selon l'ancienneté d'arrêt du tabagisme	124
3. Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique.....	124
4. Répartition des ex-fumeurs selon le genre et le nombre de cigarettes consommées par jour	124
5. Répartition des ex-fumeurs selon les motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme	126
6. Sevrage tabagique	126

V. Les attitudes et les connaissances du personnel médical.....	127
1. Importance du rôle du tabagisme dans certaines pathologies.	127
2. Mise en garde vis-à-vis du tabac	128
3. Interdiction de fumer	130
4. Attitudes des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant les professionnels de santé	131
5. Attitudes des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant la lutte anti tabac	131
6. Connaissance de la loi anti-tabac.....	132
7. L'aide à l'arrêt de tabagisme	132
CONCLUSION	134
Résumé	136
BIBLIOGRAPHIE	141
Annexe	157
Liste des tableaux.....	166
Liste des graphiques	169

INTRODUCTION

5,4 millions de morts par an, 8 millions d'ici à 2030, 66 000 morts en France par an, 100 millions de morts au XXème siècle, 1 milliard au XXIème, il tue un adulte sur 10, et un consommateur sur deux en meurt... Voilà des chiffres plus qu'effrayants. Pourtant nous ne parlons pas là d'une maladie incurable, mais bien du tabac. Aujourd'hui le tabac est la première cause de mortalité évitable dans le monde.

La lutte anti-tabagique s'est mise en place depuis des dizaines d'années dans de nombreux pays, mais cette épidémie fait encore d'énormes ravages dans le monde. Chacun a un rôle à jouer dans ce combat, à commencer par les professionnels de santé, qui se doivent de mettre en garde leurs patients sur les nombreux risques qu'ils encourent à fumer. Ils se doivent d'agir en tant que praticiens éclairés et se doivent d'avertir leurs patients sur les conséquences dramatiques générées par le tabac.

Notre noble métier a considérablement évolué au cours du temps. Il ne s'agit plus uniquement de soigner ou traiter les maladies, de soulager et supprimer les douleurs. Aujourd'hui notre rôle s'est considérablement élargi et s'est beaucoup tourné vers la prévention.

Mais, la prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé reste élevé, alors que ces derniers devraient être les premiers à donner le bon exemple, de ne pas fumer et de participer activement à la lutte antitabac, soulignant que le fait qu'un médecin fume "influence" sa façon d'intervenir auprès des malades dont il a la charge et va être "moins sensibilisé à prodiguer des conseils".

Notre étude a concerné le personnel médical du centre hospitalier universitaire de Fès, dont l'objectif est de déterminer la prévalence du tabagisme chez cette catégorie professionnelle et d'apprécier leurs attitudes, leurs connaissances et leurs comportements face au tabagisme

GENERALITES

I. Définition du tabagisme.

Le tabagisme est défini comme étant l'usage prolongé, « donc abusif » de n'importe quelle forme de produits à base de tabac (cigare, pipe, chique, cigarette). [1].

L'OMS a défini la cigarette comme étant : « la cigarette est un instrument de mort à l'égard duquel la neutralité n'est pas possible »

Actuellement on distingue selon l'OMS deux types de tabagisme distincts : [2]

- Tabagisme actif :

Ce terme est relatif à l'usage des produits du tabac, et aux conséquences qui en résultent sur le plan sanitaire chez l'utilisateur lui-même (fumeurs priseur et chiqueur). [1][3].

- Tabagisme passif :

Il est encore dit tabagisme « involontaire » et se rapporte à l'exposition involontaire, forcée, des sujets non fumeurs (pour les tabacs à chiquer on ne peut pas parler de tabagisme passif puisqu'il n'y a pas de production de fumées) à la fumée des autres sujets fumeurs. [1][3].

1. Tabac comme plante

Le tabac est une plante de la famille des solanacées de même que la tomate et la pomme de terre. Il en existe de nombreuses variétés dont NICOTINE TABACUM. Il est cultivé depuis l'altitude nord de 60° jusqu'à l'altitude sud de 40°. Une fois cueilli, il est séché au cours de 3 phases successives avec jaunissement, puis dessiccation par ventilation et enfin réduction. Ensuite, il doit subir une fermentation (naturelle ou artificielle) qui lui permet d'acquérir ses qualités spécifiques [4].

Compte tenu de la nature des plantes (en particulier de leur couleur) et du mode de séchage, on distingue trois variétés de tabac [5] :

- Tabacs bruns : correspondent aux cigarettes françaises traditionnelles, ces tabacs sont séchés à l'air naturel. Ils produisent une fumée neutre ou basique permettant l'absorption de la nicotine non ionisée par les muqueuses en raison de sa liposolubilité et son hydrosolubilité. Cette propriété est utilisée dans la préparation des substituts nicotiniques : les gommes à la nicotine et les inhaleurs.
- Tabacs clairs : ceux dits « aux goûts américains » sont aussi séchés à l'air naturel ou au feu.
- Tabacs blonds : séchés à l'air chaud dans des conditions hygrométriques contrôlées et produisent une fumée acide (pH 5,5).

La nicotine presque ionisée en milieu acide ne traverse pas les membranes : son absorption par les muqueuses buccales est donc très faible. La fumée de cigarette doit être inhalée pour que la nicotine puisse être absorbée par voie alvéolaire et rejoindre le flux des capillaires pulmonaires puis la circulation systémique artérielle.

Ils entrent dans la constitution des cigarettes au goût anglais et au goût américain.

Ils dominent la consommation mondiale.

Les concentrations de la nicotine varient de 0,4% au niveau des racines, à 2% pour les feuilles basses et jusqu'à à 4 % pour les feuilles hautes [5].

2. Les addictifs

Au cours de la préparation du tabac pour la fabrication de la cigarette, de nombreuses substances (plus de 600), appelées addictifs (sauces) sont ajoutées au

tabac. La nature de ces additifs est variée : ammoniacale, rehausseur de goût, agent de texture, arômes, adoucissants...

L'ammoniacale permet d'élever le pH de la fumée et ainsi augmenter l'absorption de la nicotine au niveau des alvéoles. [5]

3. Les modes de consommation de tabac

L'usage du tabac est dominé par l'utilisation de la cigarette industrielle. L'OMS estime que 5 500 milliards de cigarettes sont produites dans le monde chaque année pour une consommation d'environ 11 milliards de cigarettes chaque jour [6].

Les modes de consommation de tabac fumé :

Figure 1 : Des cigarettes industrielles



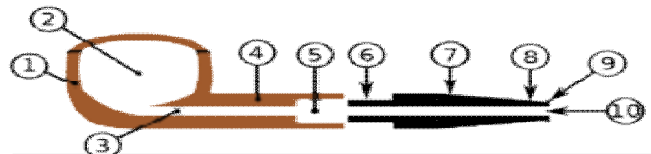
Figure 2 : Un cigare



Figure 3 : Des Beedies



Schéma 1 : Une pipe



Les parties de la pipe : (1) tête ou bol, (2) foyer ou fourneau, (3) trou de tirage, (4) tige, (5) mortaise, (6) floc ou tenon, (7) tuyau, (8) bec, (9) lèvres, et (10) lentille ou bouton

Figure 4 : Des cigarettes roulées



Schéma 2 : Chicha

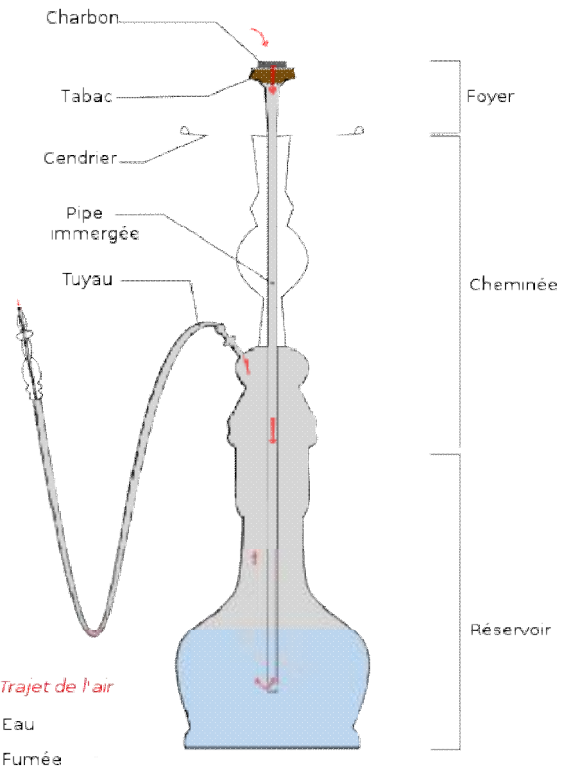


Figure 5 : Des Kreteks



A. Tabac fumé

C'est la *forme la plus* répandue du tabagisme. Il existe 4 types principaux de présentation :

a) Les cigarettes

- ✓ Les cigarettes industrielles(Figure1) [7] : Elles sont formées d'un petit cylindre de papier de cellulose appelé vélin ou d'un matériel similaire rempli de feuilles de tabac hachées et traitées, munies d'un bout-filtre qui contribue à la dilution de certains composants du tabac.

Classification des cigarettes industrielles : [8]

Cigarette	Fumée	Inhalation	Absorption nicotine
Blonde	acide	Importante	.poumon (1 à 3mg de nicotine par cigarette)
Brune	alcaline	Moyenne	.Poumon .Muqueuse buccale et nasale

Classification des cigarettes en fonction des rendements en goudron (mg/cigarette) :

- Ø extralégères : < 3
- Ø superlégères : 3-6
- Ø légères : 7-10
- Ø plein arôme : > 10

- ✓ Les beedies (Figure 3) [9]: Ces cigarettes indiennes sont également appelées « cigarettes du pauvre ». Elles se composent de tabac haché enroulé dans une feuille de tendu (arbuste indien). De forme conique, elles dégagent une odeur proche del'Eucalyptus.
- ✓ Les cigarettes roulées (Figure 4) [10]: Le tabac à rouler est en revanche bien plus toxique. Ces cigarettes sont souvent roulées à la main. Elles

contiennent 2 à 5 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone(CO).

- ▼ Les kreteks (Figure 5) [11] : Souvent appelées cigarettes aux clous de girofle, sont des cigarettes indonésiennes faites d'un mélange complexe de tabac, de clou de girofle et d'une "sauce" aromatique.

b) Les cigares (Image2) :

Un cigare est un cylindre formé d'une feuille de tabac enroulée en spirale sur d'autres feuilles pliées ou roulées (ensemble que l'on nomme « liga » ou « ligada » pour les Cubains), ou remplie de feuilles de tabac hachées en petits morceaux (pour les cigares de moindre qualité). [12]

c) La pipe (Schéma 1) [13] :

La pipe est un objet servant principalement à fumer le tabac mais aussi d'autres substances comme le cannabis, l'opium, le crack. Elle est, sans doute, le plus ancien moyen connu utilisé par les fumeurs.

La pipe est en général composée de deux parties principales: le fourneau (qui contient le tabac) et le tuyau (qui sert à aspirer). Elle peut être fabriquée de façon industrielle ou de façon artisanale.

d) Le narguilé (shisha ou chicha) (Schéma 2).

C'est une pipe orientale dont la fumée après avoir traversé un vase rempli d'eau parfumée est aspirée par le fumeur au moyen d'un long tuyau flexible.

Le tabac ainsi fumé diffère également selon la région ; il peut ne contenir que des feuilles de tabac séchées ou avoir été mis à fermenter dans de la mélasse, du miel ou du jus de fruit.

Selon une étude « si 30 à 50 bouffées sont prises dans la même soirée par chicha, cela signifie que le consommateur prend autant de fumée qu'avec 40 cigarettes. Des mesures montrent que l'augmentation du monoxyde de carbone expiré à la fin d'une chicha est équivalente à celle observée lors de la consommation de 30 à 40 cigarettes. ». [14]

B. Tabac non fumé

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

§ Le tabac à mâcher ou à chiquer

Il se présente sous la forme de rouleaux ou carottes de tabacs aromatisés par suçage. Lorsqu'il est mâché, il provoque une hyper sécrétion de salive qui l'imprègne. Le chiqueur acquiert son plaisir en goûtant à la saveur de salive ; ce qui donne une sensation de fraîcheur [10].

§ Le tabac à priser

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

C. Tabac en rouleaux

Le tabac en rouleaux combine les deux catégories précédentes.

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

II. HISTORIQUE DU TABAGISME

1. Dans le Monde [15, 16]

- § C'est en Amérique que le tabac puise ses origines il y a plus de 3000 ans, en témoignent d'anciennes pipes découvertes en Amérique du Sud. L'histoire du tabac commence avec l'arrivée de CHRISTOPHE COLOMBE en Amérique. En effet c'est en 1492 que les Européens aperçoivent pour la première fois des indiens entraînés de fumer des rouleaux de feuilles de tabac séchés ; appelés tabacco.
- § Les indiens utilisaient le tabac à la fois dans leur cérémonie, ou lors des rituels pour la purification du corps et pour entrer en communication avec le grand esprit, ou à des fins médicinales (comme analgésique), ou comme un insecticide.
- § L'importation du tabac en Europe, marqua une nouvelle étape dans l'histoire. Sa consommation connut une croissance continue à partir du XVI^e siècle.
- § Dès 1520, la pipe a apparu dans les ports du Portugal et d'Espagne.
- § En 1561, Jean Nicot ambassadeur de France à Lisbonne, signale à sa protectrice : la reine de France, qu'il possède une herbe provenant des indiens dont les vertus médicinales sont exceptionnelles.
- § Entre 1620-1625, la culture du tabac se répand rapidement en France.
- § A leur contact, les voyageurs anglais, italiens, et surtout hollandais se mettent également à fumer.
- § En 1809 Louis Nicolas Vauquelin, découvre l'alcaloïde qui constitue le principe actif du tabac et le nomme nicotine en l'honneur de Jean Nicot.
- § En 1930 Les premières cigarettes fabriquées de façon industrielle apparaissent.
- § En 1943 La première machine à fabriquer les cigarettes est inventée.

- § L'usage du tabac se répandit rapidement en Europe puis dans le monde entier.
- § Le théâtre puis la télévision, la publicité ou le cinéma participent à démocratiser cet usage, à le rendre attractif et moderne, tour à tour symbole de virilité puis de féminité. Comme disait Molière dans Dom Juan : «Il n'est rien d'égal au tabac: c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre ». Le tabac est alors totalement banalisé, fumer devient « normal » au point de faire parti de la ration journalière des soldats, en temps de guerre comme de paix.
- § Les professionnels de santé font même de la publicité pour certaines marques de cigarettes, comme en témoigne les affiches ci-dessous. [17]

§



Figure 6 : Des médecins qui font des publicités sur les cigarettes.

2. En Afrique

Le tabac pénètre l'Afrique, par le Maroc en 1593 et progresse rapidement vers le reste du continent. [18]

3. Au Maroc

- Le tabac fut introduit par les commerçants du Soudan sous le régime du sultan AHMED MANSOUR EL DAHBI en 1598.
- Bien plus tard, le sultan Moulay ABDERAHMANE (1822-1899) instaura le commerce du tabac pour faire face aux dépenses militaires.
- Ce n'est que le 31 décembre 1967 que l'état marocain créa une société anonyme : La Régie des Tabacs [19].

III. Epidémiologie de tabagisme

1. A l'échelle internationale

Les dernières sources de l'OMS estiment à plus d'un milliard le nombre de fumeurs dans le monde. Le tabac tue environ un fumeur sur deux, fait 5,4 millions de morts par an et pourrait en faire 8 millions en 2030 si aucune mesure n'est prise. Cela représente plus que le taux de mortalité du VIH, de la tuberculose et du paludisme réunis. Les pays en développement représentent 70% de cette mortalité. Nous pouvons considérer qu'un décès sur 10 d'adultes est lié au tabac, alors que ce facteur pourrait être totalement supprimé (OMS, 2009). N'oublions pas les ravages du tabagisme passif, puisqu'un un décès lié au tabac sur dix est dû à celui-ci. [17]

2. Au Maroc

Le Maroc a une population de plus de 30 millions d'habitants avec un revenu moyen de 1200 \$/habitant. Les dépenses sur le tabac ont augmenté de 1.2% de total des dépenses par personne dans les années 1960 à autour de 2.5% en 1999.

MARTA [20] : une enquête croisée, basée sur un échantillon représentatif de la population marocaine, a été conduite entre 2005-2006. Cette enquête a évalué la consommation du tabac dans la population marocaine selon le niveau d'étude et d'autres caractéristiques sociodémographiques.

Cette étude a montré que la fréquence des fumeurs dans la population marocaine était de 18%, plus d'hommes 31% que des femmes 3.3% ; la fréquence du tabagisme chez les hommes est inversement proportionnelle au niveau d'étude tandis qu'elle est augmentée chez les femmes ayant un niveau d'étude plus haut. Les dépenses sur le tabac est inversement proportionnelle au revenu mensuel.

IV. les constituants du tabac : [5]

La fumée de cigarette contient plus de 4000 produits chimiques La combustion incomplète du tabac entraîne une production de fumée que l'on peut décomposer en deux phases: une phase gazeuse (CO₂, CO, CNH) et une phase particulaire (aérosol très fin) dans laquelle plus de 4000 substances ont été identifiées dont au moins 50 sont cancérogènes.

On trouve essentiellement :

- s Les substances carcinogènes (goudrons, hydrocarbures aromatiques: benzopyrènes, dibenzoanthracènes, benzofluoranthène).
- s Des dérivés nitrés hétérocycliques (pyridine..).
- s Des composés phénoliques, nitrosamines, aldéhydes, cétones.
- s Des éléments radioactifs.
- s Des irritants.
- s Des métaux et notamment le nickel, le cadmium...
- s Des radicaux libres (quinones, hydroquinones, composés peroxydes)
- s Les principaux toxiques sont CO₂, la nicotine et les goudrons.

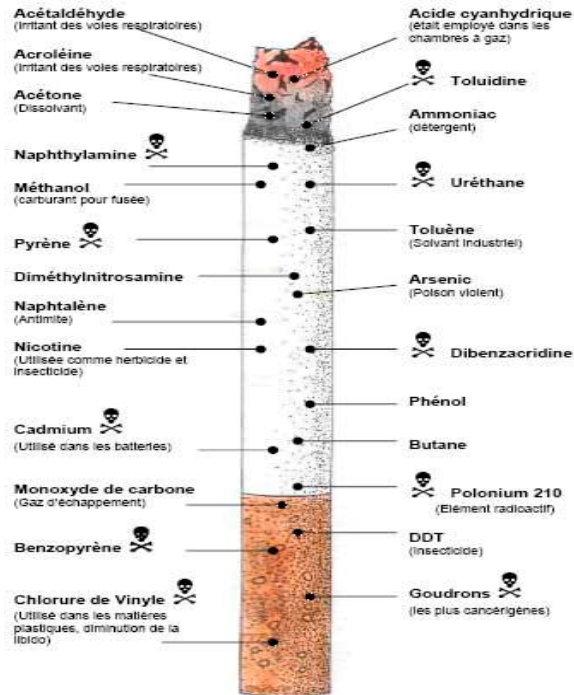


Schéma 3 : Les constituants d'une cigarette [21]

V. Conséquences du tabagisme sur l'organisme.

Le tabagisme est responsable de 3 millions de morts chaque année. Plus de 20 maladies lui sont attribuées, qu'il en soit la cause principale, un des facteurs de risque ou une cause aggravante.

1. Tabac et maladies respiratoires

- Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) représentent la complication la plus fréquente du tabagisme. Le tabagisme est le principal facteur de risque de BPCO puisqu'il est responsable de 85% des cas de BPCO [22].
- Pneumothorax spontané : Le tabagisme est un facteur de risque principal de pneumothorax chez l'homme (risque relatif [RR]= 22) et chez la femme (RR = 9). [23]

- Asthme: Le tabagisme de la mère augmente l'incidence des symptômes de l'asthme de l'enfant avant 6 ans. Le tabagisme des parents accroît la fréquence des exacerbations chez les enfants. C'est un facteur de non-contrôle de l'asthme, d'augmentation du recours au traitement d'urgence, d'inefficacité de la corticothérapie inhalée et orale, enfin de détérioration de la qualité de vie des patients. [23]

2. Tabac et maladies cardio-vasculaires

A. Un risque majeur d'infarctus du myocarde

L'étude Interheart [24] a confirmé que, de façon universelle, le tabagisme est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, juste derrière les dyslipidémies. Ce risque est proportionnel à la consommation, mais sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans danger. Plus de 80 % des sujets, hommes ou femmes, ayant un infarctus du myocarde avant 45 ans sont fumeurs [25]. L'étude Interheart a également confirmé que l'exposition au tabagisme passif représente un facteur de risque significatif d'infarctus du myocarde pratiquement équivalent à celui de fumer 1 à 9 cigarettes par jour (fig. 3). Une analyse récente de l'impact mondial du tabagisme passif estime qu'il est responsable de 600000 décès, soit 1% des décès et que 2/3 de ces décès sont d'origine cardiovasculaire. [26]

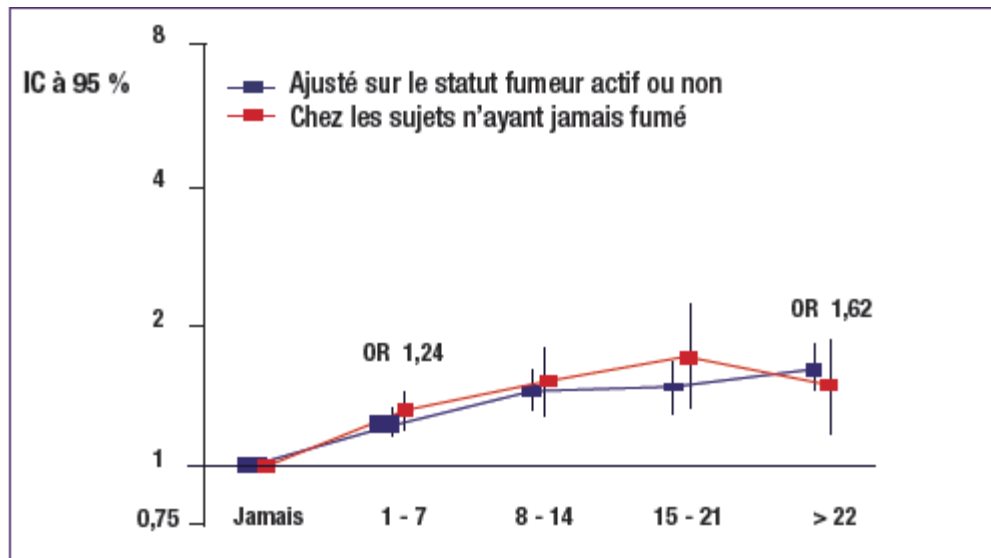


Figure 7 : Étude Interheart : risque d'infarctus du myocarde lié au tabagisme passif.

B. Un rôle également déterminant dans les autres territoires artériels

Le tabagisme joue aussi un rôle majeur dans la survenue et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de l'anévrisme de l'aorte abdominale et de l'accident vasculaire cérébral. La thrombo-angéite oblitérante ou maladie de Buerger, qui concerne essentiellement des hommes jeunes, survient uniquement chez des fumeurs. [27]

3. Tabac et grossesse

A. Retentissement de la consommation de tabac sur la grossesse

Le tabac diminue la réserve ovarienne en ovocytes, et a un effet anti-ostrogénique. En ce qui concerne la fertilité masculine, l'étude de Künzel (2003) confirme qu'une exposition anténatal au tabagisme peut entraîner une baisse d'environ 21% de la concentration de spermatozoïdes, de 1.5 ml du volume testiculaire et une hypofécondité de près de 30%. [28]

Le risque de GEU est multiplié par un facteur d'environ 1,5 pour les fumeuses de 1 à 9 cigarettes par jour, par 2 pour 10 à 19 cigarettes par jour et par 3 au-delà [29].

Par ailleurs, le risque de fausses couches est presque multiplié par deux en cas de tabagisme [29]. Concernant les métrorragies du 3e trimestre, le tabagisme induit un risque presque doublé d'Hématome Rétro Placentaire (25% des HRP seraient liés au tabagisme) et de placenta bas inséré.

Le tabagisme de la femme enceinte est un facteur de risque de petite comme de grande prématurité (< 33 SA), indépendamment des autres facteurs de risque de prématurité. [30] [29]

B. Retentissement du tabac sur le fœtus et le nouveau-né

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est la complication la plus fréquente du tabagisme maternel. Il s'agit d'un RCIU harmonieux portant davantage sur la masse musculaire [30]. Ce risque est 2 à 3 fois plus fréquent chez l'enfant de mère fumeuse et se réduit avec la précocité de l'arrêt du tabac au cours de la grossesse.

La fréquence et l'intensité du retard de croissance intra-utérin s'aggravent en fonction du nombre de cigarettes. Le taux de RCIU passe de 8.5% sans tabac à 14.7% si la mère fume de une à cinq cigarettes par jour et 18.7% si sa consommation dépasse les dix cigarettes par jour [29]. En outre, il existe un excès de mort fœtale in utéro (MFIU) au cours du 3e trimestre de grossesse lorsque la mère fume.

Le risque de mort subite du nourrisson est doublé voire triplé si la mère a fumé pendant la grossesse et est corrélé au nombre de cigarettes. [31]

4. Tabagisme et cancers

A. Cancer bronchique

Le tabagisme est la première cause de cancer bronchique. La durée d'exposition est plus importante que la quantité de cigarettes fumées (risque multiplié par 2 quand la quantité est multipliée par 2 ; mais risque multiplié par 20 quand la durée est

multipliée par 2). Le fumeur a 30 fois plus de risques que le non-fumeur d'avoir un cancer bronchique. [23] [32]

B. Autres cancers

Le tabagisme est impliqué dans la genèse de multiples cancers : les cancers des voies aérodigestives supérieures (relation dose-effet pour le tabac et l'alcool) et de la vessie (RR = 2,7) mais aussi du rein (RR = 1,4), de l'œsophage (RR = 2,1-9,3), de l'estomac (RR = 1,2-1,8), du pancréas (RR = 1,1-1,8), du foie (RR = 1,1-9,6), colorectal (RR = 0,9-1,73) et les leucémies myéloïdes chroniques. [33] Chez la femme, il est cofacteur du papillomavirus de type 16 dans la genèse du cancer de l'utérus (RR = 1,5) et de la vulve. Il augmente le risque global du cancer du sein avant la ménopause (RR = 1,5), et en cas de cancer il accroît le risque de métastase pulmonaire. [23] [34]

5. Autres conséquences du tabagisme

A. Tabagisme, peau et parodonte

La consommation de tabac accélère le vieillissement cutané par perte de la structure élastique de la peau. Elle gêne la cicatrisation et la réussite des greffes et lambeaux cutanés par altération de la microcirculation. Elle est un facteur aggravant de la pustulose palmoplantaire et du psoriasis ; elle favoriserait l'apparition des carcinomes spinocellulaires (RR = 2,3) et aggraverait le pronostic des mélanomes. [35] Le tabac fumé et le tabac non fumé sont facteurs de maladies parodontales, caries et de leucoplasies de la muqueuse buccale. [36]

B. Tabagisme et sphère digestive

Le tabagisme est un facteur aggravant de fibroses hépatiques chez le fumeur excessif en cas d'hépatite C ou de cirrhose biliaire primitive. C'est un facteur de risque reconnu de la maladie de Crohn (RR = 1,76). [37]

C. Autres atteintes

Le tabagisme peut engendrer des troubles du sommeil qui augmentent la morbidité cardiovasculaire ou par accident vasculaire cérébral. [38] Une association positive entre tabagisme et hyperthyroïdie (RR = 2,37), avec risque d'ophtalmopathie basedowienne (RR = 7,7), a été mise en évidence.¹³ Le tabagisme se révèle facteur d'aggravation des néphropathies chroniques et favorise les thromboses de l'artère rénale ; il est facteur d'échec des greffes de rein. [37] Qu'il soit actif ou passif chez l'homme ou la femme âgée, il diminue la densité minérale osseuse et favorise la survenue des fractures. [37] À l'occasion d'une intervention chirurgicale, il est responsable du triplement des complications opératoires, d'un doublement des admissions en unité de soins intensifs, de l'allongement de la durée des séjours hospitaliers, ce qui accroît le coût périopératoire ; enfin, il multiplie par 8 le risque de retard à la consolidation osseuse. [39]

D. Tabagisme et interaction médicamenteuse

Le tabagisme peut induire des interactions médicamenteuses de nature pharmacocinétique ou pharmacodynamique [40] pouvant conduire à des adaptations thérapeutiques.

Tableau 1 : Interférences entre tabagisme et activité médicamenteuse

Médicaments	Influence du tabagisme sur l'activité médicamenteuse
Théophylline	↘
Warfarine, héparine	↘
Flécaïnide, bêtabloqueurs	↘
Antiulcéreux	↘
Benzodiazépines	↘
Neuroleptiques (Cyt 1A2, 2A6)	↘
Paracétamol	↘

VI. La dépendance tabagique

1. Définition de la dépendance

L'OMS définit la dépendance aux substances comme : « Un état, psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ». [41]

Il existe plusieurs tests pour évaluer la dépendance tabagique. Le plus utilisé est le test de Fagerstrom rapide à réaliser. (Annexe 1)

Deux items (délai entre le lever et la première cigarette, et le nombre de cigarettes fumées par jour) sont les deux notions les plus informatives sur la dépendance et ont, par conséquent, donné naissance à un score simplifié dit HSI (Heaviness Smoking Index) [42]

D'autres tests essaient d'évaluer la motivation comme l'échelle analogique, le test de Richmond, celui de Khimji et Watts, l'échelle QMAT et le test de Démaria ou encore d'évaluer le comportement tabagique comme le test de Horn, et le test de Gilliard. (Annexes 2, 3, 4, 5, 6)

Outre les questionnaires, il est possible d'utiliser des marqueurs biologiques du tabagisme (mesure CO expire, cotinine urinaire, plasmatique, salivaire) qui permettent essentiellement de quantifier le tabagisme, plus que d'analyser la dépendance.

2. Dépendance comportementale [43]

La dépendance comportementale s'explique par l'association de la consommation de tabac à de nombreuses situations (fin de repas, détente, pauses sur le lieu de

travail...). Le fumeur associe ces situations ou lieux au tabagisme. L'exposition à ces stimuli environnementaux déclenche des pulsions à fumer qui persistent malgré un traitement pharmacologique de sevrage.

3. Dépendance psychique [41]

La dépendance psychique s'explique par la recherche de la poursuite des effets positifs renforçateurs liés à l'usage du tabac. C'est le maintien de la stimulation de la voie de la récompense.

Le circuit de la récompense a été mis en évidence grâce aux travaux d'Olds et Milner en 1954. Les voies cérébrales impliquées sont pour l'essentiel des voies dopaminergiques dont le corps cellulaire siège dans l'aire tegmentale ventrale et les terminaisons se projettent dans le système limbique, comprenant le noyau accumbens (striatum).

La nicotine stimule le système de récompense cérébrale par l'intermédiaire des récepteurs nicotiques distribués sur les voies dopaminergiques. En dehors de la stimulation du système de récompense, l'amélioration des performances cognitives (augmentation de l'attention, de la précision et de la rapidité d'exécution sans augmentation du nombre d'erreurs) renforcent cette dépendance et sont souvent à l'origine des rechutes.

VII. Le sevrage tabagique

1. Les bénéfices à l'arrêt

Les bénéfices sont présentés dans plusieurs tableaux : Le tableau 1 décrit les bénéfices sur la santé à long terme, le tableau 2 présente les bénéfices à court terme, et le tableau 3 présente d'autres bénéfices et avantages ne concernant pas la santé mais pouvant toutefois être décisifs pour le patient.

Tableau 2 : Bénéfices de l'arrêt sur la santé à long terme (Perriot, 2003 et Dautzenberg, 2010) [44]

Pathologie	Bénéfices de l'arrêt
Cancers broncho-pulmonaires	Baisse du risque de 50 à 90% en 15 ans dont 50% à 5ans
Cancers des VADS	Retour au risque non-fumeur en 10 ans. Risque des cancers des lèvres bouche pharynx égal au non-fumeur à 10 ans
Cancer du pancréas	Egal au non fumeur après 18 ans.
AVC	Retour au risque du non-fumeur en 1 an
Pathologie coronarienne	Baisse du risque d'IDM de 50% en 1an, égal au non-fumeur en 5à 20 ans.
Artérites des membres inférieurs	Baisse du risque de pontage, IDM Augmentation du périmètre de marche
BPCO	Baisse du risque de 50% en 15 ans, VEMS revient lentement à la normale
Asthme	Baisse de la fréquence et sévérité des crises, meilleure efficacité des traitements
Gynécologie	amélioration fécondité et fertilité, âge de la ménopause retardé

Tableau 3: Bénéfices de l'arrêt sur la santé à court terme (Dautzenberg, 2007) [45]

Durée	Bénéfices
à 1 jour	Ralentissement du pouls, diminution de la pression artérielle, élimination de CO, meilleure oxygénation de corps
à 1 semaine	L'odorat et le goût reviennent, activité physique facilitée
à 1 mois	Encombrement bronchique et toux diminués, couleur de peau normale, activité physique très facilitée.

Tableau 4 : Autres bénéfices à l'arrêt (ODQ, 2005) [46]

Apparence physique	teint moins « malade », meilleure haleine, disparition de l'odeur de tabac froid, plus de colorations dentaires disgracieuses.
Financier	économie d'argent réalisée considérable pouvant être utilisée pour d'autres choses : en considérant un prix de 5,90 euros par paquet, pour un fumeur d'un paquet par jour, l'économie réalisée est de 41 euros par semaine, 180 euros par mois, et 2150 euros par an !
Social	Bonne image et bon exemple pour son entourage, sa famille et ses enfants, protection de son entourage du tabagisme passif, maison plus saine et sans odeur de tabac froid.

2. Facteurs pronostiques de sevrage tabagique

La revue de la littérature permet de mettre en évidence différents facteurs prédictifs de succès du sevrage tabagique. A noter que les différents facteurs sont souvent intriqués. Individualisés dans le but des différentes études, la réalité est plus complexe.

A. La motivation:

L'évaluation de la motivation se fait par plusieurs échelles qui permettent d'obtenir un score pour l'objectiver, aussi justement que possible.

La motivation est le moteur du sevrage. Mais ce qui préoccupe chaque individu, ce qui le motive, est très varié.

En France ; d'après les données sur les motivations à l'arrêt collectées via le Baromètre Santé 2005 ; la première motivation repérée est la santé, vient ensuite le prix du tabac. [47]

Par ailleurs, le nombre de motivations évoquées joue également un rôle. Selon Halpern [48], moins de raisons évoquées signifie plus d'intensité dans les motivations mises en avant et donc plus de chances de réussir le sevrage. Un grand nombre de motivations est prédictif d'échec.

Ces constatations amènent à discuter d'un élément supplémentaire qui intervient dans un processus de sevrage, ce sont les stades de maturation.

Les stades de maturation à l'arrêt de Prochaska et

DiClemente

- ◆ Pré-contemplation : fumeur heureux, satisfait, consonant. A ce stade, seuls les avantages du tabagisme sont ressentis. Le fumeur ne subit pas encore les effets néfastes et il est persuadé qu'il pourra s'arrêter de fumer quand il le désirera. Durant cette période, le médecin pratiquera le conseil minimal.

- ◆ Contemplation : c'est la phase de l'indécision. Le fumeur devient dissonant et commence a prendre conscience des risques du tabagisme. Il commence a envisager un sevrage. C'est une période de maturation ou le sujet évalue la balance entre bénéfices et risques du tabagisme. C'est finalement lorsque l'équilibre penchera vers les bénéfices à l'arrêt que le fumeur décidera d'un arrêt. Cet arrêt est envisagé dans un délai de six mois.
- ◆ Préparation : une fois la décision d'arrêt prise, il s'agit de préparer ce sevrage avec détermination d'une date d'arrêt du passage a l'action. L'arrêt est programmé dans les trente jours a venir.
- ◆ Action : ce sont les tentatives d'arrêt. Il est très rare que le premier essai d'arrêt s'achemine vers un sevrage définitif. C'est bien souvent la multiplicité des tentatives qui aboutira enfin a un sevrage persistant. Ceci est corroboré par les propos du Pr Lagrue « toute dépendance est un trouble chronique, a poussées successives, fait de remissions et de rechutes, dont l'évolution à long terme devrait être favorable.»
- ◆ Maintien : du sevrage dans le temps. Un arrêt récent correspond a une abstinence de six mois, un arrêt persistant a un sevrage de douze mois et confirme a vingt-quatre mois [49].

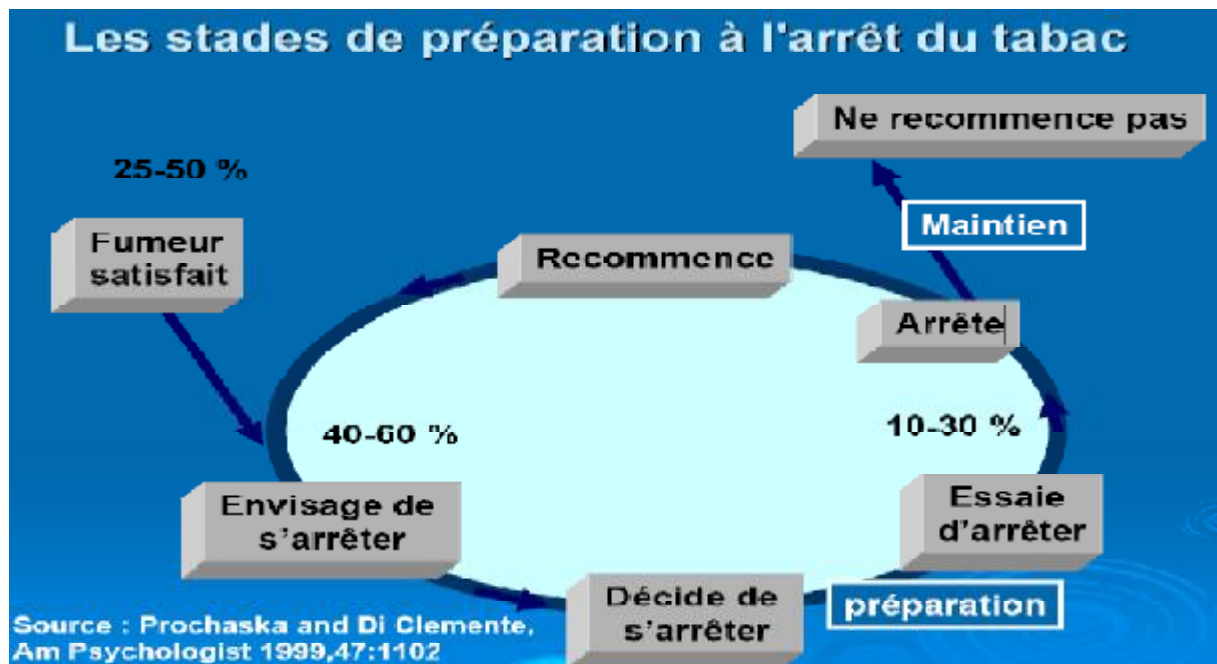


Figure 8 : Les stades de préparation à l'arrêt du tabac

Ces stades de motivation sont prédictifs de succès du sevrage tabagique. Un sujet en stade de contemplation (intention d'arrêt dans les six mois) versus un fumeur en pré-contemplation (pas d'intention d'arrêt dans les six prochains mois) a 75% de probabilité en plus d'arrêt à long terme. Un fumeur en phase de préparation (intention d'arrêt dans le prochain mois et au moins un arrêt de 24 heures au cours des 12 derniers mois) aura trois fois plus de chance de se sevrer [50].

B. La dépendance

Il s'agit d'un facteur prédictif majeur du sevrage tabagique. Le degré de dépendance est inversement proportionnel au taux de réussite d'un sevrage.

C. Les facteurs socio-économiques

Un faible niveau d'études est prédictif d'échec tout comme le faible niveau socio-économique [51]. Un niveau socio-économique bas augmente les chances d'initiation au tabagisme, la probabilité d'un tabagisme régulier, et engendre de difficultés de sevrage [52].

D. La durée du tabagisme

La durée du tabagisme est directement corrélée à la consommation tabagique. Plus la durée de tabagisme régulier est longue, plus la consommation est importante et ce, indépendamment de l'âge d'initiation [53].

E. L'âge d'initiation

Selon Lando H. [54], une initiation précoce induit une plus forte dépendance physique, moins de confiance dans sa capacité d'arrêt et un risque accru de maladies et d'hospitalisations.

3. Aspects pratiques d'aide à l'arrêt [27]

Les recommandations les plus récentes pour la prise en charge du tabagisme en pratique clinique font référence au modèle des « 5 A » (Ask-Advise-Assess-Assist-Arrange) [55] qui peut se traduire dans la séquence suivante :

- S'enquérir du statut tabagique de tout patient se présentant à un lieu de soins, la recherche du comportement tabagique doit se faire au même titre que la mesure de la pression artérielle.
- Si le patient est fumeur, systématiquement lui conseiller de cesser de fumer, de la façon aussi claire et personnalisée que possible (p. ex. « arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé »)
- Il faut ensuite évaluer son intention d'arrêter.
- S'il manifeste un intérêt pour l'arrêt du tabac, le soutenir en lui proposant un traitement, en lui recommandant de choisir une date d'arrêt et d'informer son entourage de son projet.
- la planification du suivi, éventuellement auprès d'un confrère tabacologue, est capitale ; ce suivi devrait proposer des stratégies de prévention de la rechute.

Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer dans l'immédiat, il faut tâcher de renforcer sa motivation à l'arrêt et lui proposer un traitement dès qu'il manifesterait l'intention de faire une tentative.

Le renforcement de la motivation s'appuie sur 5 points :

- ü La pertinence : Il faut encourager le patient à indiquer quelles raisons personnelles pourraient l'aider à prendre une décision d'arrêt. Si une information sur les bénéfices de l'arrêt doit être donnée par le professionnel de santé, celui-ci doit s'attacher à l'adapter à la situation personnelle du patient : grossesse en cours, enfants à la maison, problèmes de santé existants, tentatives d'arrêt antérieures, représentations... ;
- ü Les risques : Le professionnel de santé devrait demander au patient d'identifier d'éventuelles conséquences négatives de son tabagisme. Elles peuvent ensuite être soulignées par le clinicien. Il peut également rappeler que les cigarettes dites « légères » ne diminuent en rien les risques pour la santé.
- ü Les bénéfices : Le clinicien doit aider le patient à identifier les bénéfices qu'il pourrait attendre d'un arrêt du tabac. Les plus fréquemment cités par ceux qui ont arrêté de fumer sont l'amélioration de l'état de santé, la redécouverte du goût des aliments et des boissons, l'amélioration de l'olfaction, des économies d'argent, une meilleure opinion de soi, un habitat, une voiture, des vêtements et une haleine ne sentant plus le tabac, un meilleur modèle pour les enfants, une meilleure forme physique, et une meilleure apparence physique avec une diminution des rides et des dents plus blanches .

- ü Les obstacles : Le clinicien doit rechercher les obstacles à l'arrêt, et tenter de trouver des réponses. Les obstacles les plus courants sont la peur des symptômes de manque, de l'échec, d'une prise de poids, le manque de soutien de l'entourage, la peur d'une réaction dépressive ou de ne pas savoir répondre au stress, la nostalgie du plaisir de fumer, la fréquentation de nombreux fumeurs, l'ignorance de l'efficacité des solutions thérapeutiques.
- ü La répétition : Ce type d'intervention motivationnelle devrait être répété à chaque fois qu'un fumeur non motivé à l'arrêt consulte dans un lieu de soins. Les fumeurs ayant déjà échoué dans des tentatives antérieures devraient être informés que la plupart des fumeurs ont besoin de s'appuyer sur l'apprentissage acquis lors de plusieurs tentatives pour finalement s'arrêter définitivement.

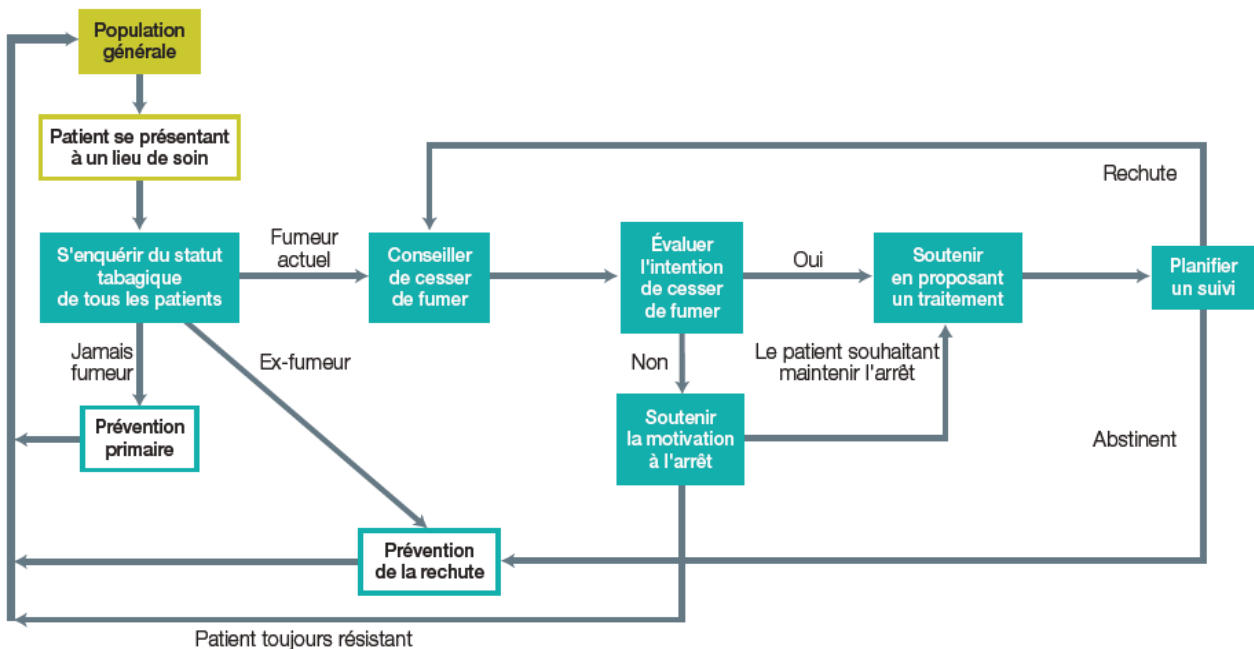


Figure 9 : Modèle d'intervention des « 5 A ». [27]

4. Les moyens thérapeutiques de sevrage tabagique

A. Les thérapeutiques médicamenteuses

a) Les substituts nicotiques

Il existe deux formes principales de substituts nicotiques qui sont les dispositifs transdermiques ou patchs et les formes orales.

® Les patchs

Ils sont disponibles sous différentes doses, définies par leur concentration en nicotine et leur durée d'action.

® Les substituts oraux

Ils sont commercialisés sous de nombreuses formes et doses, en gommes à mâcher, pastilles sublinguales, inhaleurs ou comprimés à sucer.

b) Bupropion

C'est un antagoniste non compétitif de la plupart des récepteurs nicotiques

c) Varénicline

Ce médicament est à la fois agoniste et antagoniste des récepteurs nicotiques

d) Des médicaments disponibles au Maroc

Tous les médicaments affichés ci-dessous sont non remboursable d'après l'ANAM. Le médicament Zyban (Bupropion) a été retiré du marché marocain à cause de ses effets secondaires. [57]

Table au 5 : Les médicaments d'après l'ANAM [56]

Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc (*PPM)	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc (*PPM)
CHAMPIX	VARENICLINE 1 MG	COMPRIME PELLICULE / 1 BOITE 28 COMPRIME	400,00	NICOPATCH	NICOTINE 7 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 7 PATCH	250,00
				NICOPATCH	NICOTINE 21 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 28 PATCH	940,00
				NICOPATCH	NICOTINE 14 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 7 PATCH	250,00
CHAMPIX	VARENICLINE 1 MG	COMPRIME PELLICULE / 1 BOITE 56 COMPRIME	800,00	NICOPATCH	NICOTINE 14 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 28 PATCH	940,00
				NICOPATCH	NICOTINE 21 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 7 PATCH	250,00
CHAMPIX	VARENICLINE 0.5 MG/1MG	COMPRIME PELLICULE / 1 BOITE 25 COMPRIME	390,00	NICOPATCH	NICOTINE 7 MG	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE / 1 BOITE 28 PATCH	940,00

B. Les thérapeutiques non-médicamenteuses

a) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Elles ont essentiellement pour but de traiter la dépendance psychologique et comportementale en aidant le fumeur à gérer son comportement tabagique

b) Les autres thérapeutiques non validés (AFSSAPS, 2003) [58]

De nombreuses techniques ont vu le jour dans l'aide au sevrage tabagique mais leur efficacité n'a pas clairement été établie, c'est pourquoi elles ne font pas partie des recommandations actuelles.

- L'acupuncture
- L'hypnose
- La sophrologie
- L'homéopathie
- La désensibilisation (vaccinothérapie)
- La mésothérapie
- L'auriculothérapie ou le laser.

VIII. Lutte anti-tabac

1. Historique

A. De 1498 à 1935

La lutte anti-tabac n'est pas une nouveauté, le premier fumeur européen était la première victime de la lutte anti-tabac de l'histoire, il s'agit de Rodrigo de Jerez compagnon de Christophe Colombo qui, de retour en sa ville d'Ayamonte, a effrayé ses concitoyens par la fumée qui sort de sa bouche et de ses narines, pour cette raison qu'il est arrêté et condamné à 10 ans de prison par l'inquisition pour sorcellerie en 1498. [59]

- En 1590 : le pape urbain II menace d'excommunier Toute personne qui fume dans un édifice religieux. [59]
- En 1598 : 1ère campagne antitabac dans le monde islamique par les Oulama qui étaient outrés par ce comportement. [57]
- En 1602 : Le Sultan El Mansour Dahbi, après avoir consulté les Oulema, les gens de la foi et la science, a interdit son usage. [57]
- L'empereur de Mongolie JEHANGIR (Empereur de 1569 à 1627) a condamné les fumeurs de tabac à mort... [60]
- En 1642 : URBAIN VIII dénonce les « humeurs dégoûtantes que le tabac provoque » et interdit « à tous en général et à chacun en particulier de prendre du tabac soit en le mâchant, en le fumant ou en poudre par le nez, si quelqu'un contrevient à ces dispositions qu'il soit excommunié ». [59]
- En 1650 : après l'incendie de Moscou attribué à l'imprudence d'un fumeur, le Tsar fait couper les lèvres, ou condamner au fouet ou à la déportation des fumeurs et des marchands de tabac. [59]
- Au XVIIe siècle : au Japon, les fumeurs sont condamnés à l'esclavage, en Chine ils sont condamnés à la décapitation, en Perse ils ont le nez coupé. [59]

- Mourad IV le sultan de l'empire ottoman du 10 septembre 1623 au 9 février 1640, connu pour sa restauration de l'autorité de l'État et pour la brutalité de ses méthodes a condamné les fumeurs civiles à avoir les pieds et les mains coupés, les militaires ont bénéficié d'un régime de faveur puisque juste les lèvres et le nez ont été coupés. Pour s'assurer de la stricte observance de ses lois prohibitionnistes, Mourad se déguisait en civil pour surprendre les contrevenants, la nuit, dans les troquets de sa capitale... . [60]

Tout au long de cette période qui va de 1498 à 1935, on doit noter des périodes de répit et des lieux où les fumeurs seront peu ou pas persécutés

B. L'époque d'Adolf Hitler

Lorsque les Nazis arrivent au pouvoir, un mouvement anti-tabac se développa sous le Troisième Reich [61], qui déboucha sur la première campagne anti-tabac de l'époque contemporaine. [62]

En janvier 1933, l'Allemagne est à la pointe des recherches et des études sur les effets du tabac sur la santé publique [63]. Le lien entre le cancer du poumon et le tabac est établi, pour la première fois, en Allemagne dans les années trente [64][65][66] contrairement à la croyance largement répandue qui attribue aux scientifiques américains et britanniques la paternité de cette découverte dans les années 1950 [64]. Le terme de « tabagisme passif » (Passivrauchen) est également créé en Allemagne à la même époque [62]. Le régime nazi finance des études épidémiologiques sur les effets délétères de la consommation de tabac [61] et de nombreuses recherches révèlent les effets désastreux du tabagisme sur la santé

Les médecins du Troisième Reich sont conscients que la consommation de tabac est impliquée dans plusieurs complications cardiovasculaires. Un pathologiste de l'armée examine trente-trois jeunes soldats décédés d'un infarctus du myocarde sur le front de l'est et publie dans un rapport, en 1944, que tous sont des « fumeurs

enthousiastes ». Il cite l'opinion du pathologiste Franz Buchner qui déclare que les cigarettes sont « un poison coronarien du premier ordre ». [67]

Pour les femmes fumeuses, un médecin réputé du Troisième Reich, juge que la consommation de tabac chez la femme enceinte entraîne un taux plus important d'enfants mort-nés et de fausses couches

Adolf Hitler ;qui était un gros fumeur durant sa jeunesse (24 à 40 cigarettes par jour) et avait réussi à s'arrêter en considérant que fumer constitue une importante perte d'argent ; est souvent considéré comme le premier chef d'état à prôner la lutte anti-tabac de l'époque contemporaine [62]. Il a utilisé plusieurs tactiques de propagande pour convaincre la population allemande de ne pas fumer. De populaires magazines sur la santé, des avertissements sur les effets du tabac. En juin 1939, un bureau contre les dangers de l'alcool et du tabac est créé.

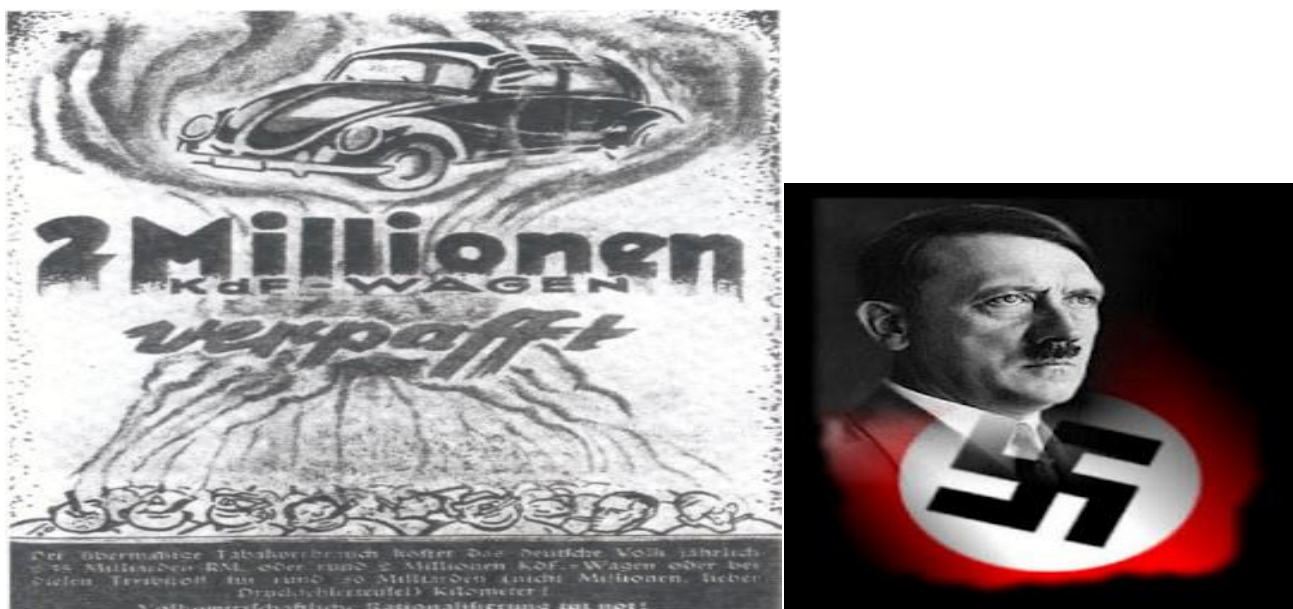


Figure 10 : Les activistes antitabac se lamentent du coût du tabagisme et se plaignent du fait que l'équivalent de « deux millions de Volkswagen » partent enfumée chaque année. Source : Reine Luft

Le tabagisme est également interdit dans les établissements de soins, dans tous ses bureaux locaux, et la consommation est limitée par le personnel de police et les officiers durant leurs heures de travail [69]. En 1941, la consommation de tabac dans les tramways est interdite dans soixante villes allemandes [69], Les rations de cigarettes chez les militaires sont limitées à six par soldat et par jour. Des conférences médicales sont organisées pour persuader le personnel militaire d'arrêter de fumer.

Une attention particulière est portée à la lutte contre le tabagisme chez les femmes.. Les femmes enceintes, de même que celles de moins de 25 ans ou de plus de 55 ans, n'obtiennent pas de cartes de rationnement de tabac pendant la Seconde Guerre mondiale ; des restrictions sur la vente des produits dérivés du tabac aux femmes sont imposées au secteur hospitalier et à l'industrie de la distribution alimentaire [69]. La consommation de tabac dans les bus est également proscrite, sur l'initiative personnelle d'Hitler qui craint que les femmes voyageant dans les transports en commun soient victimes du tabagisme passif.

C. Après la deuxième guerre mondiale

- En 1957 : L'OMS définit le tabagisme comme une toxicomanie.
- En 1971 :L'OMS, lors de sa 24^{ème} assemblées, débutait un vaste programme pour lutter contre le tabagisme et en 1999, la directrice GROHARLEM Brundtland définit la lutte anti tabac comme un objectif majeur de l'OMS.
- En 2003 : L'adoption d'une convention cadre (Framework convention on Tobacco control) FTCT [70] qui devait être signée puis ratifiée par la grande majorité des états membres de cette organisation.

2. loi anti-tabac au Maroc

Le 23 juillet 2008, le parlement marocain a modifié la loi n° 15 – 91, qui interdisait la publicité et la consommation du tabac dans les lieux publics. Cette ancienne loi avait été adoptée par la chambre des représentants le 29 avril 1991, promulguée le 26 juin 1995 mais les responsables n'ont pas précisé l'autorité administrative qui sera chargée d'appliquer, de verbaliser ou encore de recouvrir des amendes; et l'ambiguïté plane toujours sur ses textes qui ont certes introduit de nouvelles mesures, mais qui n'ont quasiment jamais été respectés dans toutes les villes marocaines. [71]

La nouvelle loi interdit le tabac à savoir cigarettes, cigare, tabac à rouler, tabac à priser et même le tabac à chiquer dans les lieux publics (les établissements publics, les administrations et bureaux, les moyens de transport commun, salles de conférence ou de spectacle, établissements de santé, établissements scolaires, les cafés et restaurants dont la superficie ne dépasse pas 50m². Pour ceux dont la superficie dépasse cette surface, un coin "non-fumeurs" deviendra obligatoire à condition qu'il prenne au moins la moitié de cette superficie et que la dérogation, pour installer un coin "fumeurs", soit décidée par l'autorité gouvernementale chargée de la santé et selon des conditions bien définies (aération en autre)), la publicité ainsi que la vente des cigarettes aux mineurs de moins de 18 ans. [72]

La loi prévoit des sanctions pécuniaires. Ainsi, fumer une cigarette dans un lieu public est passible d'une amende de 100 dirhams et le double en cas de récidive. Cette sanction est portée à 500dh à l'encontre du responsable du lieu public s'il enfreint lui-même la loi.

En matière de publicité, si le paquet ne contient pas le message de prévention des cigarettes, les amendes peuvent atteindre 10 000dh.

Quant à la vente des cigarettes aux mineurs, elle est passible d'une amende de 2000dh et en cas de récidive de 5000dh avec possibilité de retrait de licence pour le bureau de tabac.

La moitié des amendes collectées seront versées aux associations pour sensibiliser les citoyens aux méfaits du tabagisme. [72,73]

Malheureusement, jusqu'au moment, l'autorité qui sera chargée d'appliquer cette loi n'est pas encore précisée.

CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE

1. Enoncé du problème

Le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée et de morbidité évitables. Cependant, il est tout à fait possible de s'opposer aux conséquences sanitaires et sociales de ce fléau mondial qui évolue comme une épidémie. Pour cela, il faut disposer d'un cadre législatif, renforcer les efforts de prévention et de sensibilisation et encourager les actions de terrain en mobilisant les enseignants, les animateurs d'associations et surtout les professionnels de santé. Le rôle des médecins est primordial dans la réduction de la prévalence du tabagisme et donc dans la diminution de morbidité et de mortalité liées au tabac. Malheureusement, leur lutte contre cette épidémie mondiale est insuffisante pour cause beaucoup d'entre eux sont toujours des fumeurs et même les non-fumeurs ont mal jugé leurs interventions dans les programmes de prévention comme étant inefficaces.

2. Objectif principal

Notre étude a concerné le personnel médical du centre hospitalier universitaire de Fès, dont l'objectif est de déterminer la prévalence du tabagisme chez cette catégorie professionnelle et d'apprécier leurs attitudes et leurs comportements face au tabagisme.

3. Objectifs spécifiques

- Prévalence du tabagisme actuel selon la profession, le sexe, le statut matrimonial, le nombre d'enfants et la nationalité.
- Prévalence de consommation des autres produits de tabac chez les fumeurs.

- Evaluer le degré de dépendance à la nicotine chez les fumeurs actuels et leur motivation à l'arrêt du tabac.
- Prévalence des symptômes liés au tabagisme chez les fumeurs.
- Evaluer les raisons motivant ou ayant motivé le sevrage tabagique chez les fumeurs actuels et les ex-fumeurs.
- Évaluer le degré d'implication du personnel médical dans la mise en garde des malades vis-à-vis du tabac.
- Évaluer les attitudes et les connaissances du personnel médical concernant la lutte antitabac.
- Evaluation de la préparation du personnel médical pour aider les patients à arrêter de fumer.
- Mesurer les difficultés que les médecins peuvent rencontrer dans l'aide à l'arrêt pour les patients fumeurs.
- Evaluer les besoins et les attentes du personnel médical en termes d'outils de formation et d'accompagnement méthodologique concernant le sevrage tabagique.

MATERIELS ET METHODES

1. La population

Une étude transversale exhaustive descriptive a été réalisée auprès du personnel médical exerçant au niveau du centre hospitalier Hassan II et ses composants ; hôpital Omar Drissi et hôpital Ibn Alhassan.

La liste nominative du personnel médical est obtenue auprès de l'administration du CHU.



CHU HASSAN II



HÔPITAL OMAR DRISSI HÔPITAL IBN AL HASSAN

2. Aspect éthique de l'enquête

Avant de mener l'enquête, il a été nécessaire d'obtenir le consentement des chefs de services du centre hospitalier universitaire après leur information sur le déroulement et l'objectif de l'étude.

Les données personnelles des médecins ne vont en aucun cas être divulguées à une tierce personne, et l'exploitation des questionnaires s'est faite dans l'anonymat.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ø Pour la population enquêtée :

On a inclu dans l'étude le personnel médical exerçant au centre hospitalier universitaire Hassan II et ses composants ; hôpital Omar Drissi et hôpital Ibn Alhassan de Fès, y compris les internes, les généralistes, les résidents, les spécialistes, les professeurs, et les chirurgiens dentistes.

Les personnels exclus de l'étude sont:

- Le personnel paramédical.
- Le personnel administratif.
- Les agents de service

Ø Pour l'étude de la prévalence de tabagisme :

On a adopté les définitions suivantes :

- Fumeur: sujet qui fume au moment de l'examen, régulièrement ou occasionnellement et qui avait fumé plus de 100 cigarettes dans sa vie.
- Fumeur régulier : sujet qui ; au moment de l'enquête ; fume au moins 1 cigarette par jour et qui avait fumé plus de 100 cigarettes dans sa vie.
- Fumeur occasionnel : sujet qui ; au moment de l'enquête ; ne fume pas tous les jours et qui avait fumé plus de 100 cigarettes dans sa vie.
- Ex-fumeur : sujet qui avait fumé plus de 100 cigarettes dans sa vie, et qui a cessé de fumer pendant plus de 3 mois au moment de l'enquête.

4. Recueil des données

Les données sont recueillies par un auto-questionnaire de six pages, contenant 49 questions, ce questionnaire est rempli par les médecins après leur consentement éclairé.

Le questionnaire est élaboré par le service de pneumologie du CHU Hassan II de Fès et validé par le département d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie Sidi Mohammed Ben Abdallah de Fès.

Une enquête est réalisée en Janvier 2012 sur un échantillon de 10 médecins afin de tester le questionnaire élaboré. Les données rassemblées dans le questionnaire portent sur les éléments suivants:

- § Des informations générales sur les médecins (âge, sexe, taille, poids, statut matrimonial, nombre d'enfant, profession, spécialité, et nationalité).
- § Le comportement tabagique.
- § Des questions pour les fumeurs incluant le test de fagerstrom et le test de motivation de Qmat.
- § Des questions pour les ex-fumeurs concernant leurs anciennes habitudes tabagiques.
- § Questions relatives aux connaissances.
- § Questions relatives aux pratiques d'aide et attitudes des médecins vis-à-vis du tabagisme.

5. Analyse des données

Toutes les données recueillies sont codées et saisies au sein du laboratoire d'épidémiologie de santé publique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès selon le logiciel épi info.

Les résultats sont présentés sous forme de pourcentage et de moyennes±écart type. La comparaison du comportement tabagique, des connaissances et des attitudes vis-à-vis du tabac est faite entre les différents groupes en utilisant les tests statistiques classiques (Chi2). Le modèle de régression logistique pas à pas descendant est utilisé pour la recherche

des déterminants du comportement tabagique chez la population étudiée en ajustant sur les différents facteurs de confusion. Toutes les variables sociodémographiques, connaissances et attitudes dont $p < 0,2$ dans l'analyse bivariée sont rentrées dans le modèle initial. Seules sont retenues dans le modèle final les variables pour lesquelles $p < 0,05$. Les résultats finaux sont présentés sous forme d'Odds Ratio et intervalle de confiance à 95%.

6. La durée de l'enquête

L'étude a duré 4 mois du 18 Janvier au 17 Mai 2012.

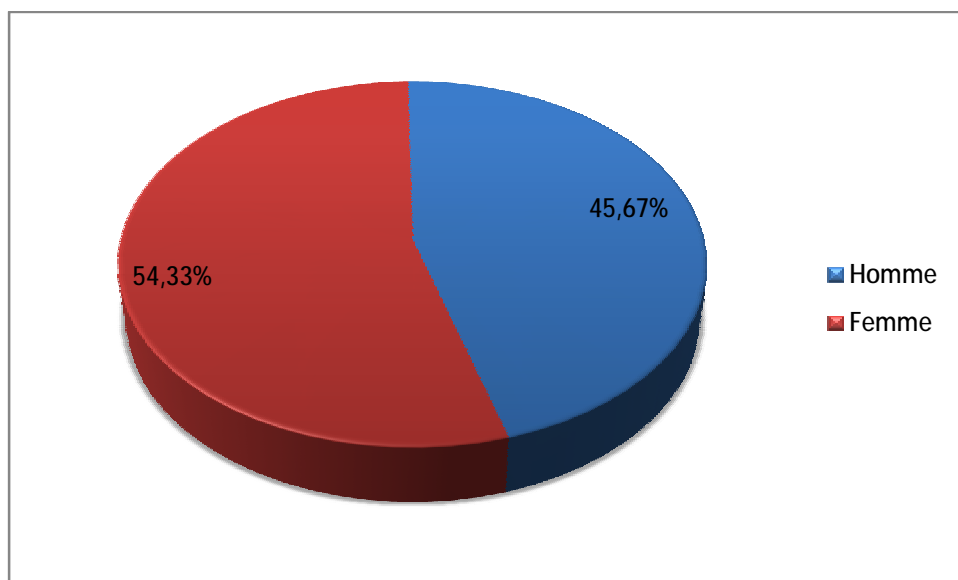
RESULTATS

L'étude exhaustive transversale " les comportements, les connaissances, et les attitudes du personnel médical du CHU Hassan II vis-à-vis du tabagisme " est réalisée auprès de 650 médecins disponibles au moment de l'enquête d'un effectif total de 710 médecins selon la liste administrative dont 60 médecins ont été en cursus ou en congé de maternité. Parmi les 650 questionnaires distribués, 416 questionnaires sont recueillis auprès des médecins ayant répondu aux questions, la raison pour laquelle le reste du personnel n'a pas répondu est essentiellement la non disponibilité de certains médecins, alors que 6 médecins ont refusé de participer à l'enquête. Le taux de réponse est de 64%.

I. Description de la population étudiée

1. Sexe

Les femmes représentent 54,33% des participants avec un sexe ratio (H/F) de 0,84.

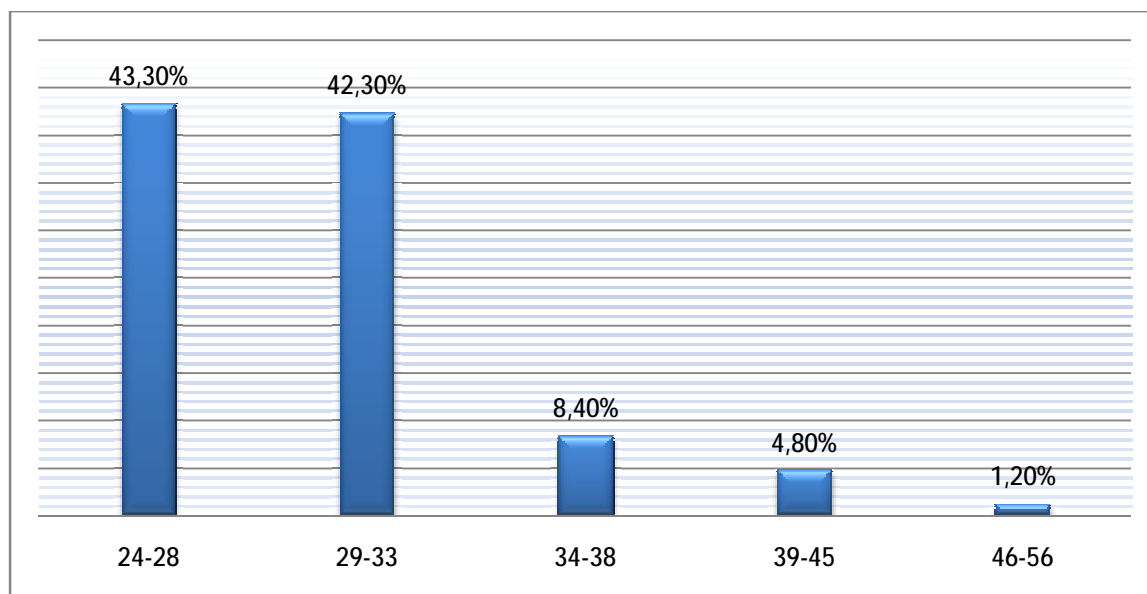


Graphique 1 : Répartition du personnel médical selon le sexe

2. Age

La moyenne d'âge des médecins participants est de 29,8 ans avec un écart-type de 4,5 ans et des extrêmes allant de 24 à 56 ans.

La répartition en fonction de leurs tranches d'âge est représentée dans le graphique suivant:



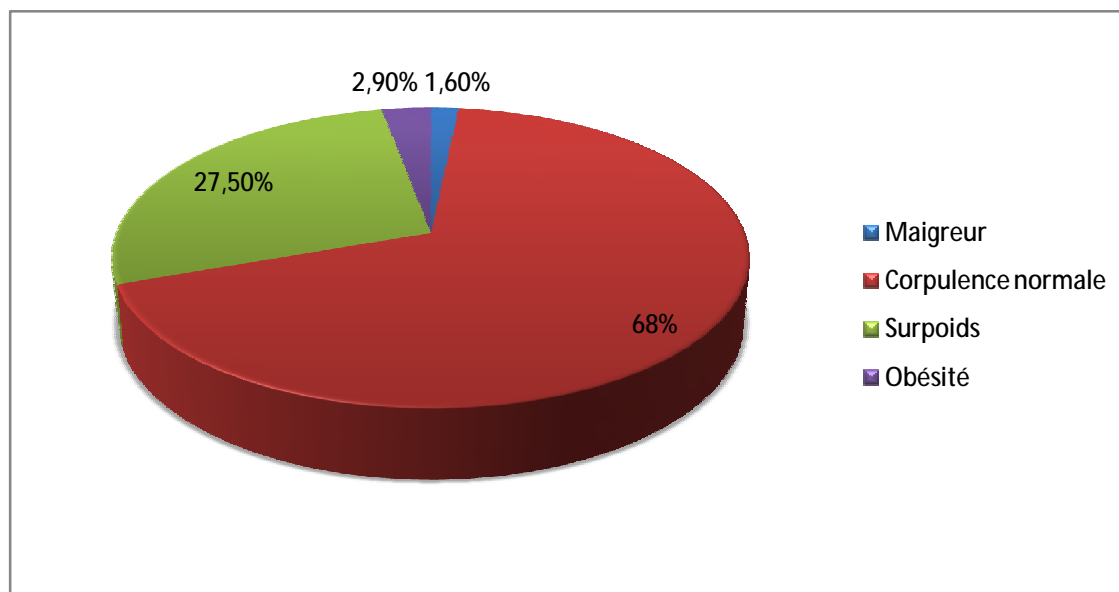
Graphique 2 : Répartition selon l'âge

3. Les caractéristiques staturo-pondérales

Tableau 6 : Les caractéristiques staturo-pondérales

	Homme	Femme	Toute la population enquêtée	
Poids	Moyenne (Kg)	77,3	63,3	69,7
	Ecart-type (Kg)	8,54	7,53	10,46
	Extrêmes(Kg)	56-112	48-90	48-112
Taille	Moyenne (cm)	177,6	164,8	170
	Ecart-type (cm)	5,7	4,96	8,33
	Extrêmes (cm)	152-192	151-179	151_192
IMC	Moyenne (kg· m ⁻²)	24,5	23,3	23,8
	Ecart-type (kg· m ⁻²)	2,4	2,59	2,59
	Extrêmes (kg· m ⁻²)	17,87-32,4	16,6-32,04	16,6-32,4

Selon l'interprétation de l'IMC, 68% de la population enquêtée ont une corpulence normale et 27,5% ont un surpoids.

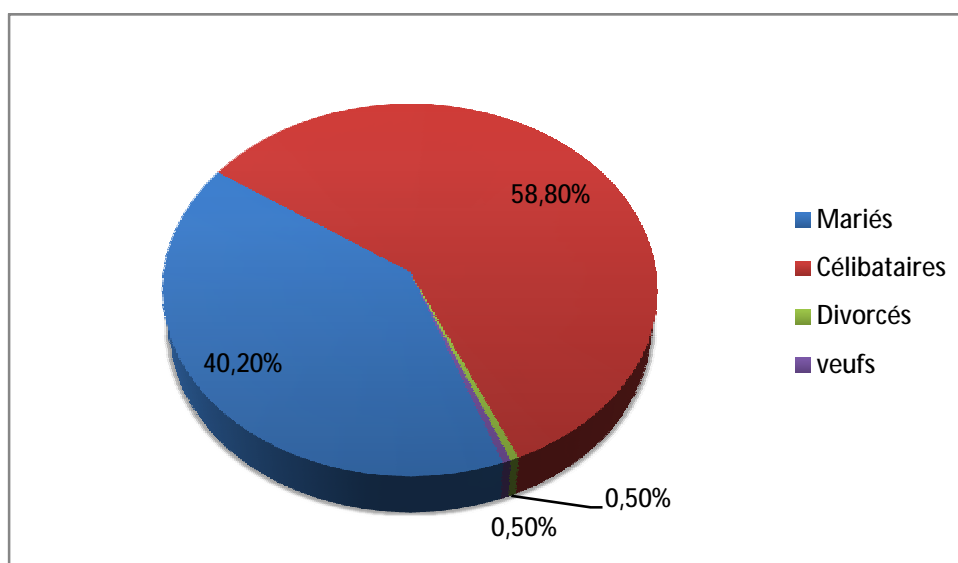


Graphique 3 : Répartition selon l'interprétation de l'IMC

4. Statut matrimonial

Le statut matrimonial a été précisé dans 413 cas, les célibataires représentent 58,8% de la population enquêtée.

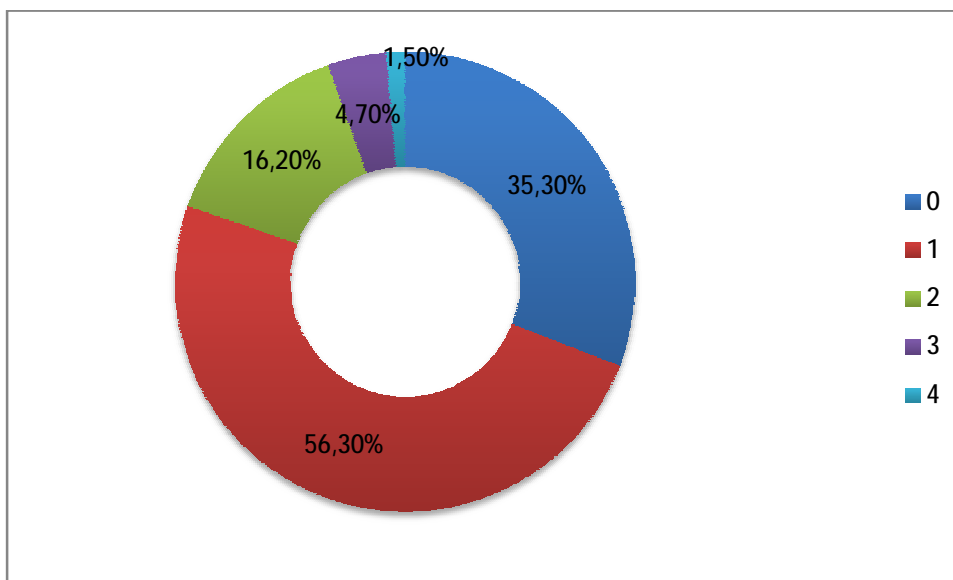
La répartition en fonction du statut matrimonial est représentée dans le graphique suivant:



Graphique 4 : Répartition en fonction du statut matrimonial

5. Nombre d'enfants

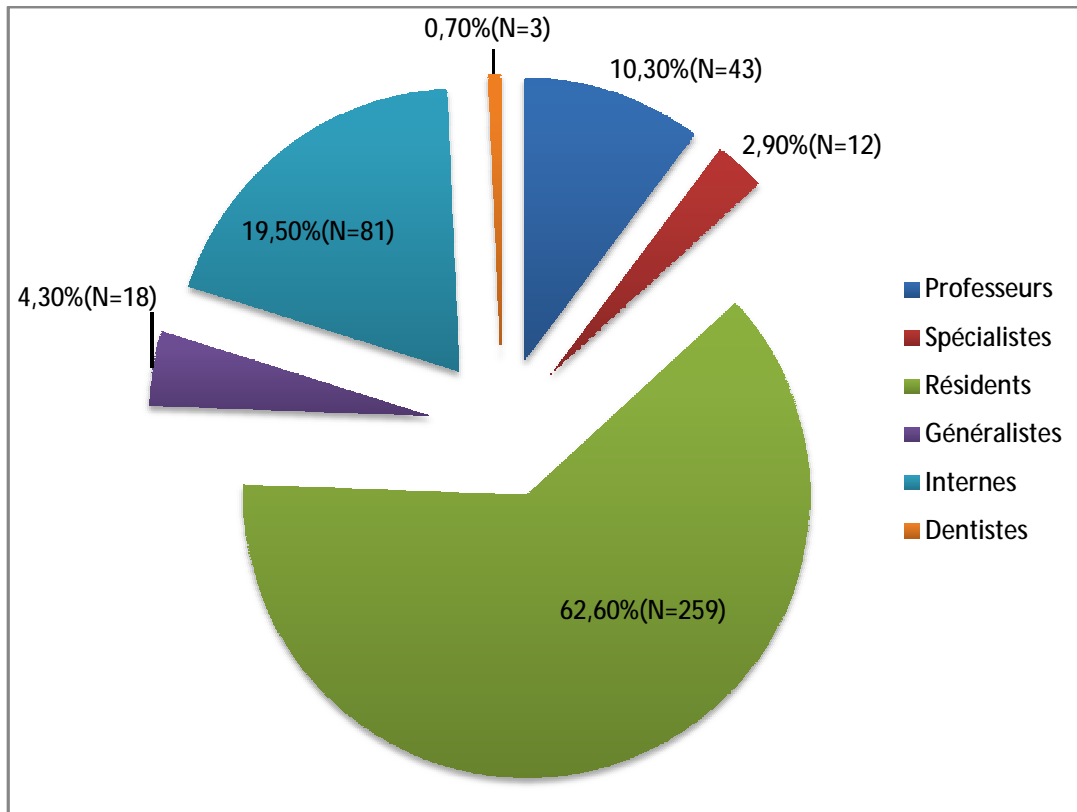
La répartition en fonction du nombre d'enfants chez les mariés est représentée dans le graphique ci-dessous. Les médecins mariés qui ont un seul enfant représentent 56,3%, alors qu'un seul divorcé et un seul veuf ont un enfant.



Graphique 5 : Répartition selon le nombre d'enfant

6. La profession :

La population étudiée est essentiellement représentée par les résidents (62,6% ; N=259) suivis par les internes (19,5% ; N=81) et les professeurs (10,3% ; N=43).



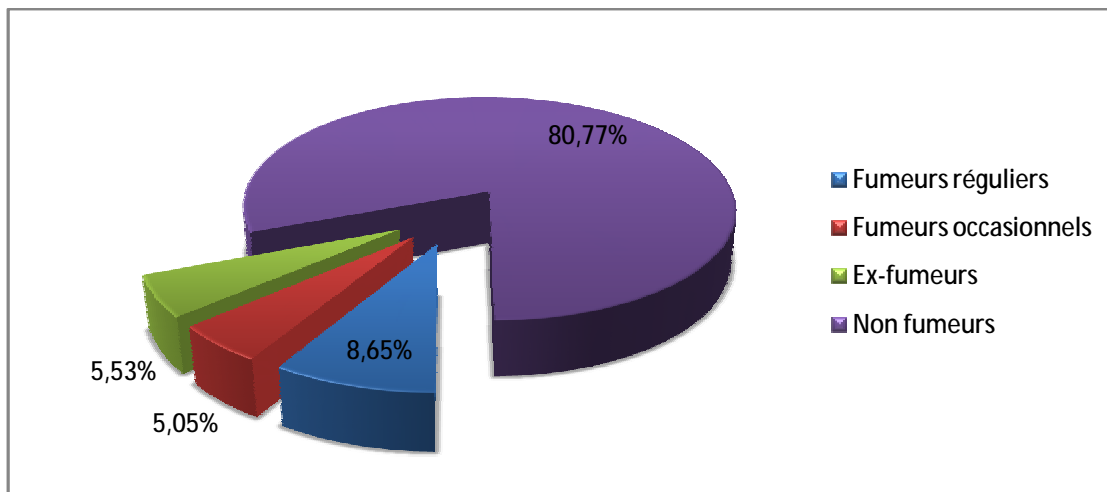
Graphique 6 : Répartition selon la profession

7. La nationalité

Les médecins étrangers constituent 1,7% des médecins enquêtés.

II. PREVALENCE GLOBALE DU TABAGISME :

Au moment de l'enquête, les fumeurs (réguliers et occasionnels) sont au nombre de 57 cas sur un ensemble de 416 ; soit une prévalence du tabagisme de 13,70% dont 8,65% sont des fumeurs réguliers et 5,05% sont des fumeurs occasionnels. Les non fumeurs représentent 80,77% et les ex-fumeurs 5,53%.



Graphique 7 : prévalence globale du tabagisme

III. Etude de prévalence du tabagisme

1. Prévalence du tabagisme selon le sexe :

La prévalence du tabagisme est de 28,4% (54/190 cas) chez les hommes contre 1,3% (3/226) chez les femmes. ($P < 0,05$)

Tableau 7 : Prévalence du tabagisme selon le sexe

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Ex-fumeurs	Non fumeurs	TOTAL n (%)
Homme	36 (18,9)	18 (9,5%)	21 (11,1%)	115 (60,5%)	190 (100)
Femme	0 (0%)	3 (1,3%)	2 (0,9%)	221 (97,8%)	226 (100)
TOTAL	36 (8,7%)	21 (5%)	23 (5,5%)	336 (80,8%)	416 (100)

2. Prévalence du tabagisme selon l'âge

Pour le lot total, on constate que les personnes âgées entre 39-45 ans ont le taux le plus élevé (20%), suivies de celles âgées entre 34-38 ans avec une prévalence de 17,10%.

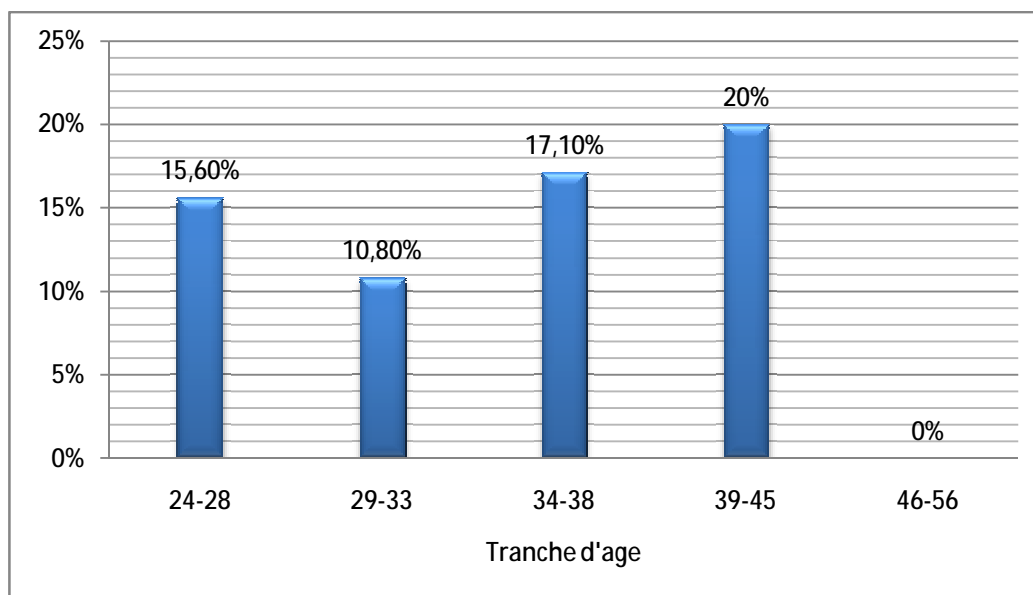
Tableau 2 : Prévalence du tabagisme du personnel médical selon l'âge.

Tranches d'âge	N	n	%
24-28	180	28	15,60
29-33	176	19	10,80
34-38	35	6	17,10
39-45	20	4	20
46-56	5	0	0

P=0,44

N : Lot total dans chaque tranche d'âge.

n : Nombre de fumeurs.



Graphique 8 : Prévalence du tabagisme du personnel médical selon l'âge.

3. Prévalence du tabagisme selon la profession :

Sur un ensemble de 416 personnes ; le taux le plus élevé est noté chez les spécialistes (25%), suivi des internes (19,8%), des généralistes (16,7%) et des résidents (12,7%) ; le taux le plus bas est noté chez les professeurs (4,6%). (P=0,1)

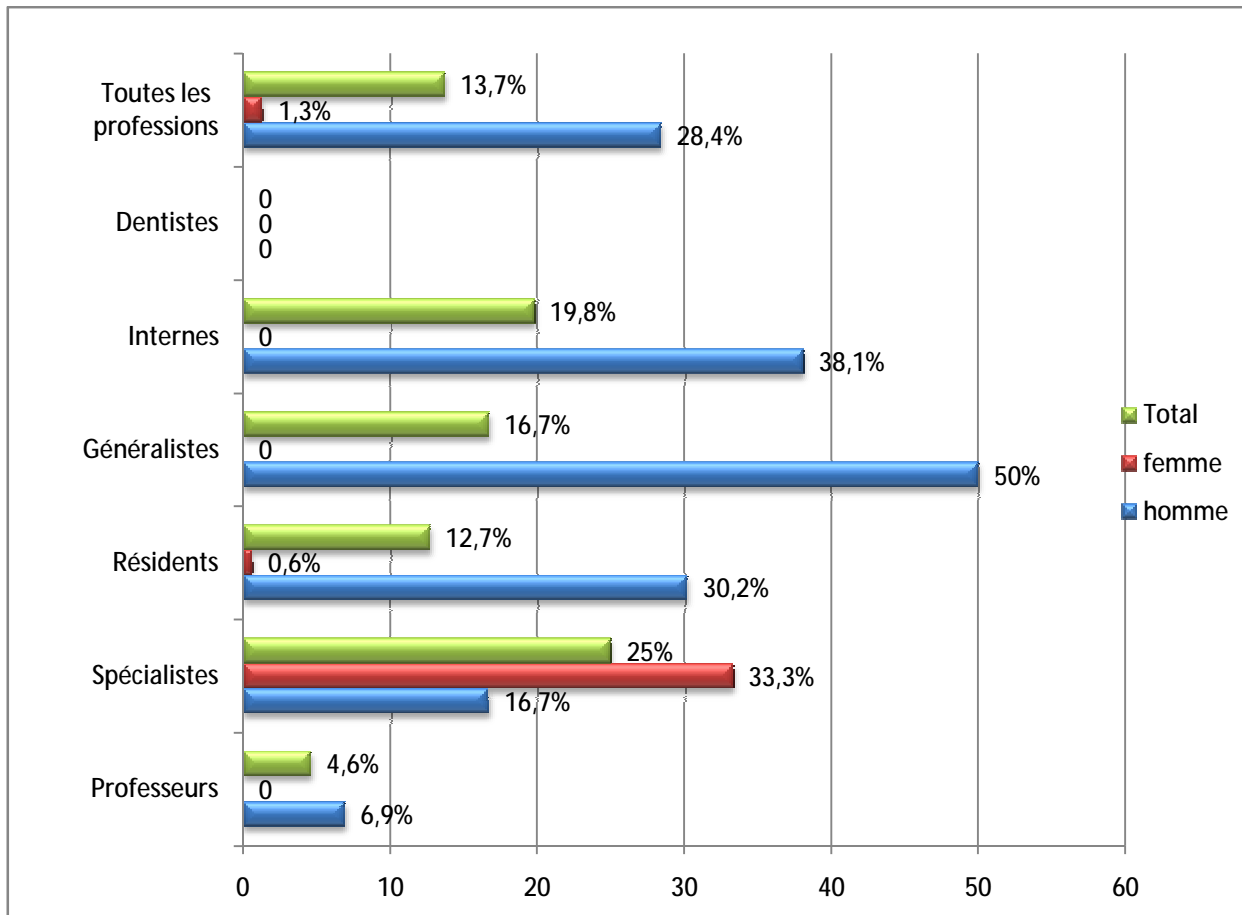
Tableau 3 : Prévalence du tabagisme selon le sexe et la profession.

	Homme			Femme			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Internes	42	16	38,1	39	0	0	81	16	19,8
Résidents	106	32	30,2	153	1	0,6	259	33	12,7
Professeurs	29	2	6,9	14	0	0	43	2	4,6
<u>Autres</u>									
Spécialistes	6	1	16,7	6	2	33,3	12	3	25
Généralistes	6	3	50	12	0	0	18	3	16,7
Dentistes	1	0	0	2	0	0	3	0	0
Total	13	4	30,8	20	2	10	33	6	18,2
TOTAL	190	54	28,4	226	3	1,3	416	57	13,70

P=0,1

La prévalence du tabagisme est nettement plus élevée chez les hommes dans toutes les catégories professionnelles ; sauf chez les spécialistes. Le taux le plus élevé est noté chez les internes (38,1%) suivi des résidents (30,2%).

Chez les femmes, le taux le plus élevé est observé chez les spécialistes avec 33,3%.



Graphique 9 : Prévalence du tabagisme selon le sexe et la profession.

4. Prévalence du tabagisme selon les spécialités

Tableau 10 : Prévalence du tabagisme selon les spécialités chirurgicales

	N	n	%
Chirurgie viscérale	18	7	38,9
Urologie	10	3	30
Réanimation	20	4	20
Ophtalmologie	16	3	18,7
Traumatologie	23	4	17,4
Gynécologie-obstétrique	15	2	13,3
Chirurgie pédiatrique	8	1	12,5
ORL	15	1	6,7
Autres	11	4	36,4

Tableau 11 : Prévalence du tabagisme selon les spécialités non chirurgicales

	N	n	%
Pédiatrie	17	2	11,8
Rhumatologie	9	1	11,1
Oncologie	13	1	7,7
Gastrologie	14	1	7,14
Néphrologie	18	1	5,6
Radiologie	16	0	0
Ana-pathologie	14	0	0
Psychiatrie	14	0	0
Pneumologie	12	0	0
Dermatologie	8	0	0
Neurologie	8	0	0
Endocrinologie	8	0	0
Epidémiologie	6	0	0
Cardiologie	6	0	0
Autres	15	3	20

Tableau 12 : Prévalence de tabagisme selon les spécialités chirurgicales et non chirurgicales

	N	n	%
Spécialités chirurgicales	136	29	21,3
Spécialités non chirurgicales	178	9	5
Total	314	40	12,7
P<0,05			

La prévalence du tabagisme dans l'ensemble des spécialités chirurgicales est significativement élevée par rapport à celle de l'ensemble des spécialités non chirurgicales.

5. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale :

Sur un total de 413 personnes où le statut matrimonial est précisé, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les célibataires (14,4%) suivie des mariés (13,2%) avec une différence non significative ($P > 0,05$).

Tableau 13 : Prévalence du tabagisme selon la situation familiale et la profession.

	Professeur			Résidents			Internes			Autres Spécialistes, généralistes, dentistes.			TOTAL		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Mariés	36	2	<u>5,6</u>	110	17	<u>15,5</u>	7	0	0	13	3	<u>23</u>	166	22	13,2
Célibataires	4	0	0	146	16	11	73	16	<u>22</u>	20	3	15	243	35	14,4
P	0,8			0,19			0,19			0,44			0,42		

6. Prévalence du tabagisme selon le nombre d'enfants :

Sur un total de 166 cas, la prévalence du tabagisme la plus élevée est notée chez les personnes n'ayant aucun enfant (16,9%), alors que chez les mariés qui ont un ou plusieurs enfants la prévalence est de 11,1% avec une différence non significative.

Tableau 14 : Prévalence du tabagisme selon le nombre d'enfants.

Nbr	Professeurs			Résidents			Internes			Autres			TOTAL						
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%				
0	5	0	<u>0</u>	44	8	<u>18,1</u>	5	0	<u>0</u>	4	1	<u>25</u>	58	9	16,9				
1 et plus	29	1	<u>3,4</u>	68	9	<u>13,2</u>	2	0	<u>0</u>	9	2	<u>22,2</u>	108	12	11,1				
			P=0,67				P=0,48				-				P=0,91				P=0,41

7. Prévalence du tabagisme selon la nationalité :

Tous les 7 étrangers sont non fumeurs.

8. L'indice de masse corporelle et le statut tabagique :

La moyenne de l'indice de masse corporelle chez les ex-fumeurs est élevée par rapport à celle des fumeurs et des non fumeurs.

Tableau 15 : La moyenne de l'IMC selon le statut tabagique

	Non fumeurs	Fumeurs	Ex-fumeur
IMC (kg·m ⁻²)	23,8	23,8	25,1
P=0,003			

IV. Etudes des fumeurs:

1. Age du début du tabagisme :

Ce paramètre est précisé dans 56 cas, la majorité (64,3%) ont commencé entre l'âge de 16 à 20 ans, le taux est de 65,7% et 61,9% pour respectivement les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels.

La moyenne d'âge du début du tabagisme est de 19,28 ans (écart-type = 3,16) avec des extrêmes de 13 à 26 ans pour l'ensemble des fumeurs.

Tableau 16 : Répartition des fumeurs selon l'âge du début du tabagisme.

	Fumeurs réguliers		Fumeurs occasionnels		L'ensemble des fumeurs	
	n	%	n	%	n	%
10-15ans	2	5,7	2	9,5	4	7,1
16-20ans	23	65,7	13	61,9	36	64,3
21-25ans	8	22,9	5	23,8	13	23,2
26-30ans	2	5,7	1	4,8	3	5,4
P=0,51						
Moyenne (ans)	19,31		19,23		19,28	
Ecart-type (ans)	3,18		3,20		3,16	
Extrêmes (ans)	13-26		13-26		13-26	

2. Répartition des fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour :

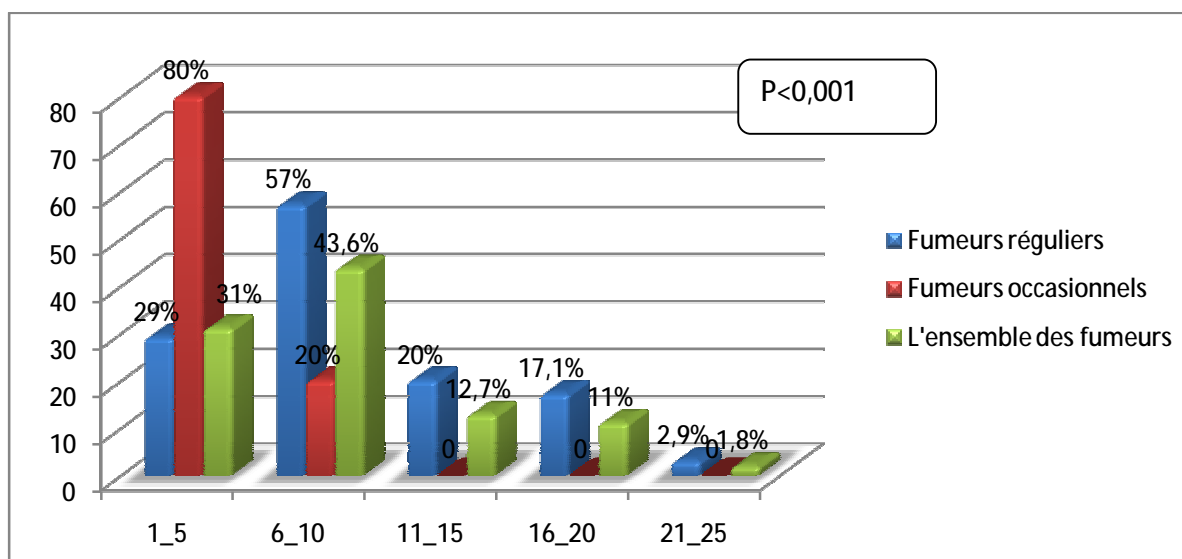
Sur un total de 55 personnes qui ont répondu à la question (35 fumeurs réguliers et 20 fumeurs occasionnels) La moyenne de cigarettes consommées par jour est de 9,2 cigarettes pour l'ensemble des fumeurs avec 3,25 et 12,45 cigarettes pour respectivement les fumeurs occasionnels et les fumeurs réguliers.

Les extrêmes sont d'une cigarette à 10 cigarettes chez les fumeurs occasionnels et de 5 cigarettes à 25 cigarettes chez les fumeurs réguliers.

Tableau 17 : La consommation des cigarettes

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs
Moyennes (cig)	12,45	3,25	9,2
Ecart-types (cig)	4,7	2,93	6,07
Extrêmes (cig)	5-25	1-10	1-25

Dans 74,5% (41/55) des fumeurs, la consommation est de moins de 10 cigarettes par jour.



Graphique 10 : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

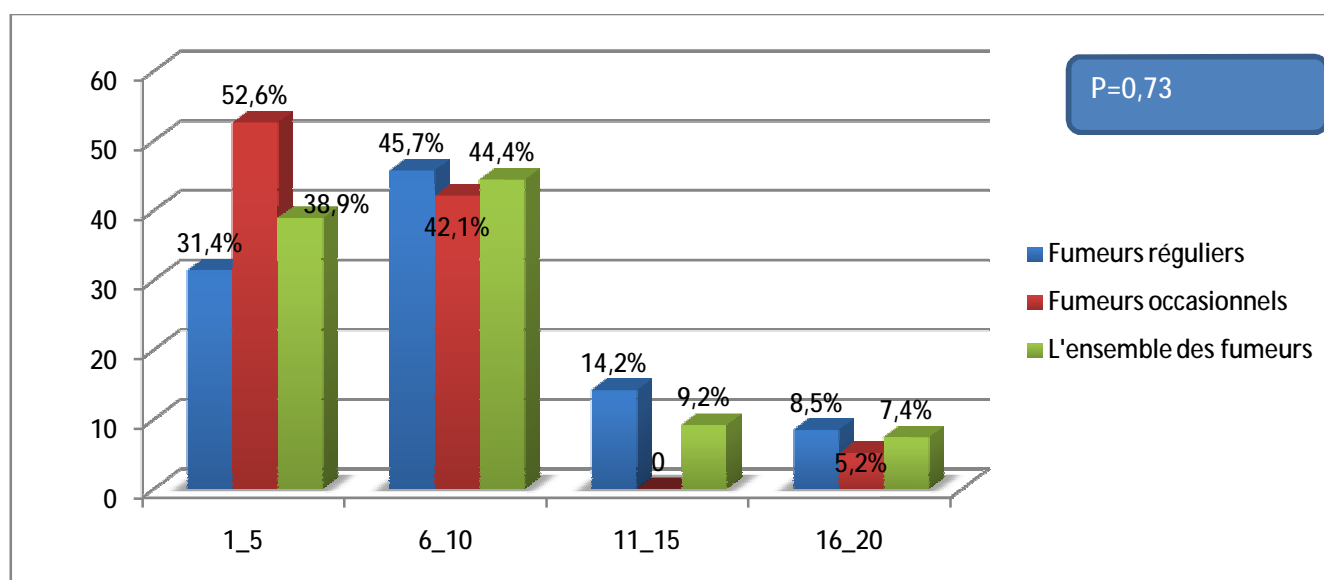
3. Répartition des fumeurs selon la durée du tabagisme:

La moyenne de la durée du tabagisme est de 7,75 ans chez l'ensemble des fumeurs avec respectivement 6,42 ans et 8,48 ans chez les fumeurs occasionnels et réguliers.

Tableau 18 : La durée du tabagisme

	Fumeurs réguliers (N=35)	Fumeurs occasionnels (N=19)	L'ensemble des fumeurs (N=54)
Moyennes (ans)	8,48	6,42	7,75
Ecart-types (ans)	4,35	4,16	4,36
Extrêmes (ans)	4-20	1-20	1-20

Dans 83,3% de l'ensemble des fumeurs, l'ancienneté du tabagisme varie de 1 à 10 ans.



Graphique 11 : Prévalence des fumeurs selon la durée du tabagisme.

4. Répartition des fumeurs selon la marque de la cigarette consommée

Marlboro est la marque la plus consommée par tous les fumeurs (81,4%) suivie de la marque Gauloise (16,6%).

La prévalence de consommation de la marque Marquis ; la plus populaire au Maroc ; est de 0%.

Tableau 19 : Les marques consommées.

	Marlboro	Gauloise
Fumeurs réguliers (N=35)	77,1%	22,8%
Fumeurs occasionnels (N=19)	89,4%	5,2%
L'ensemble des fumeurs (N=54)	81,4%	16,6%

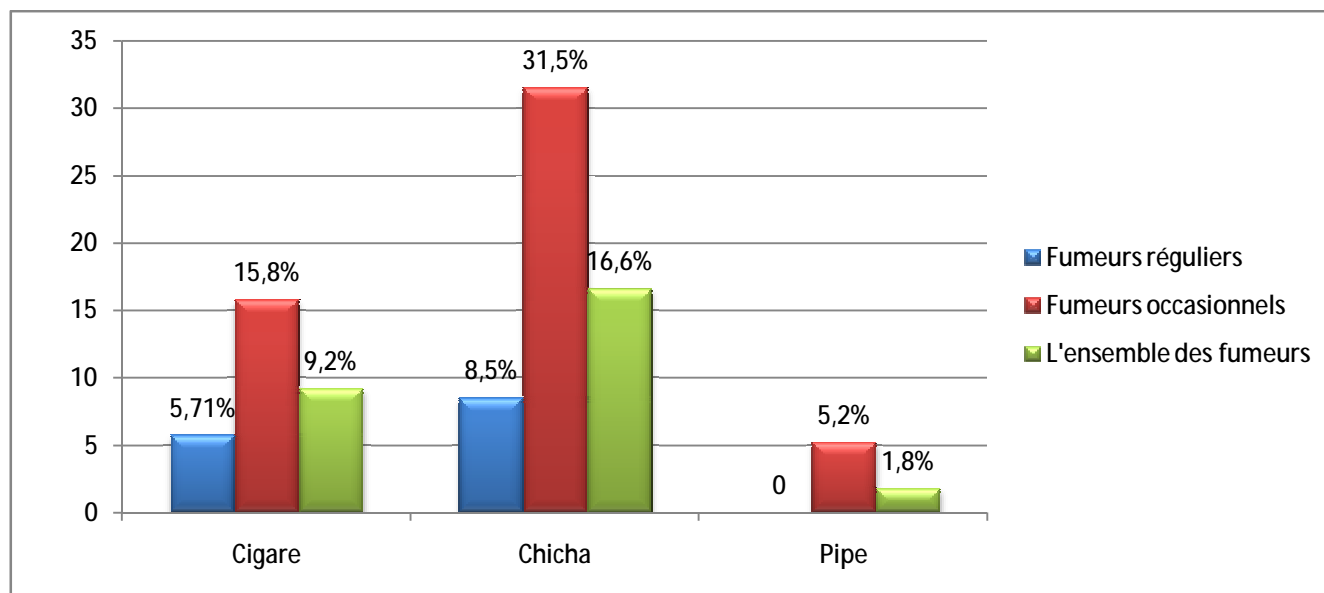
En plus les marques qui figurent sur le tableau ci-dessus, la marque Gitanes est rapportée par un fumeur occasionnel.

Les cigarettes avec filtre sont consommées dans 98,15% des cas.

5. Prévalence de consommation des autres produits de tabac

Ce paramètre est précisé chez 54 fumeurs (35 fumeurs réguliers et 19 fumeurs occasionnels), la prévalence de la consommation de chicha est la plus importante pour l'ensemble des fumeurs (16,6%) suivie de celle de cigares (9,2%) et celle de la pipe (1,8%).

La prévalence de la consommation de chicha est élevée significativement chez les fumeurs occasionnels par rapport à celle des fumeurs réguliers ($P=0,03$). Concernant les autres produits, il y a une différence de prévalence non significative ($P>0,05$).



Graphique 12 : La prévalence de la consommation des autres produits de tabac chez les fumeurs.

La moyenne de la consommation de chicha par l'ensemble des fumeurs est à 2,26/mois avec des extrêmes allant de 1/jr à 10/mois.

La moyenne de la consommation de cigare par l'ensemble des fumeurs est à 0,8 /mois avec des extrêmes allant de 1/jr à 1/mois.

Aucun fumeur n'a précisé la fréquence de sa consommation de la pipe.

Tableau 20 : Consommation de cigares

	Fumeurs réguliers (N= 2)	Fumeurs occasionnels (N=3)	L'ensemble des fumeurs (N=5)
Moyenne (Mois)	0,51	1	0,8
Ecart-type (Mois)	0,68	0	0,43
extrêmes	1/jr-1/mois	1	1/jr-1/mois

Tableau 21 : Consommation de chicha

	Fumeurs réguliers (N=3)	Fumeurs occasionnels (N=6)	L'ensemble des fumeurs (N=9)
Moyenne (Mois)	1,77	2,5	2,26
Ecart-type (Mois)	1,95	3,72	3,12
extrêmes	0,33/mois-4mois	1/jr-10/mois	1/jr-10/mois

6. Motivation du début du tabagisme

Sur un total de 53 personnes qui ont répondu à la question, la motivation de début de tabagisme est liée dans la quasi-totalité des fumeurs (98,1%) au plaisir, dont deux cas ont ajouté la notion de stress.

Eviter les problèmes est la motivation d'un fumeur régulier.

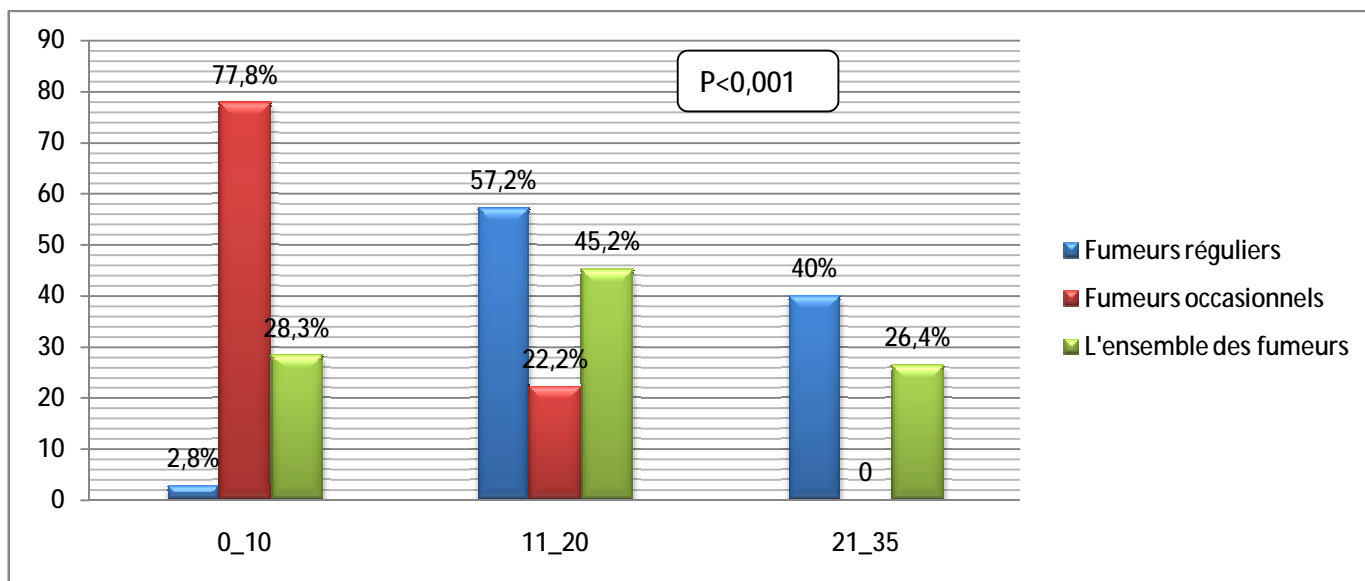
7. Le coût journalier des cigarettes :

La moyenne des dépenses chez l'ensemble des fumeurs est de 17,1Dh par jour avec 22,6Dh/jr chez les fumeurs réguliers et 6,4 Dh/jr chez les fumeurs occasionnels, les extrêmes allant de 0 à 20 Dh/jr chez les occasionnels et de 10 à 35 Dh/jr chez les réguliers.

Tableau 22 : Le coût journalier des cigarettes

	Fumeurs réguliers (N=35)	Fumeurs occasionnels (N=18)	L'ensemble des fumeurs (N=53)
Moyenne (Dh)	22,6	6,4	17,1
Ecart-type(Dh)	6,74	6,68	10,2
Extrêmes (Dh)	10-35	0-20	0-35

Parmi les fumeurs réguliers, 97,2% dépensent plus de 10 Dh/jr, alors que 77,8% des fumeurs occasionnels dépensent moins de 10Dh/jr dont un fumeur dépense 0 Dh.

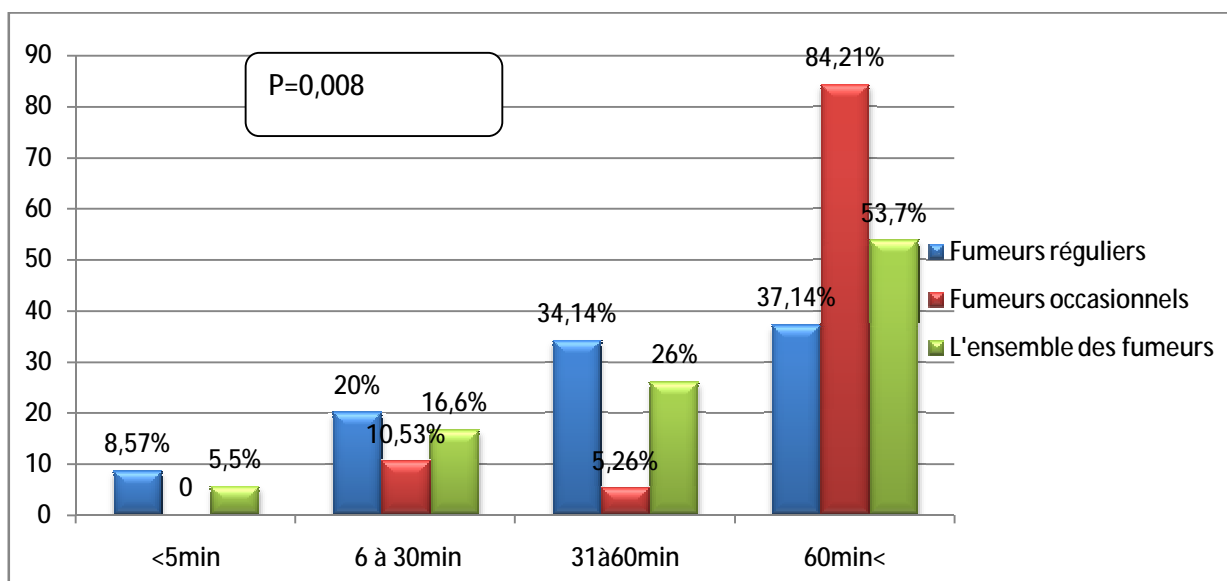


Graphique 13 :Le coût journalier des cigarettes.

8. Evaluation de la dépendance à la nicotine :

Ø Question 1 :

« Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette? »

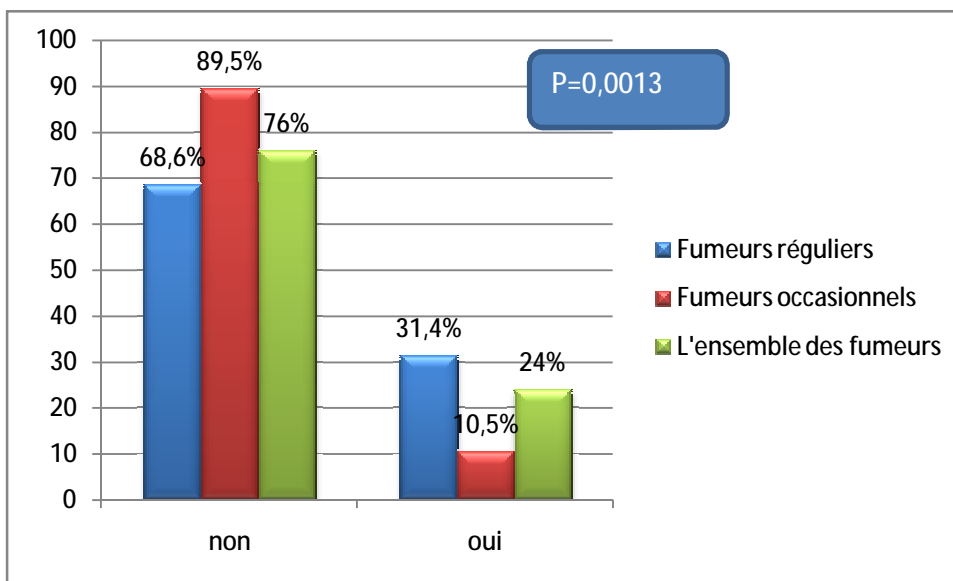


Graphique 14: Délai avant la première cigarette

On observe que 71,3% des fumeurs réguliers consomment leur première cigarette à partir de la deuxième demi-heure après le réveil et que la majorité des fumeurs occasionnels (84,21%) consomment leur première cigarette à partir de la deuxième heure .

Ø Question 2 :

«Avez-vous du mal à ne plus fumer lorsque c'est interdit? »

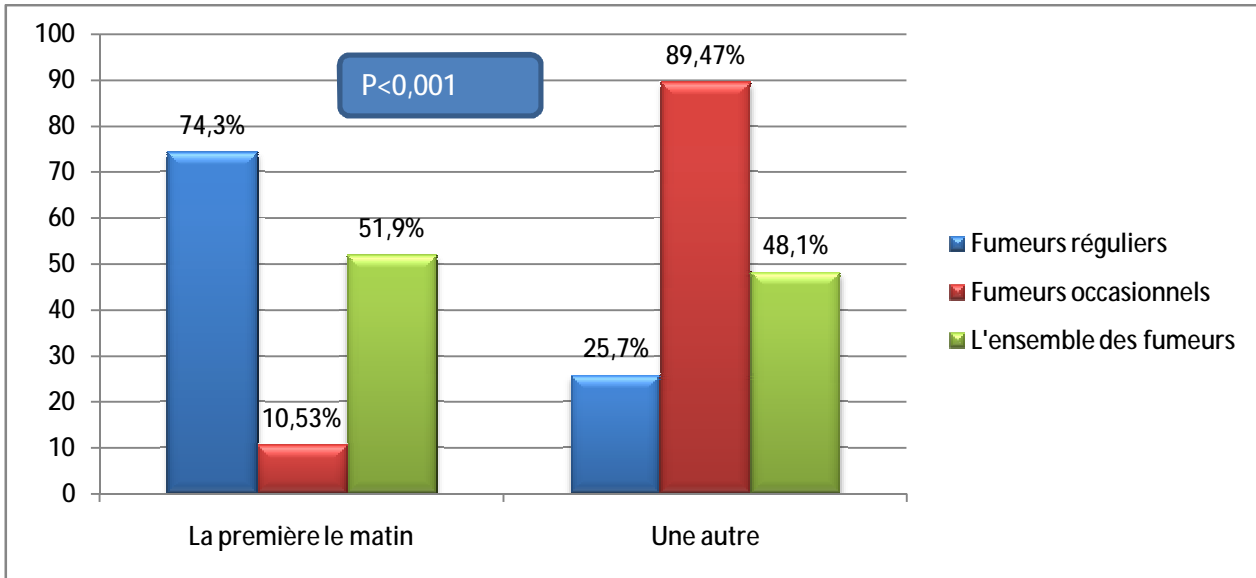


Graphique 15 : Pourcentage de difficulté à ne pas fumer

Concernant la difficulté de ne pas fumer quand c'est interdit, 68,6% des fumeurs réguliers et 89,5% des fumeurs occasionnels ne trouvent pas cette difficulté.

Ø Question 3 :

«A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer? »

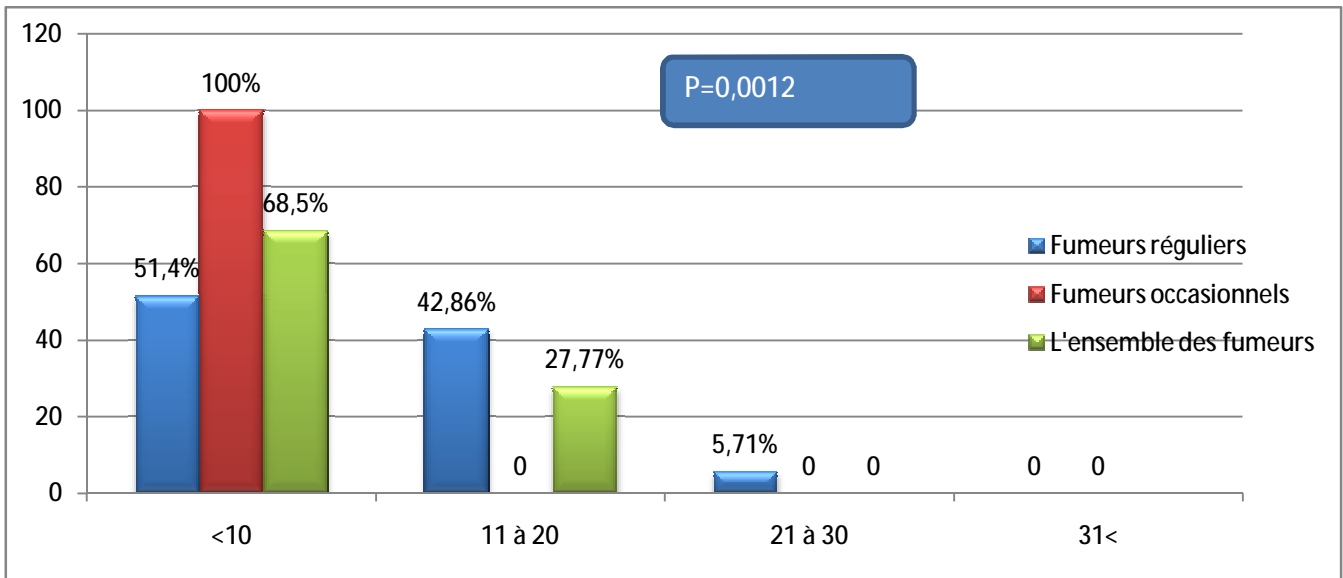


Graphique 16 : Répartition selon la cigarette la plus difficile de renoncer

Presque la moitié des fumeurs réguliers aurait des difficultés à renoncer à leur première cigarette de la journée, alors que la majorité des fumeurs occasionnels (89,47%) ne les aurait pas.

Ø Question 4 :

« Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »

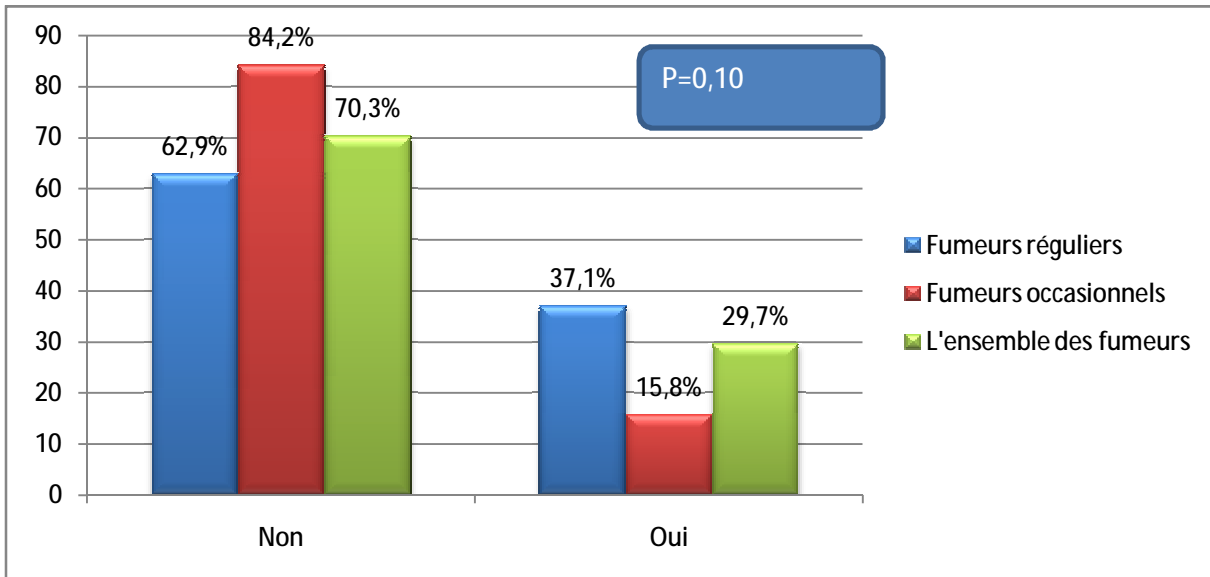


Graphique 17: Nombre de cigarettes fumées par jour

La totalité des fumeurs occasionnels fume moins de 10 cigarettes /jr, et la majorité des fumeurs réguliers (94,3%) fume moins de 20 cigarettes/jr.

Ø Question 5 :

«Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi? »

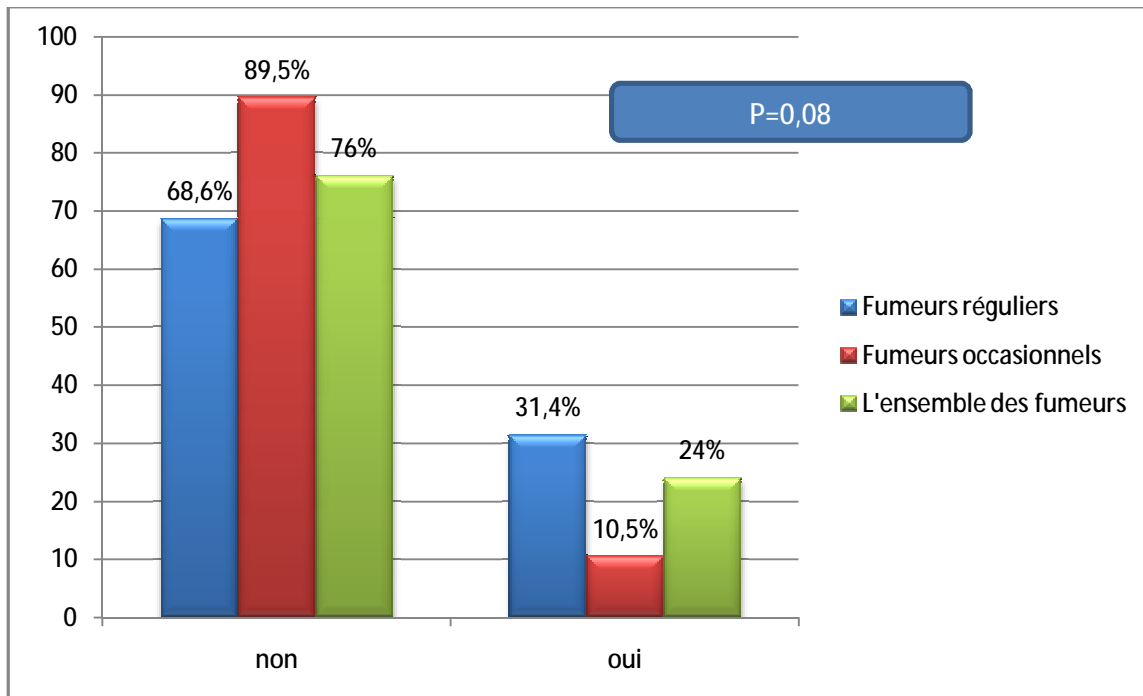


Graphique 18 : Répartition selon le rythme

On observe que 37,1% des fumeurs réguliers et 15,8% des fumeurs occasionnels fument avec un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi.

Ø Question 6 :

«Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour? »

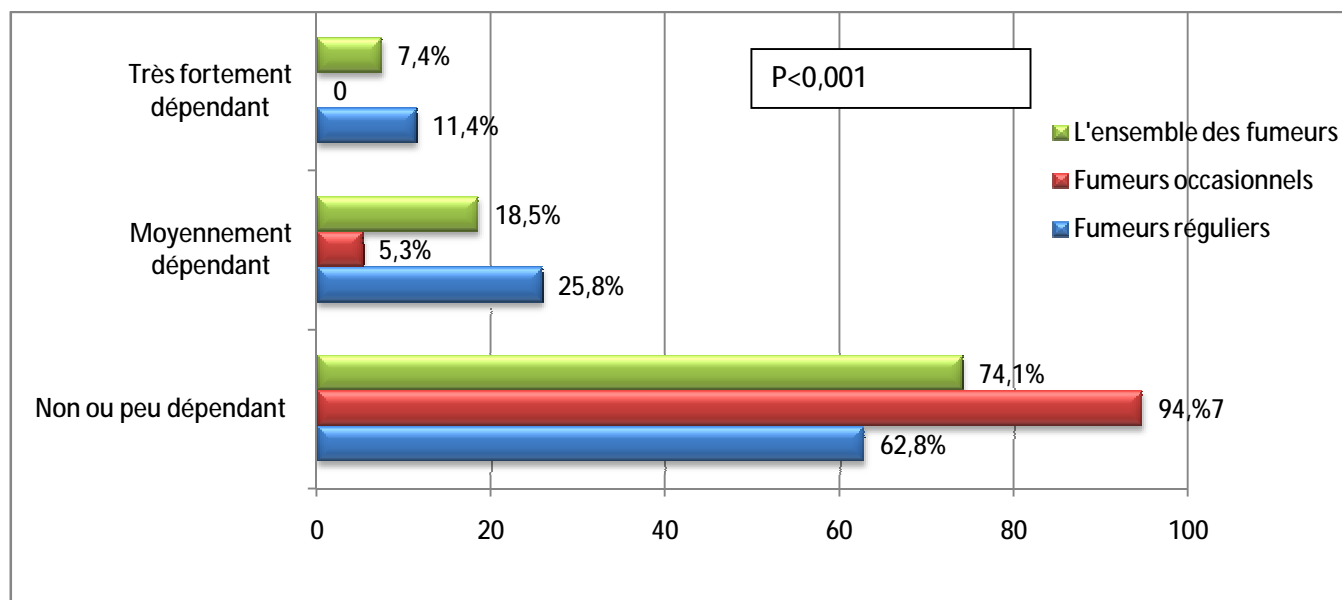


Graphique 19: Le pourcentage selon la réponse "oui" et "non"

On observe que 31,4% des fumeurs réguliers et 10,5% des fumeurs occasionnels fument lorsqu'ils sont malades ou alités.

Ø Score de Fagerström :

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



Graphique 20 : Score de Fagerström

A partir du score de fagerstrom, 11,4% des fumeurs réguliers ont une très forte dépendance à la nicotine et 5,3% des fumeurs occasionnels sont moyennement dépendants.

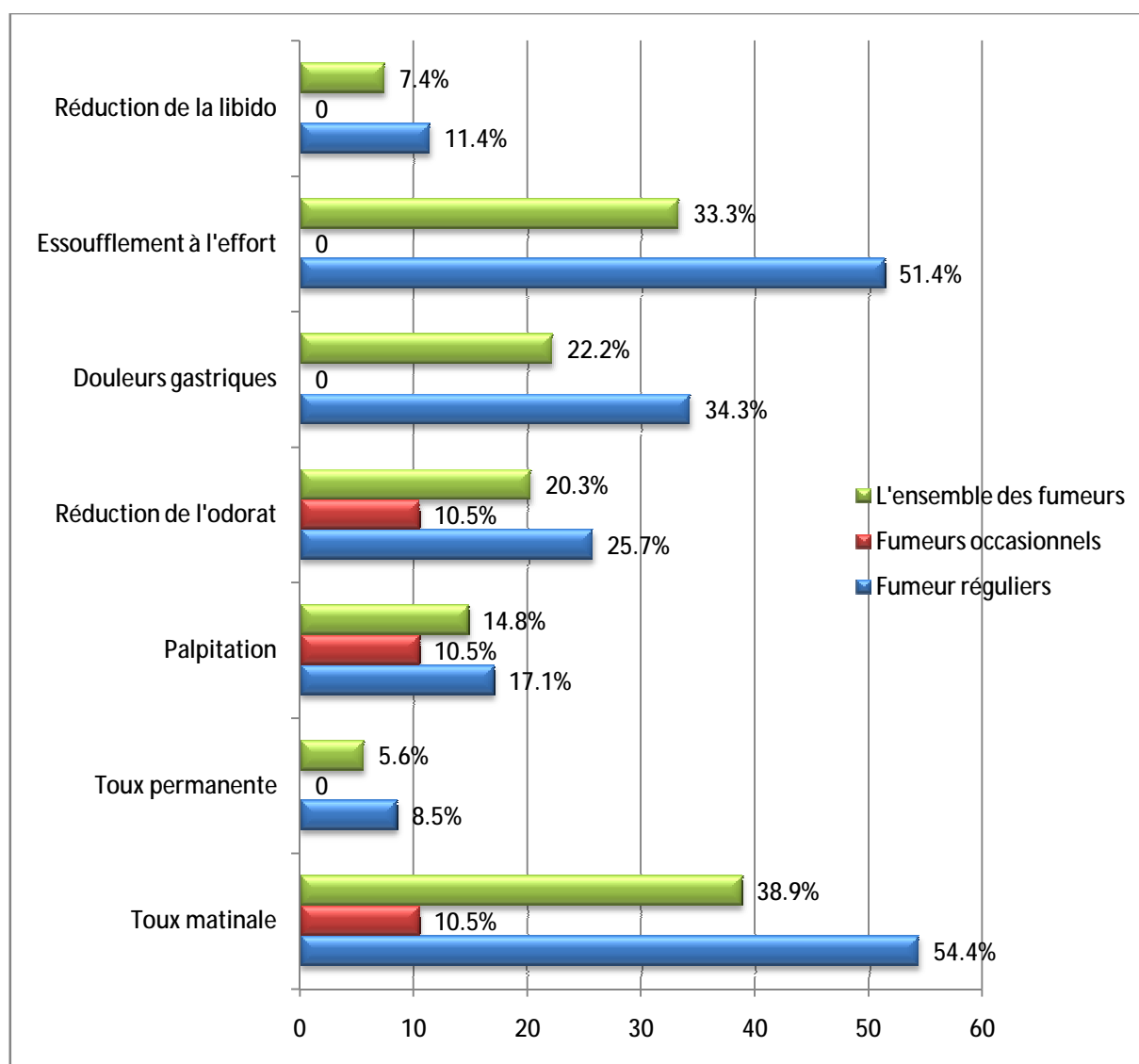
9. Les symptômes ressentis par les fumeurs

Parmi les fumeurs réguliers, 35 fumeurs réguliers ont répondu sur tous les paramètres du tableau qui traite les signes liés au tabagisme,

Le paramètre de la toux matinale et celui de la palpitation sont précisés chez 19 fumeurs occasionnels dont 17 ont juste répondu aux autres paramètres .

Chez les fumeurs réguliers, la toux matinale est le symptôme le plus rapporté (54,5%) suivi par l'essoufflement à l'effort (51,4%).

Les fumeurs occasionnels ont rapporté les symptômes de réduction de l'odorat, de palpitation et de toux matinale avec une prévalence de 10,5% pour chaque symptôme.



Graphique 21 : Prévalence des symptômes ressentis par les fumeurs

Chez les fumeurs réguliers, la moyenne de la durée de survenu de symptômes liés au tabagisme est importante pour le symptôme de la réduction de l'odorat suivi

de celui de la toux matinale avec respectivement 53,14 mois et 29,7 mois et une durée maximale de 96 mois pour les deux.

Tableau 23: La durée des symptômes ressentis par les fumeurs

	N	Moyenne (mois)	Ecart-type (mois)	Extrême (mois)
Toux matinale	11	29,7	29,27	1-96
Toux permanente	0	-	-	-
Palpitation	3	28	13,86	12-36
Réduction de l'odorat	7	53,14	32,4	12-96
Douleurs gastriques	5	19,2	10,73	12-36
Essoufflement à l'effort	8	20,9	18,8	5-60
Réduction de la libido	0	-	-	-

Pour les fumeurs occasionnels, juste un seul qui a précisé une durée de 6 mois pour le symptôme de la réduction de l'odorat.

10. Tabagisme sur le lieu du travail :

Tableau 24 : Tabagisme sur le lieu de travail.

	Fumeurs réguliers (N= 35)	Fumeurs occasionnels (N=19)	L'ensemble des fumeurs (N=54)
Qui fument sur le lieu de travail	26 (74,3%)	2 (10,5%)	28 (51,9%)
P<0,001			
Qui ressentent une gêne à le faire	16 (61,5%)	1 (50%)	17 (60,7%)
P=0,01			

Parmi les 35 fumeurs réguliers, 26 cas (71,3%) fument sur les lieux du travail dont 16 d'entre eux (61,5%) ressentent une gêne à le faire, alors que chez les 19 fumeurs occasionnels, 2 cas y fument (10,5%) dont une personne ressent une gêne à le faire.

11. Tabagisme dans les zones non fumeurs

On observe que 26,4% des fumeurs réguliers (N=34) et 5,3% des fumeurs occasionnels (N=19) fument dans les zones non fumeurs. (P=0,05)

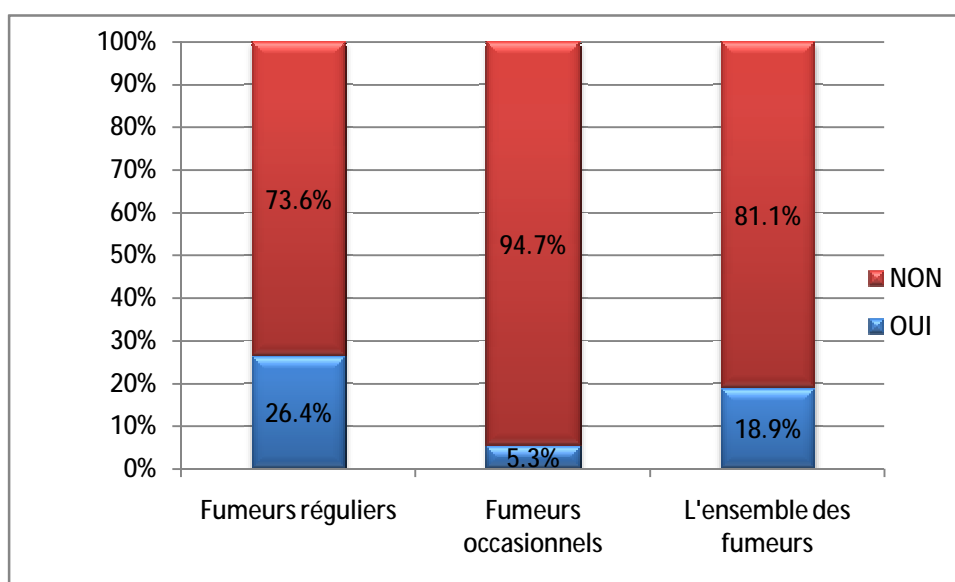
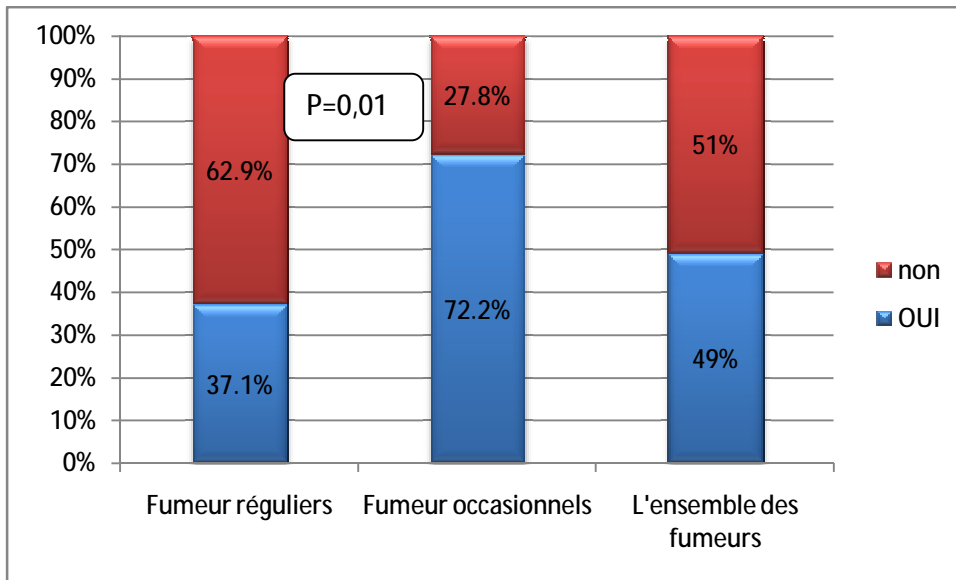


Figure 22 : Tabagisme dans les zones non fumeur

12. Personnes qui fument sous le même toit

Parmi les 53 fumeurs, 26 cas (49%) vivent avec au moins une personne fumeuse sous le même toit dont 13 des fumeurs réguliers (37,1% avec N= 35) et 13 des fumeurs occasionnels (72,2% ; N=18) cette personne a été précisée dans 10 cas dont le conjoint dans un cas, le frère dans 4 cas et le père dans 5 cas.



Graphique 23 : Personnes qui fument sous le même toit.

Chez l'ensemble des fumeurs, le nombre moyen des fumeurs dans la famille est de 2 avec des extrêmes allant de 1 à 6.

Tableau 25 : Le nombre des fumeurs dans la famille.

	Fumeurs réguliers (N= 8)	Fumeurs occasionnels (N=4)	L'ensemble des fumeurs (N=12)
Moyenne	2,12	1,75	2
Ecart-type	1,72	0,95	1,47
extrêmes	1 à 6	1 à 3	1 à 6

Parmi les 53 fumeurs, 26 cas (49%) vivent avec au moins une personne fumeuse sous le même toit dont 13 des fumeurs réguliers (37,1% avec N= 35) et 13 des fumeurs occasionnels (72,2% ; N=18)

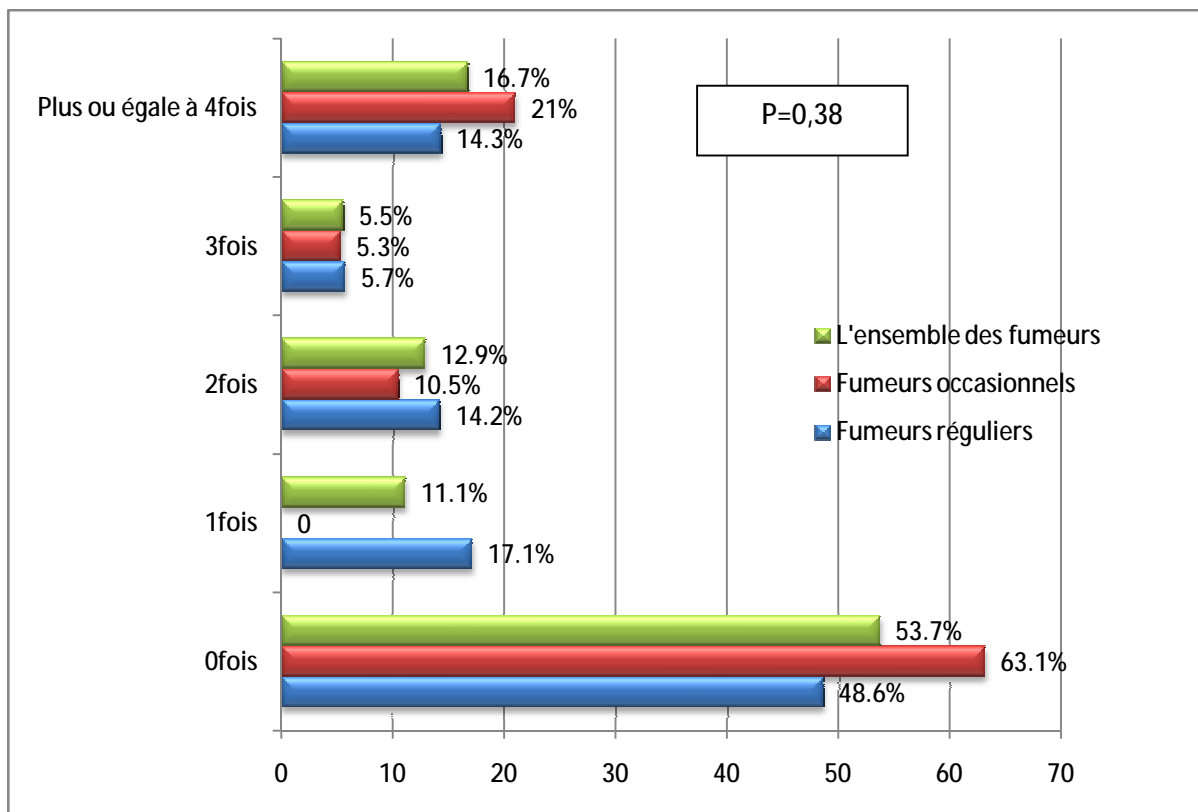
13. Sevrage tabagique

Parmi les 54 fumeurs, 25 cas (46,3%) ont essayé au moins une tentative d'arrêt dont 18 des fumeurs réguliers (51,4% ; N=35) et 7 des fumeurs occasionnels (36,8% ; N=19).

La moyenne de nombre de tentative d'arrêt chez l'ensemble des fumeurs est de 3,4 avec des extrêmes allant de 1 à 10 fois.

Tableau 26 : Le nombre de tentatives d'arrêt de tabagisme.

	Fumeurs réguliers (N= 18)	Fumeurs occasionnels (N=7)	L'ensemble des fumeurs (N=25)
Moyenne	2,83	4,85	3,4
Ecart-type	2,33	2,85	2,6
extrêmes	1à10	2à10	1à10



Graphique 24 : La prévalence du nombre de tentatives d'arrêt de tabagisme.

La moyenne de la durée de sevrage tabagique chez l'ensemble des fumeurs est de 6,3 mois avec des extrêmes allant de 5 jr à 72 mois.

Tableau 27 : La durée de sevrage tabagique

	Fumeurs réguliers (N= 18)	Fumeurs occasionnels (N=7)	L'ensemble des fumeurs (N=25)
Moyenne (Mois)	3,7	13	6,3
Ecart-type (Mois)	4,57	26,05	14,23
extrêmes	5jr à 18 mois	1mois à 72mois	5jr à 72mois

Aucun fumeur n'a utilisé d'artifices pour tenter le sevrage tabagique.

Au cours du sevrage, l'impression de manque est la difficulté la plus ressentie dans 83,3% de l'ensemble des fumeurs suivie de la nervosité dans 65,2% des cas.

Le même ordre de difficulté est rapporté chez les fumeurs réguliers alors que chez les fumeurs occasionnels, l'environnement fumeur est la deuxième difficulté.

Tableau 28 : Les difficultés ressentis au cours de sevrage

	Fumeurs réguliers		Fumeurs occasionnels		L'ensemble des fumeurs	
	N	%	N	%	N	%
Impression de manque	17	82,4	7	85,7	24	83,3
Nervosité	16	75	7	42,9	23	65,2
Fortes tentations	17	59	7	28,6	24	50
Céphalée	15	53,3	7	42,8	22	50
Environnement fumeur	15	46,6	7	57,1	22	50
Reprise de l'appétit et du poids	15	33,3	7	28,6	22	31,8
Insomnie	17	23,5	7	14,3	24	20,8
Tendance dépressive	15	20	7	0	22	13,6

14. Motivation d'un éventuel arrêt du tabagisme :

Chez l'ensemble des fumeurs, la protection de la santé est la motivation la plus importante (85,2%) suivie de donner un bon exemple aux enfants (65,4%).

Tableau 29 : Les motivations d'un éventuel arrêt de tabagisme

	N	Très d'accord	Moyennement d'accord	Désaccord total
La survenue de certains symptômes	53	64,1%	30,2%	5,7%
Pour ne pas déranger l'entourage	53	47,2%	35,8%	17%
Pour économiser de l'argent	53	39,6%	50,9%	9,4%
Pour donner un bon exemple à vos enfants	52	65,4%	32,7%	1,92%
Pour donner un bon exemple aux adultes de votre entourage	53	20,7%	54,7%	24,5%
Se conformer à la pression des collègues	53	5,7%	34%	60,3%
Pour protéger votre santé	54	85,2%	13%	1,8%
Par respect à vos principes	54	50%	94,4%	5,6%

±

15. La motivation à l'arrêt du tabac:

Les 4 paramètres de ce test sont précisés chez 54 personnes dont 35 fumeurs réguliers et 19 fumeurs occasionnels

Ø *Question 1 :*

Pensez-vous que dans 6 mois:

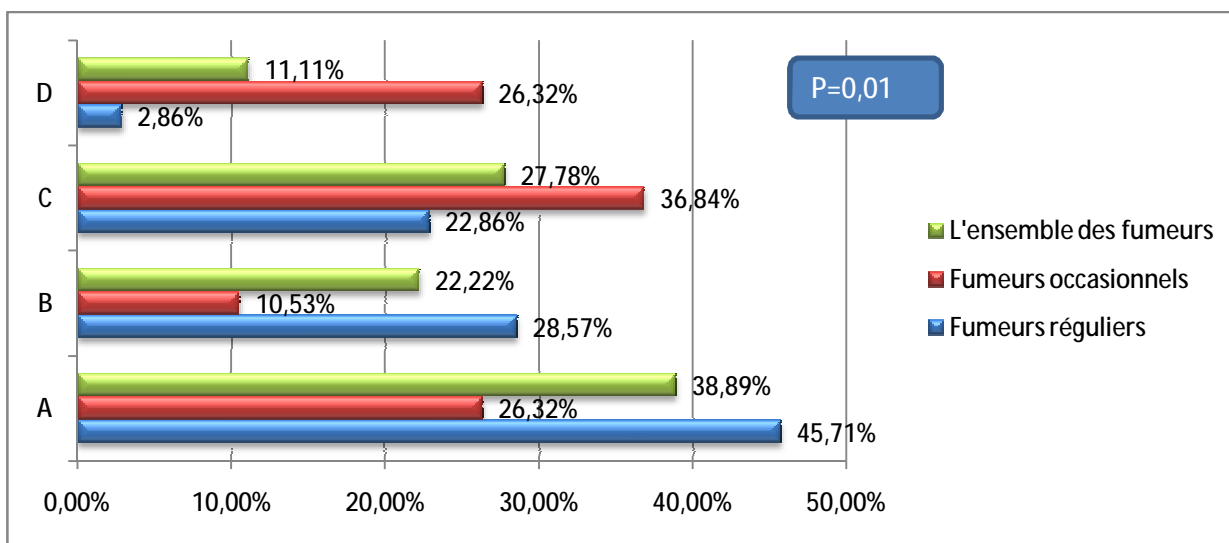
A. Vous fumeriez toujours autant

B. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes

C. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes

D. Vous aurez arrêté de fumer

On observe que 74,3% des fumeurs réguliers pensent que leur consommation de cigarettes serait la même ou un peu diminuée dans 6 mois, par contre 63,16% des fumeurs réguliers pensent que leur consommation y serait beaucoup diminuée ou arrêtée.



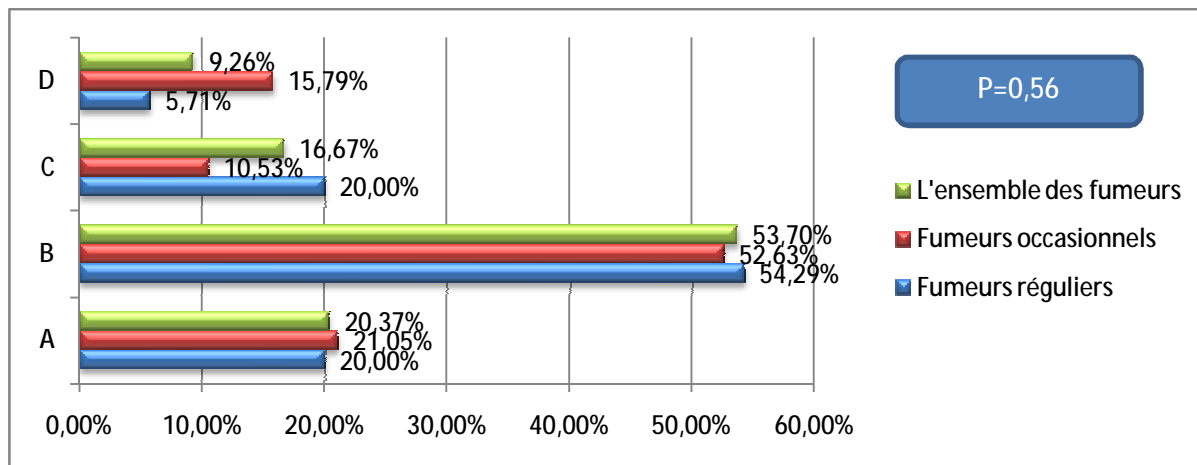
Graphique 25 : Les prévisions dans 6 mois à propos de la quantité de consommation de cigarettes

Ø Question 2

Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer?

- A. Pas du tout B. Un peu C. Beaucoup D. Enormément

On constate que plus de la moitié de tous les fumeurs ont un peu l'envie d'arrêter de fumer.



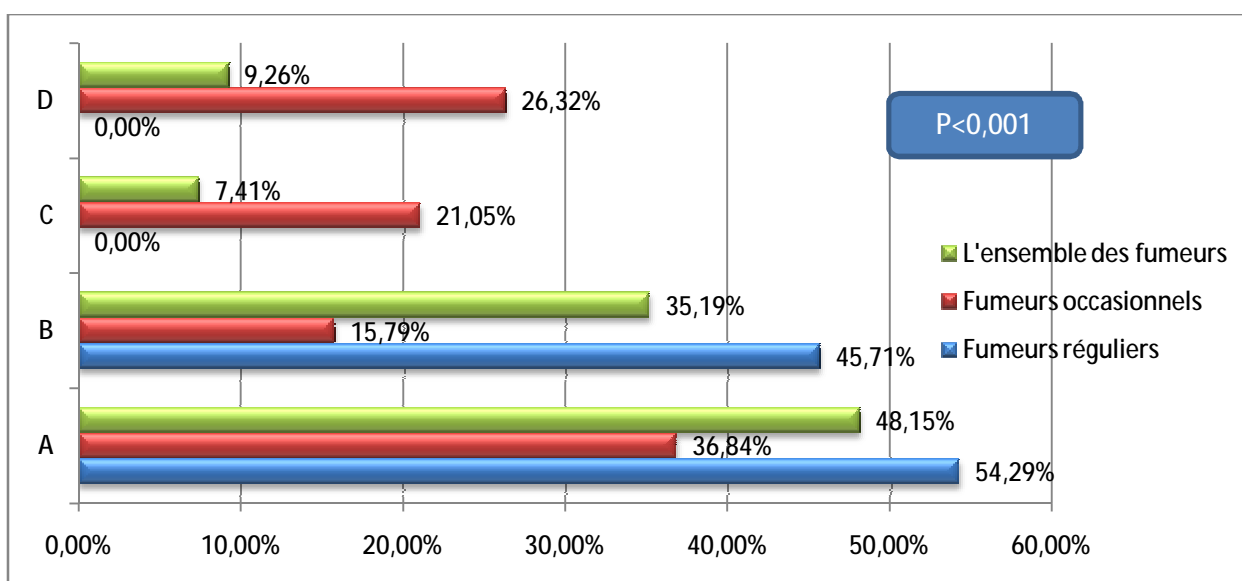
Graphique 26 : L'envie d'arrêter de fumer

Ø Question 3

Pensez-vous que dans 4 semaines:

- A. Vous fumeriez toujours autant
- B. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes
- C. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes
- D. Vous aurez arrêter de fumer

La totalité des fumeurs réguliers et 52,6% des fumeurs occasionnels pensent que leur consommation de cigarettes serait la même ou un peu diminuée dans 4 semaines.



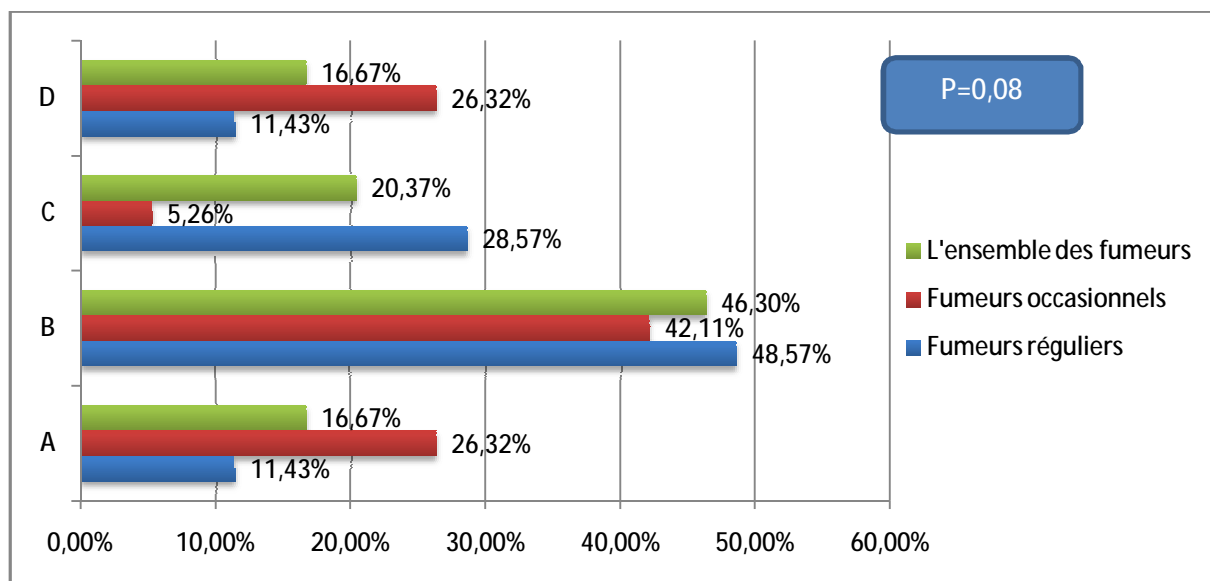
Graphique 27 : Les prévisions dans 4 semaines concernant la quantité de consommation de cigarettes

Ø Question 4

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

A. Jamais B. Quelquefois C. Souvent D. Très souvent

On remarque que 60% des fumeurs réguliers sont jamais ou quelquefois mécontents de fumer et que c'est le même sentiment pour 68,43% des fumeurs occasionnels.

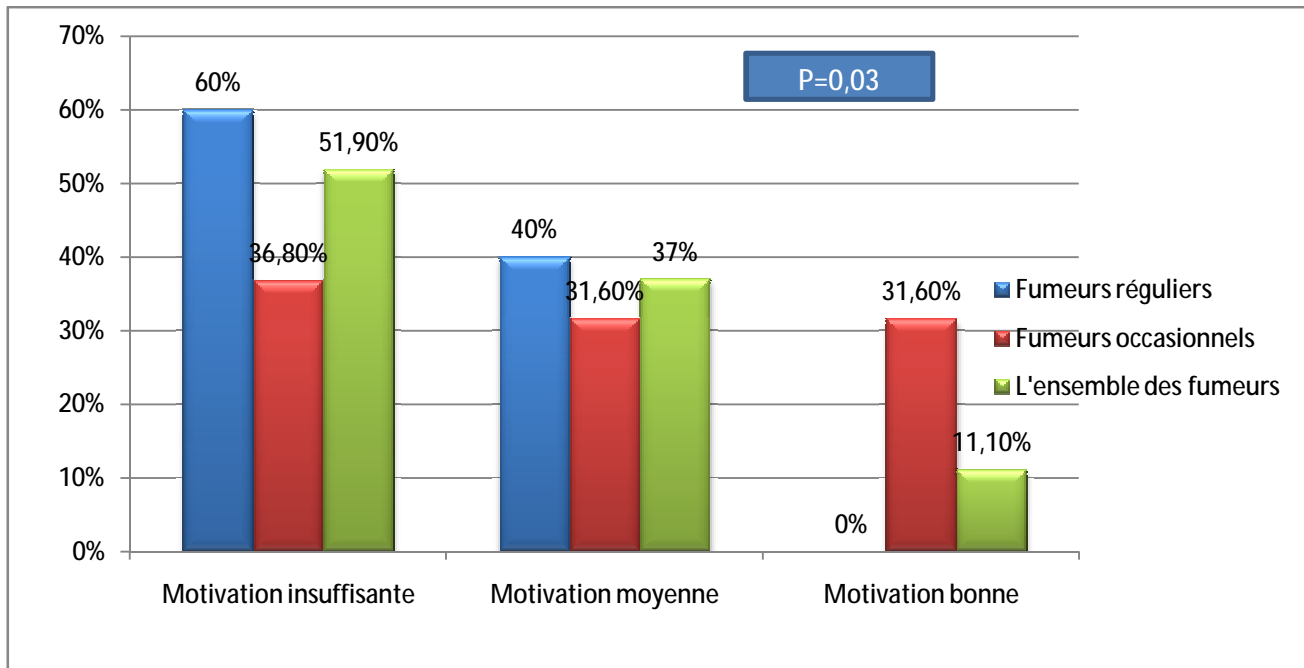


Graphique 28 : Ne pas être content de fumer

▼ Score de Qmat:

Un score inférieur ou égal à 6 est interprété comme motivation insuffisante, un score de 7 à 13 comme une motivation moyenne et un score supérieur à 13 comme une bonne ou très bonne motivation.

Selon le test de Qmat, seulement 11,1% de l'ensemble des fumeurs qui ont une bonne motivation, cette dernière est absente chez les fumeurs réguliers et présente chez 31,6% des fumeurs occasionnels.



Graphique 29 : Score de Qmat

V. Etude des ex-fumeurs

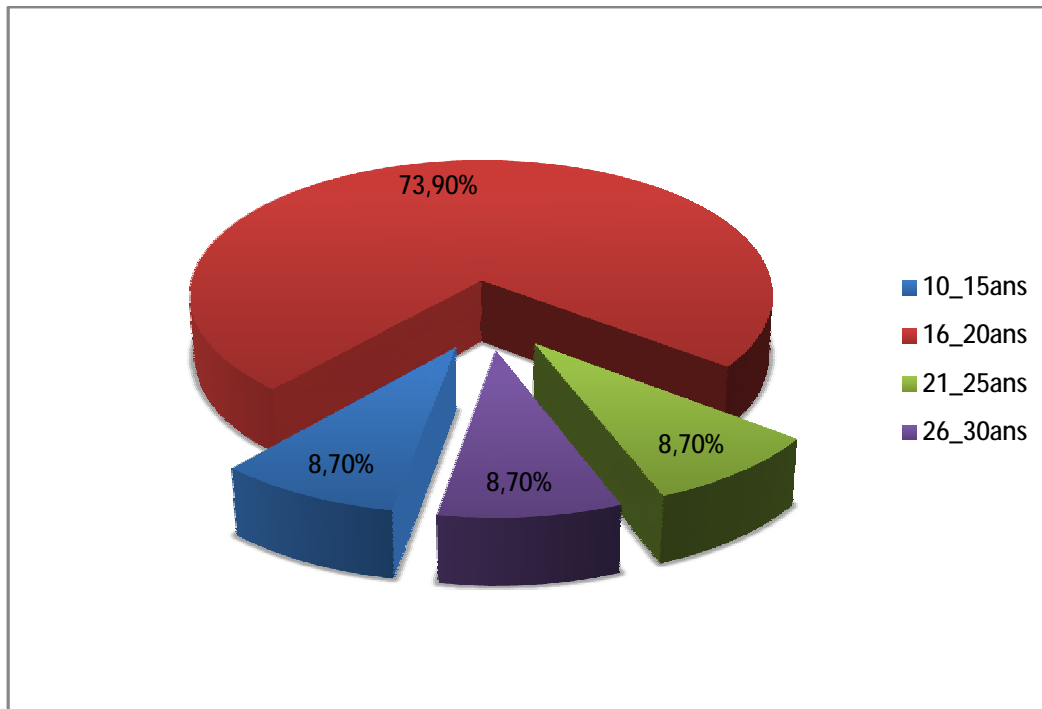
Il s'agit d'une population de 23 personnes représentant 5,53% (23/416) de la population totale étudiée.

1. Répartition des ex-fumeurs selon l'ancienneté d'arrêt du tabagisme :

Sur un ensemble de 23 ex-fumeurs; 87% ont arrêté de fumer depuis plus d'un an et 65% depuis plus de 3 ans. La moyenne de la durée d'arrêt du tabagisme est de 3,68 ans avec un écart-type de 3,2 ans et des extrêmes de 3 mois à 14 ans.

2. Répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début du tabagisme :

La majorité des ex-fumeurs (73,9%) a commencé entre l'âge de 16 à 20 ans.



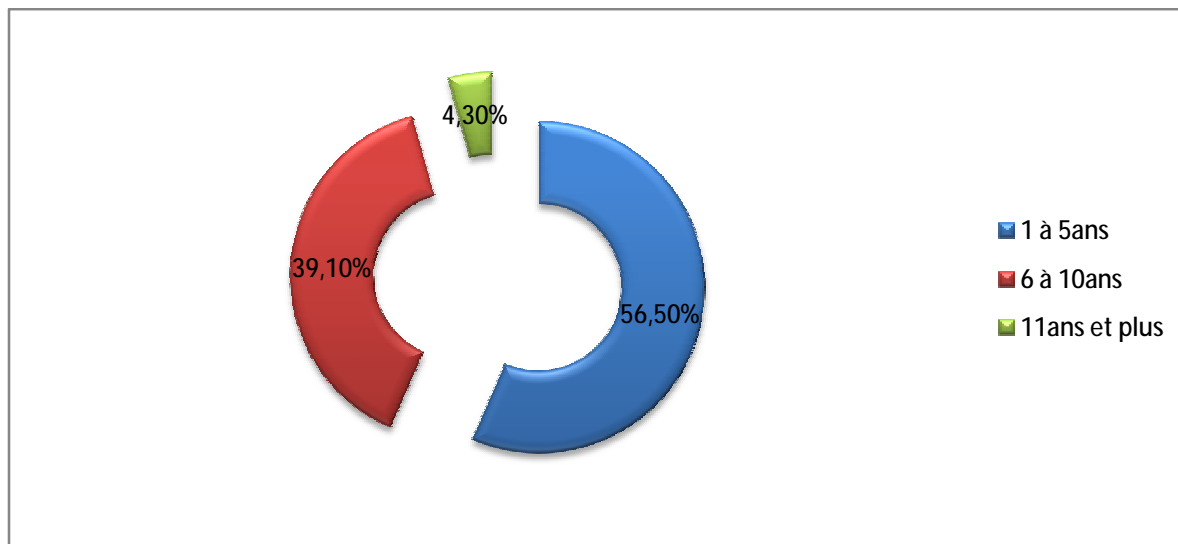
Graphique 30 : Répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début de tabagisme

La moyenne d'âge du début du tabagisme est de 19,17 ans avec un écart-type de 3,1 ans et des extrêmes de 14 à 26 ans.

3. Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique :

Parmi les 23 ex-fumeurs ; 56,5% ont fumé entre 1-5 ans alors que 4.3% ont fumé 11ans et plus.

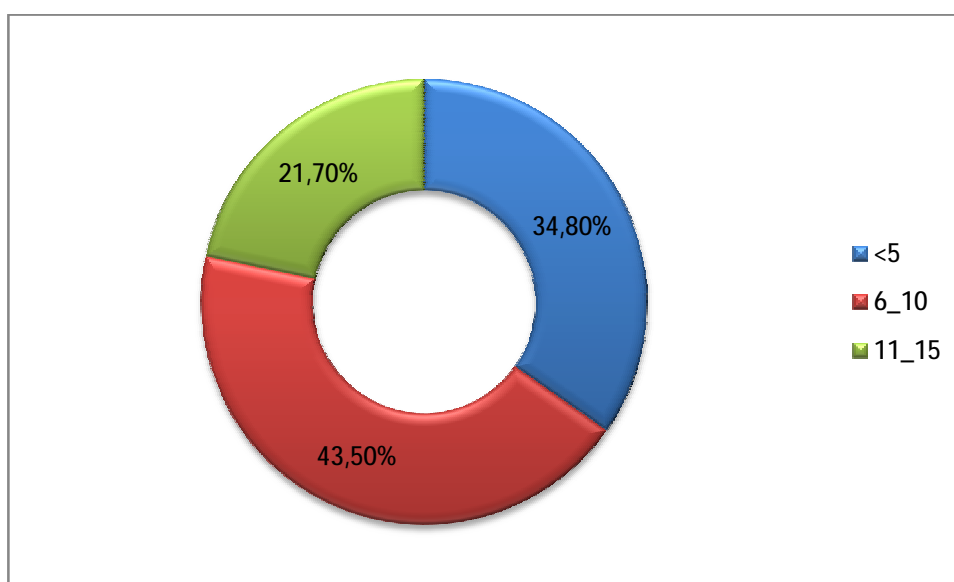
La moyenne de la durée d'exposition du tabagisme est de 5,4ans avec un écart-type de 2,8 ans et des extrêmes de 1an à 12,5 ans.



Graphique 31 : Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique

4. Répartition des ex-fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour :

Parmi les 23 ex-fumeurs, 78,3% (18/23) sont des petits fumeurs (moins de 10 cigarettes/jr).



Graphique 32 : Répartition des ex-fumeurs selon l'importance de cigarettes consommées par jour.

La moyenne de cigarettes fumées par jour est de 7,93 cigarettes avec un écart-type de 4,23 cig/j et des extrêmes de 3 cig/semaine à 15 cig/j.

Les cigarettes avec filtre ont été consommées dans 95,7% des cas (22/23).

5. Les motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme :

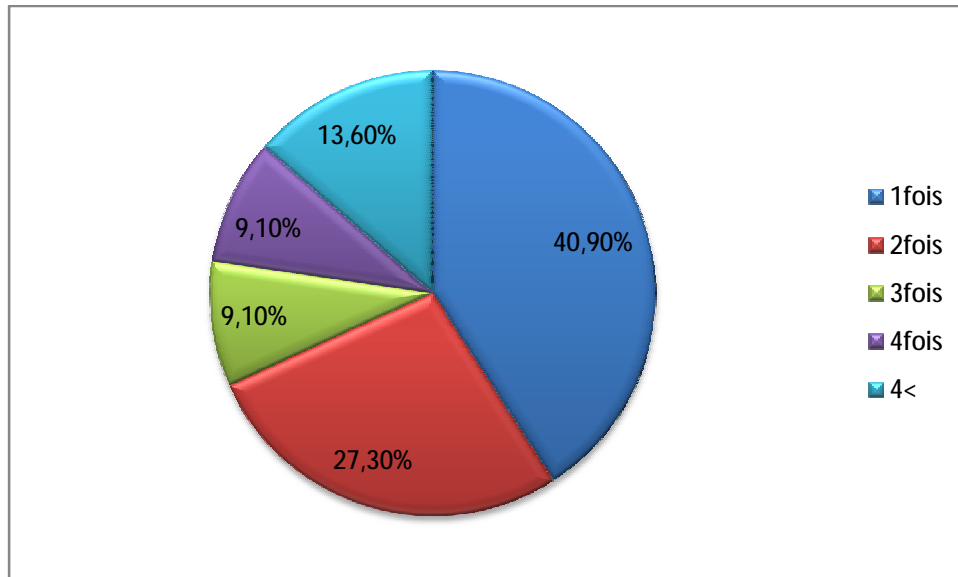
La protection de la santé et la survenue de certains symptômes sont les motivations les plus importantes de l'arrêt du tabagisme, avec une prévalence de 94,1% pour chaque motivation.

Tableau 30 : Fréquence des motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme.

	N	Très d'accord	Moyennement d'accord	Désaccord total
La survenue de certains symptômes	17	94,1%	0%	5,8%
Pour protéger votre santé	17	94,1%	5,9%	0%
Pour donner un bon exemple à vos enfants	17	88,2%	11,8%	0%
Pour ne pas déranger l'entourage	17	70,6%	23,5%	5,8%
Par respect à vos principes	17	41,2%	58,8%	0%
Pour économiser de l'argent	17	29,4%	58,8%	11,7%
Pour donner un bon exemple aux adultes de votre entourage	17	17,6%	76,5%	5,9%
Se conformer à la pression des collègues	17	11,7%	52,9%	35,3%

6. Nombre de tentatives d'arrêt du tabagisme avant le sevrage définitif :

Parmi les 22 ex-fumeurs, 40,9% (9 cas) ont réussi à arrêter de fumer en une seule fois, tandis que 59,1% (13 cas) ont besoin de plusieurs tentatives.



Graphique 33 : Nombre des tentatives d'arrêt avant le sevrage définitif.

La moyenne des tentatives est de 4.31 fois avec un écart-type de 1,55 fois et des extrêmes de 1 à 6 fois.

7. Usage d'artifice pour le sevrage:

On observe que 95.5% (21/22cas) ont arrêté de fumer sans aucune aide ; alors que 4.5% (1cas) ont utilisé de chewing-gum.

8. Etat de santé après sevrage :

Parmi 22 ex-fumeurs, 81,8% (4 cas) ont rapporté un état de bien être après le sevrage, la pratique régulière du sport depuis l'arrêt est notée chez 27.3% (5/22cas).

9. Participation à une activité anti-tabac

Seulement 9,1% des ex-fumeurs (2/22cas) ont une participation à une activité anti-tabac.

VI. Les attitudes et les connaissances des médecins

1. Importance du rôle de tabagisme dans certaines maladies

On observe que la majorité des médecins sont fortement d'accord pour l'importance du rôle de tabagisme dans les cancers et les maladies cardiaques et respiratoires. Dans les autres affirmations, la plupart des médecins sont d'accord à fortement d'accord.

Tableau 31 : Degrés de connaissance du rôle de tabac vis a vis de certaines maladies

	N	Fortement d'accord	D'accord	Incertain	Pas d'accord	Fortement en désaccord
Les Cancers	415	91,1%	8,2%	0,7%	0%	0%
Les Maladies respiratoires	415	90,1%	9,4%	0,2%	0,2%	0%
Les Maladies cardiaques	415	86,5%	12,8%	0,7%	0%	0%
Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de mort subite du nourrisson.	415	46,5	34%	19,5%	0	0%
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies pulmonaires chez les adultes non-fumeurs.	415	47,7%	41,4%	9,4%	1,45%	0%
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies cardiaques chez les adultes non-fumeurs.	413	36,8%	40,7%	19,4%	2,9%	0,24%
Le tabagisme chez le père augmente le risque des maladies des voies respiratoires inférieures telles que la pneumonie chez les enfants exposés.	415	46%	43,4%	10,6%	0%	0%

2. Mise en garde vis-à-vis du tabac :

La majorité du personnel médical met souvent en garde leurs malades quand il y a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac, ou quand le patient lui-même pose des questions sur le tabac (92,7% pour la première situation et 80,2% pour la deuxième), alors que 63,3% du personnel les mettent rarement ou jamais en garde quand le patient n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac.

Tableau 32 : Mise en garde vis-à-vis de tabac

	N	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Quand le malade a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac	409	92,7%	6,1%	1,2%	0%
Quand le patient lui-même pose des questions sur le tabac	409	80,2%	18,1%	1,7%	0%
Quand le patient n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac	408	14,9%	21,8%	35,1%	28,2%

3. Interdiction de fumer :

La majorité du personnel médical interdit de fumer dans les endroits cités ci-dessous :

Tableau 33 : Réponse par oui ou non pour certaines interdictions de fumer

	N	oui	non
Dans votre service	398	93,5%	6,5%
Dans votre salle d'attente	383	92,7%	7,3%
Dans votre bureau	365	97,3%	2,7%
A vos enfants	307	97,1%	2,9%
A votre domicile	398	81,7%	18,3%

4. Attitude des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant les professionnels de santé

On observe que la plupart des médecins sont d'accord à fortement d'accord pour toutes les affirmations, et que les avis de 25,7% des médecins sont incertains pour la susceptibilité moyenne des fumeurs de conseiller les gens à arrêter de fumer.

Tableau 34 : Des affirmations concernant les professionnels de santé

	N	Fortement d'accord	D'accord	Incertain	Pas d'accord	désaccord désaccord
Servent de modèles pour leurs patients et le public.	413	48,9%	21,8%	16,7%	8%	4,6%
Doivent donner le bon exemple en ne fumant pas.	413	60,5%	28,8%	7%	2,9%	0,7%
Devraient systématiquement poser des questions sur les habitudes de tabagisme des patients.	413	59,3%	32,7%	5,3%	2,7%	0%
Doivent régulièrement informer leurs patients fumeurs à arrêter de fumer.	413	67,3%	28,6%	3,1%	1%	0%
Qui fument sont moins susceptibles de conseiller les gens à arrêter de fumer.	412	31,3%	26,9%	25,7%	11,6%	4,4%
Devraient recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage.	412	51,2%	36,4%	9,7%	2,7%	0%
Devraient parler à des groupes communautaires au sujet du tabagisme.	411	37,2%	45,3%	14,8%	2,4%	0,2%
Devraient systématiquement conseiller les patients fumeurs de ne pas fumer près des enfants.	411	69,3%	19,7%	5,8%	4,6%	0,5%

5. Attitudes des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant la lutte anti-tabac

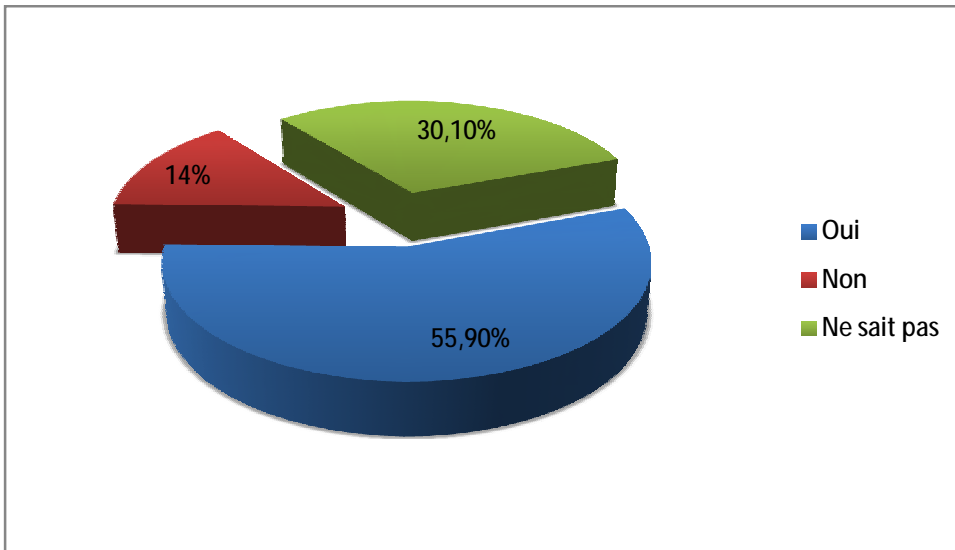
La prévalence des médecins qui sont fortement d'accord est importante pour toutes les affirmations sauf celle concernant l'augmentation des prix de tabac dont la prévalence est seulement à 54,9%.

Tableau 35 : Des affirmations concernant la lutte anti-tabac

	N	Fortement d'accord	D'accord	Incertain	Pas d'accord	en désaccord
Fumer dans les lieux publics fermés devrait être interdite.	411	91,5%	7,5%	0,5%	0,5%	0%
Les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes doivent être en gros caractères.	411	76,9%	15,8%	4,9%	1,7%	0,7%
Les ventes de tabac aux enfants et adolescents devraient être interdites.	411	90%	9,5%	0,2%	0,2%	0%
Les commandites du sport par l'industrie du tabac devrait être interdites.	409	73,1%	20%	4,9%	1,7%	0,2%
Il devrait y avoir une interdiction complète de la publicité des produits du tabac.	411	81,3%	14,8%	2,7%	1,2%	0%
Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être «sans fumée».	411	82,2%	14,8%	1,5%	1,5%	0%
Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté.	410	54,9%	16,6%	15,6%	7%	5,8%

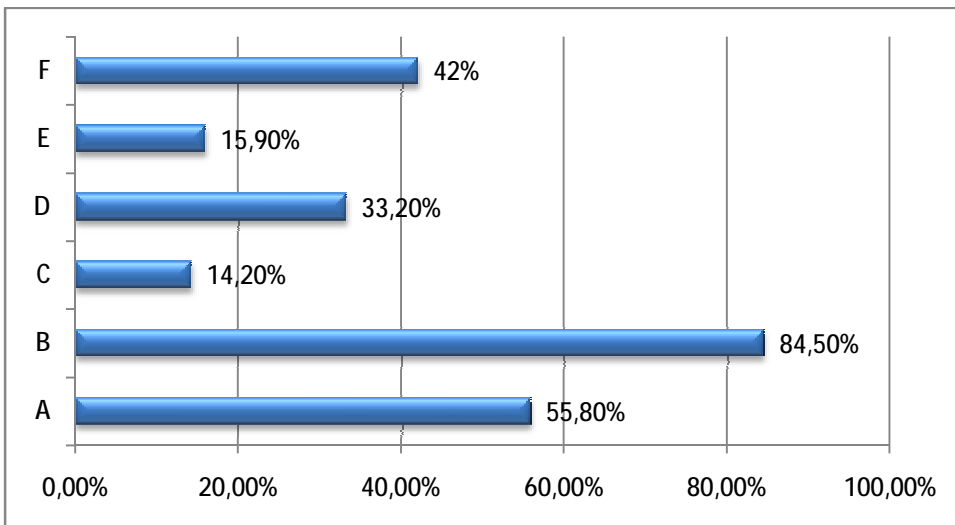
6. Connaissance de la loi anti-tabac

Parmi 406 médecins ; 55,9% savent qu'il existe une loi marocaine anti-tabac.



Graphique 34 : Connaissance de la loi anti-tabac

Mais les traités de cette loi sont mal connus comme le montre le graphisme suivant :



Graphique 35 : Connaissance des composants de la loi anti-tabac

A : interdit la publicité

B : Interdit le tabac dans les lieux publiques

C : Aide à l'arrêt

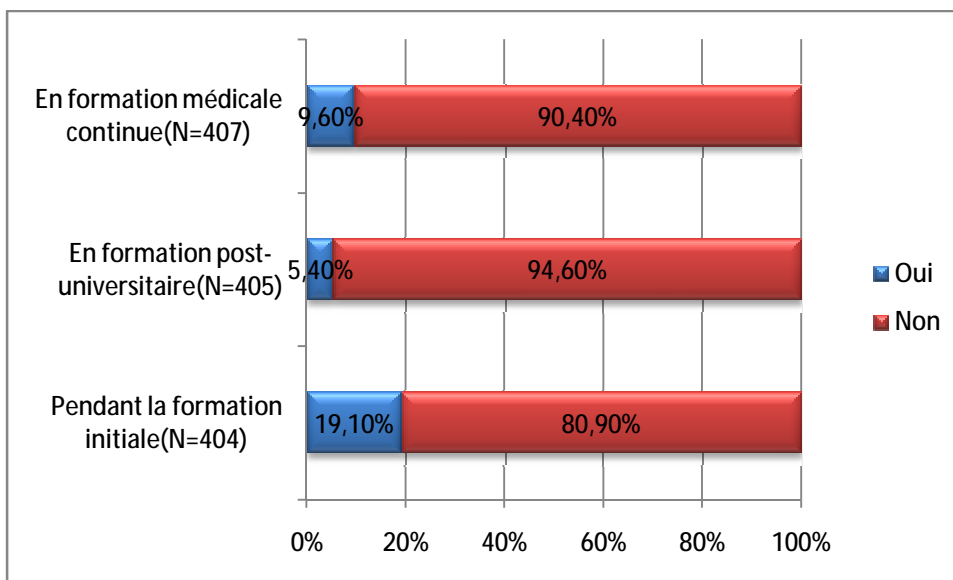
D : Interdit la vente aux enfants

E : Encourage l'information en la finançant

G : Impose l'information sur le paquet

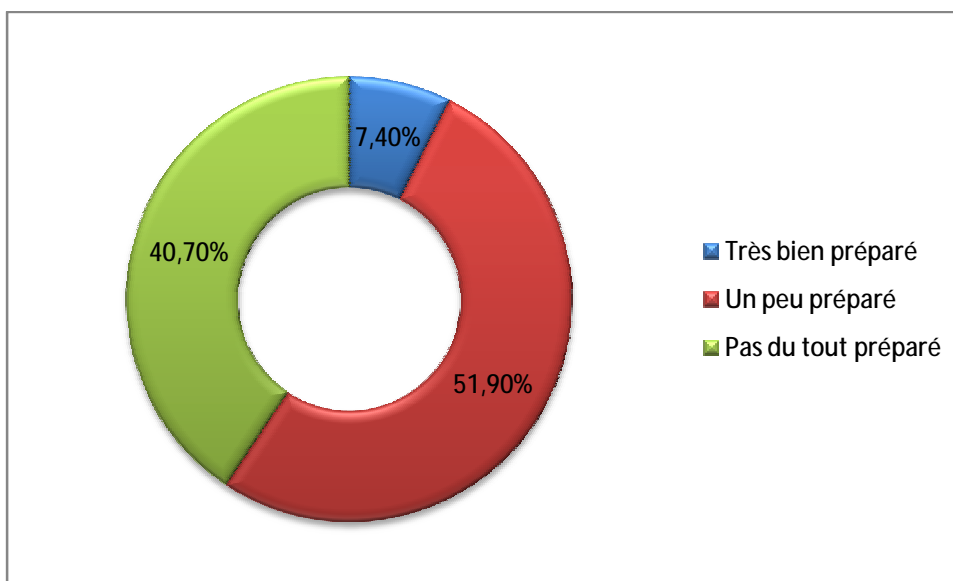
7. Les formations reçues sur l'aide à l'arrêt de tabagisme

La plupart des médecins n'ont jamais reçu ni formation initiale, ni formation post universitaire, ni formation médicale continue sur l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Un médecin l'a reçue par l'association ONCORL en faisant des petit discours aux écoliers, et un autre par des ateliers de sevrage.



Graphique 36 : Les formations reçues

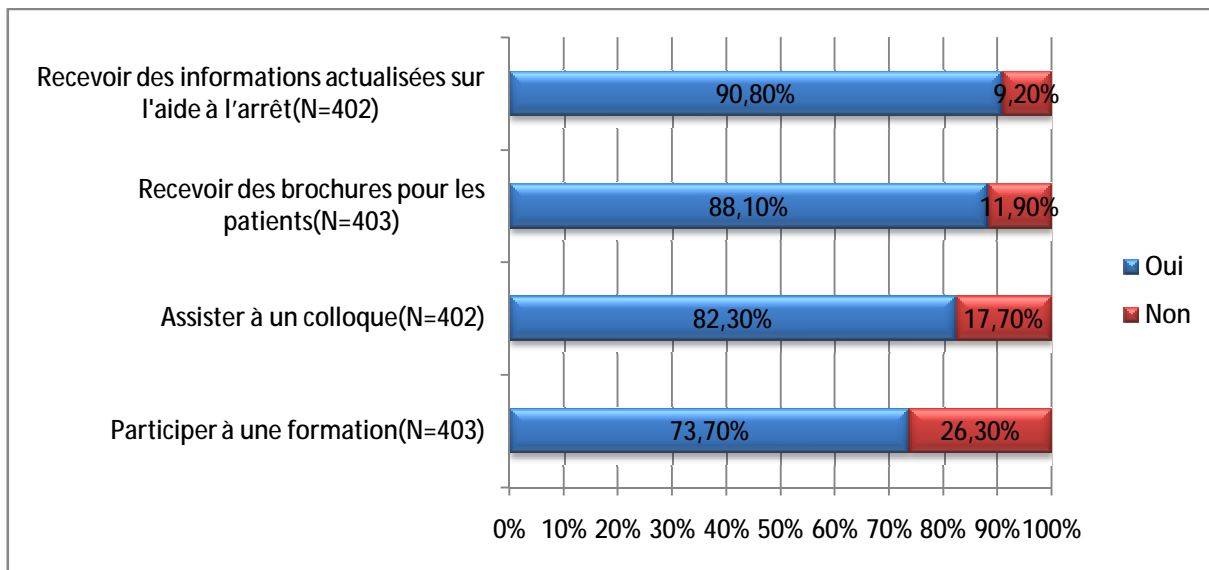
Ceci explique que seul 7,4% se sont estimés très bien formés pour aider leurs patients à arrêter de fumer alors que 51,9% se sont vus moyennement formés pour le faire.



Graphique 37 : Le degré de préparation

8. Les besoins des médecins en matière de sevrage tabagique :

Le personnel médical a globalement besoin d'information et de formation à la pratique d'aide à l'arrêt du tabagisme puisque 90,8% ont souhaité recevoir des informations actualisées sur l'aide à l'arrêt à travers des sites Internet, 88,1% des brochures et affiches pour leurs patients, 82,3% assister à un colloque et 73,7% participer à une formation .



Graphique 38 : Les besoins des médecins en matière d'outils pour aider au sevrage tabagique

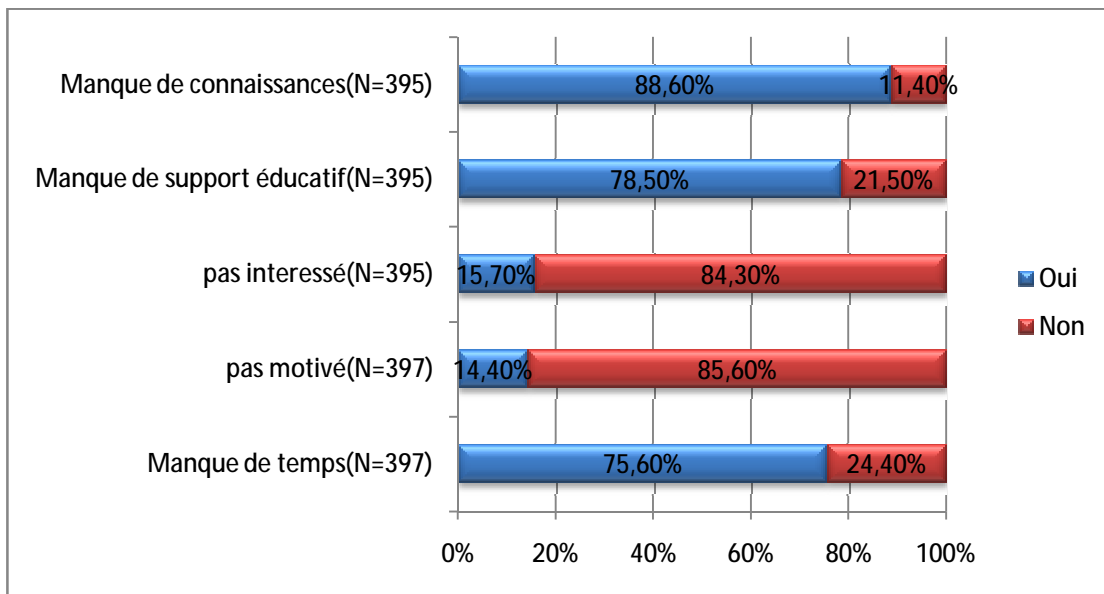
9. Les obstacles rencontrés dans l'aide au sevrage tabagique

L'obstacle majeur pour pratiquer l'aide à l'arrêt du tabagisme est, pour 88,6% des médecins enquêtés, le manque de connaissance. Suivi par le manque de support éducatif (78,5%) et le manque de temps.

En plus des obstacles qui figurent dans le diagramme ci-dessous, d'autres ont été rapportés par 7 médecins ; à savoir :

- L'absence de contact avec les patients concernant 4 médecins
- C'est un domaine de travail que des spécialistes doivent le prendre en charge

- La difficulté d'accès aux substituts nicotiniques.
- C'est exclusif pour les médecins qui font des consultations.



Graphique 39 : Les obstacles rencontrés

VIII. Les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population

Tableau 36 : Tableau comparant les comportements, les connaissances et les attitudes des fumeurs par rapport aux non fumeurs

	Non fumeurs %	Fumeurs %	P
Sexe			
Homme	71,6	28,4	< 10 ⁻³
Femmes	98,3	1,3	
Profession			
Professeurs	95,4	4,6	0,055
Résidents	87,3	12,7	
Internes	80,2	19,8	
Spécialités			
Chirurgicales	21,3	78,7	< 10 ⁻³
Non chirurgicales	5	95	
LES CONNAISSANCES			
Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de mort subite du nourrisson. (Fortement d'accord)	46,8	44,6	0,43
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies pulmonaires chez les adultes non-fumeurs. (Fortement d'accord)	47,9	46,4	0,41
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies cardiaques chez les adultes non-fumeurs. (Fortement d'accord)	37,2	33,9	0,37
Le tabagisme chez le père augmente le risque des maladies des voies respiratoires inférieures telles que la pneumonie chez les enfants exposés. (Fortement d'accord)	46,5	42,9	0,35
Existence de la loi anti-tabac au Maroc	54,3	66,1	0,06
LES ATTITUDES			
Interdiction de fumer dans le service	94,2	88,7	0,11
Interdiction de fumer au domicile	85,1	60	< 10 ⁻³
Mise en garde des malades vis-à-vis du tabac :			
Souvent quand ils ont des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac.	93,2	89,3	0,21
Souvent quand ils n'ont pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne posent pas de questions sur le tabac.	13	27,3	0,007
Les professionnels de santé doivent donner le bon exemple en ne fumant pas. (Fortement d'accord)	64,4	35,1	< 10 ⁻³
Les professionnels de santé fumeurs sont moins susceptibles de conseiller les gens à arrêter de fumer. (Fortement d'accord)	33,1	19,6	0,02
Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être «sans fumée». (Fortement d'accord)	86,4	55,4	< 10 ⁻³
Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté. (Fortement d'accord)	59,6	25	< 10 ⁻³
Aide à l'arrêt du tabagisme.			
Très bonne formation pour aider les patients fumeurs à arrêter de fumer	6,3	14,3	0,03
Formations reçues			
Formation initiale (faculté de médecine)	18,7	21,4	0,37
Formation post universitaire	5,4	5,3	0,6
Les attentes :			
Participer à une formation	75,2	64,3	0,06
Les obstacles :			
Manque de temps	75,7	75	0,51
Manque de motivation	12	28,6	0,002
Manque de support	81,1	62,5	0,003
Manque de connaissances	90	82,1	0,08

Tableau 37 : Les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population

(Analyse multi variée)

	Odds Ratio (OR)	Intervalle de confiance	P
Sexe			
femme	1	[7,64-136,676]	< 10 ⁻³
homme	32,3		
Souvent mettre en garde un patient vis-à-vis du tabac quand il n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac		[0,107-0,845]	0,003
Oui	1		
Non	0,300		
Interdiction de fumer au domicile			
Oui	1	[1,395-8,133]	< 10 ⁻³
Non	3,368		
Les professionnels de santé doivent donner le bon exemple en ne fumant pas. (Fortement d'accord)		[0,479-2,635]	< 10 ⁻³
Oui	1		
Non	1,123		
Les professionnels de santé fumeurs sont moins susceptibles de conseiller les gens à arrêter de fumer. (Fortement d'accord)		[0,947-7,070]	0,034
Oui	1		
Non	2,587		
Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être «sans fumée». (Fortement d'accord)		[0,942-5,600]	< 10 ⁻³
Oui	1		
Non	2,297		
Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté. (Fortement d'accord)		[1,240-7,748]	< 10 ⁻³
Oui	1		
Non	3,100		
Très bonne formation pour aider les patients fumeurs à arrêter de fumer		[1,173-15,055]	0,044
Non	1		
Oui	4,202		
Participer à une formation			
Oui	1	[0,554-3,093]	0,036
Non	1,308		
Manque de motivation dans l'aide à l'arrêt du tabagisme		[0,234-1,677]	0,007
Oui	1		
Non	0,627		
Manque de support éducatif dans l'aide à l'arrêt du tabagisme		[1,440-9,291]	0,002
Oui	1		
Non	3,657		

La comparaison des comportements, connaissances et attitudes des fumeurs par rapport aux non fumeurs (Tableau 36) montre que les facteurs liés au comportement tabagique sont :

- Le sexe
- La Spécialité (chirurgicale, non chirurgicale)
- L'interdiction de fumer au domicile
- Souvent mettre en garde un patient vis-à-vis du tabac quand il n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac.
- Les avis concernant les professionnels de santé :

Les professionnels de santé doivent donner le bon exemple en ne fumant pas. (Fortement d'accord)

Les professionnels de santé fumeurs sont moins susceptibles de conseiller les gens à arrêter de fumer. (Fortement d'accord)

- Les avis concernant la lutte anti tabac :

Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être «sans fumée». (Fortement d'accord)

Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté. (Fortement d'accord)

- Très bonne formation pour aider les patients fumeurs à arrêter de fumer
- L'aide à l'arrêt du tabagisme :

Manque de motivation

Manque de support éducatif

ù En ajustant sur les facteurs de confusion, l'analyse multi variée (Tableau 37) montre que les facteurs liés au comportement tabagique du personnel médical sont :

- Le sexe

- L'interdiction de fumer au domicile
- Souvent mettre en garde un patient vis-à-vis du tabac quand il n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac.
- Les avis concernant les professionnels de santé :
 - Les professionnels de santé doivent donner le bon exemple en ne fumant pas. (Fortement d'accord)
 - Les professionnels de santé fumeurs sont moins susceptibles de conseiller les gens à arrêter de fumer. (Fortement d'accord)
- Les avis concernant la lutte anti tabac :
 - Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être «sans fumée». (Fortement d'accord)
 - Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté. (Fortement d'accord)
- Très bonne formation pour aider les patients fumeurs à arrêter de fumer
- L'aide à l'arrêt du tabagisme :
 - Manque de motivation
 - Manque de support éducatif
- La Participation à une formation

DISCUSSION

I. Prévalence globale du tabagisme

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique qui a fait l'objet de plusieurs études ; au Maroc comme dans d'autres pays, la prévalence du tabagisme varie en fonction de plusieurs paramètres (âge ; sexe ; situation familiale ; nombre d'enfants....).

Tableau 38: Prévalence du tabagisme chez les médecins au Maroc

	Année d'étude	Effectif global Fumeurs		
		N	n	%
Casa [74]	1990	658	257	39.1
Tanger [75]	1991	176	91	51.7
Fès [76]	1991	186	75	39.8
Agadir [77]	1992	80	33	41.2
Safi [78]	1992	70	22	31.4
Settat [79]	1995	80	34	42.5
Azilal [80]	1997	37	13	35.1
Laâyoune [81]	1999	46	14	30.4
Casa [82]	1999	50	5	10.0
Casa [83]	1999	48	8	16.7
Casa [84]	1999	73	12	16.4
Safi [85]	2000	53	13	24.5
Casa[86]	2005	58	12	20.7
Notre étude	2012	416	57	13,7

Au Maroc, la prévalence globale du tabagisme chez le personnel de santé varie de 10% à Casa [82] à 51,7% à Tanger [75]. En 2003, d'après une étude exhaustive nationale ; la prévalence du tabagisme chez les médecins marocains du secteur public était de 19,1% [98]. Dans notre étude, elle est de 13,7%, elle reste parmi les plus faibles par rapport à cette étude et aux autres études faite dans des hôpitaux régionaux.

En Espagne [97], cette prévalence reste stable entre 1998 et 2001 (43,1% et 43%).

En Inde [87], elle est passée de 31,6% en 1990 à 10,5% en 2003.

En France [88, 89], plusieurs études réalisées montrent une diminution de la prévalence du tabagisme chez les médecins, elle est passée de 32,1% en 1998 à 15,9% en 2003.

Dans d'autres pays, comme Bahreïn [90], Kuwait [90], Lituanie [91], Estonie [92], Arménie [93], Bosnie [94], Finlande [95] et Japon [96], la prévalence du tabagisme chez les médecins est respectivement de 14,6% ; 18,4% ; 36,4% ; 13,3% ; 34,1% ; 40% ; 24,6% et 21,1% .

Tableaux 39 : Prévalence du tabagisme chez les médecins dans certains pays

Pays	Année	Prévalence
Espagne [97]	1996	42.3
	1998	43.1
	2001	43.0
Inde [87]	1999	31.6
	2005	10.5
Bahreïn [90]	2000	14.6
Kuwait [90]	2000	18.4
Lituanie [91]	2000	36.4
Estonie [92]	2002	13.3
Arménie [93]	2004	34.1
Bosnie [94]	2004	40.0
Finlande [95]	1998	24.6
Japon [96]	1997	21.1
France [88]	1998	32.1
France [89]	2002	25.0
	2003	15.9

II. Etude de la prévalence:

1. Prévalence du tabagisme selon l'âge :

Au Maroc, la prévalence du tabagisme dans la tranche d'âge 35-44 ans est variable selon la ville et l'ancienneté d'enquête, elle varie de 44,7% à Casa [74] à 12,1% à Safi [85]. Dans notre étude, le taux est de 17,1% dans la tranche d'âge 34-38 de 20% dans celle de 39- 45 ans, et de 18% dans la tranche d'âge 35-44 qui est relativement parmi les plus bas taux par rapport aux autres études.

Tableau 40 : Prévalence du tabagisme (Personnel de santé) selon l'âge d'après certains travaux au Maroc

Ville	Année	Catégorie professionnelle	Tranche d'âge 35-44 ans		
			N	n	%
Casa [74]	1990	Médecins	273	122	44.7
Tanger [75]	1991	Personnel de santé	NP	103	-
Fès [76]	1991	Médecins	110	45	40.9
Safi [78]	1992	Personnel de santé	246	65	26.4
Settat [79]	1995	Personnel de santé	211	90	42.7
Azilal [80]	1997	Personnel de santé	124	54	43.5
Laâyoune [81]	1999	Personnel de santé	103	32	31.1
Casa [82]	1999	Personnel de santé	169	23	13.6
Casa [84]	1999	Personnel de santé	153	26	17.0
		Médecins	32	4	12,5
Safi [85]	2000	Personnel de santé	264	32	12.1
Casa[86]	2005	Personnel de santé	130	25	19.2
		Médecins	27	3	11,1
Notre étude	2012	Médecins	55	10	18,1

Une enquête a été menée durant l'année universitaire 2010-2011 chez les étudiants de médecine de Fès, La prévalence du tabagisme est de 19,9%. D'après

cette étude, La proportion des fumeurs augmente significativement selon l'année d'étude passant de 11,4% en 1^{ère} année à 30,3% en 6^{ème} année et aussi selon l'âge passant de 15,3% pour les étudiants âgés de moins de 19 ans à 48% pour les étudiants âgés de 23 ans et plus [99].

En Algérie, Liban, Egypte [102]; 45% des fumeurs de sexe masculin sont âgés entre 25 et 60 ans alors qu'en Syrie ; 93% des fumeurs sont âgés de plus de 60 ans.

Tableau 41 : Prévalence du tabagisme selon l'âge dans certains pays

Pays	Population étudiée	Age	%
Espagne [97]	Médecins	Moins de 30ans	23,6
Japon [100]	Infirmiers	20-29	21,9
		Plus de 50ans	12
Bosnie [94]	Médecins et infirmiers	Moins de 39 ans	48,8
		Plus de 40 ans	39,3
Albanie [101]	Etudiants de médecine	Etudiants 1 ^{ème} année	14,1
		5 ^{ème} année	40,3
Estonie [92]	Médecins de sexe masculin	Moins de 34	31,1
		Plus de 65 ans	13,7
	Médecins de sexe féminin	35-44	12,7

A partir de ces résultats, nous constatons qu'au Maroc comme dans d'autres pays Arabes, la prévalence du tabagisme augmente avec l'âge, contrairement aux pays développés où la population jeune est la plus fumeuse.

2. Prévalence du tabagisme selon le sexe :

Au Maroc, d'après des études réalisées, nous remarquons que la prévalence du tabagisme des hommes est nettement supérieure à celle des femmes, elle oscille

entre 52,5% à Settat [79] et 38,5% à Laâyoune [81] chez les hommes contre 0,8% à Safi [85] et 23,4% à Settat [79] chez les femmes.

MARTA [20] : Cette étude ; réalisée 2005-2006 ; a montré que la fréquence des fumeurs dans la population marocaine est de 18%, plus d'hommes 31,5 % que des femmes 3.3%

En comparaison avec ces études, la différence entre les deux sexes est toujours très significative dans la notre, le taux est de 28,4% chez les hommes et de 1,3% chez les femmes.

Tableau 42 : Prévalence du tabagisme de personnel de santé selon le sexe au Maroc

Ville	Année	Tabagisme	
		Hommes (%)	Femmes (%)
Casa [74]	1990	44.0	22.9
Fès [76]	1991	47.1	18.8
Safi [78]	1992	39.1	13.8
Settat [79]	1995	52.5	23.4
Azilal [80]	1997	47.6	8.0
Laâyoune [81]	1999	38.5	8.6
Casa [82]	1999	29.9	2.9
Casa [84]	1999		
médecins		28,6	0
Safi [85]	2000	34.3	0.8
Casa [86]			
Médecins	2005	28,1	11,5
Notre étude	2012	28,4	1,3

Chez les étudiants de médecine de Fès [99], les garçons fument plus fréquemment que les filles (30,5% de fumeurs pour 10,6% de fumeuses).

Tableau 43 : Prévalence du tabagisme selon le sexe dans certains pays

Pays	Personnel étudié	Année	Prévalence du tabagisme	
			Hommes (%)	Femmes (%)
Estonie [92]	Médecins	2002	24.9	10.8
Arménie [93]	Médecins	1990	80.6	42
		2004	55.3	17.3
Bosnie [94]	Médecins et infirmiers	2002	33.3	46.0
Bahreïn [103]	Personnel de santé	1999	83.0	15.0
Tunisie [104]	Personnel de santé	1981	54.0	48.0
France [105]	Personnel de santé	2002	33.3	19.1
France [89]	Personnel de santé	2003	25.9	23.4
Colombie [106]	Etudiants en médecine	2000	27.9	24.0

Nous constatons qu'au Maroc, comme dans d'autres pays arabes, la prévalence du tabagisme est très élevée chez les hommes par rapport aux femmes, malgré une augmentation progressive de ces dernières. Alors qu'à l'échelle internationale, la différence entre les deux sexes est moins importante voire même élevée chez les femmes dans certains pays.

3. Prévalence du tabagisme selon la situation familiale :

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme est de 14,4% chez les célibataires, de 13,2% chez les mariés, et de 0% chez les divorcés et les veufs, mais le faible nombre d'effectif chez les deux derniers ne nous a pas permis de tirer une déduction.

Des autres études nationales faites sur le personnel de santé à Settat [79] ; Azilal [80] et Laâyoune [81] montrent que les célibataires fument dans respectivement 54,5% ; 48,3% et 29,7% contre 34,3% ; 74,2% et 30,6% chez les mariés.

Des études faites à Casa [83] ; [84]; [86] ; montrent que les médecins célibataires fument plus que les médecins mariés.

Tableau 44 : la prévalence du tabagisme des médecins selon le statut matrimonial

	Célibataires Fumeurs%	Mariés Fumeurs%	Veufs Fumeurs%	Divorcés Fumeurs%
Casa [83] 2000	20	16,7	0	0
Casa [84] 2000	18,5	15,9	0	-
Casa [86] 2005	28,6	18,8	-	33,3
Notre étude	14,4	13,2	0	0

4. Prévalence d tabagisme selon le nombre d'enfants :

La prévalence du tabagisme la plus élevée est notée chez les personnes n'ayant aucun enfant (16,9%), alors que chez les mariés qui ont un ou plusieurs enfants la prévalence est de 11,1% avec une différence non significative.

Dans d'autres études nationales, nous constatons que la prévalence du tabagisme est élevée lorsque le nombre d'enfants dépasse cinq. Elle est de 43,8% à Laâyoune [81] et de 20% à Safi [85].

5. Prévalence du tabagisme selon la profession

1) Chez les internes et les résidents

Dans notre travail, la prévalence de tabagisme chez les internes et les résidents est respectivement 19,8%, 12,7%. Dans une enquête réalisée au sein du CHU Ibn Rochd de Casablanca [117], la prévalence du tabagisme chez l'ensemble des internes et résidents est de 7%, elle est largement inférieure à celle de notre étude. Pourtant ; en France, la prévalence de tabagisme chez 3104 internes est de 36%, (40% chez les hommes et 32% chez, les femmes), [123] qui se répartissent en 13% de fumeurs occasionnels et 23% de fumeurs quotidiens.

2) Chez les professeurs

La prévalence de tabagisme est de 4,6%, c'est la plus faible par rapport les autres professions. Il y a une rareté ou une absence des enquête surtout à l'échelle national sur le tabagisme des cadres enseignants dans les facultés de médecine, pourtant d'après une étude réalisé en Kyrghyzstan [88], la prévalence est de 50% chez cette profession.

3) Chez les spécialistes

La prévalence de tabagisme chez les spécialistes est la plus élevée par rapport aux autres professions enquêtées, elle est relativement élevée dans les anciennes études mais relativement faible dans les enquêtes récentes.

Tableau 45 : La prévalence de tabagisme chez les spécialistes

Ville	Année	Prévalence du tabagisme des spécialistes		
		N	n	%
Casa [74]	1990	431	163	37.8
Tanger [75]	1991	70	29	41.4
Fès [76]	1991	73	21	28.8
Agadir [77]	1992	46	12	26.1
Settat [79]	1995	46	15	32.6
Azilal [80]	1997	12	3	25.0
Laâyoune [81]	1999	13	4	30.8
Casa [82]	1999	12	1	8.3
Casa [84]	1999	37	3	8.1
Safi [85]	2000	13	0	0
Casa [86]	2005	44	9	20.4
Notre étude	2012	12	3	25

4) Chez les généralistes

Dans notre travail, il n'existe que 18 généralistes chez qui la prévalence de tabagisme est de 16,7%, cette prévalence est parmi les plus faibles par rapport aux études faites au niveau des hôpitaux.

Tableau 46 : Prévalence du tabagisme des généralistes

Ville	Année	Prévalence du tabagisme des généralistes		
		N	n	%
Casa [74]	1990	227	94	41.4
Tanger [75]	1991	106	62	58.5
Fès [76]	1991	113	53	46.9
Agadir [77]	1992	34	21	61.8
Settat [79]	1995	34	19	55.9
Azilal [80]	1997	25	10	40.0
Laâyoune [81]	1999	33	10	30.3
Casa [82]	1999	38	4	10.5
Casa [84]	1999	36	9	25.0
Safi [85]	2000	40	13	32.5
Casa [86]	2005	14	3	21.4
Notre étude	2012	18	3	16,7

III. Etude des fumeurs

1. Age de début du tabagisme

Dans notre étude, 94,6% des fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 26 ans dont 71,4% avant l'âge de 21 ans. La moyenne d'âge du début du tabagisme est de 19,28 ans (écart-type = 3,16) avec des extrêmes de 13 à 26 ans. Dans les différentes études marocaines, la prévalence des fumeurs ayant commencé à fumer avant l'âge de 21 ans varie de 43,4% à 67,2% chez les personnels de santé. (Tableau 47)

Tableau 47 : Age du début du tabagisme de personnel de santé d'après certains travaux

Ville	Année	Avant 21 ans	Avant 26 ans
Casa [74]	1990	67.2	84.8
Tanger [75]	1991	49.4	73.8
Fès [76]	1991	54.6	87.3
Safi [78]	1992	56.6	79.6
Settat [79]	1995	46.0	89.7
Azilal [80]	1997	49.0	87.8
Laâyoune [81]	1999	63.6	83.3
Casa [82]	1999	62.1	83.3
Casa [84]	1999	43.4	80.4
Médecins		33,3	66,6
Safi [85]	2000	49.3	NP
Casa[86]	2005	61.0	92.2
Médecins		33,3	66,6
Notre étude	2012	71,4	94,6

En France [107], une étude réalisée en 2003 dans 169 hôpitaux montre que 71% du personnel de santé ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans, ce taux est de 64,9% en 2000.

En Arménie [93] ; 47,2% des médecins hommes ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans contre seulement 14,3% chez les médecins femmes.

Au Japon [108] ; 44,2% des élèves infirmiers ont commencé à fumer avant l'admission à l'université et 60,6% des infirmiers avant de commencer le travail.

Tableau 48 : Moyenne d'âge de début dans certains pays

Pays	Population étudiée	Moyenne d'âge de début du tabagisme (ans)
Turquie [109]	Personnel de santé	17 (sexe masculin)
		17,7 (sexe féminin)
Estonie [92]	Personnel de santé	19,9 (sexe masculin)
		22,2 (sexe féminin)
Inde [87]	Médecins	18,5
	Etudiants en médecine	16,5
Allemagne [110]	Elèves infirmiers	16

A partir de ces résultats, nous constatons qu'au Maroc comme dans d'autres pays, les fumeurs ont commencé à fumer à l'âge jeune, d'où tout l'intérêt de la sensibilisation des jeunes dans les écoles et les universités.

2. Ancienneté du tabagisme

Dans notre étude, La moyenne de la durée du tabagisme est de 7,75 ans avec des extrêmes de 1 à 20 ans. Ceci s'explique par la jeunesse de la population enquêtée.

A Casa [86], l'ancienneté du tabagisme variait de 11 à 30 ans chez 82,8% des médecins.

En Bosnie [94] ; 31% des médecins et des infirmiers fumeurs ont fumé plus de 10 ans et la moyenne de l'ancienneté du tabagisme est de 14 ans.

En France [88], l'ancienneté du tabagisme est de 10 à 19 ans dans 43,4% ; supérieure ou égale à 20 ans dans 37,9% et inférieure à 10 ans dans 18,6% des cas.

3. Répartition des fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour:

Dans notre enquête, la moyenne de cigarettes consommées par jour est de 9,2 cigarettes par jour avec des extrêmes de 1 à 25 cigarettes par jour alors que 98,15% des fumeurs consomment les cigarettes avec filtre, et nous remarquons que parmi les fumeurs ; 74,6% sont des petits fumeurs consommant moins de 10 cigarettes par jour. Au Maroc, ce taux varie de 17,1% à 74,4%.

Tableau 49 : Répartition des fumeurs (personnel de santé) selon le nombre de cigarettes consommées par jour

Ville	Année	Petits fumeurs	Moyens fumeurs	Gros fumeurs
		Moins de 10 cig/j	11 à 20 cig/j	≥ 21 cig/j
Casa [74]	1990	17.1	46.6	38.7
Tanger [75]	1991	26.9	47.7	18.8
Fès [76]	1991	29.1	32.7	38.2
Safi [78]	1992	48.4	39.0	12.6
Settat [79]	1995	47.4	39.1	13.2
Azilal [80]	1997	22.4	34.7	39.8
Laâyoune [81]	1999	35.3	58.9	5.8
Casa [82]	1999	74.4	17.2	5.8
Casa [84]	1999	56.5	30.4	13.0
Safi [85]	2000	43.5	49.4	7.05
Casa[86]	2005	57.7	31.0	15.5
Notre étude	2012	74,6	23,7	1,8

Chez les étudiants de médecine de Fès, La majorité des fumeurs ont pris des cigarettes industrielles avec filtre et la consommation moyenne de cigarettes était de 7,5 ($\pm 6,8$) cigarettes par jour [99].

En Allemagne [110] : 48,7% des élèves infirmiers sont des petits fumeurs, 44,7% sont des moyens fumeurs et 3,2% sont des gros fumeurs.

En Danemark [111] ; 56% des élèves infirmiers consomment plus de 15 cigarettes par jour ; en Bosnie [94], cette moyenne est de 16 cigarettes par jour ; et en France [89, 112, 105], la moyenne est passée de 14,7 cigarettes par jour en 2000 à 11 cigarettes par jour en 2002 et à 12 cigarettes par jour en 2003, ainsi 89% des fumeurs consomment des cigarettes contre seulement 1,9% consomment des pipes.

4. Motivation du début du tabagisme :

Dans notre étude, la motivation de début de tabagisme est liée dans la quasi-totalité des fumeurs au plaisir. Cette motivation a été rapportée comme la principale dans la plupart des études faites au Maroc sauf l'étude de Casa [84] où le taux de plaisir comme motivation chez les médecins est équivalent à celui de suivisme.

Tableau 50 : Motivation du début du tabagisme du personnel de santé d'après certains travaux

Ville	Motivations	
	Plaisir (%)	Suivisme (%)
Casa [74]	49.0	40.7
Fès [76]	54.5	27.3
Safi [78]	56.0	18.4
Settat [79]	52.1	31.9
Laâyoune [81]	70.2	12.3
Casa [82]	61.1	27.8
Casa [84]	55.6	31.1
Médecins	44,4	44,4
Casa[86]	53.5	32.4
Médecins	63,6	18,2
Notre étude	98,1	0

A Fès, Presque la majorité des étudiants de médecine ont fumé leur première cigarette par curiosité et à cause du stress des examens. [99]

En France [112], une enquête réalisée en 2000 au centre hospitalier d'Albi, a montré que le plaisir et la lutte contre le stress représentent les motivations les plus importantes du début du tabagisme. En Chine [113], cette motivation est représentée par le stress dans 42,8% et par la curiosité dans 34,4%. En Estonie [92] ; 30,8% des médecins continuent à fumer pour se relaxer, ce taux est de 25% chez les hommes contre 33,6% chez les femmes.

En Inde [87], le plaisir reste la motivation la plus importante avec un taux de 29% chez le personnel médical et de 33,9% chez les étudiants en médecine.

5. Dépendance à la nicotine :

Dans notre étude, en utilisant le score de Fagerström, nous constatons que 74,1% du personnel médical fumeur sont peu ou non dépendants et 53,7% consomment leur première cigarette après une heure de réveil contre seulement 5,5% dans les cinq minutes.

A Casa [86], seulement 16,5% du personnel de santé fumeur sont peu ou non dépendants et 57,8% consomment leur première cigarette après une heure de réveil contre seulement 7% dans les cinq minutes.

Chez les étudiants de médecine de Fès, 10% présentent une dépendance forte [99].

En France [107] ; l'étude montre que 66% du personnel hospitalier fumeurs sont peu ou non dépendants et 1% sont fortement dépendants. Une autre étude faite en 2003 montre que 8% du personnel de santé allument leur première cigarette dans les cinq minutes, 28% entre six et trente minutes et 45% une heure après le réveil. En Colombie [106] ; 44,8% des étudiants en médecine ont un score de 0 dans le score de Fagerström.

6. Symptôme ressentis

Dans notre travail, la toux matinale est le symptôme le plus fréquemment retrouvé dans 38,9%, suivi de l'essoufflement à l'effort dans 33,3% et la douleur gastrique dans 22,2%.

A Fès, [99] la moitié des étudiants en médecine fumeurs rapporte l'essoufflement à l'effort comme le premier signe clinique ressenti.

A Casa [84], l'essoufflement à l'effort est le symptôme le plus rapporté par les fumeurs (60,9%) suivi par la toux matinale (40%).

7. Tabagisme sur le lieu de travail :

Le taux du personnel médical fumant sur le lieu de travail reste assez élevé dans notre série avec 51,9%, de même que dans d'autres études marocaines puisqu'il varie de 43,2% à Fès [76] à 67,6% à Casa [86] sauf pour Fakir [80] où seulement 14,3% du personnel de santé fument sur le lieu de travail.

En France [107], une étude réalisée en 2000 au centre hospitalier Nord Deux Sèvres montre que 76% du personnel de santé fument dans le lieu de travail. En Arménie [93] ; 30% des médecins fumeurs déclarent qu'il leur arrive de fumer devant leurs patients, ce taux est de 1% chez ceux qui le font régulièrement. En Espagne [114], à l'hôpital universitaire de Cordoba, 86,7% des médecins spécialistes fumeurs déclarent fumer à l'hôpital, ils le font souvent (68,5%) lorsqu'ils sont au téléphone, et 26,4% d'entre eux reconnaissent le faire quand ils informent les familles des patients, à Madrid [115] ; 11% du personnel fumeur déclarent fumer devant leurs patients. En Turquie [116] ; 56,2% des médecins fumeurs déclarent le faire quand ils sont seuls sur les lieux de travail, alors que 32,9% fument en présence de leurs malades.

En Espagne [97] ; 90,6% des médecins et 87,1% des infirmiers fument à l'hôpital et respectivement 2,9% et 1% fument devant leurs patients.

A la lumière de ces résultats, nous constatons que la prévalence du tabagisme dans les lieux de travail à l'échelle nationale et internationale reste très élevée malgré l'interdiction de fumer à l'hôpital par la loi dans ces pays.

8. Tentatives d'arrêt du tabagisme

ü Tentatives d'arrêt et leur nombre :

Dans notre travail, 46,3% du personnel médical fumeur déclarent avoir tenté le sevrage au moins une fois, ce taux est élevé, ce qui explique la difficulté de sevrage définitif.

Dans le CHU Ibn Rochd de Casablanca, 82% des fumeurs ont tenté d'arrêter de fumer au moins une fois [117].

A Fès, 50% des étudiants de médecine ont déjà tenté le sevrage tabagique et 37% envisagent d'arrêter de fumer dans 5ans. [99]

A Casa [86], 81,7% du personnel de santé fumeur déclarent avoir tenter le sevrage au moins une fois.

En France [107, 105] ; 67% du personnel de santé ont essayé d'arrêter de fumer au moins une fois en 2000 contre 82,2% en 2002. La moyenne de tentatives d'arrêt est respectivement 2,26 fois et 3,9 fois. Ainsi 50% des internes ont déjà essayé d'arrêter, ce taux est de 55% chez les étudiants en médecine. [65, 38]

En Estonie [92], 65,5% des médecins fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer au moins une fois contre 29,1% qui n'ont jamais essayé d'arrêter.

ü Motivation de sevrage :

Dans notre étude, la protection de la santé est la motivation la plus importante (85,2%) suivie de donner un bon exemple aux enfants (65,4%); de même que dans différentes études marocaines sauf à Casa [84] où la survenue de certains symptômes était la motivation principale chez le personnel de santé.

Tableau 51 : Fréquence des fortes motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

(Personnel de santé)

Affirmations	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8
Ville	%	%	%	%	%	%	%	%
Fès [76]	56.6	30.6	30.2	31.4	NP	22.0	79.2	47.0
Safi [78]	62.5	51.3	32.2	32.9	NP	29.6	63.2	52.6
Settat [79]	36.8	24.7	47.8	23.1	NP	21.0	76.9	55.9
Azilal [80]	49.0	52.0	66.3	41.8	NP	45.9	73.5	59.2
Laâyoune [81]	39.6	35.2	30.6	36.4	91.3	59.5	74.5	81.3
Casa [83]	57.9	52.6	47.6	66.7	66.7	26.3	60.0	63.6
Casa [84]	65.2	39.1	39.1	37.0	61.9	32.6	53.3	54.3
Safi [85]	58.4	53.8	70.8	46.0	87.7	43.1	66.7	64.9
Casa [86]	57.1	42.9	31.2	37.7	33.8	31.7	85.7	40.3
Notre étude	64,1	47,2	39,6	20,7	65,4	5,7	85,2	50

A1 : Survenue de certains symptômes.

A2 : Pour éviter une gêne à votre entourage.

A3 : Economie d'argent.

A4 : Pour donner un bon exemple aux adultes de votre entourage.

A5 Pour donner un bon exemple à vos enfants.

A6 : Pour céder à la pression de l'entourage.

A7 : Protection de la santé.

A8 : Respect aux principes.

Chez les étudiants de médecine de Fès, Les raisons les plus fréquemment invoquées pour un éventuel arrêt sont la "protection de la santé" (69%), et pour "survenue de certains symptômes " (56%), et pour "discipline personnelle" (53%) [99].

En Estonie [92], la protection de la santé est la motivation la plus importante pour l'arrêt du tabagisme avec un taux de 61% ; l'économie d'argent est la motivation la plus faible avec un taux de 1,1%.

En France [107], les raisons les plus importantes pour arrêter le tabagisme sont la protection de santé et l'économie d'argent avec respectivement un taux de 41,8% et 28,4%.

En Inde [87] ; 95,7% des médecins et des étudiants dans les écoles médicales et 68% des étudiants en médecine désirent arrêter par prise de conscience des effets néfastes du tabac.

En Tunisie [118], les principales raisons invoquées par les étudiants en médecine, au début comme à la fin des études, sont d'abord d'ordre personnel : discipline, protection de la santé et survenue de symptômes liés au tabac. Ensuite, seulement viennent des motifs liés à la protection de la santé publique : donner l'exemple aux enfants, aux malades et aux professionnels de la santé et ne pas gêner l'entourage.

En Turquie [116], les raisons les plus citées sont surtout la protection de la santé (77,1%), le bon exemple à donner aux enfants (66,7%) et la prévention de la survenue de certains symptômes (57%).

En Colombie [106], la protection de la santé et la discipline sont les motivations les plus importantes avec respectivement un taux de 29,3% et 40,4%, cependant l'économie d'argent et céder à la pression ne sont importantes que dans 5,6% pour chacun.

IV. Etude des ex-fumeurs :

1. Répartition globale des ex-fumeurs

Dans notre série, les ex-fumeurs représentent 5,53% de l'ensemble du personnel médical étudié. Au Maroc, ce taux oscille entre 7,6% à Casa [84] et 20,2% à Laâyoune [81] chez le personnel de santé.

A Casa [86], les ex-fumeurs représentent 12,2% de l'ensemble du personnel de santé étudié d'un effectif total de 312.

Tableau 52 : Prévalence des ex-fumeurs chez le personnel de santé au Maroc

Ville	Année	Lot total	Prévalence (%)
Casa [74]	1990	658	16.1
Tanger [75]	1991	576	14.5
Fès [76]	1991	168	13.4
Agadir [77]	1992	380	10.8
Safi [78]	1992	520	14,0
Settat [79]	1994	440	11.3
Azilal [80]	1996	278	16.9
Laâyoune [81]	1999	258	20.2
Casa [82]	1999	299	10.7
Casa [84]	1999	303	7.6
Casa[86]	2005	312	12.2
Notre étude	2012	416	5,53

Dans d'autres pays, ce taux est de 0,6% chez les étudiants en médecine en Inde [87] et de 24,4% chez le personnel de santé en France [89].

2. Répartition des ex-fumeurs selon l'ancienneté d'arrêt du tabagisme

Dans notre étude ; 87% ont arrêté de fumer depuis plus d'un an et 65% depuis plus de 3 ans. La moyenne de la durée d'arrêt du tabagisme était de 3,68 ans avec des extrêmes allant de 3 mois à 14ans.

A Casa [86], 76,3% ont arrêté de fumer depuis 15 ans ; 15,8% depuis moins d'un an et seulement 5,3% depuis plus de 26 ans

Pour Mhijane [84] ; 78,3% du personnel ont arrêté de fumer depuis 15 ans dont 21,7% depuis moins d'un an.

En France [112], une étude réalisée au centre hospitalier d'Albi montre que la moyenne d'âge d'arrêt du tabagisme est de 34 ans chez les hommes et 40,2 ans chez les femmes.

3. Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique

Dans notre étude ; 56,5% ont fumé entre 1-5 ans alors que 4.3% ont fumé 11ans et plus. La moyenne de la durée d'exposition du tabagisme est de 5,4 ans avec des extrêmes de 1an à 12,5 ans.

Au Maroc, la prévalence de sevrage a été enregistrée après une période d'exposition tabagique inférieure à 10 ans oscille entre 22.6% à Casa [74] et 97.9% à Azilal [80].

Il en résulte que le sevrage est toujours possible quelque soit la durée d'intoxication tabagique et qu'il est d'autant plus facile que cette durée est courte.

4. Répartition des ex-fumeurs selon le genre et le nombre de cigarettes consommées par jour

Parmi nos ex-fumeurs, 78,3% sont des petits fumeurs. Des résultats différents sont notés à Safi [78], à Settat [79] et à Azilal [80] où la plus grande part des ex-

fumeurs se constitue de moyens fumeurs. A Agadir [84], à Casa [74], à Tanger [75] et à Fès [76], ils sont pour la majorité de gros fumeurs.

Tableau 53: Répartition des Ex-fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour (personnel de santé)

Ville	Année	Petits fumeurs (%)	Moyens fumeurs (%)	Gros fumeurs (%)
Casa [74]	1990	12.3	23.6	59.4
Tanger [75]	1991	16.9	19.3	53.4
Fès [76]	1991	32.0	28.0	40.0
Agadir [77]	1992	14.6	24.4	53.4
Safi [78]	1992	34.2	48.1	17.7
Settat [79]	1994	12.5	5.6	33.9
Azilal [80]	1996	10.6	44.7	38.3
Casa [82]	1999	39.0	47.8	12.9
Casa [84]	1999	47.8	26.1	26.1
Casa[86]	2005	51.9	29.6	18.5
Notre étude	2012	78,3	21,7	0

Il en résulte que le sevrage est possible quelque soit la quantité du tabac consommée par jour et qu'il tend à être plus facile vers les petits fumeurs ces dernières années.

En ce qui concerne le genre de cigarettes ; 95,7% de nos ex-fumeurs consomment des cigarettes avec filtre contre 87% pour Mhijane [84] et 63,3% pour Fakir [80] et 75% pour Berrouch [79].

5. Répartition des ex-fumeurs selon les motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme

Dans notre série, la protection de la santé et la survenue de certains symptômes sont les motivations les plus importantes de l'arrêt du tabagisme, avec un taux de 94,1% pour chaque motivation.

A Casa [86], la protection de la santé, donner le bon exemple aux enfants et la survenue de certains symptômes sont les motivations les plus importantes avec respectivement un taux de 78,9% ; 68,4% et 63,2%.

Dans différentes études marocaines, c'est la crainte des risques du tabac qui est la motivation forte de sevrage, à Settât [79], à Azilal [80] et à Casa [84], cette prévalence est respectivement de 67,9% ; 80,9% et 73,9%.

6. Sevrage tabagique

✓ Nombre de tentatives d'arrêt avant le sevrage définitif :

Dans notre étude, 40,9% (9 cas) ont réussi à arrêter de fumer en une seule fois, tandis que 59,1% (13 cas) ont besoin de plusieurs tentatives.

A Casa [86], 84,2% des ex-fumeurs ont arrêté de fumer après plusieurs tentatives contre 2,6% (une seule personne) qui a réussi d'arrêter en une seule fois alors que personne n'a pu réussir le sevrage d'emblée

A Settât [79] ; Azilal [80] ; Casa [82] ; la majorité des ex-fumeurs n'ont pas réussi d'arrêter de fumer qu'après plusieurs tentatives, ce taux est respectivement de 41% ; 57,4% et 48,4%.

Toutes ces données incitent à multiplier les tentatives de sevrage tabagique malgré l'échec.

▼ Technique de sevrage :

Il semble que la volonté soit le meilleur artifice dont le fumeur s'arme pour réussir le sevrage, en effet 95.5% ont arrêté de fumer sans aucune aide ; alors que 4.5% (1cas) a utilisé de shwingum.

En France [89], plusieurs études réalisées montrent qu'en 2003 ; 80% des anciens fumeurs du personnel de santé ont arrêté de fumer sans aucune aide, toutefois le moyen d'aide au sevrage le plus fréquemment utilisé correspond aux substituts nicotiques. Cette technique a été utilisée chez les anciens fumeurs des internes dans 22% des cas. Une autre étude faite au centre hospitalier d'Albi montre que 42,9% des cas ont réussi le sevrage par la volonté contre 57,1% qui ont utilisé d'autres moyens comme les substituts nicotiques, consultations de tabacologie et acumptunre.

Au Costa-Rica [119], la seule technique utilisée pour l'arrêt du tabac consiste dans 90% des cas à informer les patients sur les dangers du tabac. Des mesures telles que la fixation d'une date d'arrêt ou les substituts nicotiques sont rarement recommandés.

▼ Etat de santé après sevrage :

Un état de bien être est noté dans notre étude à un taux de 81,8%. Des résultats similaires sont rapportés à Settat [79] (89,9%) ; à Azilal [80] (93,6%) ; à Casa [86, 82, 84) (97,4 92,6% et 78,2%).

V. Les attitudes et les connaissances du personnel médical

1. Importance du rôle du tabagisme dans certaines pathologies.

Dans notre étude, Si on exclut que la majorité des médecins sont fortement d'accord pour l'importance du rôle de tabagisme dans les cancers et les maladies cardiaques et respiratoires, ils ont mal à percevoir le rôle de tabagisme dans

l'augmentation de risque de mort subite du nourrisson et le lien entre le tabagisme passif et l'augmentation de risque des maladies cardiaques et pulmonaires chez les non fumeurs et les maladies des voies respiratoires chez les enfants exposés. Puisque moins de 50% des médecins n'ont pas un fort accord pour ces liens. Par contre des études internationales réalisées par G Soto Mas F et coll [120] et Hodgetts G et coll [121] montrent que tous les médecins connaissent les maladies liées au tabagisme.

A Casa[86], les complications respiratoires du tabac sont les mieux reconnues par le personnel de santé : Cancer des bronches (93,9%) ; cancer de larynx (76,6%) ; bronchite chronique (60,3%) sauf l'emphysème pulmonaire (23,7%) alors que les complications urologiques et gynécologiques n'ont été reconnues que dans 26,6% pour le cancer de vessie et 24,7% pour la mortalité néonatale.

En Danemark [111], la majorité des élèves infirmiers connaît que le tabac est responsable de cancer de larynx dans 84% ; de bronchite dans 58% ; de complications pendant la grossesse dans 62% et de maladies cardiovasculaires dans 50%.

En France [122], la plupart des étudiants en médecine connaissent les différentes complications du tabac sur la santé, la prévalence varie de 99,6% pour les complications respiratoires à 55,6% pour les complications sexuelles.

2. Mise en garde vis-à-vis du tabac

Dans notre travail, le personnel de santé s'intéresse au tabagisme du malade quand ce dernier présente une maladie ou des symptômes liés au tabac dans 92,7% (situation 1) et quand le patient s'informe sur sa consommation tabagique (situation 2) dans 80,2% et seulement 14,9% de façon systématique (situation 3). Cela signifie

que le tabagisme est négligé par le personnel de santé du moment qu'il ne provoque pas de symptôme ou maladie chez les patients.

Des résultats similaires sont notés dans des études nationales, cela signifie que le comportement du personnel de santé dans la mise en garde vis-à-vis du tabac n'a pas changé dans le cas où il ne provoque pas de symptômes ou maladie liés au tabac.

Tableau 54 : Réponses du personnel de santé

<i>Ville</i>	<i>Situation 1</i>	<i>Situation 2</i>	<i>Situation 3</i>
Casa [74]	87.4	75.6	23.0
Safi [78]	76.1	59.4	15.8
Settat [79]	90.4	79.0	12.4
Azilal [80]	74.6	54.5	11.0
Laâyoune [81]	65.3	53.6	13.3
Casa [82]	65.3	53.6	13.3
Casa [83]	71.4	48.3	17.3
Casa [84]	57.4	52.1	13.5
Safi [85]	74.7	44.2	13.5
Casa[86]	89.6	63.2	15.4
Notre étude	92,7	80,2	14,9

A l'échelle internationale, en France [123], une étude réalisée en 2000 auprès des internes montre que 41% informent systématiquement leurs patients sur les risques liés au tabac et 46% quand il existe une pathologie liée au tabac alors que 13% des internes n'ont jamais informé leurs malades sur le danger du tabac.

En Estonie [92]; 3,4% des médecins fumeurs de sexe masculin interrogent systématiquement leurs patients sur leurs habitudes tabagiques contre 4,1% qui ne l'ont jamais faite.

En Arménie [93,124], 91% du personnel de santé déclarent qu'ils devraient systématiquement conseiller leurs patients d'arrêter de fumer. Les non-fumeurs sont les plus à conseiller les gens par rapport aux non-fumeurs.

En Danemark [100], 100% des élèves infirmiers non fumeurs et 93% de ceux fumeurs pensent qu'il faut informer les patients sur le danger du tabac quand ces derniers ont des symptômes ou maladie liés au tabac et (100% contre 94%) quand le patient pose lui-même des questions sur sa consommation tabagique et seulement (51% contre 56%) pensent qu'il faut le faire d'une façon systématique.

En Japon [100], 91% des infirmiers en service de gynéco-obstétrical expliquent le risque du tabac chez la femme enceinte et 43% discutent une date de sevrage chez les fumeuses.

En Bosnie [94] ; 96,6% des médecins fumeurs et 85,3% des infirmiers fumeurs pensent qu'il faut régulièrement conseiller les patients d'arrêter de fumer.

En Tunisie [118], les étudiants en fin d'étude médicale mettent souvent en garde leurs malades vis-à-vis du tabac : dans 96% des cas quand ces derniers présentent une pathologie liée au tabac, dans 88,1% des cas quand ils posent eux même des questions sur le tabac et dans seulement 34,3% des cas quand ils n'ont pas de symptômes ou maladie liés au tabac et ne posent pas de questions.

3. Interdiction de fumer

Dans notre étude, plus de 80% du personnel de santé interdisent de fumer dans les locaux cités dans le questionnaire. Ce taux, est plus élevé quand l'interdiction concerne leurs bureaux et leurs enfants avec respectivement 97,3% et 97,1%. Des résultats similaires ont été trouvés à Casa [86] avec plus de 80% du personnel de santé qui interdisent de fumer dans tous les endroits.

En Colombie [106] ; 72,7% des étudiants en médecine pensent qu'il ne faut pas fumer dans les structures sanitaires.

En France [105] ; 64% du personnel de santé déclarent qu'ils ne devraient pas fumer à l'hôpital.

4. Attitudes des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant les professionnels de santé

Les convictions que les professionnels de santé doivent donner le bon exemple en ne fumant pas et que les professionnels de santé fumeurs sont moins susceptibles de conseiller les gens à arrêter de fumer sont essentiellement liées au statut tabagique, le taux des forts d'accords des non fumeurs est significativement supérieurs à celui des fumeurs.

5. Attitudes des médecins vis-à-vis de certaines affirmations concernant la lutte anti tabac

La majorité des médecins sont fortement d'accord que la vente du tabac devrait être totalement interdite aux enfants et aux adolescents, que l'usage du tabac doit être restreint dans les lieux publics fermés, et que les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être «sans fumée». Seulement 54,0% des médecins reconnaissent l'importance de la majoration du prix des produits du tabac dans la baisse de sa consommation. Les mêmes résultats sont trouvés chez les étudiants de médecine de Fès [99].

Une enquête réalisée à Oujda et Berkane [125] sur des médecins généralistes montre que 95 % optent pour l'interdiction de vente de tabac aux enfants et aux adolescents, 94,3 % sont pour la sensibilisation du public par des campagnes médiatiques de prévention, de même que pour l'interdiction de fumer dans les lieux

publics et clos, 92,2 % sont pour l'interdiction totale de la publicité du tabac et seulement 65,7 % préfèrent la mise en garde sur les paquets de tabac et 60,3 % sont pour l'augmentation du prix du tabac.

6. Connaissance de la loi anti-tabac

Dans notre travail ; 55,9% savent qu'il existe une loi marocaine anti-tabac. Ce taux est de 66,1% pour les fumeurs et 54,3% pour les non-fumeurs. Ces taux restent très bas pour une population qui devait donner l'exemple dans la lutte anti tabac.

A Casa [86] 76% savent qu'il existe une loi marocaine anti-tabac ; 88,3% pour les fumeurs et 71,9% pour les non-fumeurs.

A Fès, [126] seulement 24% des étudiants de médecine sont au courant de l'existence de la loi marocaine anti-tabac.

Les médecins généralistes d'Oujda et Berkane rapportent dans 81,4 % qu'il existe une loi antitabac au Maroc, ce résultat est très proche de celui de l'étude de Meknès [125].

On constate que la connaissance de la loi anti tabac au sein de centre hospitalier universitaire de Fès par le personnel médical est largement insuffisante.

7. L'aide à l'arrêt de tabagisme

Dans notre étude, 51,9 % des médecins interrogés ont l'estimation de ne pas être suffisamment formés et outillés pour aider leurs patients à arrêter de fumer. Plusieurs obstacles rencontrent le personnel médical et entravent leur aide aux patients fumeurs. Le manque de connaissance des méthodes de sevrage et de supports éducatifs et le manque de temps sont les obstacles majeurs rapportés par les médecins de notre étude. Dans le CHU Ibn Rochd, soixante-dix pour cent des médecins affirment qu'ils ont des connaissances pour conseiller les gens qui veulent

arrêter de fumer mais les jugent insuffisantes et tous réclament une formation pour le personnel de santé en matière d'aide au sevrage tabagique [117].

En France les obstacles rencontrés dans l'aide à l'arrêt du tabagisme se résument en manque de temps, le sentiment d'inefficacité, et une formation souvent jugée insuffisante. Mêmes résultats sont rapportés par les études de Khénifra Meknès et Oujda [125], la majorité des médecins interrogés déplore cet état et le rattache au manque de formation initiale et post universitaire sur la problématique de l'aide à l'arrêt du tabagisme, en France la moitié des médecins se sentent très efficace ou assez efficace (respectivement 7,9 % et 42,5 %) alors que l'autre moitié se sentent peu (46,3 %) ou pas du tout efficace (3,3 %) [127] et l'étude de Coleman T et coll. [128] sur les médecins anglais montrent un taux de 33,9 % manquant de formation sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme. Par contre, l'étude de Hodgett G et coll. [121] ne rapporte qu'un taux de 11 % des médecins enquêtés qui s'estiment non formés du tout. Par conséquent, ces médecins ne se sentent pas être en mesure d'apporter de l'aide aux fumeurs. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête réalisée à Rabat [129], en France [130] et en Grande Bretagne [128]. Les participants sont conscients de cet état, ils souhaitent suivre une formation, recevoir des informations actualisées, des brochures et des outils d'aide au sevrage tabagique. Ceci concorde aux résultats des études nationales [126,94] et l'étude de G Soto Mas F et coll. [120].

Ce manque de formation doit inciter à mettre en place un enseignement de la pathologie du tabac, à intégrer dans le champ médical la prévention et l'éducation contre le tabac et élaborer un guide de sevrage tabagique destiné aux médecins. Au Maroc, le module de tabaccologie n'existe pas en tant que tel dans le cursus universitaire de médecine générale, alors que les facultés de médecine de nombreux pays organisent des diplômes de formation post universitaires en tabaccologie.

CONCLUSION

Cette enquête s'inscrit dans la perspective de la lutte contre la pandémie tabagique qui doit s'intensifier à l'échelle nationale.

La présente étude donne des renseignements pertinents sur des aspects épidémiologiques et comportementaux en matière de tabagisme chez le personnel médical du CHU Hassan II de Fès.

D'une manière globale les connaissances des médecins concernant certains méfaits du tabac sont satisfaisantes. Mais on a constaté que pour une population qui devrait jouer un rôle important dans la lutte anti tabac, certaines connaissances doivent être améliorées et particulièrement celle liées à la législation.

Certaines motivations de sevrage tabagique peuvent constituer une pierre angulaire dans les programmes d'aide au sevrage tabagique :

- L'impact sur l'éducation des enfants.
- La protection de la santé.
- La survenue de certains symptômes.

L'instauration des consultations au sevrage tabagique et le développement de l'usage des moyens médicamenteux sont nécessaires pour aider au sevrage tabagique. Les formations et les supports pédagogiques permettent d'améliorer ces consultations.

Au niveau réglementaire, il faut améliorer encore les efforts de la lutte anti tabac déployés au centre hospitalier universitaire de Fès qui sont amorcés par l'installation d'hôpitaux sans tabac.

L'amélioration des connaissances et les attitudes des médecins ; d'une manière générale ; passe obligatoirement par une formation universitaire (Des cours sur les pathologies liées au tabac) et post universitaire.

Résumé

Le but de notre travail est de déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel médical du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès ainsi que leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements face au tabagisme.

Il s'agit d'une étude exhaustive réalisée en 2012 par auto questionnaire portant sur 416 cas, la saisie et l'exploration des données a été faite sur le logiciel épi-info.

La prévalence globale du tabagisme est de 13,7% ; ce taux est de 19,8% chez les internes ; de 12,7% chez les résidents ; de 4,6% chez les professeurs ; de 25% chez les spécialistes ; de 16,7% chez les généralistes et de 0% chez les dentistes. Le tabagisme est très significatif chez les hommes (28,4%) que chez les femmes (1,3%). La tranche d'âge la plus touchée par le tabagisme est celle de 39-45 ans (20%). La majorité des médecins (64,3%) ont débuté le tabagisme entre 16 et 20 ans. La motivation principale de ce début est le plaisir pour 98,1%. Les petits fumeurs ont constitué 74,5% de l'ensemble des fumeurs. La majorité des médecins consomment des cigarettes avec filtre (98,15%) et 46,3% ont déjà fait au moins une tentative d'arrêt dont la motivation principale est la protection de la santé (85,2%). Trois fumeurs sur quatre ont une dépendance faible ou absente alors que seulement 11,1% des fumeurs ont une bonne motivation à l'arrêt. Plus de la moitié des fumeurs ont une toux matinale (54,5%) et ressentent un essoufflement à l'effort (51,4%). plus de la moitié des fumeurs (51,9%) fument sur les lieux de travail avec une sensation de gêne pour 60,7% d'entre eux.

Les connaissances du personnel médical ne sont pas satisfaisantes puisque la majorité des médecins n'ont pas un fort accord sur les liens entre le tabagisme passifs et des différentes pathologies, en outre, seulement 54,9% des médecins savent qu'il y a une loi anti-tabac au Maroc. La majorité (92,7%) déclarent mettre souvent en garde les patients contre les dangers du tabac en cas de pathologie liée à ce dernier, alors que seulement (14,9%) le faisaient systématiquement.

Dans notre étude, 40,7 % des médecins interrogés ont le sentiment de ne pas être suffisamment formés pour aider leurs patients à arrêter de fumer, et rapportent que le

manque de connaissance des méthodes de sevrage et le manque de supports éducatifs constituent un obstacle majeur pour pratiquer l'aide à l'arrêt du tabagisme, ceci est due au manque de formation puisque la majorité des médecins n'a pas reçu de formation sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme, seulement 19,1 % l'ont reçues pendant leur formation initiale, 5,4 % en post universitaire et 9,8 % en formation continue.

A la lumière de ce travail, il semble nécessaire de former et d'impliquer le personnel médical dans la lutte anti-tabac et d'aider les personnels fumeurs dans leurs tentatives de sevrage tabagique afin de réussir notre projet de rendre notre hôpital un espace sans fumée de tabac.

Summary

The aim of our study was to determine the prevalence of smoking among medical staff of the University Hospital Hassan II of Fez and their knowledge, attitudes and behaviors related to smoking. This was a comprehensive study conducted in 2012 by self-administered questionnaire on 416 cases, seizure and data mining has been done on epi-info software.

The overall smoking prevalence was 13.7%, this rate was 19.8% for internal 12.7% among residents of 4.6% among teachers, 25% among specialists of 16.7% among general practitioners and 0% among dentists. Smoking was highly significant for men (28.4%) than women (1.3%). The age group most affected by tobacco use is that of 39-45 years (20%). Most physicians (64.3%) started smoking between 16 and 20. The main motivation of this beginning was pleased to 98.1%. Light smokers constituted 74.5% of all smokers. The majority of doctors filtered cigarettes consumed (98.15%) and 46.3% have made at least one quit attempt whose primary motivation is the protection of health (85.2%). Three out of four smokers are addicted weak or absent, while only 11.1% of smokers have a good motivation to quit. More than half of smokers complained of morning cough (54.5%) and felt shortness of breath on exertion (51.4%). more than half of smokers (51.9%) smoked in the workplace with some discomfort for 60.7% of them.

Knowledge of medical staff were not satisfactory since the majority of doctors did not have a strong accord the links between passive smoking and various diseases, in addition, only 54.9% of physicians knew that there is a anti-smoking law in Morocco. The majority (92.7%) reported often to caution patients against the dangers of smoking related illness if the latter, while only (14.9%) did so systematically. In our study, 40.7% of physicians surveyed feel they are not sufficiently trained to help their patients quit smoking, and report that the lack of knowledge of weaning practices and lack of educational materials are a major obstacle to practice aid to smoking cessation, this is due to lack of training as most doctors did not receive training on the accompanying smoking cessation, only 19.1% had received during their initial training, 5.4% and 9.8% postgraduate continuing education.

In light of this work, it seems necessary to involve and train medical personnel in anti-tobacco and personal help smokers in their attempts to stop smoking to succeed in our project enters our hospital without a space tobacco smoke.

ملخص

إن الهدف من هذه الدراسة هو تحديد مدى انتشار التدخين بين الطاقم الطبي للمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس ، وكذا المعارف ،المواقف والسلوكيات المرتبطة بالتدخين.

إنها دراسة شاملة أجريت في عام 2012 بالاعتماد على استمارة ذاتية بصدد 416 حالة، إن استغلال المعطيات و البيانات

تما على البرنامج .EPI INFO

الانتشار العام للتدخين بلغ 13,70 %، وقد مثل 19,8 % عند الداخليين، 12,7 % عند المقيمين، 4,6 % عند الأساتذة ، 25 % عند المتخصصين، 16,7 % عند الأطباء العاميين و 0 % عند جراحي الأسنان . و قد كانت نسبة التدخين عند الرجال (28,4 %) أكبر من النساء (1,3 %). شريحة السن بين 45 و 54 سنة كانت الأكثر تدخيناً (20%). أغلب المدخنين (64,3%) بدؤوا التدخين بين 16 و 20 سنة. وقد كان دافعهم في ذلك النشوة بنسبة 98,1%. صغار المدخنين يمثلون 74,5% من عامة المدخنين و جميع المدخنين يدخنون سجاائر بمصفاة(98,1%) و46,3 % من المدخنين حاولوا على الأقل مرة واحدة الانقطاع عن التدخين و كان حافزهم في ذلك حماية صحتهم وذلك بنسبة 85,2%. ثلاثة من أصل أربعة مدخنين لديهم إدمان ضعيف أو ليس لهم إدمان ، بينما فقط 11.1 % من المدخنين لديهم حافز جيد لإنهاء التدخين .أكثر من نصف المدخنين يشكون من سعال صباحي(54,5 %) و من ضيق في التنفس عند بدل مجهود(51,4 %). أكثر من نصف المدخنين (51,9%) يدخنون في أماكن العمل مع إحساس بضيق .

معارف الأطباء لم تكن مرضية حيث أن الغالبية لم يكن لديهم اتفاق قوي بين روابط التدخين السلبي وأمراض مختلفة، وبالإضافة إلى ذلك، فقط 54,9 % منهم يعرفون أن هناك قانون مكافحة التدخين في المغرب. أغلبهم (92,7%) يقوم بتحذير مرضاهم بمخاطر التدخين في حالة وجود مرض مرتبط بهذا الأخير، في حين فقط 14,9% يقومون بذلك في جميع الحالات.

في هذه الدراسة، 40,7% من الأطباء الذين شملهم الاستطلاع يشعرون بأن الطبيب ليس لديه المعلومات الكافية لیساعد المرضى عن الإقلاع عن التدخين ، ويقرون بأن عدم فهم أساليب وطرق معالجة المدمنين وعدم توفرها لوسائل اللازمة يشكل عقبة رئيسية أمام معالجة هؤلاء المدخنين ، و هذا يرجع بالأساس إلى نقص في التدريب لدى معظم الأطباء .إن غالب الأطباء لم يتلقوا أي تكوين فيما يتعلق بالتدخين، فقط 19,1 % منهم تلقوا تدريباً خلال التكوين الأولي ، 5,4 % خلال الدراسات العليا و 9.8 % خلال التكوين المستمر

في ضوء هذا العمل، يبدو من الضروري إشراك وتدريب العاملين في المجال الطبي لمكافحة التدخين و مساعدتهم في الإقلاع للنجاح في مشروعنا في جعل المستشفى من دون فضاء يعج بدخان التبغ.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. OMS : Aide mémoire L'épidémie de tabagisme : Dimensions sanitaires Aide mémoire ; N°155 ; Mai 1997
- 2. CORNIER. S ; LARGUE. G, La nicotine : une substance psycho-active ; un produit dopant, Presse médicale ; 1996 ; 25 ; N°16
- 3. OMS : Epidémie de tabagisme : bien plus qu'un problème de santé.
- 4. LARAQUI C. Vivre sans tabac.

Collection les guides de la médecine 1988

- 5. Martinet Y, Bohadana A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Paris : Masson 2004,3^eédition .

- 6-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tabagisme>
- 7-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Cigarette>
- 8- Spiegelhalder B, Fisher S, Preussmann R, Tobacco-specific nitrosamines in mainstream smoke of west german cigarettes, influence of tar and tobacco type, In tobacco and Cancer, Perspectives in preventive research, p 23-33, 1989

9-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Beedies>

10- Dautzenberg B.

Chicha, cannabis et tabac à rouler.....les dangers des nouvelles façons de fumer.

- 11-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Kretek>
- 12-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Cigare>
- 13-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Pipe>
- 14-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Narguilé>
- 15- Martinet Y, Bohadana A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Paris : Masson 2004,3^eédition

- 16- www.ravmo.org Réseau Addiction Val de Marn Ouest

- 17- LE ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE P. AMBROSINI . Dr. N. MILLER
- 18- Perrot P.
Quand le tabac conquiert la France.
Magazine L'Histoire, numéro 46, p 98-104.
- 19- CHOLLAT-TRAQUET. CLAIRE, Les femmes et le tabac, O.M.S. Genève ; 1992
- 20- El Rhazi K, Nejjari C, Berraho M, Serhier Z, Tachfouti N, El Fakir S, Benjelloun M, Slama K., Inequalities of smoking profile in Morocco: The role of educational level, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, Mai 2008.
- 21- <http://www.la-cigarette.com/composition.html>
- 22-Roche N, et al. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Monographie. Rev Prat 2011;61:765-818.
- 23-Lebargy F. Influence du tabagisme sur les maladies respiratoires : idées reçues et réalités. La Lettre du Pneumologue 2008;XI:58 66.
- 24-Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, on behalf of the INTERHEART study investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet 2006;368:647-58.
- 25-Marques-Vidal P, Cambou JP, Ferrières J, et al. Distribution et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire chez des patients coronariens : Étude PREVENIR. Arch Mal Coeur Vaiss 2001;94:673-80
- 26-Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 2011;377:139-46.
- 27-LA REVUE DU PRATICIEN Mars 2012

- 28-Peyret E. Addictions chez la femme enceinte : Tabac : sevrer plus tôt. La Revue du Praticien Médecine générale. 2010 ; 24 (842) : 421-4.
- 29-Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; 34 :3S353-3S369.
- 30-ANAES. Grossesse et tabac. Conférence de consensus. Lille (Grand Palais). 7 et 8 Octobre 2004. Texte de recommandation. 2004.
- 31-Chéron G, Timsit S. Tabac et mort subite du nourrisson. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 1S33-1S40.
- 32-Dautzenberg B. Traiter le tabagisme : une priorité en cancérologie pulmonaire. Rev Pneumol 2004;60:308-11.
- 33-The Health consequences of smoking: A Report of the Surgeon General. US Department and Human Services, 2004. [Http://www.cdc.gov/tobacco](http://www.cdc.gov/tobacco)
- 34-Delcroix M, Gomez C, Thomas D, Jacquetin B, Marquis P. Intoxication tabagique chez la femme. Prise en charge gynécologique des femmes fumeuses. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 39-L-20, 2010.
- 35-Bour-Guichenez G, Guichenez P, Ramelet AA, Joomaye Z, Van Landuyt H, Polderman B. Peau et tabagisme. Alcohol Addictol 2000;22:43-50.
- 36-Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière au snus suédois. Rapport de la Société française de tabacologie pour la Direction générale de la santé.
- 37-Underner M, Hadjadj S, Beauchant M, Bridoux F, Debiais F, Meurice JC. Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein, l'os. Rev Mal Respir 2008;25:1261-78.
- 38-Underner M, Paquereau J, Meurice JC. Tabagisme et troubles du sommeil. Rev Mal Respir 2006;23:6567-77.
- 39-Tabagisme péri-opératoire. Conférence d'experts. Paris : Masson, 2006.

- 40-Gaudoneix-Taieb M, Beauverie P, Poisson N. Tabac et médicaments : liaisons dangereuses ? *Alcool addictol* 2001;23:7-12.
- 41-Distribution gratuite des substituts nicotiques et sevrage tabagique. Une observation sur 3 ans au centre hospitalier Louis Mourier. Jean-Charles DEYBACH . Délia COZZOLINO.2008
- 42-Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Rickert W. et Robinson J. Measuring the heaviness of smoking : using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction* July 1989; 84(7) : 791-9
- 43-Aubin H.J., Tilikete S. and Lahmek P. Traitement cognitivocomportemental du tabagisme *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22(4) : 313-318
- 44- DAUTZENBERG B. Le tabagisme de la clinique au traitement Paris: Ed Med'com, 2010
- 45- DAUTZENBERG B. Travailler sans tabac : le guide Paris : Ed margaux orange, 2007
- 46- LE ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE. Pr. P. AMBROSINI. Dr. N. MILLER
- 47- Barometre Sante 2005
- 48- Halpern M.T. and Warner K.E. Motivations for smoking cessation : A comparison of successful quitters and failures. *Journal of Substance Abuse* 1993; 5: 247-256
- 49- Perriot J. Tabacologie et sevrage tabagique. Ed. John Libbey Juin 2003 p.79
- 50- Prochaska J.O., Velicer W.F., Prochaska J.M. and Johnson J.L. Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation *Addictive Behaviors* 2004; 29: 207-213

- 51- Gilman S.E., Abrams D.B. and Buka S.L. Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use : initiation, regular use, and cessation. J. Epidemiol. Community Health 2003; 57; 802-808
- 52- Duncan C.L., Cummings S.R., Sid Hudes E., Zahnd E. and Coates T.J. Quitting smoking: Reasons for quitting and predictors of cessation among medical patients J. Gen. Intern. Med. 1992; 7: 398-404
- 53- Breslau N. Daily cigarette consumption in early adulthood: age of smoking initiation and duration of smoking. Drug and alcohol dependence 1993; 33: 287-291
- 54- Lando H.A., Thai D.T., Murray D.M., Robinson L.A., Jeffery R.W., Sherwood N.E. and Henrikus D.J. Age of initiation, smoking patterns and risk in a population of working adults. Preventive Medicine 1999; 29; 590-598
- 55- The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel L, and staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35:158-76.
- 56 -www.assurancemaladie.ma/
- 57 -www.maghress.com
- 58- Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac [en ligne] Paris : AFSSAPS, 2003 Disponible sur : www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Strategiestherapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-recommandations-debonne-pratique (Consulté le 12/06/2011)
- 59- www.tabac-liberte.com Réseau de professionnel de santé
- 60- www.stop-tabac.com

- 61-T. Kue Young (2005), Population Health: Concepts and Methods, Oxford University Press, ISBN 0-19-515854-7, p. 252
- 62-Margit Szollosi-Janze (2001), Science in the Third Reich, Berg Publishers, ISBN 1-85973 421-9, p. 15
- 63-Robert N. Proctor, Pennsylvania State University (décembre 1996), « The anti-tobacco campaign of the Nazis: a little known aspect of public health in Germany, 1933-45 » [archive] [archive], British Medical Journal n° 313 (7070), pp. 1450-1453, PMID 8973234 [archive] [archive], PMC: 2352989
- 64-Robert N. Proctor (1999), op. cit., p. 173
- 65-Johan P. Mackenbach (juin 2005), « Odol, Autobahne and a non-smoking Führer: Reflections on the innocence of public health » [archive] [archive], International Journal of Epidemiology n° 34 (3), pp. 537-539, DOI:10.1093/ije/dyi039 [archive] [archive], PMID 15746205 [archive] [archive]
- 66-Jeffrey A. Shaler (2004), Szasz Under Fire: A Psychiatric Abolitionist Faces His Critics, Open Court Publishing, ISBN 0-8126-9568-2, p. 155
- 67-Robert N. Proctor (1999), op. cit., p. 187
- 68-http://frenzy.chez.com/tabac_bur.htm
- 69-Robert N. Proctor (1999), op. cit., p. 203
- 70-La convention cadre de l'OMS. Genève , Suisse , révisée 2004-2005.
- 71- La loi anti tabac arrive au Maroc.

<http://www.lepetitjournal.com/content/view/29701/312/>

- 72- L'ébauche d'une vraie législation anti tabac au Maroc.
<http://www.yabiladi.com/article-politique-1429.html>
- 73- Le tabac fait un tabac au Maroc.
<http://www.bladi.net/18401-tabagismemaroc.html>

- 74-OUAMOUHDI M.
Enquête sur le tabagisme chez les médecins à Casablanca.
Thèse Méd., Casablanca, 1990, N° 23.
- 75-EL OUASSI B.
Tabagisme chez le personnel de santé de la province de Tanger. *Thèse Méd., Casablanca, 1991, N° 205.*
- 76- EL JAAFARI M.
Tabagisme chez le personnel de la province de Fès.
Thèse Méd., Casablanca, 1991, N° 182.
- 77-MOHAMMADI K.
Tabagisme chez le personnel de santé dans la ville d'Agadir.
Thèse Méd., Casablanca, 1992, N° 286.
- 78- AIT HMAD T.
Tabagisme chez le personnel de santé à Safi.
Thèse Méd., Casablanca, 1992, N° 236.
- 79- BERROUCH E.
Tabagisme chez le personnel de santé à settat.
Thèse Méd., Casablanca, 1995, N° 11.
- 80- FAKIR A.
Tabagisme chez le personnel de santé dans la province d'Azilal.
Thèse Méd., Casablanca, 1997, N° 46.
- 81- EL IDRISSE HASSARI A.
Tabagisme chez le personnel de santé à Laâyoune.
Mémoire pour l'obtention du diplôme de médecine du travail et d'ergonomie, Faculté de Rennes, Novembre 1999.

- 82- YESIM SENOL, LEVENT DONMEZ, MEHTAP TURKAY, MEHMET AKTEKIN.
The incidence of smoking and risk factors for initiation of smoking in medical faculty students.
BMC Public Health 2006, 6 : 128.
- 83- JEDDI Sanaa.
Attitudes et comportements du personnel d'un hôpital à Casa face au tabagisme.
Thèse Méd, Casablanca, 2000, n° 257.
- 84- MHIJANE K.
Attitudes et comportements du personnel de santé face à un hôpital à casablanca.
Thèse Med., Casablanca, 2000, N° 283.
- 85- MARIAMI M.
Tabagisme chez le personnel de santé de Safi.
Thèse Med., Casablanca, 2001, N° 346.
- 86-PREVALENCE DU TABAGISME CHEZ LE PERSONNEL HOSPITALIER DE L'HOPITAL SIDI OTHMANE DE CASABLANCA
- 87- SAILESH MOHAN A.S, PRADEEPKUMAR C.U, THRESIA K.R, THANKAPPAN W.S.C, POSTON C.K, HADDOCK MEGAN M, PINKSTON, MYRA L. MURAMOTO, MIMI NICHTER, MARK NICHTER, HARRY A. LANDO.
Tobacco use among medical professionnels in Kerala, India : The need for enhanced tobacco cessation and control effort.
Addictive Behaviors, 2006, 31 (8) : sous Presse.
- 88- Tobacco Use Prevalence study among Physicians and Nurses and Their Attitudes towards Tobacco Control in the Kyrgyz Republic

- 89- RUFF F, CHIÈZE F, JOSSERAN L, BEAUJOUAN L, SCHOELCHER A, OURANANOU A.
Baromètre tabac personnel hospitalier 2002.
Paris : Réseau Hôpital sans Tabac, 07/2003.
- 90- BEHBEHANI NN, HAMADEH RR, MACKLAI NS.
Knowledge of and attitudes towards tobacco control among smoking and non-smoking physicians in 2 Gulf Arab states.
Saudi Med J. 2004 May ; 25 (5) : 585-91.
- 91- MALAKAUSKAS K, VERYGA A, SAKALAUŠKAS R.
Smoking prevalence among university hospital staff.
Medicina (Kaunas). 2003 ; 39 (3) : 301-6.
- 92- PÄRNA K, RAHU K, RAHU M.
Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians.
Public Health (2005) 119, 390-399.
- 93- PERRIN PAUL C, MERRILL RAY M, LINDSAY GORDAN B.
Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia.
BMC Public Health 2006, 6 :139.
- 94- HODGETTS G, BROERS T, GODWIN M.
Smoking behavior, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina.
BMC Family Practice 2004, 5 :12.
- 95- HELOMA A, REIJULA K, TIKKANEN J, NYKYRI E.
The attitudes of occupational health personnel to smoking at work.
Am J Ind Med, 1998, 34, 1 : 73-8.

- 96- KAWAKAMI M, NAKAMURA S, FUMIMITO H., TAKIZAWA J,
BABA M.
Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer
smoking cessation advice.
Intern. Med., 1997, 36 (3) : 162-5.
- 97- FERNANDEZ RUIZ ML, SANCHEZ BAYLE M.
Evolution of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous
Community of Madrid, Spain.
1 : Gac Sanit. 2003 Jan-Feb ; 17 (1) : 5-10.
- 98- Enquête national sur le tabagisme chez les médecins du secteurs public au
Maroc - 2004
- 99-Tabagisme chez les étudiants de médecine de Fès :
Thèse médicale FMPF
- 100- MENO T., HAYASHI O.K., MIZUNUMA H., NAKAI S., OHASHI Y. and SUZUKI S.
Impact of reproductive experience on women's smoking behaviour in Japanese
nurses.
Public Health, Volume 119, Issue 9, Septembre 2005, Pages 816-824.
- 101- ZANETTI F, GAMBI A, BERGAMASCHI A, GENTILILINI F, DE LUCA G, MONTI C,
STAMPI S.
Smoking habits, exposure to passive smoking and attitudes to a non smoking
policy among hospital staff.
Public health, 1998, 112, 1 : 57-62.
- 102- TESSIER JF, THOMAS D, NEJJARI C, BELOUGNE D, FREOUR P.
Attitudes of French cardiologists towards smoking.
Arch Mal VCoeur et Vaisseaux, 1996, 89 (3) : 341-7.

- 103- GULSEN GUNES, LEYLA KARAOGLU, METIN F. GENÇ, ERKAN PEHLIVAN, MUCAHIT EGRI.
University hospital physicians' attitudes and practices for smoking cessation counseling in Malatya, Turkey.
Patient Education and Counseling 56 (2005) 147-153.
- 104- ACHOUR N, BENAMMAR R, ZOUARI B, MAALEJ M, NACEF T, SFAIFI N.
Tabagisme chez les médecins tunisiens.
Tunisie Méd, 1982, 1 : 71-73.
- 105- LOIC JOSSERAN.
Principaux résultats de l'enquête baromètre soignants.
BEH, n°48, 2004.
- 106- DIEGO ROSSELLI, OLGA REY, CLAUDIA CALDERON, MARIA NELCY RODRIGUEZ.
Smoking in Colombian Medical Schools : The Hidden Curriculum.
Preventive medicine 33, 170-174 (2001).
- 107- VERONIQUE VILLEMONTAIX.
Le tabagisme au centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.
Mémoire pour l'obtention du diplôme Inter Universitaire de Tabacologie, 1999-2000.
- 108- KAYOKO SEKIJIMA, NAO SEKI HIROSHI SUZUKI.
Smoking Prevalence and attitudes toward Tobacco among Student and Staff Nurses in Niigata, Japan.
Tohoku J. Exp. Med., 2005, 206, 187-194.
- 109- YLLI VAKEFLLIU, DHIMITRAQ ARGJIRI, ILIR PEPOSHI, SEJDINI AGRON, ANDREA S. MELANI.
Tobacco Smoking Habits, Beliefs, and Attitudes among Medical Students in Tirana, Albania.
Preventive Medicine 34, 370-373 (2002).

- 110- KILIAN RAPPA, GISELA BÜCHELE, ANKE G. JÄHNKE, STEPHAN K. WEILAND.
A cluster-randomized trial on smoking cessation in German student nurses.
Preventive Medecine, 2006, 42 (6) : 443-444.
- 111- HELLE SECHER SEJR, MERETE OSLERT.
Do Smoking and health Education Influence student Nurses' knowledge, Attitudes, and Professional Behavior ?.
Preventive Medecine 34, 260-265 (2002).
- 112- GONTIER JULIETTE.
Enquête au Centre Hospitalier d'Albi.
Mémoire pour l'obtention de DIU de tabacologie et d'hygiène respiratoire, Septembre 2001.
- 113- HUIYUN XIANG, ZENGZHEN WANG, LORANN STALLONES, SONGLIN YU, HERVEY W. GIMBEL, PUNA YANG.
Cigarette Smoking among Medical College Students in Wuhan People's Republic of china.
Preventive Medicine 29, 210-215 (1999).
- 114- MENGUAL LP, PERULA DETORRES LA, REDONDO SANCHEZ J, ROLDAN VA, PRADA VA, MARTINEZ DE LA IGLESIA J, RUIZ MORAL R.
Evolution in consumption of and attitude towards tobacco towards physicians at the regional hospital "Reina Sofia".
Cordoba. Gac. Sanit, 1996, 10, 52 : 18-24.
- 115- ORTIZ MARRON H, PALANCAR DE LA TORRE JL, CANAMARES RECUENCO V, MOLINA RUIZ W, GONZALEZ DE VEGA C, NAVARRO BLANCO A.
Tobacco addition in primary health care workers in the health area number 4 of insalud in Madrid : prevalence of consumption and attitude.
Rev. Esp., Salud publica, 1996, 70, 3 : 295-302.

- 116- ASUT O, KALACA S, KILIC B.

Tobacco-smoking among executives of the turkish medical association.

Tobacco and Health, Edited by Karen Slama, Plenum, Press, New York, 1995 : 725-733.
- 117- Habitudes de fumer, attitudes et connaissances en matière de tabagisme des médecins internes & résidents du CHU Ibn Rochd de Casablanca
- 118- FAKHFAKH R, HSAIRI M, MAALEJ M, ACHOUR N, NACEF T.

Tabagisme en Tunisie : comportements et connaissances.

Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé Recueil d'articles 2002.
- 119- GROSSMAN DW, KNOX JJ, NASH C, JIMENEZ JC, CASTILLO P.

Smoking : attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention.

Bull. World. Health. Organ., 1999, 77, 4 : 315-22.
- 120- G Soto Mas F, Richard LP, Holly EJ, Chiehwen Ed H.

Hispanic physicians' tobacco intervention practices: across-sectional survey study.

BMC Public Health 2005, 5:120.
- 121- Hodgetts G, Breors T, Godwin M.

Smoking behaviour, knowledge and attitudes among family medicine physicians and nurses in Bosnia Herzegovina.

BMC Family Practice 2004, 5:12.
- 122- JOSSERAN L., RAFFIN J., BRUCKER G.

Comportement tabagique des étudiants en médecine.

Service de Santé Publique : G.H Pitié Salpêtrière Octobre 2001.

- 123- SALOMON L, LEVU S, STEFFEN C, PAPY E, BLANCHON T, MATHERN G, DAUTZENBERG B, DELOMAS P, BRÚCKER G.
Les Internes et le tabagisme : Connaissances et pratiques.
BEH de 2001.
- 124- FRANK E.
Physician health and patient care.
Jama 2004, 291 : 637.
- 125- les connaissances, les attitudes et les pratiques de prévention et de sevrage du tabagisme des médecins généralistes au niveau de la région d'Oujda, Berkane et Taourirt.
- 126- BIALOUS SA, SARNA L.
Sparing a few minutes for tobacco cessation : if only half of all nurses helped one patient per month quit smoking, more than 12 million smokers would overcome their additions every year.
Am J Nurs 2004, 104 : 54-60.
- 127- Arnaud Gautier, Christophe Léon, Jean-Louis Wilquin, Philippe Guilbert
Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens, France, 2003
- 128- Coleman T, Murphy E, Cheater F.
Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study.
British journal of general practice, 2002, 50: 207-210
- 129- Elmoujarrad A.
La pratique d'aide à l'arrêt du tabac par le médecin généraliste de la préfecture de Rabat.
Mémoire pour obtention de diplôme de maîtrise en administration sanitaire etsanté publique.

· 130- Josseran L. King G. Guilbert P. Jovan D. Brucker G.

Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practices.

European journal of public health 2005, vol 15, no 1, 33-38

Le test de Fagerström

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

Plus de 60 minutes (0)

De 31 à 60 minutes (1)

De 6 à 30 minutes (2)

Moins de 5 minutes (3)

2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?

Non (0)

Oui (1)

3. À quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer?

La première (1)

N'importe quelle autre (0)

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

10 ou moins (0)

De 11 à 20 (1)

De 21 à 30 (2)

31 ou plus (3)

5. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que le reste de la journée?

Non (0)

Oui (1)

6. Fumez-vous même quand vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée?

Non (0)

Oui (1)

Total

Degré de dépendance à la nicotine :

0 – 2 = très faible dépendance

3 – 4 = faible dépendance

5 = dépendance moyenne

6 – 7 = forte dépendance

8 – 10 = très forte dépendance

Test QTC 2 de Gilliard

	0 pas du tout	1 plutôt non	2 plutôt oui	3 tout à fait	
1- Je fume automatiquement, sans même y penser					D
2- Je fume pour faire comme les autres					S
3- Je fume quand je suis anxieux(se), préoccupé(e), inquiet(e)					A
4- Le plaisir de fumer commence avec les gestes que je fais pour allumer ma cigarette					H
5- Dès que je ne fume pas, j'en suis très conscient et je ne peux pas contrôler le désir de fumer					D
6- Je fume quand je suis avec d'autres fumeurs, pour me faire accepter par eux					S
7- Je fume quand je me sens triste, déprimé(e)					A
8- Je prends plaisir à allumer et à tenir une cigarette					H
9- Quand je n'ai pas fumé depuis un moment, j'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette					D
10- Je fume pour en imposer aux autres					S
11- Fumer me calme, me détend, me decontracte					A
12- J'aime manipuler une cigarette					H
13- Je prends une cigarette sans savoir pourquoi, sans m'en rendre compte					D
14- Je fume quand je fais une pause					S
15- Je fume quand je suis en colère					A
16- Tirer sur une cigarette est relaxant					H
17- Je fume par habitude					D
18- Je fume pour avoir plus confiance en moi					S
19- J'allume une cigarette lorsque je suis tracassé(e)					A
20- J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée					H
21- Lorsque je n'ai plus de cigarette, il faut absolument que					D

je m'en procure					
22- Je fume pour me donner une certaine contenance					S
23- Je fume chaque fois que je suis mal à l'aise					A
24- Je trouve beaucoup de plaisir dans l'acte de fumer					H
25- Je fume dans les moments d'attente					D
26- Je fume pour me donner du courage					S
27- Je fume quand je me sens seul(e), pour me tenir compagnie					A
28- Quand je me relaxe, j'ai du plaisir à fumer					H

Résultats :

Faites la somme des D, puis des S, puis des A et enfin des H, vous obtenez 4 totaux sur 21.

D- Dépendance : 1+5+9+13+17+21+25

S- Dimension sociale : 2+6+10+14+18+22+26

A- Régulation des affects négatifs : 3+7+11+15+19+23+27

H- Hédonisme/Geste : 4+8+12+16+20+24+28

Test de Khimji et Watts

la motivation est considérée comme bonne si le score est supérieur ou égal à 12

Arrêter de fumer est-il important pour vous?	Très important	5
	Assez important	3
	Non/ peu important	1
Quelle influence ont eu les autres sur votre décision d'arrêt?	Faible ou nulle	5
	Moyenne	3
	Grande	1
Quelles chances de succès vous donnez-vous si vous essayez d'arrêter?	Fortes	5
	Moyennes	3
	Douteuses	1
	Total	

Test de Richmond

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement?	Oui	0
	Non	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir?	Non	0
	Peut être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois	Non	0
	Peut être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
	Total	

Score > ou = à 8 : bonne motivation

Score 6-8 : motivation moyenne. Un soutien motivationnel peut être utile, pour valoriser les acquis et augmenter les côtés positifs à l'arrêt.

Score < ou = à 5 : motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle avant de démarrer le sevrage.

Test Q-MAT

1. **Pensez-vous que dans 6 mois :**
 - vous fumerez toujours autant ?.....0
 - vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?.....2
 - vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?4
 - vous aurez arrêté de fumer ?8
2. **Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?**
 - pas du tout.....0
 - un peu.....1
 - beaucoup.....2
 - énormément3
3. **Pensez-vous que dans 4 semaines :**
 - vous fumerez toujours autant ?.....0
 - vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?.....2
 - vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?.....4
 - vous aurez arrêté de fumer ?.....6
4. **Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?**
 - jamais0
 - quelquefois.....1
 - souvent.....2
 - très souvent.....3

Score total

moins de 6 : pas motivé(e)

de 6 à 12 : motivation à renforcer

plus de 12 : motivé(e)

Test de Demaria, Grimaldi et Lagrue

Il s'agit d'un test d'autoévaluation des chances de réussite du sevrage tabagique.

	QUESTION	Oui	Non
1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle		
	Je viens à la consultation sur avis médical		
	Je viens à la consultation sur avis de ma famille		
2	J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine		
3	Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels		
4	Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux		
5	Je veux me libérer de cet esclavage		
6	Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire		
7	Je veux être en meilleure forme physique		
8	Je veux préserver mon aspect physique		
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant		
10	J'ai des enfants en bas âge		
11	J'ai bon moral actuellement		
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends		
13	Je suis plutôt de tempérament calme, détendu		
14	Mon poids est habituellement stable		
15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure		

Interprétation du score

Moins de 6	Motivation faible
7-15	Motivation moyenne
Plus de 16	Motivation forte

Liste des tableaux

- Tableau 1 : Interférences entre tabagisme et activité médicamenteuse
- Tableau 2 : Bénéfices de l'arrêt sur la santé à long terme (Perriot, 2003 et Dautzenberg, 2010)
- Tableau 3: Bénéfices de l'arrêt sur la santé à court terme (Dautzenberg, 2007)
- Tableau 4 : Autres bénéfices à l'arrêt (ODQ, 2005)
- Table au 5 : Les médicaments d'après l'ANAM
- Tableau 6 : Les caractéristiques staturo-pondérales
- Tableau 7 : Prévalence du tabagisme selon le sexe
- Tableau 13 : Prévalence du tabagisme selon la situation familiale et la profession.
- Tableau 14 : Prévalence du tabagisme selon le nombre d'enfants.
- Tableau 15 : La moyenne de l'IMC selon le statut tabagique
- Tableau 16 : Répartition des fumeurs selon l'âge du début du tabagisme.
- Tableau 17 : La consommation des cigarettes
- Tableau 18 : La durée du tabagisme
- Tableau 19 : Les marques consommées.
- Tableau 20 : Consommation de cigares
- Tableau 21 : Consommation de chicha
- Tableau 22 : Le coût journalier des cigarettes
- Tableau 23: La durée des symptômes ressentis par les fumeurs
- Tableau 24 : Tabagisme sur le lieu de travail.
- Tableau 25 : Le nombre des fumeurs dans la famille.
- Tableau 26 : Le nombre de tentatives d'arrêt de tabagisme.
- Tableau 27 : La durée de sevrage tabagique
- Tableau 28 : Les difficultés ressentis au cours de sevrage
- Tableau 29 : Les motivations d'un éventuel arrêt de tabagisme.

Tableau 30 : Fréquence des motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme.

Tableau 31 : Degrés de connaissance du rôle de tabac vis à vis de certaines maladies

Tableau 32 : Mise en garde vis-à-vis de tabac

Tableau 33 : Réponse par oui ou non pour certaines interdictions de fumer

Tableau 34 : Des affirmations concernant les professionnels de santé

Tableau 35 : Des affirmations concernant la lutte anti-tabac

Tableau 36 : Tableau comparant les comportements, les connaissances et les attitudes des fumeurs par rapport aux non fumeurs

Tableau 37 : Les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population
(Analyse multi variée)

Tableau 38: Prévalence du tabagisme chez les médecins au Maroc

Tableau 39 : Prévalence du tabagisme chez les médecins dans certains pays

Tableau 40 : Prévalence du tabagisme selon l'âge d'après certains travaux au Maroc

Tableau 41 : Prévalence du tabagisme selon l'âge dans certains pays

Tableau 42 : Prévalence du tabagisme de personnel de santé selon le sexe au Maroc

Tableau 43 : Prévalence du tabagisme selon le sexe dans certains pays

Tableau 44 : la prévalence du tabagisme selon le statut matrimonial

Tableau 45 : La prévalence de tabagisme chez les spécialistes

Tableau 46 : Prévalence du tabagisme des généralistes

Tableau 47 : Age du début du tabagisme de personnel de santé d'après certains travaux

Tableau 48 : Moyenne d'âge de début dans certains pays

Tableau 49 : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

Tableau 50 : Motivation du début du tabagisme du personnel de santé d'après certains travaux

Tableau 51 : Fréquence des fortes motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme

Tableau 52 : Prévalence des ex-fumeurs chez le personnel de santé au Maroc

Tableau 53: Répartition des Ex-fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour (personnel de santé)

Tableau 54 : Réponses du personnel de santé

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition du personnel médical selon le sexe

Graphique 2 : Répartition selon l'âge

Graphique 3 : Répartition selon l'interprétation de l'IMC

Graphique 4 : Répartition en fonction du statut matrimonial

Graphique 5 : Répartition selon le nombre d'enfant

Graphique 6 : Répartition selon la profession

Graphique 7 : prévalence globale du tabagisme

Graphique 8 : Prévalence du tabagisme du personnel médical selon l'âge.

Graphique 9 : Prévalence du tabagisme selon le sexe et la profession.

Graphique 10 : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées
par jour

Graphique 11 : Prévalence des fumeurs selon la durée du tabagisme.

Graphique 12 : La prévalence de la consommation des autres produits de tabac chez
les fumeurs.

Graphique 13 : Le coût journalier des cigarettes.

Graphique 14 : Délai avant la première cigarette

Graphique 15 : Pourcentage de difficulté à ne pas fumer

Graphique 16 : Répartition selon la cigarette la plus difficile de renoncer

Graphique 17 : Nombre de cigarettes fumées par jour

Graphique 18 : Répartition selon le rythme

Graphique 19 : Le pourcentage selon la réponse "oui" et "non"

Graphique 20 : Score de Fagerström

Graphique 21 : Prévalence des symptômes ressentis par les fumeurs

Figure 22 : Tabagisme dans les zones non fumeur

Graphique 23 : Personnes qui fument sous le même toit.

Graphique 24 : La prévalence du nombre de tentatives d'arrêt de tabagisme.

Graphique 25 : Les prévisions dans 6mois à propos de la quantité de consommation de cigarettes

Graphique 26 : L'envie d'arrêter de fumer

Graphique 27 : Les prévisions dans 4semaines concernant la quantité de consommation de cigarettes

Graphique 28 : Ne pas être content de fumer

Graphique 29 : Score de Qmat

Graphique 30 : Répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début de tabagisme

Graphique 31 : Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique

Graphique 32 : Répartition des ex-fumeurs selon l'importance de cigarettes consommées par jour.

Graphique 33 : Nombre des tentatives d'arrêt avant le sevrage définitif.

Graphique 34 : Connaissance de la loi anti-tabac

Graphique 35 : Connaissance des composants de la loi anti-tabac

Graphique 36 : Les formations reçues

Graphique 37 : Le degré de préparation

Graphique 38 : Les besoins des médecins en matière d'outils pour aider au sevrage tabagique

Graphique 39 : Les obstacles rencontrés